

FSME: Trend zu mehr Risikogebieten

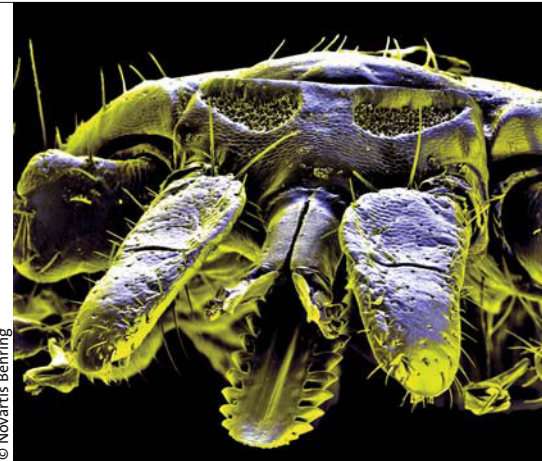
— Die Impfung gegen die Frühsommermeningoenzephalitis (FSME) gewinnt auch unter reisemedizinischen Aspekten an Bedeutung. Denn Experten sehen einen Trend zu einer Ausbreitung der Risikogebiete. In den letzten Jahren sind neue Regionen hinzugekommen. „Die Faustregel lautet: Je weiter man nach Osten kommt, desto größer ist das Risiko“, sagte Dr. Christian Schönfeld, Berlin. Aber auch aus Süd-Skandinavien und aus Gebieten im Elsass, Bordeaux, der Schweiz und Norditalien werden mittlerweile FSME-Infektionen gemeldet. Deshalb ist ein Impfschutz auch für Personen aus Gegenden ohne Risiko sinnvoll, die verreisen und sich in der Natur aufhalten.

Für Kinder stehen zwei Impfstoffe zur Verfügung. In einer Studie von Wittermann et

Der Stechapparat einer Zecke; deutlich erkennbar sind die Widerhaken, die sich an der Einstichstelle in die Haut bohren.

al. wurden sie bezüglich ihrer Immunogenität miteinander verglichen. 334 ein- bis zehnjährige Kinder erhielten randomisiert entweder Encepur® Kinder oder den Vergleichsimpfstoff nach dem konventionellen (Tage 0, 28, 300) oder beschleunigten (Tage 0, 14, 300) Impfschema.

Bei beiden Impfstoffen war das konventionelle Impfschema hinsichtlich der erzielten Immunantwort dem beschleunigten Schema signifikant überlegen. Des Weiteren wiesen Probanden, die mit Encepur® Kinder geimpft worden waren, unabhängig vom



© Novartis Behring

Impfschema signifikant höhere geometrische Mittelwerte der Antikörpertiter auf als Kinder in der Vergleichsgruppe. **RHA**

Pressekonferenz „FSME-Prophylaxe: Herausforderung im neuen Jahrzehnt“. Frankfurt, 18. Februar 2010. Veranstalter: Novartis Behring, Marburg

Rotavirus-Impfung: Zahl von stationären Behandlung wird mehr als halbiert

— Schwere Komplikationen bei hospitalisierten Kindern mit Rotavirus-Gastroenteritiden werden auch hierzulande immer wieder beobachtet. Das belegen Daten einer noch unveröffentlichten Studie an den Universitätskinderkliniken in Bremen, Gießen und Leipzig. Retrospektiv wurden Verläufe von 7.234 Kindern im Alter bis fünf Jahren ausgewertet, die zwischen 2002 und 2008 wegen einer akuten Enteritis stationär aufgenommen worden waren. Bei 60% der Kinder konnte ein Erreger nachgewiesen werden. Rotaviren waren mit einem Anteil von rund 60% die häufigste Ursache von schweren Durchfällen, gefolgt von Noroviren (18%) und Salmonellen (8%), berichtete Dr. Petra Kaiser aus Bremen.

Von den 2.181 Kindern mit Rotavirus-Gastroenteritiden (und Mischinfektionen) hatten 51 (2,3%) neurologische Komplikationen wie Krampfanfälle, 65 (3%) entwickelten eine hypertone oder sogar schwere hypertone Dehydratation, bei 29 Kindern (1,3%) wurde ein prärenales Nierenversagen diagnostiziert und bei 19 (0,9%) invasive Infektionen wie Meningitis oder Sepsis. Zehn Kinder mussten intensivmedizinisch behandelt werden.

In Österreich wurde mit der Massenimpfung von Kindern gegen Rotaviren im Juli 2007 begonnen, berichtete Professor Dr.

Herwig Kollaritsch aus Wien. Bereits im Jahr 2008 wurde eine Durchimpfungsrate von 86% der Kinder bis zum vollendeten 6. Monat erreicht und dadurch die Zahl der Krankenhaustage aufgrund von Rotavirus-Gastroenteritiden um 55% verringert. Bei Kindern unter zwölf Monaten wurde die Hospitalisierungsrate sogar auf ein Drittel der Durchschnittswerte der Vorjahre gesenkt.

Die Impfung sei sehr gut verträglich, betonte er. Im Zeitraum September 2006 bis Dezem-

ber 2008 gab es nur 18 Meldungen über Impfreaktionen, davon zehn schwerwiegende. Bei 14 Fällen handelte es sich um in der Fachinformation genannte Nebenwirkungen wie Durchfall, Erbrechen, Bauchschmerzen und Unruhe. Es gab keine Meldung zu einer Inavagation oder zu einem Kawasaki-Syndrom. Beide verfügbaren Vakzine sind vergleichbar gut verträglich, Vorteil von Rotarix® könne die bessere Compliance sein, da nur zwei Impfdosen erforderlich seien, so Kollaritsch. **rf**

4. Impfakademie in Kooperation mit dem BVKJ LV Hessen. Frankfurt am Main, 7. November 2009. Veranstalter: GlaxoSmithKline, München

Hilfe bei atopischer Dermatitis

Advantan® (Wirkstoff: Methylprednisolonaceponat, MPA) ist ein topisches Glukokortikoid mit entzündungshemmender und immunsuppressiver Wirkung. MPA zeigt ein mittelstarkes Wirksamkeitspotenzial und gehört der Wirksamkeitsklasse 2 an. Da bei MPA deutlich die erwünschten Effekte im Vergleich zu den unerwünschten überwiegen, erhielt Advantan® einen TIX von 2,0. Als topisches Glukokortikoid der 4. Generation besitzt es ein verbessertes Nutzen-Risiko-Profil und weist bei geringer athropogener und allergener Wirkung eine hohe antiinflammatorische Aktivität auf. Advantan® eignet sich gemäß der Leitlinie Neurodermitis insbesondere für die Therapie von schwachen bis mittelstarken Ekzemen. Advantan® Salbe kann ohne Altersbeschränkung eingesetzt werden. Es ist für alle Ekzemstadien geeignet, die weder nässend noch sehr trocken sind. Advantan® Milch wird ab einem Alter von vier Monaten angewendet bei (hoch-)akuten und nässenden Ekzemstadien. Advantan® Creme ist ab drei Jahren zur Behandlung von akuten und nässenden Ekzemstadien bei sehr fettiger Haut und für feuchte und behaarte Hautareale zugelassen.

Nach Informationen von Indendis, Berlin