

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@bug.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 25 / 2003
12. Dezember 2003

Aktuelle epidemiologische Daten zur Kryptosporidiose in Hamburg

Die Kryptosporidiose ist eine gemessen an den Meldezahlen hierzulande selten auftretende Infektion des Gastrointestinaltraktes durch den einzelligen Parasiten *Cryptosporidium parvum* (Abb.1).

Abb.1 : Sporozoitien von *Cryptosporidium parvum*



(Quelle: University of Glasgow, Institute of Biomedical and Life Sciences)

Der Erreger weist einen komplexen Entwicklungszyklus auf; sein tierisches Reservoir ist der Darm zahlreicher Nutz-, Haus- und Wildtierspezies und der Hauptübertragungsweg ist die fäkal-orale Route, was sowohl zu Lebensmittel- oder Trinkwasser-induzierten Infektionen als auch zu direkten Kontaktinfektionen von Mensch zu Mensch oder von Tier zu Mensch führen kann. Die mit dem Stuhl ausgeschiedenen Oozysten von *Cryptosporidium parvum* erweisen sich in der Umwelt als zählebig und auch recht widerstandsfähig gegen verschiedene chemische Desinfektionsmittel, können jedoch durch Hitze rasch inaktiviert werden.

Die Kryptosporidiose ist eine in der Regel selbstlimitierende Gastroenteritis, die aber zu über Wochen andauernden Beschwerdebildern mit in Intensität und Ausprägung wechselnden Symptomen (Durchfälle, Magenkrämpfe etc.) führen kann. Allerdings sind auch leichte oder asymptomatische Verläufe keine Ausnahme. Bei immunkompromittierten Patienten, insbesondere im Zusammenhang mit AIDS, stellt die Kryptosporidiose eine gefürchtete, potentiell lebensbedrohliche Komplikation dar, zumal eine effektive kausale Therapie bisher fehlt.

Im vergangenen Jahr wurden in der Bundesrepublik 816 Fälle von Kryptosporidiose gemeldet, was einer Inzidenz von 1 Fall pro 100 000 Einwohner entspricht. Eine vergleichbare Häufigkeit (828 Fälle) wird auch bisher im laufenden Jahr 2003 bundesweit beobachtet (Quelle: Robert Koch Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenstand 10.12.2003). In Hamburg wurden im Jahr 2002 drei Fälle (Inzidenz 0,2 / 100 000) und von Januar 2003 bis heute insgesamt 12 Fälle gemeldet. Damit bleibt die sich daraus errechnende bevölkerungsbezogene Erkrankungsrate für Hamburg mit 0,7 Fällen pro 100.000 Einwohnern zwar immer noch deutlich unter der Gesamtinzidenz der Bundesrepublik, indessen ist der kräftige Anstieg der Meldungen innerhalb eines Jahres nicht zu übersehen.

Bei keinem der 12 Fälle konnten Hinweise auf einen epidemiologischen Zusammenhang zu anderen Fällen ermittelt werden. Auch gibt es keine Hinweise auf eine räumliche Clusterung innerhalb des Hamburger Stadtgebietes. Acht der Erkrankten (67%) sind männlichen Geschlechts. Die Altersverteilung ergibt sich aus nachstehender Tabelle:

Tab.1: Anzahl der Kryptosporidiose-Fälle in Hamburg 1. – 49. KW 2003 nach Altersgruppen (N=12)

