

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 12 / 2005
17. Juni 2005

Aktuelle infektiologische Trends in Deutschland:

Zunahme von Hantavirus-Infektionen und Häufung von Ornithose

Rötelmaus (*Clethrionomys glareolus*)



Wie das Robert-Koch-Institut Berlin (RKI) mitteilt, wird seit Anfang dieses Jahres bundesweit eine deutliche Zunahme an **Hantavirus-Infektionen** beobachtet. Bis zur 21. Kalenderwoche wurden 154 Fälle nach Berlin übermittelt; das ist etwa viermal soviel wie im Vergleichszeitraum des Vorjahres. Besonders betroffen sind die Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen. In Hamburg ist dieses Phänomen derzeit nicht festzustellen. Ende 2001 wurde hier der erste und bisher einzige Fall einer Hantavirus-Infektion gemeldet (siehe INFEKT-INFO, Ausgabe 24/2001 vom 14.12.2001).

Das RKI vermutet, dass für den beobachteten Trend eine Zunahme der für die Übertragung verantwortlichen Nagetierpopulation, insbesondere der Röteldmaus, als mitursächlich anzusehen ist. Mit dem Ziel, konkrete Risikofaktoren für die Übertragung von Hantaviren in dieser Situation aufzudecken und daraus Präventionsempfehlungen zu entwickeln, führt das RKI zur Zeit zusammen mit den betroffenen Landesstellen und Gesundheitsämtern eine Fall-Kontroll-Studie durch.

Die hierbei verwendeten Fragebögen und Begleitmaterialien liegen auch uns vor. Wir bitten die Hamburger Gesundheitsämter um kurzfristige Kontaktaufnahme, falls dort aktuell die Meldung einer Hantavirus-Infektion eingehen sollte.



In einem Landkreis in Sachsen-Anhalt ist es zu einem Ausbruch von **Ornithose** gekommen. Ausgangspunkt scheint eine Ornithose-Epizootie in einem landwirtschaftlichen Geflügelbetrieb gewesen zu sein, in dem Medienberichten zufolge etwa 1000 Tiere illegal in einer alten Scheune unter „katastrophalen hygienischen Bedingungen“ gehalten worden waren.

Die Anzahl der menschlichen Erkrankungsfälle wird aktuell mit 21 angegeben, wobei die Diagnose bisher wohl noch in keinem Fall labordiagnostisch gesichert ist, sondern sich vorerst nur auf die typische klinische Symptomatik in Verbindung mit entsprechendem Tierkontakt in der Anamnese stützt. Unter den Erkrankten ist auch der für die veterinärmedizinische Überwachung des landwirtschaftlichen Betriebes zuständige Amtstierarzt, der sich in kritischem Zustand in intensivmedizinischer Behandlung befindet, nachdem er vor Ort die Ermittlungen durchführte. Die Staatsanwaltschaft ermittelt wegen fahrlässiger Körperverletzung.

Zur Eindämmung des Geschehens wurden alle vorhandenen Tiere des in Rede stehenden Betriebes gekeult und die Vertriebswege der zuvor verkauften Tiere nachverfolgt. Letzteres gestaltete sich offensichtlich schwierig, da infolge der Illegalität des Tierhandels praktisch keine Aufzeichnungen zu den Geschäftspartnern und Empfängern vorhanden waren. So konnte die Epizootie zunächst auf weitere Betriebe, unter anderem auch im Nachbarland Thüringen, übergreifen. Mittlerweile mehren sich die Anzeichen, dass die Epizootie unter Kontrolle ist; allerdings wird von den zuständigen Stellen nicht ausgeschlossen, dass noch weitere infizierte Tiere ihren Weg in andere Regionen und Bundesländer gefunden haben könnten.

