

VIRO-NEWS

Januar 2015 | Ausgabe 4

Aktuelle Übersicht – Herpes Zoster bei rheumatologischen Patienten

Schon seit einiger Zeit ist bekannt, dass rheumatologische Patienten, die mit Biologika behandelt werden, ein erhöhtes Zoster-Risiko haben. Eine aktuelle Studie widmete sich der Frage, ob dieses Risiko abhängig von der verabreichten Substanz ist (1). Die Autoren konnten keinen signifikanten Unterschied zwischen den verschiedenen Biologika erkennen, das Risiko stieg jedoch bei zusätzlicher Anwendung von Glucocorticoiden. Dass das Risiko für einen Zoster auch unabhängig von der verabreichten Therapie bei dieser Patientengruppe erhöht ist, zeigen zwei Fall-Kontroll-Studien aus den USA (2, 3). Das höchste Risiko haben dabei Patienten mit systemischem Lupus (SLE), gefolgt von solchen mit chronisch entzündlicher Darmerkrankung. Schon

20-jährige SLE-Patienten haben ein deutlich höheres Zoster-Risiko als über 60-Jährige ohne Grunderkrankung. Diese Patienten könnten in Zukunft von der Zosterimpfung (Zostavax®) profitieren. Beim jährlichen Treffen des American College of Rheumatology wurde von Lindsay et al eine Studie vorgestellt, in der 176 Patienten unter Therapie mit Biologika mit der Zostervakzine geimpft wurden. Bei keinem der Patienten wurden in den folgenden 6 Wochen disseminierte oder lokale VZV-Infektionen festgestellt. Daten aus den zuvor zitierten Fall-Kontroll-Studien sowie einer früheren Studie zeigen eine relative Risiko-Reduktion von 40% bezüglich der Inzidenz von Zostererkrankungen nach Impfung unter immunmodulatorischer Therapie (1-4). Allerdings ist der

In dieser Ausgabe

Aktuelle Übersichtsarbeiten

- » Herpes Zoster bei rheumatologischen Patienten
- » Saisonalität und Inzidenz von Norovirusinfektionen
- » Fallbericht
- » Impfstoffe - Neuigkeiten

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

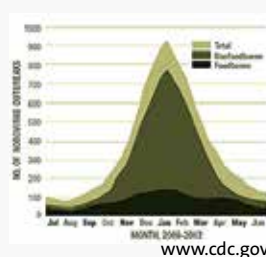
Verantwortlich für Inhalt und Redaktion:
Dr. D. Huzly | PD Dr. M. Panning
Layout: Medienzentrum

Impfstoff momentan laut Fachinformation bei immunsuppressiver Therapie kontraindiziert. Eine Anwendung ist zurzeit deshalb nur im Rahmen klinischer Studien möglich.

Quellen: (1) Yun et al, Arthritis Care Res 2014, Sep8. (2) Forbes et al, BMJ. 2014; 348: g2911 (3) www.medscape.com Nov 28, 2014. (4) Zhang et al. JAMA. 2012 Jul 4;308(1):43-9.

Saisonalität und Inzidenz von Norovirusinfektionen

Zwei aktuelle systematische Übersichtsarbeiten widmen sich der Frage der Saisonalität und der Inzidenz von Norovirusinfektionen. In der nördlichen Hemisphäre liegt der Erkrankungsgipfel jeweils in den Monaten Dezember bis Februar, 79% der Infektionen sowie 71% der gemeldeten Ausbrüche eines Jahres treten in den Monaten Oktober bis März auf (1). Weltweit sind 19% aller Gastroenteritiden durch Noroviren verursacht, in den industrialisierten Ländern und Schwellenländern ist der Anteil höher als in unterentwickelten Ländern. Interessanterweise gibt es keine Alterspräferenz, die Infektionen kommen in jedem Alter gleich häufig vor, was dafür spricht, dass sich keine nennenswerte Immunität ausbildet (2). Ausbrüche werden am häufigsten aus Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gemeldet, am zweit häufigsten aus Schulen und Kindergärten und am seltensten aus privaten Haushalten und Gastronomie (2,3,4). Bei kontrollierten Studien wurde regelmäßig in einem Anteil von ca. 7% der Gesun-



