

Labordiagnostik von speziellen Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden

Hintergrund

Derzeit treffen zahlreiche Flüchtlinge aus verschiedenen Herkunftsländern Afrikas, der arabischen Halbinsel und Asiens bei uns ein. Die Erkennung und Behandlung von Infektionskrankheiten, die ansonsten in Deutschland und Mitteleuropa sehr selten oder gar nicht vorkommen, stellt eine große Herausforderung bei der Versorgung dieser Patienten dar.

Ein konkretes Wissen bezüglich der adäquaten Labordiagnostik zum Nachweis oder Ausschluss spezifischer Infektionskrankheiten bei dieser Patientengruppe sowie zur Epidemiologie der Erkrankungen bzw. Erreger in den Herkunfts- und Durchreiseländern – insbesondere Syrien (S), Afghanistan (A), Eritrea und andere Länder des Horns von Afrika (E), Irak (I), Pakistan (P) und Länder des westlichen Balkans (WB) – hilft dem klinisch Tätigen, geeignete Therapie- und ggf. Hygienemaßnahmen einzuleiten. Die vorliegende Ausgabe von „Labor Aktuell“ soll eine praxisnahe, kurz gefasste Hilfestellung zur sinnvollen Diagnostik von seltenen und speziellen Infektionserkrankungen bei Asylsuchenden in Deutschland geben. Informationen zu klinischen Symptomen und Therapiemaßnahmen sind aus Gründen der Übersichtlichkeit bewusst knapp gehalten. Hierzu wird auf die einschlägigen Lehrbücher sowie die Publikationen des Robert-Koch-Instituts verwiesen.

Epidemiologie

Bei Flüchtlingen sind zunächst einmal die gleichen Infektionskrankheiten häufig wie auch bei Einheimischen, z.B. akute Atemwegsinfektionen, typische Kinderkrankheiten und gastrointestinale Infektionen. Seltene und spezielle Infektionskrankheiten betreffen insbesondere solche mit Verbreitung in den jeweiligen Herkunftsländern sowie in den Ländern, die die Asylsuchenden auf ihrer Fluchtroute durchquert haben. Bei der Differenzialdiagnose sind die Inkubationszeit der Erkrankungen, die Dauer der Flucht, die zurückgelegte Fluchtroute, die Fortbewegungsart (Landweg, Wasserweg), Quellen von Nahrungsmitteln (Wildpflanzen, Wasser) etc. zu berücksichtigen. Ferner ist daran zu denken, dass häufiger keine Immunität gegenüber impfpräventablen Erkrankungen, wie zum Beispiel Varizellen und Masern, vorliegt.

Bestimmte Infektionskrankheiten, die sehr gefürchtet sind, wie hämorrhagische Fieber, verursacht u.a. durch Lassa- oder Ebola-Virus, kommen beispielsweise bei er-

krankten Flüchtlingen in Deutschland mit größter Wahrscheinlichkeit nicht vor, da infizierte Flüchtlinge die Reise nicht überleben würden. Auf der anderen Seite können auch Infektionen mit kurzer Inkubationszeit auftreten, wenn sich der Flüchtling eine Infektion auf dem Fluchtweg zugezogen hat. Dies betrifft beispielsweise Fälle von Leptospirose oder vektorübertragene Erkrankungen.

Risikofaktoren

Ein durch die Flucht oder durch bereits bestehende Vorerkrankungen geschwächter Gesundheitszustand prädisponiert die Flüchtlinge zu zum Teil schwerwiegenden Verläufen oder Komplikationen der Erkrankungen. So wird das Risiko für Atemwegsinfektionen durch Kälte und Nässe tagsüber und nachts, für gastrointestinale Infektionen durch nicht ausreichende Versorgung mit sauberem Wasser und für vektorübertragene Erkrankungen durch fehlenden Schutz vor Insektenstichen während der Flucht erhöht. Das Schlafen unter freiem Himmel ohne Schutz vor freilebenden und streunenden Tieren stellt ferner einen Risikofaktor für den Erwerb einer Tollwutinfektion dar, da die Fluchtroute vieler Flüchtlinge durch Länder mit erhöhtem Tollwutvorkommen führt.



