

VIRO-NEWS

Juni 2014 | Ausgabe 1

AKTUELLES

HEPATITIS-A – Ausbrüche durch Tiefkühl-Beeren

Anfang März 2014 wurde eine Zunahme von Hepatitis-A-Fällen in Norwegen festgestellt. Der nachgewiesene Virusstamm ist derselbe, der seit Mitte 2013 bei verschiedenen Ausbrüchen in Europa, unter anderem auch in Deutschland, nachgewiesen wurde. Epidemiologische Untersuchungen machen es wahrscheinlich, dass die Infektionen durch den Verzehr gefrorener Beeren (Beeren-Mix) verursacht wurden. Bei den Fällen in Norwegen wurde unter anderem ein Buttermilch-Beerenkuchen, der in Deutschland hergestellt wird, als mög-

liche Infektionsquelle identifiziert. Bislang ist es allerdings nicht gelungen, die Viren in entsprechenden Lebensmitteln nachzuweisen. Es wird empfohlen, Tiefkühlbeeren nur gut durchgekocht zu verzehren. Im vergangenen Jahr war ein großer Norovirusausbruch durch Tiefkühlerdbeeren verursacht worden. Den Beeren wird vor dem Tiefkühlen Wasser zugegeben, das in den Ländern, aus denen die Beeren kommen, durch fäkale Verunreinigungen Virus kontaminiert sein kann.

Quelle: Eurosurveillance 17.04.14, Guzman-Herrador et Al: Ongoing hepatitis A outbreak in Europe 2013-2014. Imported berry mix cake suspected to be the source of infection in Norway.

MERS-Coronavirus: Neuer Erreger akuter Atemwegs-Infektionen

Das „Middle East respiratory syndrome“ (MERS) ist eine teilweise sehr schwer verlaufende akute Atemwegserkrankung, die durch ein neues Coronavirus (MERS-CoV) hervorgerufen wird. Zurzeit sind der WHO weltweit 614 laborbestätigte Fälle (16. Mai 2014) gemeldet worden, von denen 181 verstarben. Länder auf der arabischen Halbinsel sind gegenwärtig der Schwerpunkt der Epidemie. Importierte MERS-CoV-Infektionen wurden in Europa, Nordamerika

und Asien diagnostiziert. Aktuelle Informationen zur epidemiologischen Situation, Diagnostik und zum Fall-Management erhalten sie u. a. auf der Homepage des Robert-Koch-Instituts (www.rki.de) oder dem Konsiliarlabor für Coronaviren (www.virology-bonn.de). Im Freiburger Institut für Virologie sind PCR-basierte Nachweisverfahren für das MERS-CoV ebenfalls verfügbar.

HEPATITIS C: neue Therapieempfehlungen

In diesem Jahr wurden zwei neue antivirale Substanzen gegen das Hepatitis-C-Virus (HCV) zugelassen: Sofosbuvir (Sovaldi®), ein NS5B-Antagonist, und Simeprevir (Olysio®), ein Proteaseinhibitor mit verbessertem Nebenwirkungsprofil. Erstmals ist jetzt in einigen Fällen auch eine Therapie ohne Interferon möglich, außerdem ist eine deutlich kürzere Therapiedauer erforderlich. Für die Ersttherapie der Genotypen 1 und 4 bis 6 wird zur Zeit eine Kombination aus Sofosbuvir, Ribavirin und Peg-Inter-

feron (PEG-IFN) empfohlen, die Therapiedauer beträgt jedoch nur 12 Wochen. Über 90% der Patienten können so dauerhaft geheilt werden. Selbst bei kompensierter Leberzirrhose liegt die Ansprechrate bei 80%. Die Genotypen 2 und 3 können entweder 12 Wochen mit der Tripel-Therapie oder aber 24 Wochen ohne PEG-IFN therapiert werden. Bei kompensierter Zirrhose sollte die Interferon-kombinierte Therapie bevorzugt werden, da die Ansprechraten hier höher liegen. Simeprevir wird derzeit

In dieser Ausgabe

Aktuelles

- » Hepatitis A durch Tiefkühl-Beeren
- » MERS-Coronavirus
- » HCV: neue Therapieempfehlungen

Für Sie gelesen

- » EBV - neue Erkenntnisse
- » Neue AWMF-Leitlinie „Labordiagnostik schwangerchaftsrelevanter Virusinfektionen“

Erregerstatistiken

- » Vergleich der Influenzasaison 2013/2014 mit dem Vorjahr

Informationen aus dem Institut

- » Neue Internetpräsenz

Universitätsklinikum Freiburg
Institut für Virologie
 Hermann-Herder-Str. 11 | 79104 Freiburg

Verantwortlich für Inhalt und Redaktion:
 Dr. D. Huzly | PD Dr. M. Panning
Layout: Medienzentrum

In Kombination mit Ribavirin und PEG-IFN empfohlen. Da momentan fast täglich neue Daten hinzukommen, hat die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungsstörungen und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) auf ihrer Homepage eine Seite mit den jeweils aktuellen Empfehlungen erstellt:

www.dgvs.de

Quelle: www.medscape.com und www.dgvs.de

Erreger-Statistik: Vergleich der Influenza- saison 2013/2014 mit dem Vorjahr

Die Influenzasaison 2013/2014 war verhältnismäßig leicht, auch wenn sie sich lange hingezogen hat. Im Universitätsklinikum Freiburg wurden insgesamt 44 stationäre und 8 ambulante Patienten mit Influenza betreut. Zwei Infektionen verliefen tödlich. Im Vergleich dazu war die Saison 2012/2013 extrem: 180 stationäre und 45 ambulante Fälle wurden im gleichen Zeitraum des Vorjahres betreut, 21 Patienten verstarben. Bei den Virustypen überwog in Freiburg in diesem Jahr Influenza A/H3N2 (69% der Fälle) während im Vorjahr die meisten Fälle durch Influenza A/H1N1pdm09 hervorgerufen wurden (48%). Schwere Verläufe und Todesfälle wurden am häufigsten durch A/H1N1 verursacht, wobei nur die Hälfte der betroffenen Patienten Vorerkrankungen hatte. Nur fünf Prozent der Erkrankten waren geimpft. In wie weit die nachgewiesenen Stämme mit den Stämmen im Impfstoff übereinstimmen, kann erst nach den molekularen Analysen im Robert-Koch-Institut abschließend beurteilt werden.



