Pertussis & Co

Befragung deckt gravierende Impflücken bei Erwachsenen auf

— Pertussis ist zunehmend eine Erkrankung von Jugendlichen und Erwachsenen. Damit besteht ein hohes Ansteckungsrisiko für ungeimpfte Säuglinge, die die höchsten Komplikationsraten aufweisen.

Aktuelle Meldedaten zu Pertussis zeigen eine deutliche Verschiebung ins Erwachsenenalter, erklärte auch Prof. Johannes Liese, Würzburg. In aktuellen Untersuchungen aus den neuen Bundesländern liege das durchschnittliche Erkrankungsalter zwischen 35 und 42 Jahren (Liese J. Kinder- und Jugendmedizin 2011; 3: 144–146; Robert Koch-Institut, Epidemiol Bulletin 2009; 31: 259–318). Gleichzeitig weisen nur 15% der Erwachsenen einen aktuellen Pertussis-Impfschutz auf. Bei Tetanus sieht es mit einer durchschnittlichen

Impfquote von 78% etwas besser aus. Völlig unzureichend sind jedoch die Impfquoten gegen Diphtherie (ca. 54%) und mit nur 31% für einen vollständigen Polio-Impfschutz mit Grundimmunisierung und mindestens einer Auffrischimpfung. Diese Impflücken wurden bei einer Befragung von fast 2000 Personen ab 14 Jahren im Jahr 2011 deutlich, bei der auch 500 Impfausweise überprüft wurden (Sanofi Pasteur MSD, interne Daten 2011).

Wie Prof. Klaus Wahle, Münster, erläuterte, werden die Impflücken mit zunehmendem Alter größer. Während etwa 46% der 14- bis 19-Jährigen gegen Pertussis geimpft waren, wiesen in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen nur 11% einen Impfschutz auf. Die Pertussis-Impfung mit

azellulären Impfstoffen bietet eine Schutzdauer von sechs bis zehn Jahren. Auch eine durchgemachte Erkrankung hinterlässt keine lebenslange Immunität.

Deshalb ist es wichtig, dass der Hausarzt den Impfstatus seiner Patienten bei jeder sich bietenden Gelegenheit überprüft und ergänzt, betonte Wahle. Mit Kombinationsimpfstoffen können die Impflücken im Praxisalltag auf einfache Weise geschlossen werden. Mit dem Vierfach-Kombinationsimpfstoff Repevax® können Patienten mit einem Pieks gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Polio geimpft werden.

■ Dagmar Jäger-Becker
Quelle: Pressekonferenz „Impfstatus? Überprüft und aufgefrischt“, Frankfurt, Mai 2012 (Veranstalter: Sanofi Pasteur MSD)

Stabile Angina pectoris

Beschwerden meist durch mikrovaskuläre Störungen verursacht

— Myokardiale Ischämien, die Auslöser von pektanginösen Beschwerden, werden bei den meisten Betroffenen nicht durch Koronarstenosen der Makrogefäße, sondern auch durch mikrovaskuläre Veränderungen, endotheliale und diastolische Dysfunktion sowie seltener durch Ionenkanalstörungen verursacht. Diese Patienten mit wiederkehrenden Ischämiebeschwerden sind Kandidaten für eine konservative medikamentöse Therapie.

Studiendaten belegen, dass bei Patienten mit Ischämiebeschwerden eine medikamentöse Therapie (optimal medical treatment, OMT) zur Symptomlinderung vergleichbar gute Erfolge erzielt wie die Intervention. Wie viele Patienten mit einer optimalen Therapie gut behandelbar sind, zeigen Registerdaten aus den USA: Nur bei rund 40% der Angina-pectoris-

Woher kommen die pektanginösen Beschwerden?

(AP-)Patienten mit V.a. KHK wird bei einer Herzkatheteruntersuchung tatsächlich eine obstruktive KHK gefunden (Stenosegrad > 50% im linken Hauptstamm, > 70% in anderen Koronarien). Bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten wurden nur geringgradige Stenosen oder gar keine gefunden. Das bedeutet, nur bei einer relativ kleinen Gruppe von Patienten besteht die Aussicht, mit einer PCI Symptombefreiung zu erzielen

(Patel M et al. NEJM 2010; 362: 886). Als Ursache der Ischämie kommen mikrovaskuläre Veränderungen wie Small Vessel Disease (SVD), eine diastolische oder endotheliale Dysfunktion in Frage, so Priv.-Doz. Dr. Dirk Westermann, Berlin.

In der Praxis haben viele Patienten mit Ischämiebeschwerden bereits einen gut eingestellten Blutdruck und eine gut eingestellte Herzfre-

quenz. Bestehen die ischämischen Beschwerden fort, sei Ranolazin (Ranexa®) eine mögliche Therapieoption, sagte Priv.-Doz. Dr. Samuel T. Sossalla, Göttingen. Ranolazin wirkt direkt an der Herzmuskelzelle und verbessert durch Hemmung des pathologisch erhöhten späten Natriumeinstroms (I_{Na}^{late}) und der intrazellulären Kalziumüberladung die diastolische Relaxation und die Mikrozirkulation. In klinischen Studien an über 8000 Patienten wurden Wirksamkeit und Sicherheit von Ranolazin belegt.

In einer vorher definierten Subgruppenanalyse (MERLIN-TIMI-36-Studie) bei mehr als 3500 Patienten mit stabiler AP wurde durch zusätzliche Gabe von Ranolazin zu einer Standardtherapie das Risiko für den kombinierten primären Endpunkt (kardiovaskulärer Tod, Herzinfarkt, rezidivierende Ischämie) signifikant um 14% reduziert.

■ Roland Fath
Quelle: Symposium „Management der wiederkehrenden myokardialen Ischämie – Sind wir auf dem richtigen Weg?“, DGK-Jahrestagung, Mannheim, April 2012 (Veranstalter: Berlin-Chemie)