Labordiagnostik

Bei der Diagnostik auf spezifische Infektionskrankheiten sollte stets eine Wichtung nach Häufigkeit und Wahrscheinlichkeit vorgenommen werden. Neben dem Ausschluss auch in Deutschland häufiger Infektionskrankheiten ist bei fieberhaften Erkrankungen, insbesondere bei Vorliegen einer Thrombopenie, vor

allem die Malaria auszuschließen. Aber auch weitverbreitete Virusinfektionen, wie der Epstein-Barr-Virus und die Cytomegalievirus-Infektion, sollten bei der Differenzialdiagnose berücksichtigt werden.

Viele Infektionskrankheiten zeigen ferner sehr typische klinische Symptome, wie Hautulcerationen bei der kutanen Leishmaniose, Kratzspuren bei Rückfallfieber, Fleckfieber und Krätze etc. In einigen Fällen ist daher basierend auf Symptomen und klinischen Befunden eine spezifische Diagnostik möglich.

Bei unspezifischer Symptomatik und Ausschluss der häufigsten Erreger sollte unter Einbeziehung der oben genannten Faktoren, wie Herkunft, Fluchtdauer, Fluchtroute, Beginn der Symptomatik, eine Diagnostik auf seltenere Erreger erfolgen. Eine Übersicht in alphabetischer Reihenfolge gibt die unten stehende Tabelle.

Bei gastrointestinalen Beschwerden wie Diarrhö sollte ein Ausschluss von pathogenen Keimen und Parasiten und Würmern erfolgen. Hierzu sollten bis zu drei Stuhlproben eingesandt werden.