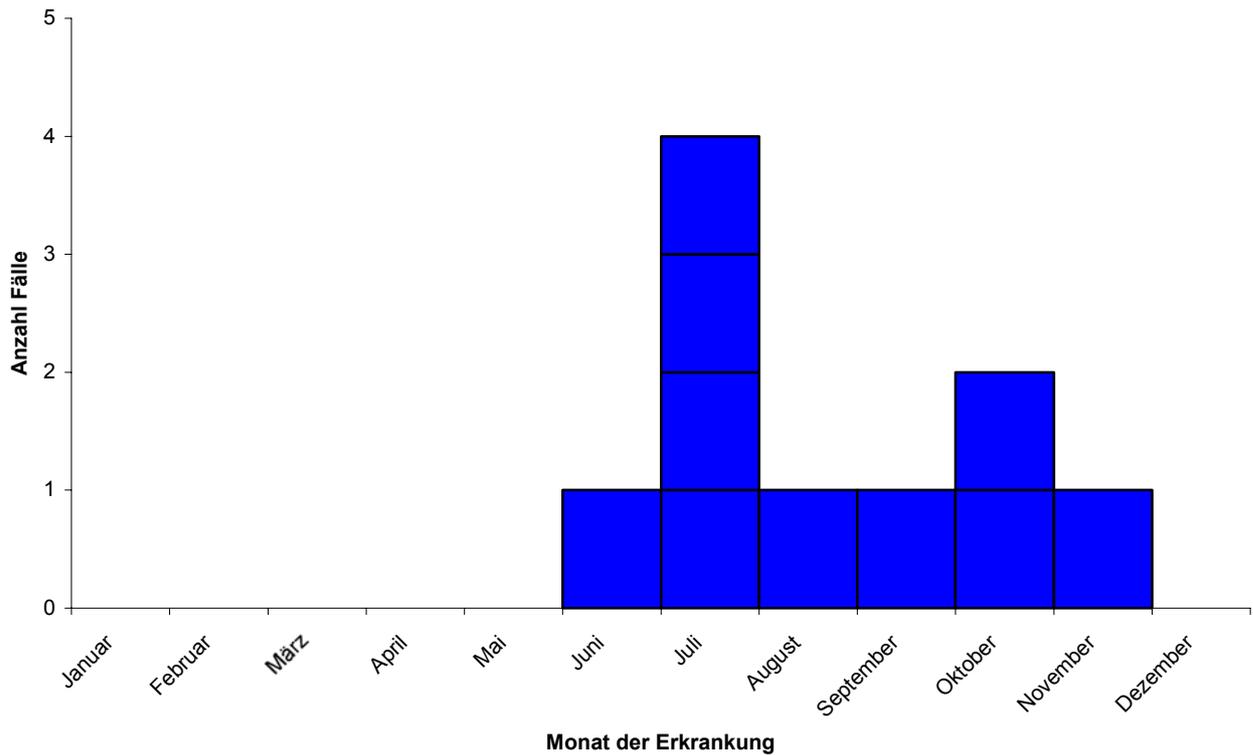
<u>Altersgruppe</u>	<u>Anzahl</u>
bis 6 Jahre	2
7 bis 18 Jahre	3
19 bis 40 Jahre	7
> 40 Jahre	0

Während der Altersgipfel bundesweit bei Kindern im Alter von 1 bis 2 Jahren verzeichnet wird, beobachten wir in Hamburg zur Zeit einen Peak bei jungen (männlichen) Erwachsenen.

Bei 8 der 12 Fälle erfolgte die Diagnose durch mikroskopischen Nachweis der Oozysten, bei 4 Fällen durch entsprechenden Antigen-Nachweis im Stuhl der Erkrankten.

Von 10 der 12 Erkrankungsfälle liegen Angaben zum Zeitpunkt des Beginns der Erkrankung vor. Das erlaubt folgende Einordnung in den Jahresverlauf (Abb.2):

Abb. 2: Anzahl der Kryptosporidiose-Fälle in Hamburg 1. – 49. KW 2003 nach dem Monat des Erkrankungsbeginns (N=10)



Hier bildet sich die typische auch bundesweit zu beobachtende Saisonalität der Kryptosporidiose mit zunehmender Häufigkeit in der 2. Jahreshälfte und Gipfel in den Sommermonaten ab.

Aufschlussreich sind die Angaben, die zum Infektionsland vorliegen. Hier sind bei 8 der 12 Fälle der Erkrankung vorausgegangene Auslandsaufenthalte ermittelt worden (Tab.2).

Tab. 2: Anzahl der Kryptosporidiose-Fälle in Hamburg 1.– 49. KW 2003 nach vermutetem Infektionsland (N = 12)

<u>Infektionsland</u>	<u>Anzahl</u>
Deutschland	4
Spanien	2
Frankreich	1
Großbritannien	1
Schweden	1
Griechenland	1
Syrien	1
Afghanistan	1

Demnach dominieren bei den der Erkrankung vorausgegangenen Auslandsaufenthalten deutlich die europäischen Länder.

