

Diphtherie

2022 wurden in Europa 92 Diphtheriefälle gemeldet, 42 davon in Ö: 24x Haut, 14 respiratorische Symptomatik, 1x asymptomatisch, 3 unbekannt

Erreger: *Corynebacterium diphtheriae* (Mensch ist einziges Erregerreservoir), seltener *C. ulcerans* (bei Haus-, Nutz- und Wildtieren, Tier → Mensch durch Kontakt mit Hauskatzen, -hunden, oder kontamin. Lebensmittel) oder *C. pseudotuberculosis* (bei Schafen und Ziegen, selten Übertragung auf Menschen).

Ausbruchspotenzial durch unzureichende Durchimpfung, Übertragung von Mensch zu Mensch; auch zw. geimpften und asymptomatischen Personen (asy „Carrier“-Status) möglich

Infektiosität: solange Erreger in Sekreten bzw. Läsionen nachgewiesen werden. Ohne Therapie ca 2 bis 4 Wo. Bei chronischen Hautläsionen über mehrere Monate.

Aktuelle Informationen der ECDC abrufbar: [https:// www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/increase-reported-diphtheria-cases-among-migrants-europe-due-corynebacterium](https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/increase-reported-diphtheria-cases-among-migrants-europe-due-corynebacterium)

BMSGPK, rki.de

Übertragung: Tröpfcheninfektion oder direkter Kontakt mit resp. Sekret oder Wundexsudat, selten auch Kontakt mit kontaminierten Oberflächen oder Erbrochenem

Inkubationszeit: ds. 2-5 Tage (max. 10 Tage)

Symptome:

respiratorische Diphtherie: Halsschmerzen, Müdigkeit und LK-Schwellung, im Verlauf (ca. 1-3d nach SyBeginn) graduelle Ausbildung von weißen, grauen, grünen oder schwarzen anhaftenden Pseudomembranen in der Tonsillopharyngeal-Region oder im Nasopharynx, die beim Abtragen stark bluten. Können sich auf Larynx, Trachea und Bronchien ausdehnen → Dyspnoe

Komplikation: durch systemische Toxinwirkung - schwere Schädigung der betroffenen Zellen, Myokarditis, periphere Neuritis. Schwellung im Hals / dislozierte Membranen → Obstruktion/Verlegung der Atemwege. Letalität respiratorischer Verlaufsformen bei Kindern <5a u. Erw. > 40 Jahren: bis zu 40%.

Hautdiphtherie: schmierig belegte, nicht schmerzhafte ulzeröse Hautläsionen, u.U. sek. Infektion mit Staphylokokken oder Streptokokken

Risikopatient:innen: Nicht-immunisierte und Personen ohne regelm. Auffrischungsimpfungen

Diagnose: Abstriche unterhalb der Pseudomembranen entnehmen (ev von mehreren Bereichen); Lagerung bei 4-8°;

Diagnostik an der hiesigen Bakteriologie ab Ende Nov. möglich, auf die Zuweisung bitte V.a. Diphtherie schreiben! (Kultur → DT PCR aus der Kultur)

Referenzlabor AGES *Toxinnachweis: ELEK Test (Referenzlabor AGES); PCR (subunitA) nachfolgend Kultur;* <https://www.ages.at/mensch/krankheit/oeffentliche-gesundheit-services/begleitscheine-formulare>

Meldepflicht für Erkrankung und Tod

www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40244802/II_228_2022_Anlage_1.pdf

Therapie: Diphtherie-Antitoxin/DAT so früh als möglich (innerhalb 48h nach SyBeginn), nicht mehr wirksam, sobald DT in Zellen eingedrungen; DAT ist aktuell in Österreich nicht frei verfügbar. 2 Dosen sind in der LKI Apotheke gelagert (20000-100000IU);

Antibiotikum: BMGSPK: Azithromycin 500mg für 3d, oder Clarithromycin 500mg 2x1 für 7d; Alternativ: Amoxicillin 3x1000mg für 7d (-14d); ECDC: PenG/V für 14d oder Makrolid, RIF, Chinolon, Tetracyclin, TMP-SMZ, Linezolid

Prophylaxe = Impfung: lt NIG; Auffrischungsimpfungen!

Hygiene- und Isolationsmaßnahmen: Isolation bis 2 Abstrichkulturen im Abstand von 24h neg, weitere Kultur 2 Wo nach der Infektion (Clearance?)