

Keine kausale Therapie verfügbar

Japanische Enzephalitis – wann benötigen Reisende eine Impfung?

Der asiatische Raum, insbesondere Süd-Ostasien, ist eine der beliebtesten Fernreiseregionen, v. a. bei Langzeitreisenden. In entsprechenden Risikogebieten spielt die Impfung gegen die Japanische Enzephalitis eine relevante Rolle – auch wenn es sich um eine seltene Erkrankung handelt.

Dr. med. Markus Frühwein, München



■ In der reisemedizinischen Beratung sollte bei Reisen in Risikogebiete mit Japanischer Enzephalitis unbedingt die Impfung als präventive Maßnahme erwogen werden. Dies gilt umso mehr, als die Letalität bei manifester Erkrankung mit Meningoenzephalitis hoch ist, keine kausale Therapie existiert und in vielen Regionen auch keine adäquate medizinische Versorgung zur Verfügung steht. Auslöser der japanischen Enzephalitis ist das Japan Enzephalitis Virus (JEV), ein Arbovirus, das wie das Frühsommer-Meningoenzephalitis(FSME)-Virus, das Gelbfiebervirus und das Denguevirus zu den Flaviviren gehört. Hauptreservoir sind vor allem wildlebende Vögel und Schweine, wobei das Virus auch in

Wen impfen?

Indikation zur Impfung gegen Japanische Enzephalitis bei

- Längerfristigem Aufenthalt im Endemiegebiet (Süd-, Südost- und Ostasien) z. B. Langzeitausreisende, Familienbesuche, Langzeitreisende, auch kumulativ bei wiederholten Kurzzeitreisen.
- Reisen mit erhöhter Exposition, z. B. Übernachtung in ländlichen Regionen der Endemiegebiete, speziell während der Hauptübertragungszeit (Regenzeit und danach) – unabhängig von der Gesamtreisedauer.
- Wunsch des Reisenden nach umfassendem Schutz.

Quelle: DTG – Hinweise und Empfehlungen zu Reiseimpfungen

anderen Tierarten, etwa Pferden oder Reptilien nachgewiesen wurde. Überträger sind vorwiegend abends und nachts aktive Culexmücken, gelegentlich auch Aedesmücken. Die direkte Übertragung von Mensch zu Mensch ist nicht möglich. Auf der einen Seite ist die Erkrankung bei Reisenden eher selten. In Deutschland wurde nach Informationen des Robert Koch-Institutes für 2018 nur ein Fall nach einem Philippinen-Aufenthalt gemeldet. Das Risiko für Touristen wird auf kleiner als 1/1.000.000 geschätzt. Auf der anderen Seite erkranken jedes Jahr bis zu 50.000 Menschen weltweit, wobei jeder fünfte Fall letal endet. Man kann davon ausgehen, dass die Dunkelziffer deutlich höher liegt, auch weil die meisten Erkrankungen subklinisch Ver-

laufen oder sich nur eher unspezifische Symptome finden (Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerzen und Muskelschmerzen). Diese treten nach einer Inkubationszeit von ca. 1–2 Wochen auf.

Krankheitsbild

Bei ca. jeder 200. bis 300. Infektion entwickeln sich rasch Bewusstseinsstörungen und weitere neurologische Symptome (Nackensteifigkeit, Lichtempfindlichkeit, Krampfanfälle) im Rahmen einer manifesten Enzephalitis. Im Verlauf können Lähmungserscheinungen, Ataxie, Tremor, fokale neurologische und extrapyramidal-motorische Störungen hinzukommen. Die Letalität liegt bei bis zu 30% und ist steigt mit zunehmendem Alter an. Neurologische und psychiatrische Folge-

Herausgeber:

FORUM Reisen und Medizin e.V.

Briener Str. 11

80333 München

Tel.: 089/248854419

Fax: 089/89860224

E-Mail: info@frm-web.de

Internet: www.frm-web.de

Inhaltlich verantwortlich:

Dr. med. Markus Frühwein

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Hans Dieter Nothdurft, Dr. med. Nikolaus Frühwein.

Die veröffentlichten Inhalte stellen die Meinung der jeweiligen Autoren oder Fachgesellschaften dar. Eine Haftung für die Richtigkeit kann vom Herausgeber nicht übernommen werden. Nachdruck, Reproduktion und Veröffentlichung, auch auszugsweise, sind nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers zulässig.



Aus der Kombination von Reservoir und Vektor wird deutlich, warum das Risiko einer Infektion vor allem in ländlichen, wasserreichen Regionen, etwa bei landwirtschaftlichem Reisanbau oder bei Nutztierhaltung von Schweinen besonders hoch ist. Damit ist eine Impfprävention besonders für Reisende mit entsprechendem Reiserisiko zu berücksichtigen. In selteneren Fällen treten Infektionen aber auch in Städten auf.



schäden sind bei den überlebenden Patienten häufig. Dabei sind insbesondere kleine Kinder und Ältere von schweren Verläufen betroffen.

