



Für den Inhalt verantwortlich: Prof. Dr. F.X. Heinz, Prof. DDr. Ch. Mandl
Redaktion: Prof. Dr. H. Holzmann, Prof. Dr. Th. Popow-Kraupp
virologie
Institut f. Virologie d. Med. Universität Wien
1095 Wien, Kinderspitalgasse 15
Tel. +43 1 40490-0 Fax: +43 1 40490-9795
e-mail: virologie@meduniwien.ac.at
homepage: www.univie.ac.at/virologie

Virus-Epidemiologische Information 2005-11

In der Zeit vom 17.5. bis 30.5. wurden im Institut für Virologie der Medizinischen Universität Wien folgende Virusinfektionen diagnostiziert:

Adeno Virusnukleinsäurenachweis (PCR): W: 1, Stm: 2; 1 mal bei ALL, 1 mal 3-fach Infektion mit RSV und Rhinovirus, 1 mal St.p. Knochenmarktransplantation; 2 mal aus EDTA-Plasma, 1 mal aus resp. Sekret

Antigennachweis: W: 3, B: 1; 1 mal bei Verdacht auf Pneumonie, 2 mal nach Lungentransplantation; 1 mal aus Stuhl

EBV IFT: W: 13, B: 1, NÖ: 5, OÖ: 1, K: 3; 7 mal Mononukleose, 9 mal Lymphknotenschwellung, davon 1 mal mit Status febrilis, 1 mal mit Fieber und Exanthem und 1 mal mit Angina tons., 4 mal Angina und Tonsillitis, 1 mal viraler Infekt, 1 mal urtikarrielles Exanthem, 1 mal erhöhte Transaminasen

Virusnukleinsäurenachweis (PCR): W: 2, OÖ: 1; 1 mal Mononukleose, 1 mal St.p. Transplantation; 2 mal aus Serum, 1 mal aus EDTA-Plasma

Flavi HHT (Dengue): W: 1; Status febrilis

FSME HHT + Elisa: OÖ: 1

Hepatitis B ELISA: W: 10, NÖ: 1, K: 1

Virusnukleinsäurenachweis (PCR aus Serum): W: 11; 8 mal Hepatitis, 2 mal bei Verdacht auf Hepatitis B-Carrier; 11 mal aus Serum

Hepatitis C ELISA: W: 21, B: 2, NÖ: 3, K: 2

Virusnukleinsäurenachweis (PCR aus Serum): W: 23, B: 1, NÖ: 1, K: 1, V: 1

Genotypisierung: Typ 1A: W: 1; **Typ 1B:** W: 4, B: 1, NÖ: 2; **Typ 3A:** W: 4

Hepatitis E Elisa: W: 1; akute Hepatitis nach Aufenthalt in Indien

HSV1 Virusnukleinsäurenachweis (PCR): W: 1; bei Schleimhautentzündung und fraglicher Herpesinfektion; aus resp. Sekret

HHV6,7 Virusnukleinsäurenachweis (PCR): Stm: 3; 1 mal bei AML, 1 mal bei onkologischem Patienten, bei Osteosarkom; 2 mal aus EDTA-Blut, 1 mal aus Knochenmark

HIV ELISA und Western Blot: W: 8, NÖ: 1, K: 1

Auswertung der Fragebogen (Risikogruppen): i.v. drogensüchtig: 1 Mann, heterosexuelle Kontakte: 1 Mann

HPV Virusnukleinsäurenachweis (Hybridisierung): W: 20, B: 5, NÖ: 14, OÖ: 8, Stm: 2, K: 8, T: 2; 59 mal high risk

JC/BK Virusnukleinsäurenachweis (PCR): W: 2; 2 mal St.p. Nierentransplantation;
2 mal aus Harn

Metapneumovirus Virusnukleinsäurenachweis (PCR): W: 1; Bronchitis; aus resp.
Sekret
Virusisolierung: W: 1; Bronchitis; aus resp. Sekret