In Hamburg ist seit Beginn der IfSG-gestützten Surveillance im Jahr 2001 kein einziger Fall von Ornithose gemeldet worden. Obwohl im Rahmen des beschriebenen Geschehens das Expositionsrisiko für Hamburger Bürger als denkbar gering einzuschätzen ist, sollte seitens der Ärzteschaft bei unklaren respiratorischen Erkrankungen mit anamnestisch eruierbarem engen Kontakt insbesondere zu seit April neu und lebend erworbenem Federvieh die Diagnose Ornithose in die differentialdiagnostischen Erwägungen mit einbezogen werden.



Steckbrief Hantavirus-Infektion

Erreger:	Hanta-Virus mit verschiedenen Subtypen (Hantaan, Puumala, Dobrava, Seoul, Sin Nombre u.a.) in unterschiedlichen Verbreitungsgebieten, die mit unterschiedlichen Wirtsspezies und unterschiedlichen Krankheitsverläufen beim Menschen assoziiert sind
Reservoir	Verschiedene Nagetierspezies
Infektionsweg	Wahrscheinlich durch Inhalation infektiöser Aerosole der Nagetierexkremate oder durch Biss von infizierten Nagern; Übertragung von Mensch-zu-Mensch spielt keine Rolle
Inkubationszeit	Meist 2-4 Wochen (beobachtetes Minimum: wenige Tage, beobachtetes Maximum: 2 Monate)
Diagnostik	Erregernachweis: Anzucht schwierig, daher vorzugsweise PCR; bestes Material: Urin. Serologie: ELISA
Krankheitsbilder	<p>Hämorrhagisches Fieber mit renaler Symptomatik (HFRS):</p> <ul style="list-style-type: none">• Toxische Phase: Fieber, Myalgien, grippeartige Beschwerden, Thrombozytopenie, Petechien, Hypotension• Renale Phase: Niereninsuffizienz bis hin zum (reversiblen) dialysepflichtigen Nierenversagen, zerebrovaskuläre Komplikationen, Schleimhautblutungen, Lungenödem• Letalität 6% <p>Nephropathia epidemica:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ähnlich wie HFRS, aber sehr viel milder, Letalität ca. 1%, inapparente Verläufe häufig <p>Hantavirus Pulmonary Syndrome (HPS):</p> <ul style="list-style-type: none">• Fieber, Myalgien, abrupt einsetzendes respiratory distress syndrome, Lungenversagen• Letalität: 40-50%
Therapie	symptomatisch

Steckbrief Ornithose

Erreger:	Chlamydia psittaci
Reservoir	Vögel, vor allem Papageien und Sittiche, aber auch Nutzgeflügel, Seevögel u.a.
Infektionsweg	Kontakt mit infizierten Vögeln und Inhalation von erregerhaltigen Stäuben (aus getrockneten Sekreten, Exkrementen, Federn); Übertragung von Mensch-zu-Mensch spielt keine Rolle
Inkubationszeit	1 bis 4 Wochen
Krankheitsbild	Prodromal Fieber, Kopf-, Hals-, Gliederschmerzen; Trockener Husten, später schleimiger Auswurf, geringe auskultatorische Befunde kontrastieren mit massiven Röntgenshatten in der Lunge; meist grippeähnlicher Verlauf, manchmal meningoenzephalitisches oder pseudotyphöses Krankheitsbild mit akuter Pneumopathie; Rezidive nach 1-3wöchigem fieberfreien Intervall möglich;
Diagnostik	Erregernachweis in Blut, Sputum, Pleuraexsudat Serologie, KBR
Therapie	Tetracycline, Chinolone, event. Chloramphenicol

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 22 und 23 sowie kumulativ für die Wochen 1 bis 23 des Jahres 2005.

Vor dem Hintergrund von Berichten über Masernhäufungen in Bayern und Niedersachsen verzeichnet auch Hamburg aktuell eine leichte Zunahme im Vergleich zu den Zahlen des Vorjahres. Von den seit Januar erfassten 5 Fällen wurden 4 zwischen der 18. und der 22. Kalenderwoche gemeldet. Zwei dieser Fälle stehen in epidemiologischem Zusammenhang innerhalb einer Familie. Bei allen 4 Fällen stützt sich die Diagnose ausschließlich auf das klinische Krankheitsbild, eine labordiagnostische Bestätigung liegt nicht vor. Ob es sich hier um eine tatsächliche Morbiditätszunahme oder um den Effekt einer allgemeinen Aufmerksamkeitssteigerung in der Folge der Medienberichterstattung handelt, ist gegenwärtig nicht sicher zu entscheiden. Die weitere Entwicklung steht unter engmaschiger Beobachtung.