Aus diesen Daten ergeben sich nach wie vor keine Hinweise auf ein einheitliches regional wirksames Expositionsrisiko, das die Zunahme der Meldungen erklären würde. Auch der überregionale Vergleich der Häufigkeit der Meldungen von Kryptosporidiose geben für Hamburg keinen Anlass zur Besorgnis. Altersstruktur der Erkrankten, Saisonalität und Reiseanamnese passen zu der Annahme, dass die Mehrzahl der Erkrankungen im vergangenen Sommer aus dem (europäischen) Ausland nach Hamburg importiert wurde. Allerdings können bei derartig kleinen Fallzahlen immer auch Zufallsschwankungen oder geringfügige Veränderungen beim diagnostischen Prozedere oder beim Meldeverhalten (schon innerhalb einer einzigen Arztpraxis oder eines Labors) ohne weiteres Trendänderungen in dem vorliegenden Umfang vortäuschen. Gleichwohl werden wir dieses epidemiologische Signal engmaschig weiter beobachten.



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 48 und 49 des Jahres 2003 sowie kumulativ für die Wochen 1 bis 49.

In der 48. Kalenderwoche imponieren 5 Fälle von Hepatitis C. Es handelt sich um 4 Frauen und einen Mann im Alter zwischen 25 und 50 Jahren, zwischen denen kein epidemiologischer Zusammenhang besteht. Nur in einem der Erkrankungsfälle bestehen klinische Symptome, bei den anderen wurde die Diagnose ausschließlich aufgrund eines entsprechenden Labornachweises gestellt, ohne dass eine Differenzierung zwischen chronischer oder akuter asymptomatischer Infektion möglich ist. Allerdings deuten anamnestische Zusatzinformationen bei 3 dieser Fälle auf eine möglicherweise länger zurückliegende Infektion außerhalb Deutschlands hin.

Die Meningokokken-Erkrankung in der 49. Woche betraf einen Erwachsenen, der mit dem Bild einer Meningitis und einer Sepsis stationär aufgenommen und in dessen Liquor *Neisseria meningitidis* der Serogruppe B nachgewiesen wurde. Der Patient konnte das Krankenhaus inzwischen wieder verlassen. Da der Erkrankte in einem publikumsintensiven Beruf tätig ist, erfolgten breite Ermittlungs-, Überwachungs- und Prophylaxemaßnahmen durch das zuständige Gesundheitsamt. Kontaktfälle waren dann auch nicht zu verzeichnen.

Abb. 3: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2003, 48. KW (n=62) -vorläufige Angaben-

