

INFEKT-INFO

Herausgeber: Infektionsepidemiologie des Instituts für Hygiene und Umwelt • Beltgens Garten 2 • 20537 Hamburg
Leiter: Dr. G. Fell (v.i.S.d.P.), E-mail: gerhard.fell@hu.hamburg.de

Nachdruck : mit Quellenangabe gestattet, jedoch nicht zu gewerblichen Zwecken

**Kurzbericht über die im Rahmen der
Infektionskrankheiten-Surveillance
nach IfSG in Hamburg registrierten
Erkrankungen**

Ausgabe 18 / 2006
8. September 2006

WHO besorgt über das Auftreten extensiv resistenter Tuberkulose- Erreger (XDR-TB)

Foto: Stop TB



Die Heilung einer Tuberkulose erfordert entsprechend der Leitlinien der einschlägigen Fachgesellschaften in jedem Fall den Einsatz einer Kombination von Medikamenten, die gegen Mycobakterien antibiotisch wirksam sind (so genannte Antituberkulotika) über einen Zeitraum von mehreren (im Regelfall von 6)

Monaten. Das Therapieschema der ersten Wahl basiert dabei auf dem Einsatz der Substanzen Isoniazid (INH) und Rifampicin (RMP), die in der Anfangsphase der Behandlung mittels zweier weiterer Substanzen zu einer Viererkombination erweitert werden.

Während der 1990er Jahre wurden weltweit zunehmend TB-Erreger gefunden, die in unterschiedlicher Ausprägung Resistenzen gegen diese Medikamente der ersten Wahl aufwiesen. Mycobacterien, die weder auf INH noch auf RMP (und ggf. auch zusätzlich noch auf weitere Antituberkulotika nicht) ausreichend ansprechen, werden als multiresistent (multidrug resistant – MDR) bezeichnet. Nach Angaben des Robert Koch-Institutes ist in Deutschland der Anteil von multiresistenten TB-Erregern an der Zahl der im Jahr 2004 gemeldeten Fälle mit auswertbaren Angaben zur Resistenzlage mit 2,5% gegenüber den Vorjahren weiter gestiegen und im internationalen Vergleich hoch (1).

Multiresistente TB-Erreger bieten erhebliche therapeutische Probleme und bedeuten eine drastische Verlängerung der Behandlungsdauer sowie die Einbeziehung von Antituberkulotika der 2. Wahl in das Behandlungsschema, die in aller Regel teurer, weniger effektiv und toxischer sind. Aber auch diese „therapeutische Reserve“ droht offenbar allmählich an Wirksamkeit einzubüßen. Unlängst wurden aus den Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta USA, die Ergebnisse eines Surveys in auf Tuberkulose-Diagnostik spezialisierten weltweiten Labor-Netzwerken publiziert (2). Daraus geht hervor, dass von 2000 bis 2004 unter den multiresistenten Isolaten der Anteil derjenigen, die zusätzlich Resistenzen gegen mindestens 3 der 6 Antituberkulotika-Klassen der 2. Wahl aufwiesen, global gesehen von 5% auf 7%, in einzelnen Ländern auf bis zu 19% angestiegen war. Derartige Erreger, für die praktisch kaum noch ein wirksames Behandlungsschema gefunden werden kann, werden als extensiv multiresistent (extensively drug resistant – XDR) bezeichnet. XDR-TB-Erreger werden inzwischen weltweit, am häufigsten aber in den Staaten der ehemaligen Sowjetunion und in Asien nachgewiesen.

Unterdessen berichtete die WHO über einen Ausbruch von XDR-TB in Afrika, der mit einer alarmierend hohen Letalität einhergegangen war (3). Demnach

wurden in einer ländlichen Region in Kwazulu Natal, Südafrika, wo in der Bevölkerung eine sehr hohe HIV-Prävalenz besteht, zwischen Januar 2005 und März 2006 544 Patienten mit offener Tuberkulose identifiziert und genauer untersucht. Bei 221 von diesen 544 Erkrankten wurden multiresistente Tuberkulose-Erreger nachgewiesen, von denen wiederum 53 extensive Resistenzen aufwiesen. Von den 53 betroffenen Patienten wurden 44 auf HIV getestet, welche sich alle als HIV-positiv erwiesen. Zweiundfünfzig dieser 53 Patienten einschließlich solcher, die unter antiretroviraler Therapie standen, verstarben im Schnitt 25 Tage nach der ersten Sputum-Untersuchung.

