

INFEKTILOGIE AKTUELL

Das Enteritis-ABC: Allzuoft Bakterielle Campylobacteriose

Campylobacter sind korkenzieherförmige, gramnegative, mikroaerophile Bakterien. Sie vermehren sich, anders als Salmonellen, nicht außerhalb ihrer Wirte. Zwar werden sie durch Tiefgefrieren reduziert, überleben aber bei niedrigen Temperaturen. Die am häufigsten beim Menschen nachgewiesenen Spezies *C. jejuni* spp. *jejuni* und *C. coli*, erreichen bei 43 °C ein Wachstumsoptimum. Die natürlichen Wirte sind ein breites Spektrum von Wild- und Haustieren sowie der Mensch. Obwohl Tiere meist nicht erkranken, kann die Kolonisationsdichte in Darm und Kot hoch sein. Beim Schlachten/Melken können Keime auf und in Lebensmittel gelangen. Wenn beim Menschen überhaupt Symptome auftreten, dann vorwiegend fieberhafte Enterokolitis. Geringe Keimengen können eine Infektion auslösen. Campylobacteriose ist weltweit verbreitet und häufige Ursache von Reisediarrhö. Als wichtigste Infektionsquellen gelten Geflügelfleisch, Rohmilch, Oberflächenwässer oder Tierkontakt, häufig zu Hund oder Katze.

Die Campylobacter-Enterokolitis hat eine Inkubationszeit von zwei bis fünf Tagen. Beginnend mit Kopf- und Rückenschmerzen, Myalgien und subfebrilen Temperaturen kommt es mit Fieber und Unterbauchkrämpfen zunehmend zu akuten, auch blutigen Durchfällen. Nach fünf bis sieben Tagen heilt die Krankheit spontan aus. Die Behandlung erfolgt symptomatisch. Bei der Indikationsstellung für eine antimikrobielle Therapie sind Komplikationen (Kolitiden, sehr selten toxisches Megakolon, Pseudoappendizitis, begleitende Pankreatitis, Cholezystitis, Bakteriämie) zu berücksichtigen. Als Folgekrankheit treten in 1–3 % der Fälle das Guillain-Barré-Syndrom und in 1 % der Fälle die reaktive Arthritis auf. Immungeschwächte Patienten können Langzeitausscheider werden.

Für eine gezielte Antibiose empfiehlt sich eine Sensibilitätsprüfung. *C. jejuni* und *C. coli* zeigen Resistenz gegen Fluorchinolone, Makrolide und die meisten Cephalosporine, bei

intrinsischer Resistenz gegen Trimethoprim, Vancomycin, Polymycin. Sie sind meist Carbapenem-sensibel. Möglicherweise kann durch fachgerechte Antibiose die Ausscheidungsdauer, die im Mittel zwei bis vier Wochen beträgt, verkürzt werden. Ob sie die Häufigkeit von Komplikationen verringern kann, ist nicht bekannt.

Der mikrobiologische Direktnachweis von enteropathogenen thermophilen Campylobacter spp. erfolgt durch Anzucht aus möglichst

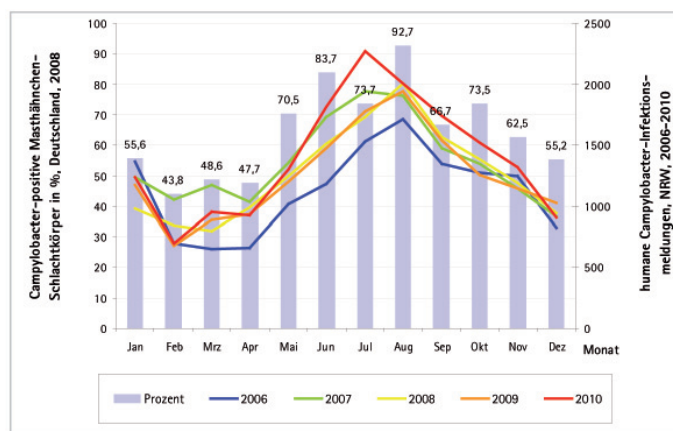
gemeldete Fälle; 90,1 pro 100.000 Einwohner), während die Zahl gemeldeter Salmonellosen im gleichen Zeitraum rückläufig war.

Die Prophylaxe von Campylobacter-Infektionen beim Menschen besteht in guter Küchenhygiene, besonders bei Geflügel. Kreuzkontaminationen sind zu vermeiden. Fleisch ist durchzugaren. Rohprodukte tierischer Herkunft sollen nicht von Kindern und abwehrschwachen Menschen verzehrt werden.

Hygieneempfehlungen sind Händewaschen mit seifenhaltigen Mitteln nach Toilettenbesuch, nach Kontakt mit kontaminierten Gegenständen, Arbeitsflächen und -geräten und vor Zubereitung von Mahlzeiten. Schon äußere Flächen von Verpackungen können kontaminiert sein. Händewaschen reduziert die bakterielle Keimkonzentration an den Händen ohne sichere Beseitigung.

Von 2006 bis 2010 wurden in NRW im Mittel 160 Häufungen von Campylobacter-Infektionen registriert, die zu 96,4 % weniger als vier Fälle umfassten. Lebensmittelüberwachung und öffentlicher Gesundheitsdienst ermitteln die Infektionsquelle oder das übertragende Vehikel. Eine entscheidende Verringerung der Zahl der Campylobacteriosen lässt sich nur durch Sanierung der Schlachtgeflügelbestände oder durch Reduktion der Durchseuchung sowie durch adäquate Schlachthygiene, vor allem bei Geflügel, erreichen.

■ Ansprechpartner für Campylobacter-Tiergesundheit im Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz NRW ist Dr. Peter Scholten (peter.scholten@lanuv.nrw.de); für humane Campylobacteriose im Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Dr. Annette Jurke (annette.jurke@liga.nrw.de).



frischen Stuhlproben oder extraintestinalen Materialien; die serologische Analytik zur Diagnostik postinfektiöser Komplikationen. Nach § 7 IfSG ist der Nachweis von Campylobacter-Spezies meldepflichtig, sofern eine akute Infektion anzunehmen ist. Gemäß § 6 IfSG sind Krankheitsverdacht und Erkrankung meldepflichtig, wenn die entsprechende Person eine Tätigkeit nach § 42 IfSG ausübt.

Campylobacter ist in Deutschland (im Jahr 2010: 63.211 gemeldete Fälle; 77,1/100.000 Einwohner) seit 2004 der am häufigsten gemeldete bakterielle Durchfallerreger beim Menschen. In Nordrhein-Westfalen ist Campylobacter seit 2006 nach Norovirus-Infektionen die am zweithäufigsten übermittelte Meldekategorie. Es wird ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß des Geflügelfleischverzehr und der Zahl von Campylobacteriosen vermutet. So tritt Campylobacteriose beim Menschen vermehrt in der warmen Jahreszeit auf, auch weil die Belastung der Schlachtkörper mit Campylobacter in den Wintermonaten deutlich geringer als im Sommer ist. Die Zahl der gemeldeten Campylobacter-Infektionen blieb in Nordrhein-Westfalen seit 2005 auf hohem Niveau stabil (im Jahr 2010: 16.157

INFEKTILOGIE AKTUELL: Unter diesem Titel behandelt das Westfälische Ärzteblatt aktuelle Themen rund um das infektiologische Geschehen im Land. Die Beiträge stammen aus dem Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen (LIGA.NRW).