

Aktuelles aus der Reisemedizin

Seminar A3 an der 5. Fortbildungstagung des KHM, 30.–31. Oktober 2003, Luzern

Alexandra Röllin

Gegengelesen von PD Dr. Christoph Hatz

«Alle Reisen haben eine heimliche Bestimmung, die der Reisende nicht ahnt.» Dieses Zitat von Martin Buber stellen Prof. Dr. med. Benedikt Horn, Allgemeinpraktiker aus Interlaken, und PD Dr. med. Christoph Hatz, Leiter der medizinischen Abteilung am Tropeninstitut Basel, an den Anfang ihres interaktiven Seminars. Reisende gehen nicht davon aus, dass sie als Patienten zurückkehren könnten. Um so wichtiger ist es für Hausärztinnen und Hausärzte, vorausdenkend eine fundierte reisemedizinische Beratung anzubieten.

Vor jeder Reise zu bedenken

Im einleitenden Kurzreferat erinnerte Benedikt Horn daran, dass die häufigste «Reisekrankheit» die Unfälle sind, was ein routinemässiges Überprüfen des *Tetanusimpfschutzes* unerlässlich macht. Ebenfalls oft vergessen wird die Tatsache, dass heutzutage immer mehr Senioren unterwegs sind – sie müssen über die vor und während einer Reise wichtigen spezifischen Vorsichtsmassnahmen informiert werden. «Tropenkrankheiten» kommen nicht nur in den Tropen vor – auch von einer Reise nach Italien kann man als Souvenir einen schweren Amöbeninfekt mitbringen. Ausserdem wies der Referent auf die Wichtigkeit einer adäquaten Malariaphylaxe und auf das Bulletin des BAG hin. Dass jede Beratung für den Patienten verständlich formuliert sein und exakte Angaben bezüglich Medikamenteneinnahme enthalten soll, ist eigentlich eine Selbstverständlichkeit, welcher aber – so bemerkte Horn – oft zu wenig Beachtung geschenkt wird.

Anhand von konkreten Fällen wurden einige aktuelle, kontroverse oder im Rahmen der reisemedizinischen Beratung immer wieder wichtige Themen aufgegriffen.

BCG-Impfung für Kinder?

Am Beispiel einer Familie, welche mit einem 2-jährigen Kind nach Kirgisien ausreist, wurde die Indikation zur *BCG-Impfung* besprochen. Das Impfen von

Kindern, welche einem erhöhten Tuberkuloserisiko ausgesetzt sind, wird in der Schweiz bei der Geburt oder im ersten Lebensjahr empfohlen, da dadurch in dieser Altersgruppe die Entwicklung einer Tbc-Meningitis verhindert werden kann. Bei älteren Kindern sprechen verschiedene Argumente jedoch deutlich gegen eine Impfung:

- häufige (vor allem lokale) Impfkomplicationen;
- Erschwerung der Diagnostik durch das Positivwerden des Tuberkulintests;
- gute Therapierbarkeit mit Antibiotika;
- geringere Gefahr der Entwicklung einer Meningitis.

Deshalb rät Hatz im konkreten Fall des 2-jährigen Kindes eher von der Impfung ab, wenn auch in den USA teilweise Kinder bis fünf Jahre geimpft werden.

Oft vergessen: fatale Tollwut

Anhand desselben Falles wurde auf das vernachlässigte Thema *Tollwut* eingegangen. Obwohl es sich um eine seltene Krankheit handelt, treten immer wieder Todesfälle bei Touristen auf. Bei Langzeitaufenthalt wird gar eine Inzidenz von bis zu 2% potenziellen Tollwutkontakten beschrieben. Insbesondere Kinder sind gefährdet, da sie gerne mit Tieren spielen und oft vergessen, von diesbezüglichen Risikokontakten zu erzählen.

Der neue, in Zellkultur hergestellte Impfstoff ist zwar relativ teuer, dafür jedoch weitgehend frei von Nebenwirkungen. Eine Immunisierung besteht aus drei Basisinjektionen (Tag 0, 7 und 21/30) und einer Auffrischimpfung nach einem Jahr. Die Impfung wird bei allen längeren Auslandsaufenthalten empfohlen, vor allem bei solchen mit potentiell Tierkontakt (dabei ist nicht nur an Hunde, sondern beispielsweise auch an Fledermäuse zu denken). Die DEZA impft ihr Personal vor Langzeiteinsätzen routinemässig gegen Tollwut.