Die WHO hält die Tuberkulose durch extensiv resistente Erreger für eine gravierende Bedrohung der Öffentlichen Gesundheit, insbesondere in Populationen mit hoher HIV-Prävalenz und beschränktem medizinischen Versorgungssystem. Die Ursachen für das Phänomen der Resistenzbildung bei Tuberkulose-Erregern sieht sie primär in Mängeln und Beschränkungen bei der medizinischen Versorgung von Tuberkulose-Kranken. Zu den wichtigsten Problemen gehören dabei die Verschreibung der falschen Antituberkulotika, mangelnde Qualität oder Verfügbarkeit der Substanzen, aber auch unzureichende Mitwirkung der Patienten. Zur Beratung geeigneter Bekämpfungsstrategien hat die WHO in Zusammenarbeit mit den CDC und den südafrikanischen Gesundheitsbehörden kurzfristig vom 7. bis 8. 9. ein Expertentreffen in Johannesburg initiiert und verweist auf ihre Leitlinien zum Programmtischen Management von Tuberkulose durch resistente Erreger, die unter anderem folgende Empfehlungen enthalten:

- Stärkung der grundlegenden medizinischen Versorgung von Tuberkulose-Kranken, um das Entstehen von Resistenzen zu verhüten,
- Gewährleistung von prompter Diagnose und Behandlung von Tuberkulose durch resistente Erreger, um ihre Weitergabe zu verhüten,
- Verbesserte Zusammenarbeit der Programme zur HIV- und zur TB-Kontrolle, damit eine adäquate Versorgung von Koinfizierten gewährleistet ist,

- Verstärkte Investitionen in die Labor-Infrastruktur, damit Erkrankungsfälle durch resistente Erreger effektiver entdeckt und adäquat behandelt werden können.

Quellen:

1. Robert Koch-Institut. Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2004. Berlin 2006.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Emergence of *Mycobacterium tuberculosis* with Extensive Resistance to Second-Line Drugs – Worldwide, 2000-2004. MMWR 2006;55: 301-305.
3. World Health Organization. Emergence of XDR-TB: WHO concern over extensive drug resistant TB strains that are virtually untreatable.
<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2006/np23/en/index.html>



Übersicht über die aktuellen Meldezahlen in Hamburg

Die folgenden Abbildungen und die nächste Tabelle zeigen die Zahlen der registrierten meldepflichtigen Infektionskrankheiten und Erregernachweise für die Kalenderwochen 34 und 35 sowie kumulativ für die Wochen 1 bis 35 des Jahres 2006.

Auffallend ist, dass auch in diesem Sommer in Hamburg eine spürbare Norovirus-Aktivität zu verzeichnen und die Zahl der wöchentlich gemeldeten Fälle bisher nie unter 8 gesunken ist. Die Situation in der 24. Woche wird zudem durch 2 Gastroenteritisausbrüche durch Noroviren in einem Krankenhaus bzw. auf einer privaten Familienfeier akzentuiert.

In der 34. Woche wurde ein Fall von Typhus bei einer 39 Jahre alten Frau gemeldet, die sich in den letzten Jahren nicht im Ausland aufgehalten hatte, wohl aber im Vorfeld der Erkrankung innerhalb Deutschlands verreist war. Die örtlich zuständigen Stellen wurden informiert, die bisherigen Ermittlungen haben aber keine konkreten Hinweise auf die Infektionsquelle erbracht.

Abb. 1: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2006, 34. KW (n=145) – vorläufige Angaben