Ausweislich der kumulierten Häufigkeit der Tuberkulose (siehe Abbildung 3) ist die gegenwärtige Entwicklung unauffällig. Indessen kommt es immer wieder - wie jetzt auch in der 22. Woche - zu zeitlichen Pseudo-Clustern. Diese entstehen entweder durch uneinheitliche Meldepraxis, wenn sich verzögert gemeldete und zeitnah gemeldete Fälle in einer Woche zufällig akkumulieren, oder dann, wenn bei der elektronischen Verarbeitung einer Serie von Fällen aus unterschiedlichen Meldewochen versehentlich die (vom System automatisch angebotene) Woche der Eingabe als Meldewoche gewählt wird. Wir bitten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der zentralen Tuberkulosebekämpfungsstelle im Gesundheitsamt Hamburg-Mitte, diesen Phänomenen entschlossen entgegenzuwirken, da die anderenfalls entstehenden Artefakte hier in der Landesstelle jedes Mal ein epidemiologisches Warnsignal auslösen, zumal eine nachträgliche Korrektur dieser Angabe (aus guten Gründen) nicht möglich ist.

Abb. 1: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2005, 22. KW (n=93) -vorläufige Angaben-

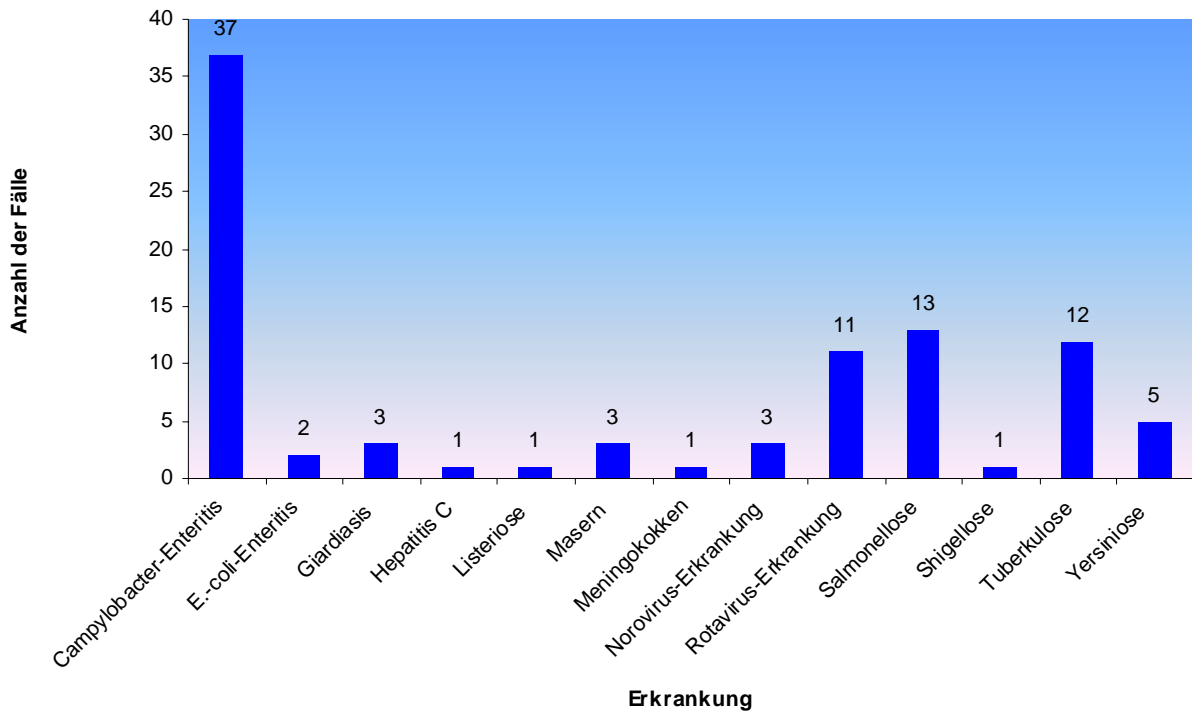


Abb. 2: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2005, 23. KW (n=50) -vorläufige Angaben-

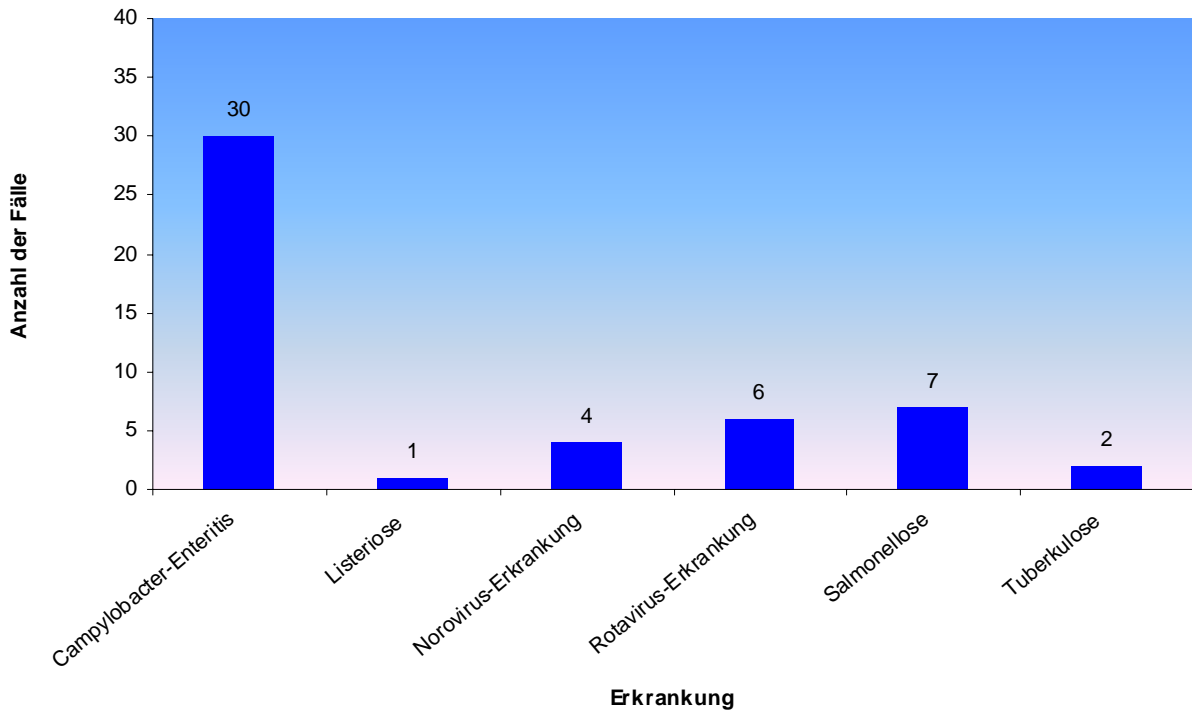
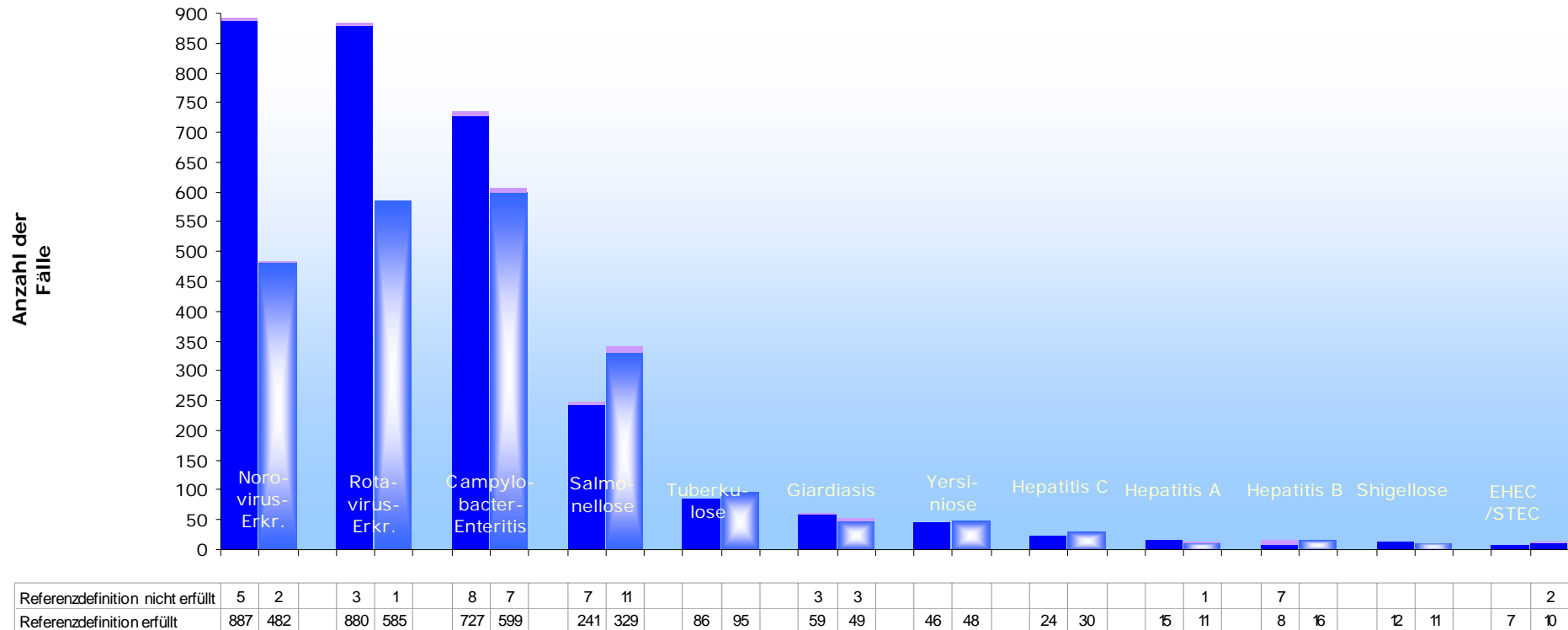


Abb. 3: Die häufigsten registrierten Infektionskrankheiten in Hamburg KW 1-23 2005 kumulativ (n =3025) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n =2292) – vorläufige Angaben –



Erkrankungen

■ = Fälle KW 1-23 2005

■ = Fälle KW 1-23 2004

■ = Referenzdefinition nicht erfüllt

Tab.: Seltene Krankheiten und Meldetatbestände (mit und ohne Erfüllung der Referenzdefinition) in Hamburg KW 1-23 2005 kumulativ (n=112) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=154) - vorläufige Angaben -

Bezeichnung	Anzahl der Fälle KW 1-23 2005	Anzahl der Fälle KW 1-23 2004
Influenza	74	22
E. coli-Enteritis (außer EHEC)	14	12
Listeriose	7	2
Meningokokken-Erkrankung	7	3
Masern	5	1
Typhus	5	1
Denguefieber	2	3
Haemophilus influenzae-Erkrankung	2	1
HUS	2	1
Kryptosporidiose	2	5
Legionellose	2	2
Adenovirus-Konjunktivitis	1	2
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	1	
Hepatitis D	1	
Lepra	1	
Cholera		1
Paratyphus		1
Fälle aus ätiologisch nicht gesicherten Häufungen		97