



Epidemiologisches Bulletin

2. März 2001 / Nr. 9

AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

Zur Aufklärung reiseassoziiierter Legionelosen

Berichte zu zwei Erkrankungen in England und Deutschland als Beispiel internationaler Zusammenarbeit im Projekt EWGLI

Legionellen sind ubiquitäre Wasserbakterien, die sich in Amöben und anderen Protozoen vermehren. In Warmwasser-Systemen finden sie bei 25–45°C optimale Temperaturen für ihre Vermehrung. Insbesondere stagnierender Wasserumlauf, verbunden mit schlechter Wartung, kann eine starke Zunahme der Legionellen bewirken. Werden diese Bakterien auf den Menschen übertragen, können sie Pneumonien unterschiedlichen Schweregrades (Legionärskrankheit) oder der Influenza ähnliche respiratorische Infekte (Pontiac-Fieber) hervorrufen.^{5,6} Legionella-Pneumoniene besitzen eine Manifestationsrate von ca. 2–5% und eine Letalität von 10–20%.⁴ Der größte Teil der Erkrankungen wird als sporadische Einzelfälle erfasst. Spektakuläre Ausbrüche^{1,2,7} stellen nur einen kleinen Teil der Erkrankungszahlen.

Nicht selten werden Legionelosen während einer Reise und damit verbundenen Aufenthalten in Hotels o. a. nicht privaten Unterkünften erworben. Von der Europäischen Arbeitsgruppe für Legionella-Infektionen (European Working Group on Legionella Infections – EWGLI)³ werden gegenwärtig jährlich 300 bis 400 solcher reiseassoziiierter Erkrankungen erfasst. Die große Bedeutung der europaweiten Erfassung liegt darin, dass scheinbare »Einzelfälle« aus einzelnen Ländern auf gemeinsame Infektionsgefahrenquellen zurückgeführt werden können.

Im Folgenden wird kurz über zwei Patienten berichtet, die die Infektion sehr wahrscheinlich in demselben Hotel in Tunesien erworben haben. Ohne die europaweite Kooperation innerhalb des EWGLI-Projektes wären diese Fälle als sporadische Einzelfälle in die Statistik eingegangen:

Erkrankungsfall 1: Eine 71 Jahre alte Frau aus England hatte sich auf einer Urlaubsreise vom 27.09.–11.10.1999 in einem Hotel in Tunesien aufgehalten. Sie erkrankte am 10.10.1999, einen Tag vor der Rückreise nach Wales. Mit Ausnahme einer vor einigen Jahren eingesetzten künstlichen Herzklappe waren in der Anamnese keine besonderen Risikofaktoren erkennbar. Der klinische Verlauf war relativ schwer. Die Erkrankung begann sehr plötzlich mit Fieber über 40°C sowie klinischen und röntgenologischen Zeichen einer Pneumonie, so dass sie am 14.10.1999 in ein Londoner Krankenhaus aufgenommen wurde. Im weiteren Verlauf entwickelte sich eine Nierenversagen, das zeitweise eine Dialysebehandlung erforderlich machte, sowie ein beatmungspflichtiger Zustand. Die Patientin wurde deshalb auf die Intensivtherapiestation eines anderen Krankenhauses verlegt. Die mikrobiologische Diagnose erfolgte durch Nachweis des Legionella-Antigens im Urin. Aus der Reisegruppe, die aus insgesamt 5 Personen bestand, erkrankte kein weiteres Mitglied.

Erkrankungsfall 2: Ein 45-jähriger, in Deutschland lebender Mann hatte vom 01.09.2000–15.09.2000 für 2 Wochen eine Urlaubsreise nach Tunesien unternommen und sich fast ein Jahr nach dem beschriebenen 1. Fall in demselben Hotel in Tunesien aufgehalten. Am Ende der zweiten Urlaubswoche trat hohes Fieber von 39°C sowie rezidivierender Husten mit weißlichem Auswurf auf, zuletzt auch Hämoptysen. Am 15.09.2000, sofort nach der Rückkehr aus Tunesien,

Diese Woche**9/2001****Legionellose:**

Beispiel reiseassoziiierter Erkrankungen im Projekt EWGLI

Maul- und Klauenseuche:

Zur Bedeutung für den Menschen

Tollwut:

Fallbericht zu einer Exposition auf einer Asienreise

Gemeldete Infektionskrankheiten:

Enteritis infectiosa
nach wichtigen Erregern
Quartalsstatistik IV/2000

Meldepflichtige**Infektionskrankheiten:**

Quartalsstatistik IV/2000

Influenza / ARE:

Aktuelle Situation

Hinweis:

Hepatitis-A-Ausbruch
in Orlando/Florida (USA)

ZS. A
4496
ZB MED

