

Ausgewählte Meldungen und aktuelle Entwicklungen

Neues aus der Reisemedizin

Mers-CoV –
immer noch präsent

Im September 2012 wurde auf der Arabischen Halbinsel ein bisher unbekanntes Virus entdeckt, das schwere respiratorische Erkrankungen hervorrief. Es hatte eine besorgniserregend hohe Letalität, die Übertragungswege gaben Rätsel auf und darüber hinaus war es nahe mit dem SARS-Virus verwandt – in der Folge entstand zwar keine Panik, aber die Besorgnis, am Anfang einer neuen SARS-ähnlichen Pandemie zu stehen, war greifbar.

Ein Dreivierteljahr später warnte die Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass das inzwischen MERS-CoV genannte Virus eine Gefahr für die ganze Welt darstelle – nicht so sehr wegen dem bis dahin tatsächlich beobachteten epidemiologischen Verlauf, sondern wegen der Ungewissheit, was noch kommen könnte: Eine neu auftretende Krankheit, die sich schneller verbreite als unser Wissen von ihr wachse, sei nicht unter Kontrolle.

Untermuert wurden diese Befürchtungen 2 Jahre später, als es erstmals außerhalb der Arabischen Halbinsel zu einem größeren Ausbruch kam. Innerhalb von 2 Monaten waren im Sommer 2015 in Südkorea circa 190 Menschen erkrankt und 36 an den Folgen der Infektion verstorben.

Aktuelle Situation

Seither ist es jedoch ruhig geworden um das MERS-CoV: Das Endemiegebiet ist nach wie vor auf die Arabische Halbinsel beschränkt, vereinzelt Fälle in anderen Weltregionen sind immer auf Importfälle zurückzuführen – auch der Indexpatient bei dem südkoreanischen Ausbruch hatte sich im Nahen Osten infiziert. Darüber hinaus scheint das Virus nicht so leicht von Mensch zu Mensch übertragbar zu sein wie zunächst befürchtet: Allem Anschein nach ist enger Kontakt nötig, etwa im engsten Familienkreis oder in einem Krankenhaus.

Aber auch wenn das Virus nicht mehr im Fokus der medialen Aufmerksamkeit steht: Die Letalität ist unvermindert sehr hoch (ca. 36 % weltweit, 42 % in Saudi-Arabien) und es gibt bisher weder eine verlässliche antivirale Therapiemöglichkeit noch einen zugelassenen Impfstoff. Und vor allem in Saudi-Arabien treten nach wie vor so gut wie wöchentlich Neuinfektionen auf, so dass die Krankheit hier inzwischen als endemisch betrachtet wird. Hinzu kommen gelegentliche nosokomiale Ausbrüche, wie zuletzt Mitte März in Wadi Al Dawasir im Süden des Landes – hier erkrankten mindestens 8 Personen. Weltweit wurden mittlerweile circa 1920 Fälle gemeldet, etwa 1600 hiervon in Saudi-Arabien. Mindestens 690 Menschen überlebten die Infektion nicht.

Stand der Forschung

Zahlreiche Studien haben sich in den vergangenen Jahren mit dem MERS-CoV beschäftigt, viele Fragen bleiben jedoch nach wie vor offen. Genetische Analysen stellen das Virus in enge Verwandtschaft zu 2 Coronavirenspesies, die bei Flughunden verbreitet sind, und auch das MERS-Virus selbst hat seinen Ursprung vermutlich in Flughund- oder Fledermausbeständen. Von hier aus ist das Virus dann wohl in den 1990er Jahren auf Kamele überggesprungen – so gibt es Hinweise darauf, dass es bereits seit etwa 20 Jahren in Dromedaren zirkuliert. Und zwar nicht nur auf der Arabischen Halbinseln, sondern – zumindest in den letzten Jahren – in einem Großteil des Verbreitungsgebiets der Kamele von Afrika bis Pakistan. Einzelne Studien konnten dabei bei mehr als 90 % der untersuchten Tiere Antikörper gegen das MERS-CoV nachweisen. Dabei scheinen vor allem junge Tiere unter 4 Jahren an einem „Schnupfen“ zu erkranken. Bei ihnen konnten im Nasensekret mehr als doppelt so viele Viren nachgewiesen werden, wie bei älteren Individuen.