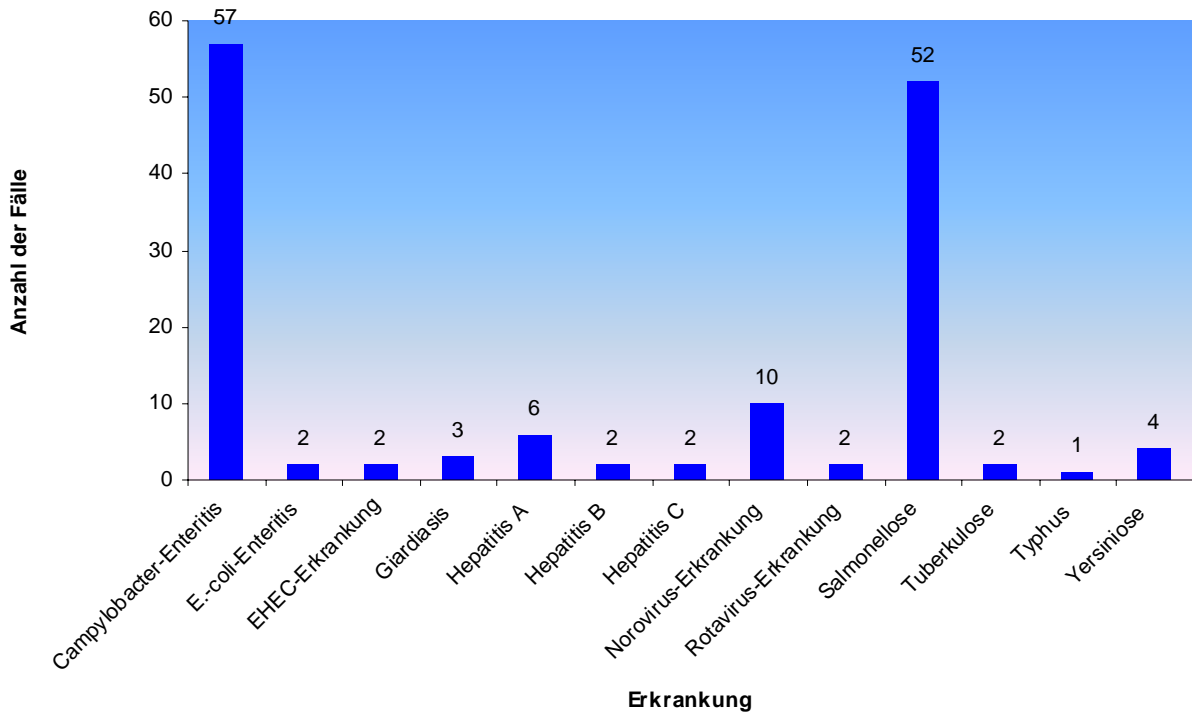


Abb. 2: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2006, 35. KW (n=92) – vorläufige Angaben

