

Unterschätztes Risiko

„FSME bei Kindern ist nicht harmlos“

Bei Kindern verläuft eine FSME im Allgemeinen weniger dramatisch als bei Erwachsenen. Sie hinterlässt jedoch häufig kognitive Langzeitschäden.

— Etwa einer von neun FSME-Patienten ist Untersuchungen zufolge jünger als 15 Jahre. In Verlauf und Langzeitprognose unterscheiden sich diese jungen Patien-

Zecken-Check: Hoffentlich ist das Kind FSME-geimpft.



© www.zeckende.de (Symbolbild mit Fotomodellen)

ten von Erwachsenen. „Die Symptome bei Kindern sind meistens milder, undeutlicher und unspezifisch“, schreibt Prof. Robert Steffen vom Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich. Gerade bei jüngeren Kindern, die ihre Beschwerden nicht verbalisieren können, werde die Erkrankung daher u. U. nicht erkannt.

Auch bei Kindern teilt sich die Erkrankung in zwei Phasen auf. Typisch für die Phase 1, die weniger als 14 Tage dauert, sind unspezifische grippeartige Symptome wie Fieber, Kopfschmerzen und reduzierter Allgemeinzustand. Nach einem beschwerdefreien Intervall von median 6–14 Tagen beginnt bei 5–30% der Kinder die zweite Phase mit erneutem Fieber. Häufigste Manifestation bei Kindern und Jugendlichen ist, anders als bei Erwachsenen, die Meningitis. Seltener entwickelt sich eine Meningoenzephalitis, eine Meningoenzephalomyelitis ist rar.

Bleibende neurologische Schäden gelten bei Kindern als selten (Erwachsene 30–40%). Jüngeren Untersuchungen zufolge berichten aber bis zu zwei Drittel langfristig über kognitive Probleme, ein Viertel über anhaltende Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizite. Zudem wurden oft auffällige EEGs abgeleitet und diffuse Nervenschäden im MRT gefunden. Ob es zu Langzeitkomplikationen kam, ließ sich nicht am Verlauf der akuten Erkrankung ablesen.

„In Anbetracht der kognitiven Beeinträchtigungen und neurologischen Entwicklungsdefizite ist eine FSME bei Kindern mitnichten harmlos“, betont Steffen. Schutzimpfungen seien daher schon im frühen Kindesalter sinnvoll. In Deutschland wird die Impfung bei hohem Expositionsrisiko für Kinder ab einem Jahr empfohlen. ■ bs

▪ Steffen R et al. *Ticks and Tick-borne Diseases* 2019;10:100–110

Invasive Neisserien-Infekte

Meningokokken-Krankheiten oft tödlich

Trotz wirksamer Therapien haben invasive Erkrankungen, die durch Meningokokken verursacht werden, noch immer eine hohe Mortalität.

— Sepsis und Meningitis sind nicht die einzigen Folgen einer Infektion mit *Neisseria meningitidis*. Auch atypische und mitunter dramatische Manifestationen wie Purpura fulminans, Euthyroid-Sick-Syndrom, akutes Nierenversagen, akutes Atemnotsyndrom, zerebrovaskuläre Störungen, myokardiale Dysfunktion, Endokarditis, Urethritis und anderes mehr sind schon mit Meningokokkeninfekten in Verbindung gebracht worden. Die Mortalität invasiver Meningokokken-Krankheiten ist nach wie vor hoch, sie liegt zwischen 5% und 16% [1].

Verursacht werden Infektionen mit *Neisseria meningitidis* durch eine Übertragung der Keime via Tröpfchen oder direkten körperlichen Kontakt. Dabei scheint nicht mehr allein der Nasopharynx den primären Infektionsort darzustellen. Auch an den mukösen Membranen von Konjunktiva, Endozervix, Anus und Urethra ist der Keim schon nachgewiesen worden [2].

Penicillin und Ceftriaxon sind die am häufigsten eingesetzten Antibiotika gegen Meningokokken-Infektionen. Patienten mit Meningitiden sollten früh Dexamethason erhalten, in ausgewählten Fällen kann eine Anfallsprophylaxe mit Phenytoin sinnvoll sein. Schlüssel zur Prävention sind Impfungen. Es existieren Vakzinen gegen die Serogruppen

A, B, C, W und Y. Die Ständige Impfkommission rät zur Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe C für alle Kinder im 2. Lebensjahr mit einem Meningokokken-C-Konjugatimpfstoff. Bei erhöhten Risiken für Meningokokken-Erkrankungen, etwa bei Immunschwäche, sollten Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit einem Meningokokken ACWY-Konjugatimpfstoff sowie mit einem Meningokokken-B-Impfstoff geimpft werden [3]. ■ rb

- 1. Cabellos C et al. *Open Forum Infect Dis* 2019;6(3):ofz059 <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz059>
- 2. Leite de Souza A, Seguro A. *J Med Microbiol*. 2008;57:1313–21 <https://doi.org/10.1099/jmm.0.47599-0>
- 3. Informationen des Robert-Koch-Instituts; https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/Meningokokken/faq_ges.html?sessionid=74224C2A1DE6A8C0B9B8631ACB7882CD.1_cid298?nn=2375548 (Stand 9.4.2019)