

CHEMOTHERAPIE

ZB MED

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

Juli/August 2000 – 21. Jahrg.

Übersicht

Infektionsprophylaxe für Fernreisende

Die Zahl der Reisen in Entwicklungs- und Schwellenländer hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Diese Länder sind insbesondere in den Wintermonaten beliebte Reiseziele. Während eines Auslandsaufenthalts haben 20 bis 70% der Reisenden gesundheitliche Beschwerden, die in 1 bis 5% eine medizinische Behandlung erfordern. Diese Inzidenzen sind für Individual- und Rucksacktouristen nochmals deutlich höher. Infektionskrankheiten tragen in erheblichem Ausmaß zur Morbidität bei Auslandsreisen bei; durch vorbeugende Maßnahmen läßt sich deren Inzidenz jedoch erheblich reduzieren.

Die adäquate Infektionsprophylaxe ist abhängig vom Reiseziel, der Dauer und Art der Reise sowie von Alter und den Vorerkrankungen der Reisenden.

Impfungen

Eine reisemedizinische Beratung stellt eine gute Gelegenheit dar, den Impfschutz zu überprüfen. Eine adäquate Immunisierung gegen Mumps, Masern, Röteln, Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Poliomyelitis sollte bei Reisen in Entwicklungsländer erfolgen. Bei entsprechenden Risikofaktoren ist auch die Influenzaimpfung (BEGRIVAX u. a.) sowie die Pneumokokkenimpfung (PNEUMOVAX 23 u. a.) sinnvoll.

Der Nachweis einer Impfung gegen *Gelbfieber* durch eine von der WHO zugelassene Stelle wird bei Einreise von einigen lateinamerikanischen und afrikanischen Staaten gefordert. Gelbfieber wird von Stechmücken in Endemiegebieten überwiegend im tropischen Regenwald übertragen.

Die *Hepatitis A* ist eine der häufigsten Infektionskrankheiten, der durch eine aktive Immunisierung vorgebeugt werden kann. Das Infektionsrisiko liegt bei 0,3% pro Monat in Entwicklungsländern. Die aktive Impfung (HAVRIX 1440 u. a.) schützt 95% der Geimpften für sechs bis 12 Monate. Durch eine zweite Impfdosis kann ein anhaltender Impfschutz induziert werden.

Ein kombinierter Hepatitis A- und Hepatitis B-Impfstoff (TWINRIX) ist im Handel und vergleichsweise preiswert.

Die Inzidenz des *Typhus* ist unter Reisenden um ein bis zwei Größenordnungen niedriger als die der Hepatitis A. Impfstoffe zur oralen (TYPHORAL L u. a.) als auch zur parenteralen (TYPHIM VI u. a.) Applikation sind verfügbar, sind jedoch vor allem Reisenden mit sehr hohem Infektionsrisiko oder mit schweren Vorerkrankungen zu empfehlen.

Das Infektionsrisiko für *Cholera* ist um eine weitere Größenordnung niedriger. Die derzeitigen Impfstoffe sind bei geringer Wirksamkeit relativ schlecht verträglich, so dass eine Impfung nur in wenigen Fällen sinnvoll ist.

In Entwicklungsländern ist nach Bissen durch Tiere eine Postexpositions-Prophylaxe gegen *Tollwut* oft nicht möglich. Daher ist bei Reisenden, die einem erhöhten Risiko für Tierbisse ausgesetzt sind, eine Tollwutimpfung in Erwägung zu ziehen.

Eine Impfung gegen *Meningokokken* ist in Saudi-Arabien für Pilger vorgeschrieben. Weiterhin ist die Impfung mit dem 4-valenten Impfstoff (MENGEVAX ACWY u. a.) bei Reisen nach Afrika südlich der Sahara von Äthiopien bis Senegal empfehlenswert.

Das Risiko, sich als Reisender an der *Tuberkulose* zu infizieren, ist auch in Entwicklungsländern gering. Zudem ist die Wirksamkeit der BCG-Impfung umstritten, so dass sie nur in Einzelfällen empfohlen

Inhalt

4/2000

Übersicht	Seite 25–26
– Infektionsprophylaxe für Fernreisende	
Neueinführung	Seite 27
– Lomefloxacin zur Konjunktivitisstherapie	
Antibiotikatherapie im ärztlichen Alltag (34)	Seite 27
– Reisediarrhö	
Makrolide	Seite 27–28
– Azithromycin i.v. bei ambulant erworbener Pneumonie	
– Intravenöse Therapie mit Azithromycin	
Schwangerschaft und Infektion	Seite 28–29
– Infektionsbedingte Frühgeburten	
Bedrohliche Infektionen	Seite 29
– Meropenem versus Imipenem	
– MRSA-Sepsis	
Interaktionen von Antinfektiva (4)	Seite 30
– Interaktion mit Proteaseinhibitoren	
Resistenz	Seite 30–31
– Unterschiede zwischen Asien und Europa	
– Resistenz von <i>Paeruginosa</i> in Europa	
Epidemiologie	Seite 31–32
– Influenza weltweit	
– Diarrhö bei AIDS-Patienten	
– Neue Pneumokokken-Vakzine	
Pharmakokinetik	Seite 32
– Vancomycin-Kinetik bei der Meningitisstherapie	

ZB
2926
ZB MED