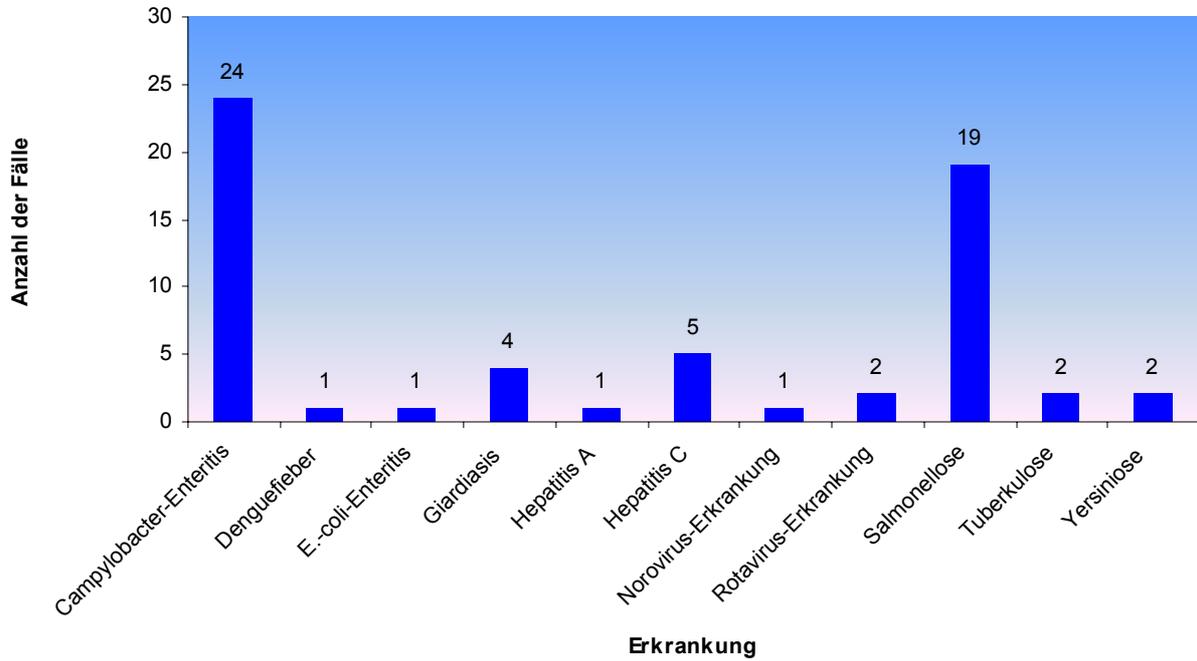


Abb. 4: Registrierte Erkrankungen Hamburg 2003, 49. KW (n=45) -vorläufige Angaben-

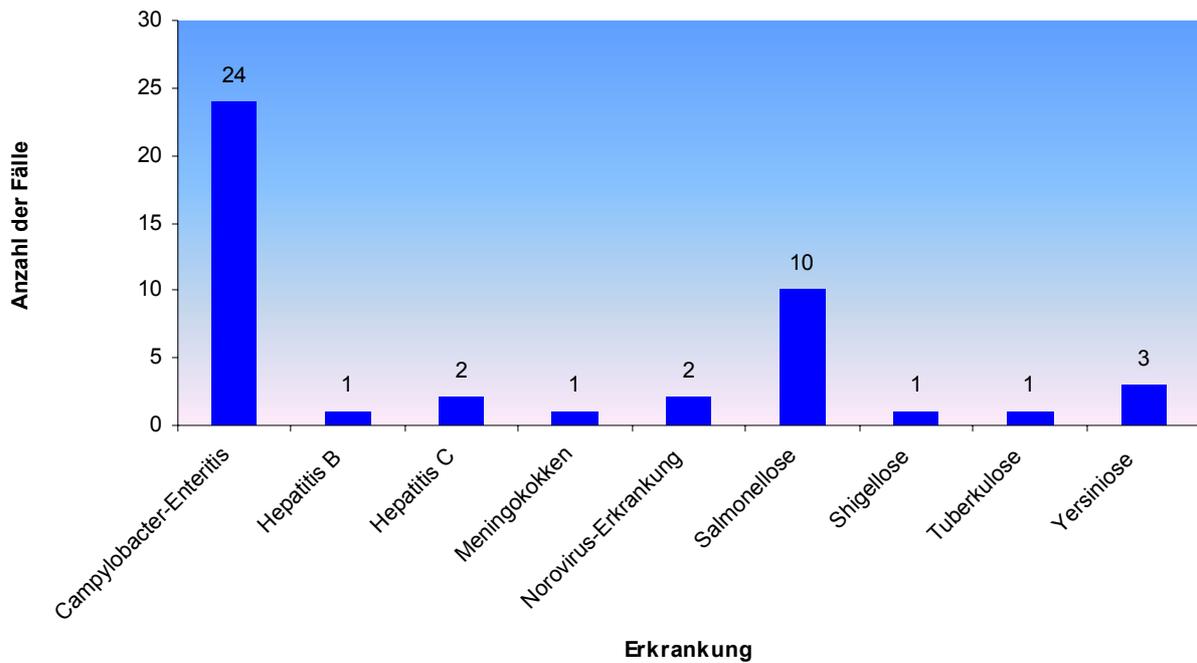
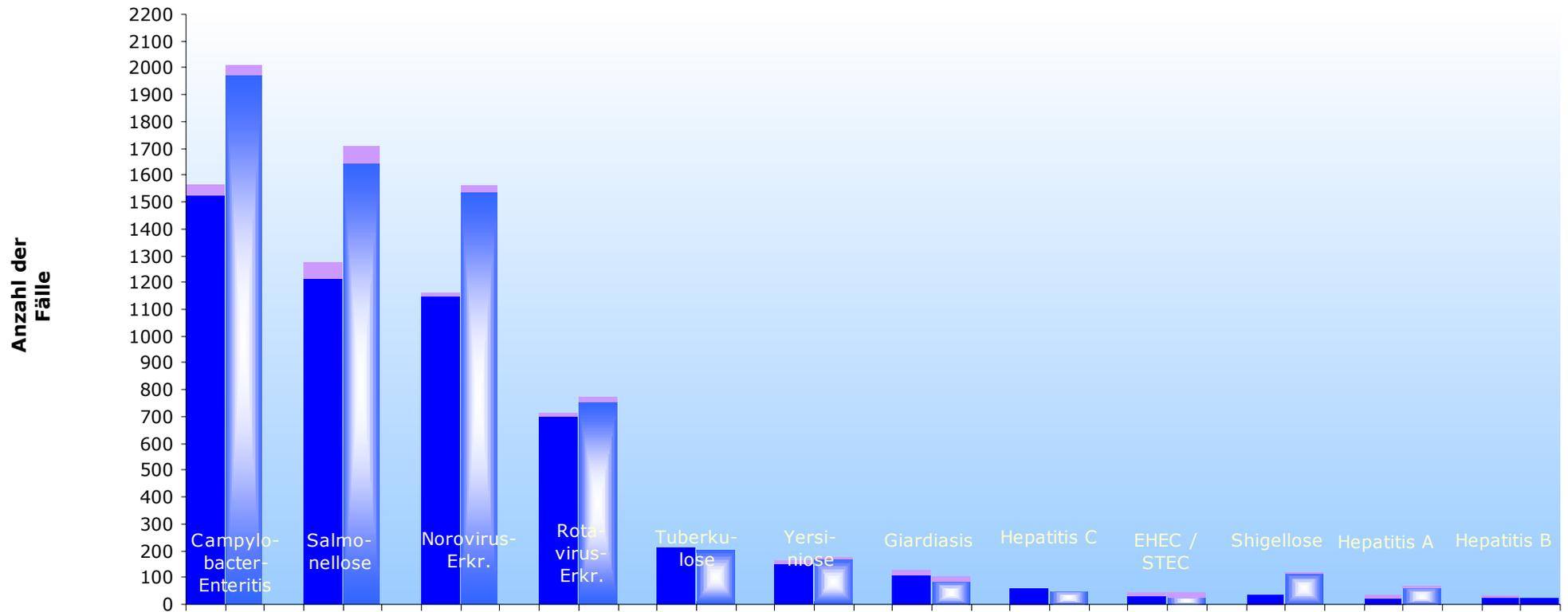


