Pertussis und Masern

Impfempfehlungen für Erwachsene

Das Ziel der WHO, Masern weltweit bis zum Jahr 2010 zu eradizieren, ist fehlgeschlagen. In Deutschland kam es im Jahr 2011 zu 1573 gemeldeten Masernerkrankungen, die mit einer deutlichen Verschiebung in das Erwachsenenalter auftraten (Abb. 1).

Laut STIKO wird für die Eliminierung der Masern eine Durchimpfungsrate von 95% benötigt. Im Einschulungsalter liegt die Rate der Erstimpfung mit dem Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff derzeit bei 96%, die der Zweitimpfung nur bei 91%, erklärte Prof. Klaus Wahle, Münster-Nienberge. Das Ziel sei also noch immer verfehlt und Deutschland werde weiter ein Masern-Endemiegebiet bleiben. Nach Empfehlung der STIKO sollten alle Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr zwei Masern-Mumps-Röteln-Impfungen erhalten, weil erst nach der zweiten Impfung eine Seroconversion von über 99% erreicht wird.

Neuerdings empfiehlt die STIKO, auch junge Erwachsene vor Masern zu schützen. Empfohlen wird die Masern-Mumps-Röteln-Kombinationsimpfung (z.B. Priorix®) für alle nach 1970 geborenen Personen über 18 Jahren mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit.

Nach Prof. Klaus Wahle, Münster

Auch Pertussis ist nicht auf das Kindesalter beschränkt, erinnerte Wahle. Da weder eine durchgemachte Keuchhustenerkrankung noch die Impfung zu einem lebenslangen Schutz führen, werden Auffrischimpfungen mit 5–6 Jahren und nochmals mit 9–17 Jahren empfohlen. Seit 2009 rät die STIKO, alle Erwachsene bei der nächsten fälligen Tetanus-Diphtherie-Impfung (Td) einmalig mit einem Kombinationsimpfstoff mit azellulärer Pertussiskomponente (Tdap) zu impfen (Boostrix®). Bei Reisenden in Polio-Endemiegebiete (Nigeria, Afghanistan,

Pakistan und Indien) sowie Erwachsenen, die keinen Polio-Booster erhalten haben, kann die Tdap-IPV-Kombinationsimpfung (Boostrix® Polio) gegeben werden.

Die Impfung von Erwachsenen minimiert die Morbidität der Zielgruppe und schützt Säuglinge, die erst ab dem dritten Lebensmonat geimpft werden können, vor der Infektion durch Kontaktpersonen.

■ Dagmar Jäger-Becker
Quelle: Symposium „Die internistische Impfpraxis – ein erreichbares Ziel!“ DGIM-Kongress, Wiesbaden, April 2012 (Veranstalter: GlaxoSmithKline)

Darmkrebsvorsorge

Inhalative Analgesie erleichtert Koloskopie

Im Rahmen einer Darmspiegelung ist die inhalative Analgesie mit einem Lachgas-Sauerstoff-Gemisch ebenso effektiv wie andere Schmerztherapien, ermöglicht aber eine raschere Erholung des Patienten nach dem Eingriff.

Mit zunehmender Verbreitung der Koloskopie, dem Goldstandard zur Darmkrebsfrüherkennung, wird ein optimiertes Patientenmanagement wichtig. Dazu gehören gutes Schmerzmanagement und kurze Patientenverweildauer. Bei etwa 40% aller Darmspiegelungen treten Schmerzen auf. Herkömmliche Sedativa und Narkotika können zu kardiorespiratorischen Komplika-

kationen führen. Aus diesem Grunde hat die Cochrane Collaboration sieben randomisierte Studien mit 547 Patienten ausgewertet, in denen ein N₂O/O₂-Gemisch (Lipovan®) mit anderen Formen der Analgesie verglichen worden war. Die Vergleichstherapien bestanden aus Midazolam plus Fentanyl, Midazolam/Meperidin, Midazolam/Pethidin, Midazolam/Ketobemidonhydrochlorid, Pethidin, Propofol oder Buscopan.

Wie sich zeigte, war die inhalative Analgesie in vier von fünf Studien ebenso effektiv wie die Vergleichssubstanzen und verursachte in zwei von drei Studien weniger Nebenwirkungen. In sechs von sieben Stu-

dien erhielten sich die Patienten nach Lachgas-Analgesie rascher und konnten schneller wieder entlassen werden. Patienten und Ärzte stufen die inhalative Schmerzbehandlung als angenehm ein. Die Akzeptanz war hoch.

Lachgas wirkt bereits in einer Konzentration von 20% ebenso stark analgetisch wie 15 mg Morphin s.c. Üblicherweise wird es in Konzentrationen von 25–50% verwendet. Der Patient bleibt dabei bei Bewusstsein, ansprechbar und kooperativ.

■ DE
Quelle: Pressemitteilung der Linde Gas Therapeutics GmbH