Mumps KBR + ELISA: W: 2; 1 mal Z.n. grippalem Infekt, 1 mal viraler Infekt

Parainfluenza 3 Virusnukleinsäurenachweis (PCR): W: 2; 1 mal Doppelinfektion mit
Rhinovirus; 2 mal aus resp. Sekret
Antigennachweis: W: 1; nach Lungentransplantation; aus Nasensekret

Parvo ELISA: W: 3, B: 1; 2 mal Exanthem, davon 1 mal bei Verdacht auf Ringelröteln
Virusnukleinsäurenachweis (PCR): W: 3, NÖ: 1; 2 mal viraler Infekt, davon
1 mal mit erhöhten Transaminasen, 1 mal Anämie und Verdacht auf ITP; 4 mal
aus Serum

Rhino Virusnukleinsäurenachweis (PCR): W: 6, NÖ: 1; 1 mal 3-fach Infektion mit
Adeno und RSV, 1 mal Doppelinfektion mit Parainfluenza 3, 1 mal St.p.
Nierentransplantation; 6 mal aus resp. Sekret, 1 mal aus Lavage

Rota Antigennachweis: W: 2; 1 mal St.p. Nierentransplantation; 2 mal aus Stuhl

RSV Virusnukleinsäurenachweis (PCR): W: 1, NÖ: 1; 1 mal RSV-Infektion, 1 mal
3-fach Infektion mit Adeno und Rhinovirus; 1 mal aus resp. Sekret, 1 mal aus
Nasensekret

Varizellen-Zoster KBR + ELISA: W: 2; 1 mal Varizelleninfektion, 1 mal St.p. Nieren-
transplantation
Virusnukleinsäurenachweis (PCR): W: 1; St.p. Lebertransplantation; aus
EDTA-Plasma

Zytomegalie KBR + ELISA: W: 6, K: 1; 1 mal erhöhte Transaminasen, 1 mal Asthma,
1 Diarrhoe, 1 mal St.p. Nierentransplantation
Virusnukleinsäurenachweis (PCR): W: 10; 1 mal Krampfanfall bei
Neugeborenem, 1 mal bei Glomerulonephritis und Kollagenose, 1 mal Diarrhoe,
1 mal bei AML St.p. Knochenmarktransplantation, 4 mal nach Transplantation;
2 mal aus Serum, 4 mal aus EDTA-Plasma, 3 mal aus Lavage, 1 mal aus Stuhl
Virusisolierung (Zellkultur): W: 3; 1 mal viraler Infekt, 1 mal bei Krampfanfall,
1 mal nach Nierentransplantation

**Epidemiologische Trends: Es dominieren noch immer Infektionen mit
respiratorischen Viren.**

Influenza / Influenzaimpfung in der Schwangerschaft

Eva Geringer

Wie bereits in der VEI 6/2005 berichtet, bescherte uns die Saison 2004/05 eine im Vergleich zur Vorsaison wesentlich stärkere Grippewelle. Nach ihrem Ende wollen wir das Thema anlässlich eines besonders schweren Krankheitsverlaufes bei einer werdenden Mutter noch einmal aufgreifen, um auf die spezielle Thematik „Influenza in der Schwangerschaft“ und die besondere Bedeutung der Impfung hinzuweisen.

Fallbericht:

Eine 33jährige Schwangere verbringt im Winter ca. 3 Monate in ihrer Heimat in Manila bei ihrer Familie (einer Arztfamilie), bevor sie in der 33. SSW nach Österreich zurückfliegt. 11 Tage nach ihrer Rückkehr erkrankt sie akut an Husten, Halsschmerzen und Fieber bis 39°C und wird am zweiten Erkrankungstag im Krankenhaus stationär aufgenommen. Innerhalb des Aufnahmetages entwickelt die Patientin ein ARDS (adult respiratory distress syndrome), vorzeitige Wehen treten auf und es muss eine Notsectio (35.SSW) durchgeführt werden.

