

Gesundheitswesen (IQTiG) zu integrieren sowie Synergien mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu nutzen. Diese übergreifenden Register müssten dann mit spezifischen Registern der medizinischen Fachgesellschaften vernetzt werden. „Die Implementierung der neuen EU-Verordnung ist komplex – eine gemeinsame Datenbasis und ein stetiger Informationsfluss ist eine wichtige Voraussetzung für eine reibungslose Umsetzung“, bilanziert Klar.

Link zur EU-Verordnung:
https://ec.europa.eu/growth/sectors/medical-devices/regulatory-framework_de

Die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) e. V. bündelt die Interessen der medizinischen Wissenschaft und trägt sie verstärkt nach außen. Sie handelt dabei im Auftrag ihrer 177 medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Gegründet 1962 mit dem Ziel, gemeinsame Interessen stärker gegenüber dem Staat und der ärztlichen Selbstverwaltung zu positionieren, erarbeitet die AWMF seitdem Empfehlungen und Resolutionen und vertritt diese im wissenschaftlichen und politischen Raum. Die AWMF ist Ansprechpartner für gesundheitspolitische Entscheidungsträger, wie den Gemeinsamen Bundesausschuss, und koordiniert die Entwicklung und Aktualisierung medizinisch wissenschaftlicher Leitlinien in Deutschland. Jede gemeinnützige Fachgesellschaft in Deutschland kann Mitglied werden, sofern sie sich wissenschaftlichen Fragen der Medizin widmet. Die AWMF finanziert sich vorwiegend durch die Beiträge ihrer Mitgliedschaften und Spenden.

Quelle:

AWMF-Geschäftsstelle
Dennis Makoschey
Birkenstraße 67
10559 Berlin
Tel. +49-(0)30-20097777
presse@awmf.org

Pressekontakt AWMF:

Dagmar Arnold
Luisenstraße 58/59
10117 Berlin
Tel.: +49-(0)711 8931-380
arnold@medizinkommunikation.org
presse@awmf.org
www.awmf.org

Keuchhusten (Pertussis)

RKI-Ratgeber für Ärzte

- Präambel
- Erreger
- Vorkommen
- Reservoir
- Infektionsweg
- Inkubationszeit
- Dauer der Ansteckungsfähigkeit
- Klinische Symptomatik
- Diagnostik
- Therapie
- Präventiv- und Bekämpfungsmaßnahmen
 - 1. Präventive Maßnahmen
 - 2. Maßnahmen für Patienten und Kontaktpersonen
 - 3. Maßnahmen bei Ausbrüchen
- Gesetzliche Grundlage
 - Meldepflicht gemäß IfSG
 - Übermittlung
 - Weitergehende Mitteilungspflichten
- Beratung und Spezialdiagnostik
- Ausgewählte Informationsquellen
- Redaktion der Reihe „RKI-Ratgeber für Ärzte“

Präambel

Die Herausgabe dieser Reihe durch das Robert Koch-Institut (RKI) erfolgt auf der Grundlage des § 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG). Praktisch bedeutsame Angaben zu wichtigen Infektionskrankheiten sollen aktuell und konzentriert der Orientierung dienen. Die Beiträge werden in Zusammenarbeit mit den Nationalen Referenzzentren (NRZ), Konsiliarlaboren (KL) sowie weiteren Experten erarbeitet. Die Erstpublikation und deutlich überarbeitete Folgeversionen werden im Epidemiologischen Bulletin und im Internet (www.rki.de/ratgeber) veröffentlicht. Eine Aktualisierung erfolgt

nach den Erfordernissen, aktualisierte Fassungen ersetzen die älteren. Aktualisierte Fassung vom November 2017; Erstveröffentlichung im Epidemiologischen Bulletin Oktober 2001 (Nr. 43).

Erreger

Bordetella pertussis ist ein kleines gramnegatives, unbewegliches, bekapseltes, aerobes Stäbchen [39]. Es bildet eine Vielzahl von Toxinen und Virulenzfaktoren, wie z.B. Pertussis-Toxin (PT), filamentöses Hämagglutinin (FHA), Trachea-Zytotoxin, Pertactin, hitzelabiles Toxin und Adenylatzyklase-Hämolysin. Auf der Oberfläche des Bakteriums befinden sich äußere Membranproteine, Fimbrien sowie Lipopolysaccharide. Die Vermehrung der Bordetellen erfolgt auf dem zilienträgenden Epithel der Atemwegsschleimhäute. Sie verursachen dort eine lokale Zerstörung der Mukosa. Einige der Toxine verschlechtern zusätzlich lokal die Abwehrkräfte und verursachen Gewebeschäden. **B. pertussis** ist der hauptsächliche Erreger des Keuchhustens. Seltener können Infektionen mit **B. parapertussis** oder **B. holmesii** ebenfalls zu einem keuchhustenähnlichen Krankheitsbild führen, das aber meist leichter und kürzer als bei einer Erkrankung durch **B. pertussis** verläuft.