Labordiagnostik spezieller Infektionskrankheiten

Erkrankung und Erreger	Inkubationszeit	Typische klinische Symptome	Labordiagnostik	Verbreitungsgebiete
Amöbenleberabszess (<i>Entamoeba histolytica</i>)	Tage bis Monate	Schmerzen im rechten Oberbauch	Antikörpernachweis im Serum	A, E, P, SA, selten I, S, WB
Bilharziose (<i>Schistosoma spp.</i>)	Jahre bis Jahrzehnte	Je nach Befall Hämaturie, Dysurie; Durchfälle, Hepatomegalie	Antikörpernachweis im Serum, Erregernachweis mittels Mikroskopie in Urin, Stuhl, Biopsie	A, E, I, P, S, SA
Brucellose (<i>Brucella melitensis</i> , <i>B. abortus</i>)	1-3 Wochen (bis 60 Tage)	Fieber (undulierend), relative Bradykardie	Blutkulturen, ggf. Erregernachweis in Punktat, Biopsie, Antikörpernachweis im Serum	In den Herkunftsgebieten und auf der Fluchtroute verbreitet
Fleckfieber/Flecktyphus (<i>Rickettsia prowazekii</i>)	1-2 Wochen	Fieber, Kratzspuren, Exantheme, ggf. Kleiderlausbefall	Antikörpernachweis im Serum	A, E, P, Zentral-, Ostafrika, selten I, S
Hepatitis A	15-50 Tage	Hepatitis	Antikörpernachweis im Serum, ggf. Erregernachweis mittels NAT im Stuhl und/oder EDTA-Blut	In den Herkunftsgebieten und auf der Fluchtroute verbreitet
Hepatitis B	2-3 Monate	Hepatitis	Antikörper- und Antigennachweis im Serum, Erregernachweis mittels NAT im Serum zum Nachweis aktiver Infektion	In den Herkunftsgebieten verbreitet
Hepatitis C	2-24 (meist 6-9) Wochen	Hepatitis	Antikörpernachweis im Serum, Erregernachweis mittels NAT im Serum (tiefgefroren) zum Nachweis aktiver Infektion	In den Herkunftsgebieten verbreitet
Hepatitis D	Wochen bis Monate	Hepatitis	Antikörpernachweis im Serum, Erregernachweis mittels NAT im EDTA-Blut zum Nachweis aktiver Infektion	In den Herkunftsgebieten verbreitet, insbesondere I, S
Hepatitis E	20-56 Tage	Hepatitis	Antikörpernachweis im Serum, ggf. Erregernachweis mittels NAT im Stuhl und/oder EDTA-Blut	In den Herkunftsgebieten und auf der Fluchtroute verbreitet
HIV	2-6 Wochen	Akute HIV-Infektion: Fieber, Lymphadenopathie, Exantheme; später Immunschwäche und AIDS-definierende Erkrankungen	HIV-Suchtest im Serum (kombinierter Antikörper-/Antigennachweis), Erregernachweis mittels NAT im EDTA-Plasma oder EDTA-Blut	In den Herkunftsgebieten verbreitet
Hundebandwurminfektion (<i>Echinococcus granulosus</i>)	Monate bis Jahre	Herde in Leber, Lunge, anderen Organen	Antikörpernachweis im Serum, nicht in verdächtige Herde hineinpunktieren!	In den Herkunftsgebieten und auf der Fluchtroute verbreitet
Krätze (<i>Sarcoptes scabiei</i>)	3-6 Wochen	Kratzspuren, besonders interdigital, gangartige Hautveränderungen	Keine (Blickdiagnose, ggf. Hautbiopsie zum Parasitennachweis)	In den Herkunftsgebieten und auf der Fluchtroute verbreitet
Krim-Kongo-Fieber (Krim-Kongo-Virus)	1-12 Tage	Fieber (Kontinua), Petechien, relative Bradykardie	Erregernachweis mittels NAT im EDTA-Blut, Antikörpernachweis im Serum ab ca. 10. Krankheitstag	A, I, P, SA, WB, Äthiopien
Läuserückfallfieber (<i>Borrelia recurrentis</i>)	5-15 Tage	Fieber, Kratzspuren, ggf. Kleiderlausbefall	Direktnachweis im Blutaussstrich und Dicken Tropfen (EDTA-Blut einsenden)	E, selten A, P und Sudan

