

Schweinegrippe: WHO ruft Stufe 6 der Pandemieplanung aus

Die Weltgesundheitsorganisation hat am 11. Juni für die Schweinegrippe die höchste Warnstufe (6) ausgerufen.

Vielleicht erinnern Sie sich noch an den 27. April 2009, als die Nachrichten den ersten Infektionsfall aus Mexiko berichteten. Bis zum Zeitpunkt der Drucklegung (30. Juni 2009) sind weltweit über 76.000 Fälle gemeldet worden (die meisten in den USA, Mexiko, Kanada, Chile und Australien). 330 dieser Patienten sind verstorben. Deutschland steht in Europa nach Großbritannien und Spanien an dritter Stelle. Es wird – aufgrund des bislang milden Verlaufs – mit einer hohen Dunkelziffer gerechnet.

Nachdem die Schweinegrippe Ende Mai aus den Schlagzeilen verschwunden war, kehrt das Thema zunehmend wieder in die Medien zurück. Zwar geht es der großen Mehrzahl der betroffenen Patienten klinisch gut, die Entwicklung einer beschleunigten Ausbreitung in allen Ländern der Welt ist aber beunruhigend. Dies hat mehrere Gründe:

- Die Kontagiosität der Infektion ist um ein Mehrfaches höher als die der saisonalen Influenza A. Experten vermuten eine noch erheblich schnellere Ausbreitung, wenn wir kältere Temperaturen hätten (ein solches Phänomen wird in Südamerika und Australien beobachtet – dort ist jetzt beginnender Winter).
- Gemessen an den Epidemien der Vergangenheit (die alle mit einer Phase milder Krankheitsbilder begannen) wird befürchtet, dass die schweren Verläufe zunehmen werden.
- Da alle Fälle und die unmittelbaren Kontaktpersonen mit Neuraminidasehemmer behandelt werden, steigt das Risiko von Resistenzen gegen Arzneimittel wie Tamiflu oder Relenza.
- Betroffen sind vor allem jüngere Personen, ein Phänomen, das noch nicht schlüssig erklärt werden kann.
- Erste Untersuchungen ergaben bisher keinen Hinweis, dass der Impfstoff gegen die saisonale Influenza auch einen Schutz gegen die neu aufgetretene Virusvariante bietet.

Hier eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Informationen:

• Inkubationszeit:

Nach vorliegenden Daten beträgt diese ca. 1–7 Tage (bei der saisonalen Influenza 1–4 Tage). Die Ansteckungsfähigkeit dürfte ähnlich wie bei der saisonalen Influenza bereits weniger als 24 Stunden vor Auftreten der klinischen Symptomatik beginnen.

• Symptome:

Plötzlich auftretendes Fieber, Müdigkeit, Kopf- und Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit und Husten. Patienten können gelegentlich auch über Schnupfen, Halsschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Durchfall klagen. Achtung: Reiseanamnestische Hinweise sind heu-

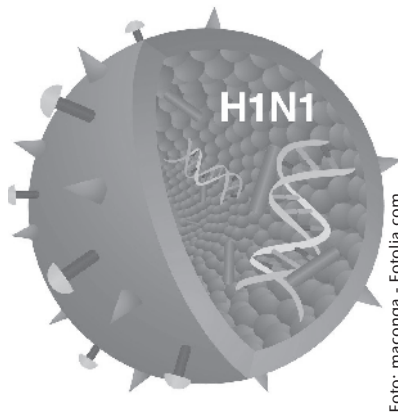


Foto: maconga - Fotolia.com

te nur noch eingeschränkt verwertbar, da sich – im Gegensatz zur initialen Phase – die Ansteckung oft nicht mehr auf solche Kontakte zurückführen lässt.

• Vorgehen in der Praxis:

Wenn Sie von einem Patienten mit entsprechenden Beschwerden oder dessen Angehörigen angerufen werden, sollten Sie dazu raten, nicht in die Praxis zu kommen. Die entsprechende Diagnostik sollte vielmehr bei einem Hausbesuch erfolgen.

Wenn ein möglicherweise betroffener Patient bereits in der Praxis ist, versuchen Sie nach Möglichkeit, ihn in einen Raum zu bringen, der abseits von Wartezimmer und Patientenstrom liegt.

Gleichgültig, wo (in der Praxis oder der Wohnung des Patienten) der begründete Verdacht auf eine Infektion erfolgt: Informieren Sie immer umgehend das für Ihren Bereich zuständige Gesundheitsamt. Das Robert-Koch-Institut bietet ein sog. Postleitzahlen-Tool an,

das eine Suche nach dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt erlaubt. Die Adresse lautet: www.rki.de/cln_100/nn_195768/DE/Content/Infekt/IfSG/FAQ/RkiPlzTool-zip.html

Sowohl Patient als auch Praxispersonal müssen Schutzmasken tragen, die alle 2–3 Stunden erneuert werden sollten. Für das Praxispersonal werden zusätzlich Handschuhe, Schutzkittel und Schutzbrille empfohlen. Nicht vergessen: Die wichtigste Maßnahme zur Prävention einer Ansteckung ist das häufige Händewaschen. Husten nicht mit vorgehaltener Hand, sondern in den Ärmel.