Vorkommen

Pertussis kommt ganzjährig vor, die Inzidenz ist im Herbst und Winter etwas höher als im Rest des Jahres. Ähnlich wie in anderen westlichen Ländern [4] werden in Deutschland trotz hoher Impfquoten bei jüngeren Kindern – im Jahr 2014 lag die Impfquote der Schulanfänger bei ca. 95% [32] – weiterhin zyklische Anstiege von Pertussis im Abstand von 4 bis 6 Jahren beobachtet [31]. Allerdings basieren diese Beobachtungen ausschließlich auf Daten aus den östlichen Bundesländern (ÖBL), in denen es bis einschließlich 2012 jeweils eine Meldepflicht nach Landesverordnung gab. Erst im Frühjahr 2013 wurde gemäß IfSG eine bundesweite Meldepflicht eingeführt, sodass Langzeit-Beobachtungen zur deutschlandweiten Krankheitslast erst in einigen Jahren zuverlässig vorliegen werden. Seit Einführung der

bundesweiten Keuchhusten-Meldepflicht werden zudem Erkrankungen durch *B. pertussis* und *B. parapertussis* differenziert. In den Jahren 2015 und 2016 wurden 3-4% der übermittelten Keuchhusten-Erkrankungen durch *B. parapertussis* verursacht. In den Jahren 2006 – 2008 wurde in den östlichen Bundesländern eine Erkrankungswelle beobachtet mit einer maximalen Gesamtinzidenz von 40 Erkrankungen (Erkr.)/100.000 Einwohner (Einw.). Die höchste Inzidenz lag mit 147 Erkr./100.000 Einw. bei 5- bis 14-jährigen Kindern vor, dies führte im Jahr 2006 zur Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) für eine Auffrischimpfung im Vorschulalter. Nach einem anschließenden Rückgang der Inzidenz bis zum Jahr 2010 auf 19 Erkr./100.000 Einw. stieg sie in den Jahren 2011 – 2012 erneut auf 42 Erkr./100.000 Einw. an. Bei dieser Erkrankungswelle war die Inzidenz bei 10- bis 19-Jährigen (135 Erkr./100.000 Einw.) und nicht mehr bei jüngeren Kindern am höchsten [32]. Diese Altersverschiebung lässt sich zum einen durch die Wirksamkeit des Vorschulboosters und zum anderen durch einen abnehmenden Immunschutz im Jugendalter erklären, denn die Impfquoten für die seit dem Jahr 2000 empfohlene Auffrischimpfung im Jugendalter waren in den letzten Jahren weiterhin unzureichend [13,26,33]. Die Krankheitslast bei Säuglingen ist ebenfalls sehr hoch. Die Inzidenz in den ÖBL erreichte während der letzten Keuchhustenwelle in den Jahren 2011-2012 einen Höhepunkt mit 95 Erkr./100.000 Einw [32]. Auch wenn die Pertussis-Inzidenz bei Kindern und Jugendlichen weiterhin höher ist als bei Erwachsenen, treten inzwischen über zwei Drittel aller Erkrankungen bei Personen > 19 Jahre auf. Daher empfiehlt die STIKO seit 2009 allen Erwachsenen eine Impfung mit einem Pertussis-haltigen Kombinationsimpfstoff bei der nächsten fälligen Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie. Auch diese Empfehlung wird bislang unzureichend umgesetzt [3].

Reservoir

Der Mensch ist das einzige Reservoir für *B. pertussis* und *B. holmesii*. *B. parapertussis* wird bei Menschen und Schafen gefunden.