Die Erkrankung kommt in weiten Teilen Asiens sowie in einzelnen westpazifischen Regionen und Nordaustralien vor. Dabei wird zwischen Regionen mit epidemischem Auftreten, vorwiegend von Mai bis Oktober (gemäßigte, nördliche Zonen; saisonal mit Ausbrüchen) und Regionen mit endemischem, ganzjährigem Auftreten (subtropische/tropische südliche Zonen) unterschieden.

Eine Impfung gegen die Japanische Enzephalitis ist seit 2009 in Europa verfügbar. Es handelt sich um einen inaktivierten Verozellimpfstoff (JE-Virus Stamm SA14-14-2), der ab einem Alter von zwei Monaten zugelassen ist und eine sehr gut wirksame und verträgliche Präventionsmöglichkeit darstellt.

Impfberatung

Bei der Impfberatung ist das äußerst geringe Risiko für den Reisenden gegen die schwerwiegenden Folgen bei einem enzephalitischen Verlauf abzuwägen.

Die deutsche tropenmedizinische Gesellschaft (DTG) empfiehlt eine Impfung vor allem bei erhöhter Exposition (z.B. Übernachtung in ländlichen Regionen) oder längerfristigen Aufenthalten in Endemiegebieten (v.a. Süd-, Südost- und Ostasien). Natürlich kann es auch schon bei kurzen Aufenthalten außerhalb von Hochrisikogebieten zur Infektion kommen. Vor allem während der Hauptübertragungszeit während und nach der Regenzeit ist das Risiko besonders

erhöht. Der individuelle Wunsch des Patienten sollte hier auch bei geringem Expositionsrisiko berücksichtigt werden.

Ältere über 50 Jahre und Kinder sollten aufgrund der Schwere und Häufigkeit manifester Erkrankungen in diesen Altersgruppen bei der Impfpflichtung besondere Beachtung finden. Dies gilt auch für bestimmte Risikogruppen (s. Kasten unten). Mit einem sicheren Schutz ist ca. 10 Tage nach abgeschlossener Grundimmunisierung zu rechnen.

Impfschema

Eine Grundimmunisierung erfolgt bei Säuglingen ab zwei Monaten, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen durch die Gabe von zwei Impfungen im Abstand von mindestens 28 Tagen.

Risikofaktoren für eine Infektion

Erwägung einer Impfung für alle Reisenden in Endemiegebiete während der Hauptübertragungszeiten, insbesondere bei Risikofaktoren für Manifestation wie

- Alter \geq 50 Jahre/Kinder
- iatrogene oder spontane Störung der Blut-Liquor-Schranke (z. B. ventrikulo-peritonealer Shunt, Cochlea- Implantate)
- Immundefizienz
- arterieller Hypertonus, Diabetes mellitus, chronische Nierenerkrankungen
- Homozygotie für CCR5 Δ 32
- vermehrter Aufenthalt im Freien

Quelle: DTG

Inzwischen ist ein Schnellschema mit Impfungen an den Tagen 0 und 7 auch in der Fachinformation des Impfstoffes zu finden und es muss bei Verwendung nicht mehr über einen Off-Label-Use aufgeklärt werden. Dieses ist jedoch nur für Erwachsene im Alter von 18 bis 65 Jahren zugelassen.

Bei erneutem Expositionsrisiko sollte eine weitere Dosis innerhalb des zweiten Jahres (Monat 12–24), bei anhaltender Exposition nach 12 Monaten erfolgen. Eine genaue Angabe über die Schutzdauer nach dieser Auffrischimpfung findet sich bisher nicht. Studiendaten lassen jedoch einen lange anhaltenden Schutz von mindestens 10 Jahren vermuten. Die DTG empfiehlt hier auch eine Boosterimpfung alle 10 Jahre.

Für Erwachsene und Kinder ab drei Jahren wird die Impfung mit einer vollständigen Dosis (0,5 ml) intramuskulär durchgeführt. Bei erhöhter Blutungsneigung, z.B. unter oraler Antikoagulation, ist auch eine subkutane Gabe möglich. Für Kinder ab zwei Monaten bis drei Jahren wird nur die halbe Dosis mit 0,25 ml Impfstoff benötigt. Der Hersteller hat dieses Problem pragmatisch gelöst: Auf dem Spritzenkolben befindet sich eine rote Linie bis zu der der Spritzenkolben vor der Impfung entleert wird.

Die Impfung wird inzwischen von vielen gesetzlichen Krankenkassen als freiwillige Satzungsleistung erstattet. ■

Dr. med. Markus Frühwein
Praxis Dr. Frühwein & Partner

Allgemein- und Tropenmedizin, München
E-Mail: markus@drfruehwein.de