Abb. 5: Die häufigsten registrierten Infektionskrankheiten in Hamburg KW 1-49 2003 kumulativ (n = 5412) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n = 6833) – vorläufige Angaben



Referenzdefinition nicht erfüllt	44	37	61	68	8	24	10	16			9	7	21	17			8	18	1	2	13	5	5	2
Referenzdefinition erfüllt	1522	1973	1212	1643	1149	1538	702	755	212	204	152	167	105	84	62	47	32	26	36	115	23	62	25	23

Erkrankungen

= Fälle KW 1-49 2003

= Fälle KW 1-49 2002

= Referenzdefinition nicht erfüllt

Tab.3: Seltene Krankheiten und Meldetatbestände (mit und ohne Erfüllung der Referenzdefinition) in Hamburg KW 1-49 2003 kumulativ (n=183) mit Vergleichszahlen aus dem Vorjahr (n=159) - vorläufige Angaben -

Bezeichnung	Anzahl der Fälle KW 1-49 2003	Anzahl der Fälle KW 1-49 2002
E. coli-Enteritis (außer EHEC)	40	29
Influenza	18	8
Meningokokken-Erkrankung	16	14
Kryptosporidiose	12	3
Dengue-Fieber	11	21
Legionellose	8	8
Masern	5	16
Typhus	5	2
Paratyphus	2	1
Botulismus	1	
Creutzfeld-Jakob-Krankheit	1	
Haemophilus influenzae Erkrankung	1	
Hepatitis D	1	
Hepatitis E	1	
Listeriose	1	7
HUS		3
Brucellose		2
Lepra		1
Leptospirose		1
Wunddiphtherie		1
Fälle aus ätiologisch nicht gesicherten Häufungen	51	31
LM-Intoxikation	9	
Meningoenzephalitis,viral		11