Wie genau die Infektion der Menschen nun erfolgt, ist bisher jedoch noch nicht zweifelsfrei geklärt. Sicher scheint, dass



Bild: PhotoDisc

die Viren nicht durch die Luft übertragen werden, sondern dass es direkten Kontakts bedarf, etwa indem man mit der Hand die Nase des Tieres berührt und sich anschließend ins Gesicht fasst. Möglicherweise geht auch von roher Kamelmilch ein Infektionsrisiko aus. Bei einzelnen MERS-Patienten konnte gezeigt werden, dass sie in den Tagen vor der Erkrankung tatsächlich Kontakt zu Kamelen gehabt hatten. Bei den meisten der bisher Erkrankten handelte es sich um enge Familienmitglieder, Bett-nachbarn oder Krankenhausmitarbeiter, die mit solchen Indexpatienten in Kontakt gekommen sind. Es gibt aber auch zahlreiche Fälle, in denen die Erkrankten weder Kontakt zu Kamelen oder Kamelprodukten noch zu MERS-Patienten gehabt zu haben scheinen. Die genauen Übertragungswege bleiben also rätselhaft. Genau wie die Tatsache, dass mehr als 80 % aller Fälle bisher in Saudi-Arabien aufgetreten sind – obwohl das Virus offensichtlich von Afrika bis Asien in den Kamelbeständen weit verbreitet ist.

Gelbfieberausbruch in Brasilien

Ende des letzten Jahres begann in Brasilien ein ungewöhnlich großer Gelbfieberausbruch, der immer noch andauert. So wurden von Dezember bis Ende März bereits etwa 500 Fälle labordiagnostisch bestätigt, 1100 weitere Verdachtsfälle wurden zu diesem Zeitpunkt noch untersucht. Bisher verstarben mindestens 162 Menschen an den Folgen der Infektion. Hinzu kommen Dutzende weitere Todesfälle, bei denen die Laborbestätigungen noch ausstehen.

Zum Vergleich: In den 12 Monaten von Juli 2014 bis Ende Juni 2015 waren in Brasilien lediglich 7 Menschen am Gelbfieber erkrankt, wobei 4 von ihnen die Infektion nicht überlebten. Im darauffolgenden Jahr waren sogar nur 2 Todesopfer gemeldet worden.

Besonders besorgniserregend an dem derzeitigen Ausbruch sind dabei nicht nur die hohen Fallzahlen, sondern auch, dass sich das Verbreitungsgebiet momentan rasant ausweitet. Die weitaus meisten Infektionen erfolgten zwar bisher in dem Bundesstaat Minas Gerais, der auch schon früher sporadische Ausbrüche meldete. Hier sinken die Fallzahlen jedoch seit Beginn des Jahres wieder. Stattdessen breitet sich der Ausbruch inzwischen immer weiter Richtung Küste in den Nachbarstaat Espírito Santo aus. Dieser galt bisher als frei vom Gelbfieber, der letzte Gelbfieberfall wurde hier 1940 gemeldet. Die WHO hat mittlerweile reagiert und empfiehlt Reisenden seit Februar für den gesamten Bundesstaat eine Gelbfieberimpfung.

Weitet sich das Verbreitungsgebiet in den kommenden Wochen in demselben Maß wie bisher aus, könnte es bald die Hauptstadtregion von Espírito Santo erreichen – im Großraum Vitória leben mehr als eine Million Menschen. Es besteht also die Gefahr, dass der Ausbruch vom sylvatischen in den urbanen Zyklus übergehen könnte. Auch in Rio de Janeiro, das sowohl an Minas Gerais als auch an Espírito Santo grenzt, ist man sich dieser Gefahr bewusst. Zwar ist hier bisher kein einziger Fall aufgetreten, nichtsdestotrotz wurde im März ein Impfprogramm gestartet, das bis Ende des Jahres 12 Mio. Menschen erreicht haben will.

Malaria in Südafrika

Der Großteil Südafrikas gilt als frei von Malaria. Lediglich entlang der Ostküste herrscht das ganze Jahr über ein geringes Risiko, ein hohes Infektionsrisiko besteht nur im Sommerhalbjahr von September bis Mai im äußersten Nordosten, beispielsweise im Krüger Nationalpark.