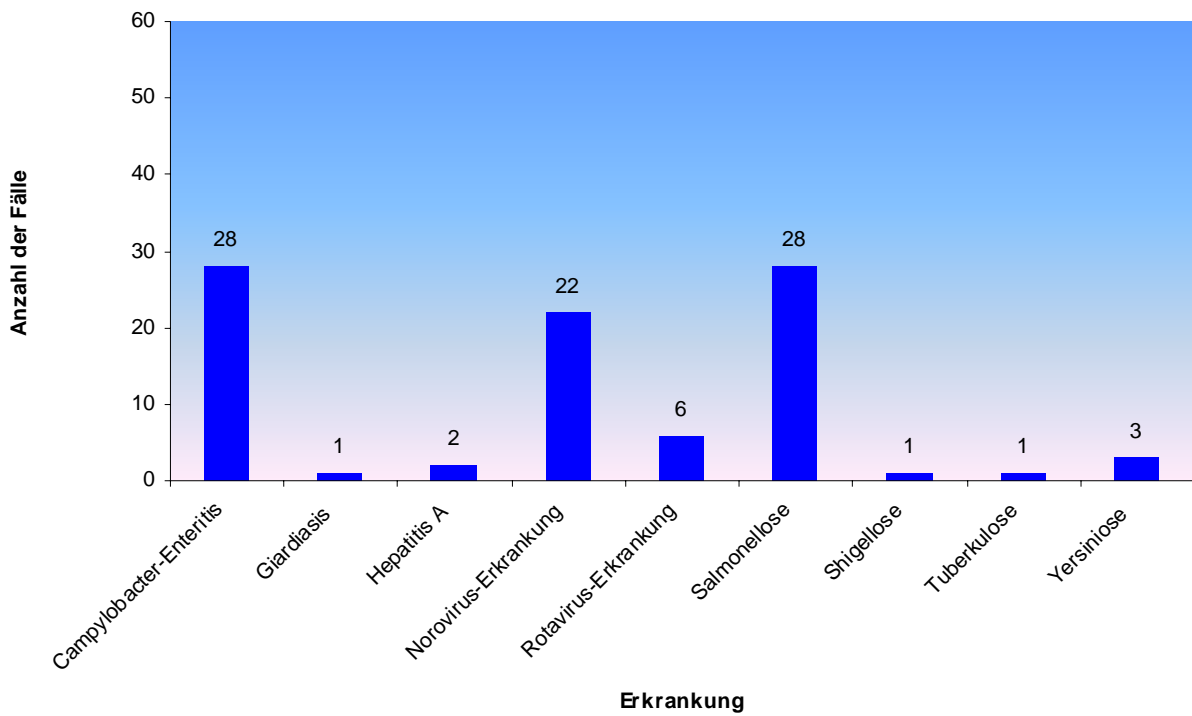
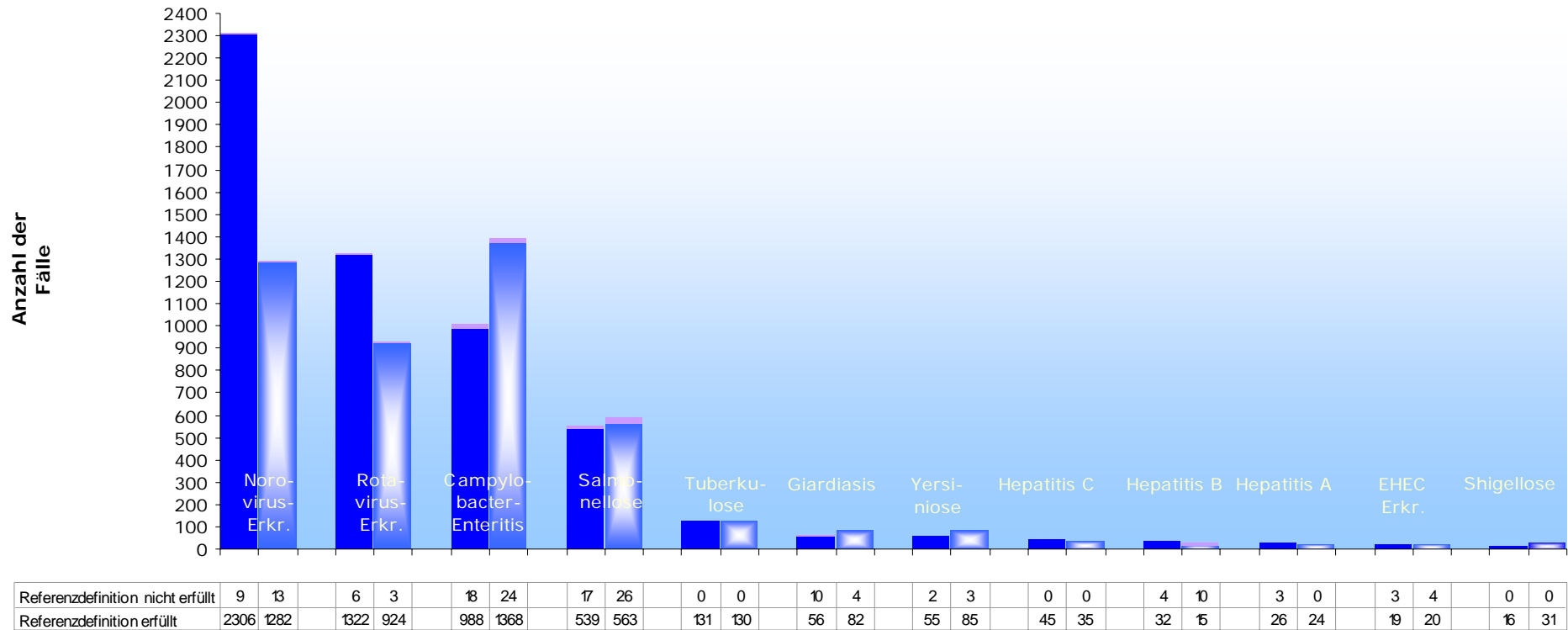


Abb. 3: Die häufigsten registrierten Infektionskrankheiten in Hamburg KW 1 - 35 2006 kumulativ (n=5607) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=4646) - vorläufige Angaben



Erkrankungen

■ = Fälle KW 1-35 2006

■ = Fälle KW 1-35 2005

■ = Referenzdefinition nicht erfüllt

Tab.: Seltene Krankheiten und Meldetatbestände (mit und ohne Erfüllung der Referenzdefinition) in Hamburg KW 1-35 2006 kumulativ (n=140) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=168) - vorläufige Angaben -

Bezeichnung	Anzahl der Fälle KW 1-35 2006	Anzahl der Fälle KW 1-35 2005
Influenza	41	74
E. coli-Enteritis (außer EHEC)	21	24
Listeriose	14	12
Masern	14	6
Typhus	10	5
Kryptosporidiose	7	10
Legionellose	6	7
Meningokokken-Erkrankung	5	8
Denguefieber	4	7
Hämolytisch-urämisches Syndrom	4	4
Adenovirus-Konjunktivitis	2	1
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	2	2
Haemophilus influenzae-Erkrankung	2	2
Leptospirose	2	
Brucellose	1	1
Chikungunya-Fieber	1	
Hepatitis D	1	1
Frühsommer-Meningoenzephalitis		1
Hantavirus-Erkrankung		1
Lepra		1
Q-Fieber		1

Fälle aus ätiologisch nicht gesicherten Häufungen

3