

Neue Influenza A(H1N1)

Hinweise für die Praxis aus dem Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Epidemiologie

Seit dem Erstnachweis im April 2009 in den USA und Mexiko hat sich ein neuer Influenza-Virustyp (Abbildung 1) nahezu weltweit ausgebreitet. Bis Ende Juni 2009 wurden der WHO über 70.000 bestätigte Fälle aus über 100 Ländern gemeldet. In Deutschland waren bei Re-daktionsschluss 400 laborbestätigte Fälle bekannt (Stand: 30. Juni). Aktuell nimmt der Anteil in Deutschland erworbener Infektionen zu.

Übertragung

Das neue Influenzavirus wird wie eine saisonale Influenza überwiegend durch Tröpfcheninfektion beim Husten oder Niesen (Abstand unter 2 m) und möglicherweise aerogen übertragen. Über den Anteil von Übertragung durch Schmierinfektionen ist nichts bekannt. Die Inkubationszeit wird mit 1 bis 7, eher bis 4 Tagen angenommen. Mit Infektiosität muss ab einem Tag vor Symptombeginn bis zu sieben Tagen danach gerechnet werden.

Klinik

Bei Patienten mit unkomplizierten Verläufen wird über Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Symptome der oberen Atemwege (Husten, Rachenentzündung, Schnupfen, Kurzatmigkeit), Muskel- oder Gelenkschmerzen, Müdigkeit, Erbrechen und Durchfall berichtet. Die Symptomatik kann leicht sein.

Vermeidung der Übertragung

Patienten mit klinischem Verdacht sind in der Praxis so zu führen, dass eine Übertragung auf andere Patienten und Personal vermieden wird. Sofern keine stationäre Behandlung angezeigt ist, ist bei gesicherter Diagnose oder klinischem Verdacht bis zu dessen Ausschluss eine häusliche Absonderung durch das Gesundheitsamt vorgesehen.

Eigenschutz für Ärzte und Personal

Beim Kontakt mit und der Untersuchung von Patienten ist Eigenschutz maßgeblich. Bei der Entnahme von Abstrichen und bei Untersuchungen mit Aerosolbildung (z. B. Bronchoskopie) sind **Atemschutzmaske und Schutzbrille** zu tragen. Zu Arbeitsschutzmaßnahmen siehe TRBA 250 und TRBA 609 des ABAS unter www.baua.de. Ohne Eigenschutz werden Arzt und Praxispersonal zu Kontaktpersonen und werden bei positiven Patienten ggf. unter häusliche Isolierung gestellt.

Personen unter Risiko

Als Risikogruppen gelten zurzeit wie bei der saisonalen Influenza: Kinder unter 5 und Erwachsene ab 65 Jahren, Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre unter Langzeitbehandlung mit Acetylsalicylsäure (Risiko eines Reye-Syndroms nach Virusinfektion), Schwangere, Kinder und Erwachsene mit chronischen pulmonalen, kardiovaskulären, hepatologischen, hämatologischen, neurologischen, neuromuskulären oder metabolischen Grunderkrankungen und Immunsupprimierte.

Diagnostik

Unter Einhaltung persönlicher Schutzmaßnahmen soll ein Nasen- und Rachenabstrich gewonnen werden (Merkblatt siehe www.rki.de). Die Untersuchung erfolgt mittels PCR in einem Labor mit Nachweisverfahren auf das neue Influenzavirus. Ein positiver Schnelltest spart Zeit zur Entscheidung über Therapie und (häusliche) Absonderung, bedarf aber der Bestätigungsdiagnostik ebenso wie ein negativer Schnelltest.

Therapie

Zur antiviralen Behandlung bei symptomatischen Influenza-Patienten und deren engen Kontakt-

personen werden Oseltamivir oder Zanamivir empfohlen. Die Empfehlungen können sich u. a. in Abhängigkeit von der Wirksamkeit und dem klinischen Spektrum der Erkrankung ändern. Herstellerangaben zu Dosierung, Gegenanzeigen und Nebenwirkungen sind zu beachten! Amantadine sind unwirksam. Eine antivirale Langzeitprophylaxe wird zurzeit nicht empfohlen. Der saisonale Influenza-Impfstoff verleiht keinen Schutz.

Meldepflicht

Zu melden ist **jeder Krankheitsverdacht, jede nachgewiesene Erkrankung** sowie jeder im Zusammenhang mit einer (möglichen) neuen Influenza aufgetretene Todesfall. Als Krankheitsverdacht gilt eine Erkrankung, bei der sich aufgrund des klinischen Bildes und der Exposition (z. B. Reiseland, Kontakt zu Erkrankten, Umgang mit Proben) eine neue Influenza (A/H1N1) **nicht sicher ausschließen** läßt. Bisher verfolgen die Gesundheitsbehörden das Ziel, die Ausbreitung des Erregers in die Bevölkerung einzudämmen oder zumindest zu verzögern. Dies soll die Zeit zwischen der endemischen Ausbreitung und der Verfügbarkeit eines Impfstoffes so weit wie möglich verkürzen. Die Maßnahmen werden ständig der Lage angepasst (siehe www.rki.de).

Weitere Entwicklung

Mit der Zunahme autochtoner Fälle steigt auch bei uns die Wahrscheinlichkeit einer nachhaltigen Übertragung von Mensch zu Mensch. Die hohe Variabilität der Influenzaviren begünstigt das Auftreten virulenterer Varianten. Ein genetischer Shift kann sowohl mit saisonalen Subtypen erfolgen als auch mit dem aviären Influenzavirus H5N1. Die Resistenzlage gegen Neuraminidasehemmer wird weiter beobachtet.



Dr. Günter Pfaff, Dr. P.H.



Dr. Isolde Piechotowski

Abbildung 1
Neues Influenzavirus
A/CA/4/09. Elektronen-
mikroskopische Auf-
nahme in Negativ-
färbung: C. S. Goldsmith
und A. Balish, CDC