den ebenfalls Norovirus-RNA nachgewiesen. Als Ursache diskutiert wird eine prolongierte Ausscheidung nach akuter Infektion, asymptomatische Ausscheidung sowie der Nachweis von nicht vermehrungsfähigen Viren und Virusbestandteilen aus der Nahrung (2). Als Quelle für Ausbrüche wurden meistens kontaminierte Lebensmittel identifiziert, insbesondere Muscheln (Austern, Miesmuscheln), Tiefkühlobst und Blattsalate. Die Viren überleben Temperaturen bis 60°C und sind extrem umweltstabil (4). Infektios ist Erbrochenes und Stuhl, die Viren werden mehrere Wochen mit dem Stuhl ausgeschieden. Händehygiene (gründliches Waschen mit Seife) ist daher die beste Maßnahme gegen Übertragungen. Zur Desinfektion von kontaminierten Flächen kann Haushaltsbleiche (5% Natriumhypochlorit-Lösung) verwendet werden (4). Wer dem Winter entfliehen will, sollte wissen, dass Kreuzfahrtschiffe ebenfalls häufig von Norovirusausbrüchen betroffen sind. Ein aktueller Review fasst 127 Ausbrüche zusammen, bei denen bis zu 74% der Passagiere betroffen waren. Als Crewmember ist man seltener betroffen, was vermutlich an getrennten Speise- und Waschräumen liegt. Kontaminierte Nahrungsmittel waren auch hier die häufigste Quelle (5).

Quellen: (1) Shariq et al, PlosOne Oct 2, 2013. (2) Ahmed et al, Lancet Infect Dis 2014 Aug;14(8):725-30 (3) RKI Epid Bull 19, 2014 (4)www.cdc.gov/norovirus. (5) Bert et al, Food Environ Virol (2014) 6:67-74

Fallbericht

Ein 17-jähriger Patient berichtet über einen „Insektenstich“ am linken Ohr mit darauffolgender Lymphknotenschwellung retroaurikulär links. Der Hausarzt verordnete Amoxicillin 3x tgl. Als keine Besserung eintrat und neue entzündliche Stellen im Bereich des Kinns und an der Nase auftraten, wurde auf Amoxicillin und Clavulansäure sowie Octenisept Lsg. lokal umgestellt. In der Folge entwickelte der Patient Fieber, Schüttelfrost und Nachtschweiß. Bei zunehmender zervikaler Lymphadenopathie und Progression der Läsionen stellte sich der Patient in der Hautklinik vor. Dort wurde die Antibiose auf Cefuroxim 500 mg 2x tgl. umgestellt. Mikrobiologische Abstriche waren unauffällig, auch eine Herpes-simplex-Virus-Infektion wurde ausgeschlossen. Bei erneuter Vorstellung war ein kleinfleckiges Exanthem am Körperstamm und den Extremitäten hinzugekommen, die Hautveränderungen am Ohr läppchen, am Kinn und an der Nasenspitze waren progredient (siehe Abb.1). Der Patient besitzt eine frei lebende Katze, zu

der er auch einen engen Kontakt pflegt. Dies brachte die Dermatologen auf die Verdachtsdiagnose einer Kuhpockenvirusinfektion. Wir untersuchten einen Abstrich aus einer Läsion mittels Orthopockenvirus-übergreifender PCR und konnten durch Sequenzierung Kuhpockenviren nachweisen. Das Kuhpockenvirus gehört zu den Orthopoxviren und ist verwandt mit den echten Pockenviren und den Affenpockenviren. Kuhpockenviren haben ein breites Wirtsspektrum. Sie kommen bisher ausschließlich in Europa vor. Als Reservoir gelten Nager. Ca. 2% der Katzen sind seropositiv, sie infizieren sich vermutlich bei der Jagd auf die Nager. Daher spricht man oft auch von „Katzenpocken“. In den vergangenen Jahren wurden mehrere Fälle berichtet, die von Haustier-Ratten ausgegangen waren. Der Mensch infiziert sich meist durch Kontakt von infektiösem Gewebe oder Sekreten mit geschädigter Haut. Nach einer Inkubationszeit von 7-12 Tagen zeigen Infizierte oft grippeähnliche Symptome, Kopfschmerz, Übelkeit und Muskelschmer-



zen sowie ein lokal begrenztes Exanthem, das die Stadien Papel, Vesikel, Pustel durchläuft und narbig abheilen kann. Regionale Lymphknotenschwellungen begleiten die Infektion. Bei Immunsupprimierten kann die Infektion schwer und den Pocken nicht unähnlich verlaufen. Eine antivirale Therapie gibt es nicht. Häufige bakterielle Superinfektionen können antibiotisch behandelt werden. Die Läsionen heilen von alleine, allerdings sehr langsam, innerhalb von 6-8 Wochen ab. Es entsteht eine lebenslange Immunität. Bei der Behandlung/Untersuchung der Patienten sollten Handschuhe getragen werden.