Der Zustand der Patientin verschlechtert sich sehr rasch und dramatisch, zum fulminanten ARDS treten zusätzlich noch disseminierte intravasale Gerinnungsstörungen und ein Multiorganversagen auf, die Patientin wird an eine Intensivstation transferiert. Auf Grund der dramatischen Symptomatik sowie der Reiseanamnese wird eine sehr breite virologische und bakteriologische Diagnostik durchgeführt, sogar SARS und Vogelgrippe werden untersucht, können aber ausgeschlossen werden. Mittels der PCR kann jedoch eine Influenza-A-Infektion (Subtyp H1N1) nachgewiesen werden. Weiters kann auf bakteriologischer Seite ein oxacillinresistenter Staphylococcus aureus im Bronchialsekret detektiert werden (ev. bereits in Manila durch den täglichen Kontakt mit den im Krankenhaus tätigen Familienmitgliedern erworben?). Trotz intensiver therapeutischer Bemühungen bereitet vor allem die suffiziente Beatmung massive Probleme („weiße Lunge“ im Röntgen). Die Patientin verstirbt knapp 2 Wochen nach Auftreten der ersten Symptome unter dem klinischen Bild eines Toxic Shock Syndromes. Glücklicherweise ist das Neugeborene gesund.

Wie in mehreren epidemiologischen Studien in den letzten Jahrzehnten gezeigt werden konnte, haben Schwangere verglichen mit gesunden, nicht schwangeren Frauen ein erhöhtes Risiko, schwerer an einer Influenzainfektion zu erkranken. Historische Daten aus der Zeit der großen Influenzapandemien 1918-19 und 1957-58 belegen eine erhöhte Mortalität bei Influenzainfektionen v.a. in der zweiten Schwangerschaftshälfte. Ein erhöhtes Risiko für Schwangere, schwerer an respiratorischen Infekten im Allgemeinen (und somit auch an einer Influenza) zu erkranken ist nachvollziehbar, wenn man sich die veränderte physiologische Situation des kardiovaskulären und pulmonalen Systems, sowie auch des Immunsystems vor Augen führt. Je später in der Schwangerschaft eine Influenzainfektion erworben wird, desto größer die Gefahr einer Komplikation, die einen Spitalsaufenthalt notwendig macht. So ist z.B. das Risiko vorzeitiger Wehen erhöht, wenn eine Schwangere an einer Influenza verbunden mit hohem Fieber oder auch Pneumonie erkrankt. Daten aus den USA haben gezeigt, dass das Hospitalisierungsrisiko einer immunkompetenten Schwangeren bei einer Influenzainfektion dem einer gleichaltrigen chronisch kranken Frau entspricht und durch die Impfung ca. 2 Spitalsaufenthalte pro 1.000 Schwangeren verhindert werden können. Daher wird in den USA die Influenzaimpfung für Schwangere mit Nachdruck empfohlen. Hinzu kommt, dass in der Schwangerschaft die Verabreichung von Medikamenten oft nicht unbedenklich ist. Auch im Österreichischen Impfplan wird die Influenzaimpfung als gut verträgliche Totimpfung für Schwangere im 2. und 3. Trimenon vor (und ggf. auch noch während) der Influenzasaison ausdrücklich empfohlen! Durch die Impfung wird nicht nur ein Schutz der werdenden Mütter, sondern auch der Neugeborenen durch den transplazentaren Transfer von vakzinspezifischen IgG-Antikörpern erreicht.

Irrationale Ängste und Befürchtungen, die in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Totimpfungen immer wieder geäußert werden, sind nicht nur unbegründet, sondern es ist gerade im Gegenteil besonders wichtig, wie auch das berichtete tragische Beispiel zeigt, werdende Mütter durch die Impfung vor den mitunter schweren Komplikationen einer Influenza schützen.



Ein Service der Firma Roche.

Copyright by Prof. Dr. F. X. Heinz. Veröffentlichungen auch auszugsweise sind nur mit Genehmigung gestattet.