• Diagnostik:

Falls vorhanden, nutzen Sie kommerzielle Virus-Tupfer-Systeme, die 3 ml Transportmedium enthalten. Wenn keine Tupfer für die Virusdiagnostik zur Verfügung stehen, führen Sie Abstriche mit trockenen sterilen Tupfern durch und führen Sie diese in Röhrchen mit 1,5 ml NaCl über (Sie können auch die Röhrchen mit NaCl füllen, aus denen Sie die Tupfer entnommen haben). Falls die Tupfer zu lang sind: Stiele abbrechen oder abschneiden und die Röhrchen fest verschließen.

Bitte benutzen Sie keine Abstrichröhrchen für die Bakteriendiagnostik.

Transport des Materials nach Rücksprache mit Ihrem Gesundheitsamt (es kennt u. U. weitere Labore, welche die Diagnostik auf H1N1 durchführen). Falls ein Influenza-(Antigen)-Schnelltest vorhanden ist, sollte hierfür einer der Nasenabstriche eingesetzt werden.

Und so gehen Sie vor:

Nachdem der Patient seine Maske abgenommen und seinen Kopf leicht nach hinten gestreckt hat, führen Sie unter leicht drehenden Bewegungen insgesamt drei Abstriche mit je einem Tupfer durch: 1x im Rachen links und rechts der Uvula; 1x im linken und 1x im rechten Nasenloch, jeweils an der Scheidewand entlang.

• Behandlung:

Bestätigt infizierte Patienten erhalten Tamiflu 75 mg 2x1 Tablette über 5 Tage. Kontakte erhalten Tamiflu 1x1 über 10 Tage. Neuraminidasehemmer sind für Kinder unter 1 Jahr nicht zugelassen.



[Die europäische Zulassungsbehörde EMEA hat im Mai 2009 die Ansicht vertreten, dass im Falle einer von der WHO ausgerufenen Pandemie die Vorteile einer Behandlung die Risiken übertreffen. Konkrete Empfehlungen können an dieser Stelle nicht gegeben werden.]

Stimmen Sie sich in jedem Fall einer Therapie bzw. Prophylaxe mit Ihrem Gesundheitsamt ab!

Wenn der Patient klinisch schwer erkrankt ist, muss eine Krankenhausein-

weisung mit vorheriger telefonischer Ankündigung erfolgen.

• Isolierung:

Bis zur Abklärung des Verdachts sollten sowohl Patienten wie auch Kontaktpersonen – möglichst zu Hause – isoliert werden. Bei bestätigten Fällen erfolgt bei infizierten Erwachsenen eine Isolation von 7 Tagen. Zu Hause sollten sich Familienangehörige – wann immer es geht – durch Masken, getrennte Zimmer und

häufiges Händewaschen schützen. Es versteht sich, dass weder Patienten noch deren Kontaktpersonen zur Arbeit gehen dürfen.

Wenn Sie von besorgten Patienten gefragt werden, wo (außer beim Hausarzt, in Zeitungen, Zeitschriften und dem Internet) konkrete Fragen beantwortet werden:

Das Bundesministerium für Gesundheit bietet unter der Telefonnummer 0800 - 44 00 55 0 eine kostenlose Bürger-Hotline an, die montags bis donnerstags in der Zeit zwischen 8–18 Uhr, freitags zwischen 8–12 Uhr sowie am Wochenende und an Feiertagen zwischen 10–16 Uhr zu erreichen ist.

• Impfstoff:

Nach Pressemeldungen ist die Produktion eines Impfstoffes weit fortgeschritten; er soll im Herbst zur Verfügung stehen. Ob der Impfstoff zum Zeitpunkt seines Einsatzes tatsächlich auch wirksam ist, lässt sich heute noch nicht mit letzter Sicherheit vorhersagen. Die Produktionskapazitäten dürften allerdings nicht ausreichen, um die Weltbevölkerung zu versorgen.

Michael M. Kochen

Duale Thrombozytenaggregationshemmung (statt ASS) bei Vorhofflimmern?

Vorhofflimmern ist nicht nur die häufigste Herzrhythmusstörung überhaupt (Prävalenz bei über 80-Jährigen 8 %), sondern auch ziemlich gefährlich: Bei Patienten mit Vorhofflimmern ist gegenüber Personen ohne Vorhofflimmern das Schlaganfall-Risiko um den Faktor 5 und die Mortalität um den Faktor 2 erhöht. In einer über 34 Jahre dauernden Kohortenstudie betrug das absolute Risiko für einen Schlaganfall bei Patienten mit Vorhofflimmern je nach Alter zwischen 1,5 % (50 bis 59 Jahre) und 23,5 % (80 bis 89 Jahre).

Zwei wichtige Fragen sind in diesem Zusammenhang noch nicht befriedigend geklärt:

1. Gibt es einen in der hausärztlichen Versorgung anwendbaren Score, mit dessen Hilfe man das Risiko, Vorhofflimmern zu entwickeln, zuverlässig vorhersagen kann?

2. Ist bei Patienten, die nicht antikoaguliert werden wollen oder können, die Kombination von ASS und Clopidogrel besser als alleiniges ASS?

Zwei Studien, die vor Kurzem erschienen sind, versuchen, eine Antwort darauf zu finden.

Studie 1. Gibt es einen in der hausärztlichen Versorgung anwendbaren Score, mit dessen Hilfe man das Risiko, Vorhofflimmern zu entwickeln, zuverlässig vorhersagen kann (Lancet 2009)?

Amerikanische Wissenschaftler wählten aus verschiedenen Untersuchungszyklen der Framingham Heart Study retrospektiv 4.764 Patienten im Alter von 45–95 Jahren aus, die kein Vorhofflimmern hatten und verfolgten diese (Teil-)Kohorten für jeweils 10 Jahre.