Zu spät für die Hepatitisimpfung?

Oft bleibt zu wenig Zeit, um eine vollständige reisemedizinische Beratung mit allen notwendigen Impfungen durchzuführen. Dies wurde am zweiten Fall thematisiert – eine junge Frau, welche erst 10 Tage vor Abflug zu einer Weltreise ihren Hausarzt auf-

sucht. Neben der einmaligen Hepatitis-A-Impfung vor der Abreise, welche innerhalb von 10 Tagen zu einem Schutz gegen die Krankheit führt, gibt es auch die Möglichkeit einer Schnellimmunisierung gegen *Hepatitis A und B* (Tag 0, 7, 21). Dabei ist jedoch unbedingt zu beachten, dass für einen genügenden Schutz gegen Hepatitis B alle drei Dosen notwendig sind und dass für einen dauerhaften Langzeitschutz gegen Hepatitis A eine vierte Injektion nach einem Jahr erfolgen muss. Trotzdem: Lieber eine Impfserie nur anfangen, als jemanden völlig ungeimpft eine Fernreise antreten zu lassen.

Man kann auch erwägen, die fehlenden Dosen während der Reise zu ergänzen – die Erhältlichkeit von Impfstoffen guter Qualität ist jedoch von Land zu Land verschieden und muss für den konkreten Fall abgeklärt werden.

Vorsicht beim Mitgeben von Injektionsmaterial

Wenn die fehlenden Impfdosen mitgegeben werden oder wenn das Mitführen von Injektionsmaterial aus einem anderen Grund notwendig ist (beispielsweise Liquemin-Spritzen oder Insulin beim Diabetiker), so muss der Reisende unbedingt ein in Englisch verfasstes Zertifikat mit sich führen. Es empfiehlt sich ein offizielles Dokument, also ein Papier mit Briefkopf, Stempel usw. (siehe Tab. 1). Damit kann sich der Reisende im Ausland Schwierigkeiten mit der Justiz ersparen.

Tabelle 1. Beispieltext für ein Zertifikat zum Mitnehmen von Injektionsmaterial und/oder Medikamenten ins Ausland.

Datum
Name
The above-named traveller is my patient and under my medical care and must carry a supply of medically approved sterile syringes and needles (or drug ...) for use in a medical emergency.
Unterschrift und Stempel

Meningokokkenimpfung

An einem weiteren Fall wurde die Problematik der *Meningokokkenimpfung* thematisiert.

Da in tropischen Ländern hauptsächlich die Serogruppen A, C und W135 auftreten, muss in der Reisemedizin zwingend der neue quadrivalente Impfstoff (Mencevax[®], eine Dosis) verwendet werden. Meningitec^{®1} ist, da es nur gegen Serogruppe C schützt, in diesem Fall ungenügend.

Als Polysaccharidimpfstoff induziert Mencevax^{®2} bei Kleinkindern nur eine ungenügende Immunantwort. In diesen Fällen kann zuerst eine Dosis Menin-

gitec[®] verabreicht und anschliessend der quadrivalente Impfstoff gegeben werden.

Wo finde ich die aktuellsten Informationen?

Anhand der Frage nach der genauen geographischen Verbreitung von FSME wurde auf verschiedene Informationsmöglichkeiten im Internet hingewiesen (Tab. 2). Gerade in der heutigen Zeit, wo sich auch das breite Publikum mit einem Tastendruck selber informieren kann, ist es für den Hausarzt enorm wichtig, zu wissen, wo er aktuelle und verlässliche Informationen findet – insbesondere auch, da in der Reisemedizin aufgrund der veränderten Verbreitung oder Resistenzlage von Erregern die Empfehlungen oft sehr schnell ändern können.

Tabelle 2. Wichtige Internetadressen mit reisemedizinischen Informationen.

www.safetravel.ch	offizielle Website der universitären Impfbüros der Schweiz
www.tropimed.ch	aktuelle und gut gestaltete reisemedizinische Informationsplattform, muss abonniert werden
www.who.int/ith/	«International Travel and Health», reisemedizinische Informationen der WHO, in Englisch
www.bag.admin.ch/infekt/reise/d	das aktuellste Bulletin des BAG zur Malaria- und Malaria-Phylaxe als PDF-Datei

SARS

Christoph Hatz würde dem hypochondrischen Geschäftsmann, der als Fallbeispiel vorgestellt wurde, keine Mundschutzmaske auf die Reise mitgeben. Eine solche Massnahme ist in der Regel übertrieben und schürt nur die Panik. (Und würde die Akzeptanz des Geschäftsmannes bei seinen chinesischen Geschäftspartnern sicher nicht erhöhen ...)