Seit Beginn des Jahres erkrankten in den Provinzen Limpopo und Gauteng etwa 50 Personen außerhalb des bekannten Endemiegebiets an der Malaria, 3 von ihnen verstarben an den Folgen der Infektion. Die Betroffenen lebten in einem Bereich von Pretoria im Osten, Swartruggens im Westen und Lephalale im Norden, also etwa 250–400 km westliche des bekannten Risikogebiets. Die meisten von ihnen hatten diese Region vor der Erkrankung nicht verlassen.

Masern in Rumänien

Bereits seit Beginn des letzten Jahres leidet Rumänien unter einem großen Masernausbruch. Allein in den vergangenen 7 Monaten sind dabei 3800 Menschen erkrankt, 16 von ihnen verstarben an den Folgen der Infektion. Alle Todesopfer litten unter Begleiterkrankungen. Die Fälle verteilen sich über 37 der 42 Kreise des Landes, wobei die Region Caraș-Severin an der Grenze zu Serbien am stärksten betroffen ist.

Als Reaktion auf den Ausbruch wurde das empfohlene Alter für die erste Masernimpfung von 12 auf 9 Monate gesenkt. Die durchaus ambitionierten Maßnahmen der Gesundheitsbehörden scheinen aber teilweise ins Leere zu laufen, da es in Rumänien seit dem Jahr 2012 eine starke Antiimpfkampagne gibt. Diese hat dazu beigetragen, dass die Durchimpfungsquote der Mumps-Masern-Röteln-Impfung in Rumänien innerhalb kürzester Zeit von 95% (Stand 2013) auf nunmehr 80% (2016) gefallen ist, Tendenz weiter sinkend.

Der Ausbruch in Rumänien hat auch Folgen für andere europäische Staaten. Beispielsweise erkrankten in Belgien seit Beginn dieses Jahres bereits mehr als 100 Menschen an den Masern, der Indexpatient hatte sich während der Inkubationszeit in Rumänien aufgehalten. Weitere große Ausbrüche

werden derzeit unter anderem aus Italien (1010 Fälle innerhalb des ersten Quartals) und Deutschland (mehr als 200 Fälle in den ersten 3 Monate) gemeldet. Und auch in Österreich erkrankten in den ersten 2 Monaten dieses Jahres bereits 69 Menschen – mehr als im Verlauf des gesamten Vorjahrs.

Biss durch Giftspinne endet fast tödlich

Auch wenn viele Menschen einen – vorsichtig ausgedrückt – gesunden Respekt vor Spinnen haben, so ist das in den meisten Fällen doch deutlich übertrieben: In Mitteleuropa gibt es nur wenige Spinnen, deren Mundwerkzeuge überhaupt die menschliche Haut durchdringen können. Und selbst deren Biss führt in der Regel höchstens zu Symptomen, die einem Wespenstich vergleichbar sind.

Weltweit gibt es kaum mehr als eine Handvoll Spinnenarten, die dem Menschen ernsthaft gefährlich werden können. Dazu zählt unter anderem die brasilianische Wanderspinne, die gelegentlich mit Bananenstauden nach Europa transportiert wird, sowie verschiedene Arten von Schwarzen Witwen und Australischen Tunnelnetzspinnen. Doch selbst hier sind Todesfälle die absolute Ausnahme (bei keiner dieser Arten wurden mehr als 20 Fälle dokumentiert). Und in Australien, der Heimat dreier der giftigsten Spinnenarten der Welt, gab es gar seit 1981 keinen einzigen Todesfall durch Spinnenbisse. Seit dem Jahr stehen für alle relevanten Spinnenarten Antiseren zur Verfügung.

Im Februar hätten multiple Bisse einer Sydney-Trichternetzspinne für einen 10-jährigen Jungen nun trotzdem fast fatale Folgen gehabt. Neben Schmerzen entwickelte er Krämpfe und Schaum vor dem Mund. Normalerweise genügen selbst in schweren Vergiftungsfällen 3–5 Antivenindosen. In diesem Fall waren 12 nötig, um sein Leben zu retten, die höchste Dosis, die je verabreicht wurde.

Dipl. Biol. Unn Klare, Behnkenshagen
Quellen: promed, paho, WHO