**INFORMATIONEN
AUS DEM INSTITUT
FÜR VIROLOGIE**



Auf unserer Homepage können Sie Informationen über unsere Erreichbarkeit, die angebotenen Testverfahren und Ergebnisinterpretationen (Leistungsverzeichnis), aktuelle Erregerstatistiken, Ringversuchszertifikate etc. abrufen.
www.uniklinik-freiburg.de/virologie/diagnostik.html

FÜR SIE GELESEN

Ampicillin-Exanthem und Mononukleose: müssen die Lehrbücher umgeschrieben werden?

Die französischen Autoren wollten Ergebnisse von Studien aus den Jahren 1967 und 1972 verifizieren, in denen 80-100% aller Patienten, die bei einer akuten Mononukleose ein Aminopenicillin einnahmen, das typische Exanthem entwickelten. Sie sammelten prospektiv 5 Jahre lang alle Daten von Patienten mit nachgewiesener Mononukleose und untersuchten, ob bei Einnahme von Antibiotika das typische Exanthem auftritt. 184 Patienten wurden ausgewertet. Von diesen entwickelten nur 18,5% ein Exanthem. 103 der Patienten hatten Antibiotika erhalten, in den meisten Fällen Amoxicillin (83% der behandelten Patienten). Von diesen entwickelten 5 einen Ausschlag noch vor dem Beginn der Einnahme, 6 bekamen das Exanthem innerhalb von 48 h nach Therapiebeginn und 5 zusätzliche Patienten entwickelten den Ausschlag erst im Mittel 8 Tage nach

Antibiotikagabe. Die Wahrscheinlichkeit, ein Exanthem zu entwickeln, war bei den Patienten, die Antibiotika erhalten hatten, nicht größer als bei Patienten, die keine bekamen. Einige der Patienten hatten systemische Steroide erhalten und in dieser Patientengruppe war es signifikant seltener zu Hauterscheinungen gekommen. Dieser Effekt war aber unabhängig, die Gabe von Antibiotika wurde durch die systemische Steroidgabe nicht beeinflusst. Die Autoren schließen, dass die Assoziation von Aminopenicillinen mit der Entwicklung eines Exanthems nicht mehr gelehrt werden sollte. Ähnliche Ergebnisse waren 2013 auch von einer Arbeitsgruppe aus Israel in PEDIATRICS publiziert worden.

(Chovel-Sella et Al., PEDIATRICS Volume 131, Number 5, May 2013 Incidence of Rash after amoxiillin treatment in children with infectious mononucleosis).

Hocqueloux L et Al, Clinical Infectious Diseases 2013,57,1661-2. Do Penicillins Really Increase the Frequency of a Rash When Given During Epstein-Barr Virus Primary Infection?

Erste AWMF Leitlinie zur Diagnostik von Virusinfektionen in Schwangerschaft und Neugeborenenperiode

In dieser Leitlinie ist nachzulesen, in welchen Fällen eine labordiagnostische Abklärung bestimmter Virusinfektionen in der Schwangerschaft oder beim Neugeborenen notwendig ist, wie die Labordiagnostik durchgeführt wird und welche Untersuchungen eventuell nicht zu empfehlen sind. Des weiteren gehen die Autoren auf die Überprüfung des Immunstatus vor und während der Schwangerschaft ein. Bei impfpräventablen Infektionen wird empfohlen, der Impfpasskontrolle den Vorzug gegenüber Antikörperbestimmungen zu geben, da die empfohlenen Impfungen sehr effizient sind und die Antikörpermessung kein sicheres Korrelat zum Immunschutz darstellt. Zusätzlich zu den empfohlenen Untersuchungen in den Mutterschaftsrichtlinien empfiehlt die Leitlinie die Bestimmung des CMV-IgG in der Frühschwangerschaft, da inzwischen

nachgewiesen ist, dass die Rate der Erstinfektionen in der Schwangerschaft durch gezielte Hygienemaßnahmen deutlich gesenkt werden kann. Um zu späteren Zeitpunkten abzuklären, ob eine Erstinfektion mit einem Erreger während der Schwangerschaft stattgefunden hat, wird empfohlen, das erste Serum, das in der Schwangerschaft abgenommen wurde, für 24 Monate zu asservieren.

Die Leitlinie ist in zwei Teile gegliedert: Einen allgemeinen Teil mit Informationen, die alle Infektionen betreffen, und einen speziellen Teil, in dem die Virusinfektionen einzeln aufgeführt werden. Viele Informationen sind dabei tabellarisch dargestellt. Für jedes Virus gibt es einen Abschnitt im Frage-Antwort-Stil, in dem verschiedene Aspekte der Virusinfektionen beleuchtet werden.

www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/II-liste/gesellschaft-fuer-virologie-gfv.html