An einer Impfung gegen SARS wird zwar gearbeitet, eine klinische Anwendung steht aber zurzeit noch nicht zur Diskussion. Hingegen wird bei Reisen in betroffene Regionen eine Influenzaimpfung empfohlen – zur Verringerung des Risikos, wegen einer banalen Grippe in Quarantäne zu landen.

1 Meningitec[®]: Meningokokken-C-Polysaccharid-Konjugat-Impfstoff

2 Mencevax[®]: Meningokokken-Impfstoff der Serogruppen A, C, W135, Y

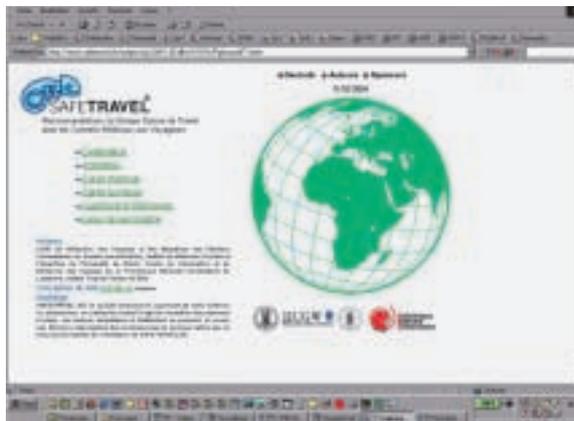


Abbildung 1.
www.safetravel.ch – Website der universitären Impfbüros
der Schweiz.



Abbildung 2.
www.who.int/ith/ – Informationen der WHO.

Malariaphylaxe bei Schwangeren

Ein weiterer Fall befasste sich mit den Empfehlungen zur *Malariaphylaxe in der Schwangerschaft*. Leider ist auf diesem Gebiet wenig Neues zu berichten. Da die neueren Antimalarika in der Schwangerschaft alle kontraindiziert sind, muss weiterhin die Kombination von Chloroquin mit Proguanil empfohlen werden. In Gebieten mit multiresistenter Ma-

laria tropica (d.h. in vielen Teilen Schwarzafrikas) gewährt diese einen Schutz von nur gerade 60–65%. Im zweiten und dritten Trimenon darf auch Mefloquin (Mephaquin[®], Lariam[®]) verschrieben werden. Fast überflüssig zu erwähnen, dass eine Reise in ein solches Gebiet während der Schwangerschaft gut überlegt sein muss und ein konsequenter Mückenschutz von entscheidender Bedeutung ist.

Immer wieder wichtig: Reisedurchfall

Das letzte ausführlich diskutierte Thema war das Management des *Reisedurchfalls*. Dass Flüssigkeitssubstitution die wichtigste Massnahme ist, darin waren sich alle Anwesenden einig. Doch bei der Diskussion, wie diese zu erfolgen habe, gingen die Meinungen auseinander. Auch bei der Frage, ob eine symptomatische Therapie mit Loperamid empfohlen werden soll, schieden sich die Geister. Man muss sich jedoch vor Augen halten, dass die Umstände beim Reisen (lange Busfahrten, wenig Toiletten im Flugzeug) eine rein symptomatische Therapie notwendig machen können. Dass eine solche jedoch nur in unkomplizierten Fällen erfolgen darf, d.h. wenn weder Fieber noch Bauchkrämpfe oder Blut im Stuhl auftreten, da waren sich Plenum und Experte einig. Ob Antibiotika zur Selbstmedikation in schweren Fällen mitgegeben werden sollen, und wenn ja, welche und für wie lange, ist selbst unter Spezialisten sehr umstritten. Hatz empfiehlt, diese Möglichkeit nur in Ausnahmefällen anzubieten (z.B. bei Trekking in Gebieten ohne medizinische Versorgung) und dann die Antibiotika in voller Dosierung zu verordnen, d.h. nicht nur als Eintagesbehandlung. Amoxicillin (Augmentin[®]) und Doxycyclin (Vibramycin[®]) dürfen zu diesem Zweck nicht mehr eingesetzt werden. In Afrika und Südamerika steht immer noch die Verwendung eines Chinolons an erster Stelle; für Südostasien, wo sehr viele Infekte durch chinolonresistente *Campylobacter*-Stämme verursacht werden, soll man hingegen Azithromycin verschreiben.