

# 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 (asympt. „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](http://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 auf der Infektstation 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?)

**Postexpositionsprophylaxe:** Risiko ist abhängig von Nähe und Dauer des Kontaktes

„relevante“ Kontaktpersonen: z.B. Personen im selben Haushalt, Kinder in derselben Kindergartengruppe bzw. -einrichtung, Mitschüler, Personen mit engem körperlichen Kontakt zur erkrankten Person (z.B. Intimpartner), oder Personen, die ohne entsprechende Schutzmaßnahmen eine Mund-zu-Mund-Beatmung, Intubation (bei Rachendiphtherie) oder Wundversorgung (bei Haut-/Wunddiphtherie) vorgenommen haben.

Diese Kontaktpersonen sollten unabhängig von ihrem Diphtherie-Impfstatus eine postexpositionelle antibiotische Prophylaxe erhalten, z.B. mit Erythromycin (bei Unverträglichkeit auch Azithromycin oder Clarithromycin) oder Penicillin. Falls die letzte Diphtherie-Auffrischimpfung > 5 Jahre zurückliegt, sollte zudem eine Diphtherie-Auffrischimpfung erfolgen. Bei fehlender oder unvollständiger Grund- bzw. Erstimmunisierung sollte diese durchgeführt bzw. vervollständigt werden. ([RKI-Ratgeber Diphtherie](#))