Literatur: Epid. Bull. 08.02.2007. Infektionen mit Kuhpocken in Deutschland

IMPfstoffe - NEuIGKEITen

Ebolavirus-Impfstudie unterbrochen

Eine klinische Ebolavirus-Impfstudie der Firma Merck wurde kurzfristig unterbrochen, weil 4 Patienten Gelenkbeschwerden in Händen und Füßen entwickelten. Die Studie wird wieder aufgenommen, sobald klar ist, ob es sich dabei um temporäre, voll reversible Beschwerden handelt. 59 Patienten waren bisher bei dieser Studie in Genf geimpft worden. Außer Fieber waren bis Anfang Dezember keine nennenswerten Nebenwirkungen berichtet worden. Auch bei einem anderen Ebolavirus-Impfstoff der Firma Glaxo-Smithkline kam es vermehrt zu Fieber. Schwere Nebenwirkungen sind jedoch bislang nicht aufgetreten. (Reuters Health Information)

Neue Version des HPV-Impfstoffs in den USA zugelassen

Die FDA hat am 10.12.2014 Gardasil 9, einen Impfstoff der Firma Merck gegen Humane Papillomviren, zugelassen. Dieser Impfstoff schützt gegen 9 verschiedene HPV-Typen, während die frühere Version des Impfstoffs nur gegen 4 Typen ausgerichtet war. Zu den Typen 16, 18, 6 und 11 kommen noch die Hochrisiko-Typen 31, 33, 45, 52 und 58 hinzu. Diese Typen sind für etwa 20% der zervikalen Neoplasien verantwortlich.

Der Impfstoff war in mehreren klinischen Studien untersucht worden, 97% der Geimpften entwickelten eine Antikörperantwort gegen die 5 neuen HPV-Typen, die Antikörperantwort gegen die Typen, die schon vorher im Impfstoff enthalten waren, ist nicht verändert. Die häufigsten Nebenwirkungen waren Schmerzen an der Einstichstelle, Schwellungen, Rötungen und Kopfschmerzen. In den USA ist der Impfstoff für Mädchen und junge Frauen zwischen 16 und 26 und für Jungen zwischen 9 und 15 Jahren zugelassen.

(www.medscape.com Robert Lowes, Dec. 10 2014.)

ACIP Empfehlungen zur Pneumokokkenimpfung

Die amerikanische Impfkommision ACIP hat Empfehlungen zur Anwendung von Pneumokokkenimpfstoffen im Erwachsenenalter veröffentlicht, deren Inhalte auch für den deutschen Anwender von Interesse sind. Die deutsche STIKO hat die Datenlage noch nicht abschließend bewertet und daher noch keine Empfehlungen formuliert. Die ACIP macht genaue Angaben zu Impfabständen und möglichen Kombinationen der Pneumokokkenimpfstoffe untereinander. Als erste Impfung wird der 13-valente Konjugatimpfstoff empfohlen,

in der Folge soll der 23-valente Polysaccharidimpfstoff angewendet werden. Als Begründung wird eine bessere Immunantwort auf die im 13-valenten Impfstoff enthaltenen Erregertypen angegeben. Wurde der 13-valente Impfstoff als erster verabreicht, soll der 23-valente frühestens 8 Wochen danach gegeben werden. Bei der Routineimpfung der >65-Jährigen wird ein Abstand von 6-12 Monaten empfohlen. Will man den 13-valenten nach vorher gegebener 23-fach Impfung anwenden, muss mind. 1 Jahr dazwischen liegen. Bei immunsupprimierten Erwachsenen wird ebenfalls die Folge Konjugatimpfstoff – Polysaccharidimpfstoff empfohlen. (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6337a4.htm> und [/mm6140a4.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6140a4.htm))

Erregerstatistik

Die respiratorische Saison hat Fahrt aufgenommen. Am häufigsten finden wir zur Zeit RSV, Influenza A H3N2 und den atypischen Pneumonie-Erreger Mycoplasma pneumoniae. Die aktuelle Statistik sowie einen Link zu bundesweiten Daten finden Sie immer unter www.uniklinik-freiburg.de/virologie/diagnostik.html.