



ZENTRUM FÜR VIROLOGIE
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Für den Inhalt verantwortlich:
 Prof. Dr. J. Aberle, Prof. Dr. St. Aberle, Prof. Dr. H. Holzmann,
 Prof. Dr. Th. Popow-Kraupp, Prof. Dr. E. Puchhammer
 Redaktion:
 Dr. Eva Geringer
 Zentrum f. Virologie d. Med. Universität Wien
 1090 Wien, Kinderspitalgasse 15
 Tel. +43 1 40160-65500 Fax: +43 1 40160-965599
 e-mail: virologie@meduniwien.ac.at
 homepage: www.virologie.meduniwien.ac.at

Im Zeitraum von 30.01.2018 bis 12.02.2018 wurden am Zentrum für Virologie folgende Infektionen diagnostiziert:

Adeno	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	6		3						
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

Cytomegalie	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	16								
<i>serolog. Virusnachweis:</i>	7								
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

Dengue	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>									
<i>serolog. Virusnachweis:</i>	1								
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

Dobrava / Saaremaa	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>									
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>	1								
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

EBV	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	9				1				
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>	5								

Klin. Auffälligkeiten:

Entero	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	1								
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>			1						

Klin. Auffälligkeiten:

Hepatitis B	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	10								
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>	9								

Klin. Auffälligkeiten:

Hepatitis C	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	11						2		2
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>	2	1					2		

Genotypisierung: **Typ 1A:** W: 8, NÖ: 1; **Typ 1B:** W: 6, V: 2; **Typ 3A:** W: 4

Klin. Auffälligkeiten:

Hepatitis E	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>									
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>	1								

Klin. Auffälligkeiten:

Herpes simplex	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
HSV1 direkter Virusnachw	7							2	
HSV2 direkter Virusnachw	1								
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									

Klin. Auffälligkeiten:

HHV 6	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	2								
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									

Klin. Auffälligkeiten:

HIV 1	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>									
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>	5			1			2		

Klin. Auffälligkeiten:

HPV - high risk	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	84	5	10			21	10		

Klin. Auffälligkeiten:

Influenza A	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	50	21	19	6		8	3	6	
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>		1					1		

Klin. Auffälligkeiten:

Influenza B	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	83	15	33	16	11	7	3	12	2
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>	1	1							

Klin. Auffälligkeiten:

Metapneumovirus	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	7		8						

Klin. Auffälligkeiten: 1 mal Doppelinfektion mit RSV

Noro	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	5								

Klin. Auffälligkeiten:

Parainfluenza 1-3	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>			1						
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

Parvo B19	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	4								
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

Polyoma - BK	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	1			1					
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

Polyoma - JC	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	1								
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

Puumala	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>						1			
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

Rhino Virus	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	17	3	11	1				2	
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

Rota	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	1								
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

Röteln	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>					1				
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

RSV	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	15	2	6						
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i> 1 mal Doppelinfektion mit Metapneumovirus									

VZV	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	5								
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>	4								
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

direkter Virusnachweis: PCR, Antigen-ELISA, Virusisolierung

serologischer Infektionsnachweis: Antikörper-ELISA, Hämagglutinationshemmtest, Immunfluoreszenztest, Komplementbindungsreaktion, Neutralisationstest

Weitere Informationen zur Virusdiagnostik entnehmen sie unserer Informationsbroschüre:

http://www.virologie.meduniwien.ac.at/home/virus-diagnostik/informationsbroschuere/idart_15-lang_1-content.html

Epidemiologische Trends: Die Influenzavirus-Aktivität befindet sich auf hohem Niveau, daneben sind auch andere respiratorische Viren (z.B. Rhino-, Metapneumo- oder Respiratory Syncytial Viren) hochaktiv.

Rückblick auf die FSME-Situation 2017

Heidemarie Holzmann und Karin Stiasny

Die Zusammenführung der am Zentrum für Virologie, in seiner Funktion als Nationale Referenzzentrale (NRZ), verifizierten FSME-Fälle mit den Daten des

nationalen Surveillance Systems (elektronisches Meldesystem, EMS), betreut von der Österreichischer Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES, Abteilung Surveillance und Infektionsepidemiologie, Leitung Frau PD. Dr. Daniela Schmid), ergab folgendes Bild: 2017 wurden 123 FSME-Fälle in Österreich gemeldet. Fünf Patienten wurden ambulant behandelt, und in zwei Fällen erfolgte die Infektion im Ausland (einmal in Deutschland, einmal in der Schweiz), aber die Hospitalisierung in Österreich. Die übrigen 116 Patienten (110 an der NRZ verifiziert) sind Personen, die sich in Österreich infiziert haben und hier hospitalisiert waren. Auf sie bezieht sich, wie in den Jahren davor, der folgende Bericht.