Infektionsweg

Pertussis ist hoch kontagiös. Die Übertragung erfolgt durch Tröpfcheninfektion, die durch engen Kontakt mit einer infektiösen Person innerhalb eines Abstandes bis zu ca. 1 Meter durch Husten, Niesen oder Sprechen erfolgen kann [21]. Während ein anhaltendes Trägertum von Bordetellen im Nasenrachenraum nicht beschrieben wurde, wurde gelegentlich bei Personen im Umfeld von Ausbrüchen – darunter auch gegen Pertussis Geimpfte – *B. pertussis* im Nasenrachenraum nachgewiesen [18,23]. Jugendliche und Erwachsene spielen als Überträger auf Säuglinge eine wichtige Rolle [34,36,37].

Inkubationszeit

Meist 9 – 10 Tage (Spanne: 6 – 20 Tage) [21]

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Die Ansteckungsfähigkeit beginnt am Ende der Inkubationszeit, erreicht ihren Höhepunkt während der ersten beiden Krankheitswochen und kann bis zu drei Wochen nach Beginn des Stadium convulsivum (s.u.) andauern. Bei Durchführung einer antibiotischen Therapie verkürzt sich die Dauer der Ansteckungsfähigkeit je nach angewendetem Antibiotikum auf etwa drei bis sieben Tage nach Beginn der Therapie [21,35]. Dabei sind die Ergebnisse verschiedener Studien - auch bei gleichem Antibiotikum – relativ divers, was u.a. an unterschiedlichen Patientenprofilen sowie Methoden zur Probenabnahme und Kulturdiagnostik liegen könnte. Bei der Verwendung von Azithromycin konnte in 2 Studien eine Eradikation aus dem Nasopharynx von 97% nach 2 bis 3 Tagen [28] bzw. von 100% nach 5 Tagen [24] nach Beginn der Therapie gezeigt werden. Für Clarithromycin und Erythromycin wurde eine vollständige mikrobiologische Eradikation 7 Tage nach Beginn der Therapie nachgewiesen [17,25]. Ohnehin sinkt die Menge der isolierten Bakterien ab Beginn der Behandlung rapide, weshalb generell eine Isolierung der Patienten für 5 Tage nach Beginn der Therapie, im Falle von Azithromycin ggf.

kürzer, empfohlen wird [6,21]. Die Elimination der Mikroorganismen spielt insbesondere eine Rolle bei Personen, die näheren Kontakt zu Hochrisikopatienten haben (Säuglinge, Gesundheitspersonal, Schwangere im letzten Monat vor Geburt).

Klinische Symptomatik

Pertussis kann mehrere Wochen bis Monate andauern. Die typische Erstinfektion bei Ungeimpften verläuft in drei Stadien [16,27]:

- **Stadium catarrhale** (Dauer 1 – 2 Wochen; Intervall 5-21 Tage): Es ist durch erkältungsähnliche Symptome, wie Schnupfen und leichten Husten, meist aber kein oder nur mäßiges Fieber gekennzeichnet.
- **Stadium convulsivum** (Dauer 4 – 6 Wochen): In diesem Stadium kommt es zu den klassischen Symptomen der anfallsweise auftretenden Hustenstöße (Stakkatohusten), gefolgt von inspiratorischem Ziehen. Das typische Keuchen oder Juchzen entsteht durch die plötzliche Inspiration gegen eine geschlossene Glottis am Ende des Anfalles. Die Hustenattacken gehen häufig mit Hervorwürgen von zähem Schleim und anschließendem Erbrechen einher. Die Attacken können sehr zahlreich sein und treten bei manchen Patienten gehäuft nachts auf. Fieber fehlt weiterhin oder ist gering ausgeprägt; höhere Temperaturen können auf eine bakterielle Sekundärinfektion hinweisen.
- **Stadium decrementi** (Dauer 6 – 10 Wochen): Es kommt zum allmählichen Abklingen der Hustenanfälle.

Bei Jugendlichen und Erwachsenen wie auch bei vielen geimpften Kindern verläuft Pertussis oftmals lediglich als lang dauernder Husten ohne die klassischen Begleitsymptome, wie z.B. anfallsartiger Husten, inspiratorischer Stridor oder Erbrechen. Auch bei Säuglingen findet man häufig untypische Krankheitsverläufe, hier stehen als Symptomatik nicht selten Apnoen (Atemstillstände) im Vordergrund. Säuglinge haben zudem das höchste Risiko für schwerwiegende **Komplikationen**. Ein hoher Anteil aller Krankenhausbehandlungen und fast alle Todesfälle betreffen dementsprechend

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8584742>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8584742>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)