Fortsetzung der Tabelle

Erkrankung und Erreger	Inkubationszeit	Typische klinische Symptome	Labordiagnostik	Verbreitungsgebiete
Leishmaniose, kutane (<i>Leishmania spp.</i>)	2-8 Wochen	Hautulzera, mit aufgeworfenem Rand	Erregernachweis mittels Mikroskopie und NAT in Hautbiopsie, ergänzend Antikörpernachweis im Serum	A, E, I, P, S, Südeuropa
Leishmaniose, viszerale (<i>Leishmania spp.</i>)	2-6 Monate, ggf. länger	Fieber, Hepatosplenomegalie, Panzytopenie	Erregernachweis mittels Mikroskopie und NAT in Punktaten aus Knochenmark, Leber, Milz, Lymphknoten, Antikörpernachweis im Serum	E, I, S, SA, selten A, P, WB
Leptospirose (<i>Leptospira interrogans</i>)	5-14 (2-30) Tage	Fieber, Ikterus, Nierenbeteiligung	Antikörpernachweis im Serum, ggf. Erregernachweis mittels NAT im EDTA-Blut und/oder Urin	In den Herkunftsgebieten und auf der Fluchtroute verbreitet
Malaria (<i>Plasmodium falciparum</i> , <i>P. vivax</i> u.a.)	7-50 Tage, je nach Erreger auch mehr	Fieber, oft zusätzlich gastrointestinale Symptome	Direktnachweis im Blutaussstrich und Dicken Tropfen (EDTA-Blut einsenden), Antigen-Schnelltest (ggf. mehrere Proben einsenden!)	A, E, P, SA
Rickettsiosen (<i>Rickettsia conorii</i> , <i>africae</i> etc.)	2-10 Tage	Fieber, Exanthem	Antikörpernachweis im Serum, ggf. Erregernachweis mittels NAT im EDTA-Blut	In den Herkunftsgebieten und auf der Fluchtroute verbreitet
Tetanus (<i>Clostridium tetani</i>)	3-18 Tage	Spasmen, Trismus, Dysphagie, Risus sardonicus	In der Regel keine (Diagnosestellung anhand typischer Klinik, in Sonderfällen Tetanustoxin-Nachweis im Serum im Tierversuch)	In den Herkunftsgebieten und auf der Fluchtroute verbreitet
Tollwut (Rabies-Virus)	3-8 Wochen (bis Jahre), selten kürzer als 9 Tage	Enzephalitisch: Fieber, Unruhe, Krämpfe, Hydrophobie; paralytisch: Lähmungen, v. a. der Hirnnerven	Erregernachweis mittels NAT in Speichel, Haut, Kornea; oft erst post mortem möglich; Antikörpernachweis ist nicht geeignet für einen Tollwutnachweis! Anamnese beachten!	In den Herkunftsgebieten und auf der Fluchtroute verbreitet
Tuberkulose (<i>Mycobacterium tuberculosis</i> -Komplex)	Wochen bis Monate	Fieber, Husten, B-Symptomatik, auch extrapulmonale Manifestationen, z. B. ZNS, Gastrointestinaltrakt	Erregernachweis mittels Mikroskopie, Kultur und NAT aus respiratorischen Sekreten, Magensaft, ggf. Liquor, Darmbiopsie etc. IGRA (Quantiferon-Test/ T SPOT.TB®) sind je nach Herkunft und Alter der Patienten in hohem Prozentsatz positiv und können nicht eine latente von einer aktiven Tuberkulose unterscheiden! Ein negativer IGRA schließt eine Tuberkulose nicht aus!	In den Herkunftsgebieten und auf der Fluchtroute verbreitet
Typhus (<i>Salmonella Typhi</i>)	8-14 (3-60) Tage	Fieber (Kontinua), erst Obstipation, später Diarrhö, relative Bradykardie	Blutkulturen, Stuhlkulturen (bei Diarrhö)	S, E, I, P, S, SA
West-Nil-Fieber (West-Nil-Virus)	2-14 Tage	Fieber, Kopfschmerzen, Exanthem	Antikörpernachweis im Serum, ggf. Erregernachweis mittels NAT in Blut und/oder Liquor	WB

Verbreitungsgebiete: A = Afghanistan, E = Eritrea und Horn von Afrika, I = Irak, P = Pakistan, S = Syrien, SA = Subsahara-Afrika, WB = Länder des westlichen Balkans

NAT: Nukleinsäureamplifikationstests (PCR etc.)

IGRA = Interferon-Gamma-Release-Assay

Bei der serologischen Diagnostik ist zu beachten, dass initial negative Antikörpernachweise bei akuten Krankheitsbildern innerhalb von 2 bis 4 Wochen wiederholt werden sollten.

Bei unklaren Fällen sollte stets fachlicher Rat erfahrener Tropenmediziner, Mikrobiologen und Infektiologen eingeholt werden. Hierzu stehen Ihnen die Kollegen des Labors stets zur Verfügung.

Autor:
Prof. Dr. Nele Wellinghausen, Limbach Gruppe

Literatur:

1. Robert-Koch-Institut: Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten. 2011.
2. Robert-Koch-Institut: Für medizinisches Personal: Akut behandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können. Epidem Bull 38, 04.09.2015
3. Beermann S, Rexroth U et al.: Überblick über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten. Deutsches Ärzteblatt 2015; 42: A1717-A1720.

Stand: Januar/2016

Ihr Ansprechpartner:
Dr. med. Gabriela Sitaru
Fachärztin für Mikrobiologie
E-Mail: g.sitaru@mvz-clotten.de
Telefon: +49 761 31905-303