Die Zahl der Fälle lag - erstmals seit 2011 (113 Fälle) - wieder über der Hunderter-Marke. In den Jahren 2012-2016 wurden zwischen 52 und 99 Fälle in Österreich registriert. Dies entspricht den für die FSME-Epidemiologie typischen jährlichen Schwankungen der Inzidenz, wie sie auch in unseren Nachbarländern beobachtet wurden. So stieg z.B. in Deutschland die Anzahl der gemeldeten FSME-Virusinfektionen im Jahr 2017 nach Angaben des Robert-Koch-Instituts (Stand vom. 18.1.2018) auf 469 Fälle und lag damit über den beiden Vorjahren mit 347 (Jahr 2016) und 219 (Jahr 2015) Fällen.

Die meisten Erkrankungen in Österreich traten wieder in den Bundesländern Oberösterreich (n=38) und Tirol (n=31) auf, während in der Steiermark weniger Fälle als in den Vorjahren beobachtet wurden (2017 n=11, 2016 n=13, 2015 n=21, Tab. 1). Im Gegensatz zum Vorjahr wurden 2017 neue Infektionsorte außerhalb der bekannten Endemiegebiete identifiziert und zwar in Oberösterreich in der Region Obergrünburg, Losenstein und Reichraming, sowie in der Dr. Vogelsang-Klamm. Der Erkrankungsgipfel lag in den warmen Sommermonaten (Juni, Juli) mit jeweils 27 FSME-Fällen.

Die jüngsten Patienten erkrankten im Alter von 3 Jahren (n=3), die beiden ältesten waren 84 Jahre alt. Wie in den Vorjahren waren mehr als die Hälfte der FSME-Patienten älter als 50 Jahre (n= 63; 54,3%) (Tab.2). Im letzten Jahr waren auffällig viele Kinder (20 Fälle; 17,2%) unter 15 Jahren von der FSME betroffen; berücksichtigt man auch die Gruppe der 15 bis 20jährigen waren es sogar 23,3%. Diese, bei unseren europäischen Nachbarn nicht ungewöhnliche, zweigipflige Altersverteilung wurde in Österreich erstmals 2015 nach mehr als 15jähriger Abwesenheit beobachtet.

Von 110 Patienten liegen Angaben über die Schwere der Erkrankung vor: 63 Patienten (54,3%) hatten einen leichteren Verlauf (fieberhafter Infekt bzw. Meningitis), während bei 47 Patienten eine schwerere ZNS-Symptomatik (Meningoenzephalitis/-myelitis/-radikulitis) auftrat. 30 (64%) von diesen 47 Patienten waren älter als 50 Jahre. Bei Kindern in der Altersgruppe bis 6 Jahre kam es zu 4 Fällen von Meningoenzephalitis. Das zeigt, dass auch

Kleinkinder von einer schwereren FSME-Erkrankung betroffen sein können. Bei einem 3jährigen Kind mit einem fieberhaften, FSME-typischen biphasischen Krankheitsverlauf konnte das FSME-Virus im Liquor nachgewiesen werden, da es bereits in der ersten Phase auf Grund eines reduzierten Allgemeinzustandes sowie Kopfschmerzen hospitalisiert und untersucht wurde. Nach Besserung der Symptomatik wurde es entlassen, 6 Tage später mit starken Kopfschmerzen erneut aufgenommen. Der Verlauf war zum Glück gutartig, die Symptomatik besserte sich rasch.

Drei Patienten entwickelten die schwersten FSME-Verlaufsformen, Enzephalomyelitis bzw. -radikulitis. Von zwei dieser Patienten liegen uns Berichte über den Krankheitsverlauf vor. Bei beiden kam es zum Auftreten einer Tetraparese und weiteren neurologischen Beeinträchtigungen, was zu mehrmonatigen stationären Aufenthalten führte. Bei beiden Patienten bestehen noch Residualzustände.

Die genaue Bundeslandverteilung und die Altersverteilung der hospitalisierten FSME-Erkrankungen 2017 sind in den Tabellen 1 und 2 zusammengefasst.

Tabelle 1: Bundesländerverteilung der FSME-Fälle im Jahr 2017

	Wien	NÖ	Bgld	Stmk	Ktn	OÖ	Sbg	Tirol	Vbg	Total
Diagnostiziert in	4 ^a	13	0	11	6	38	9 ^b	31	4	116
Infektionsort in	0	6	0	11	6	35	8	29	4	99
Keine Angaben	3	7	0	1	0	4	0	2	0	17

a) 1 Wien hospitalisiert, infiziert in OÖ

b) 1 Sbg hospitalisiert, infiziert in Stmk

Tabelle 2: FSME-Altersverteilung im Jahr 2017

0-6	7-14	15-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	> 80	unbekannt	Total
10	10	7	7	3	16	21	20	18	4	0	116