

3. Umgang mit Kontaktpersonen

Nach den Empfehlungen der STIKO sind enge Kontaktpersonen:

- alle Haushaltsmitglieder,
- Personen, bei denen der begründete Verdacht besteht, dass sie mit oropharyngealen Sekreten des Patienten in Berührung gekommen sind, z.B. Intimpartner, enge Freunde, evtl. feste Banknachbarn in der Schule, medizinisches Personal, z.B. bei Mund-zu-Mund-Beatmung, Intubation und Absaugen des Patienten ohne Atemschutz und ohne geschlossene Absaugsysteme,
- Kontaktpersonen in Kindereinrichtungen mit Kindern unter 6 Jahren (bei guter Gruppentrennung nur die betroffene Gruppe),
- Personen mit engen Kontakten in sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen mit haushaltsähnlichem Charakter, z.B. Internaten, Wohnheimen sowie Kasernen.

Enge Kontaktpersonen haben ein erhöhtes Risiko, an einer invasiven Meningokokken-Infektion zu erkranken, und sollten daher über Frühsymptome (Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerzen) informiert werden, bei denen unbedingt ein Arzt konsultiert werden muss. Insgesamt sind jedoch nur 1 bis 2% aller Fälle sekundäre Fälle. Das höchste Risiko haben enge Haushaltskontaktpersonen, deren Erkrankungsrisiko in verschiedenen Studien zwischen 400- bis 1.200-fach gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht ist, wenn keine Chemoprophylaxe erfolgt (ECDC 2010 (1); Hastings L, et al. 1997).

In einer Metaanalyse konnte ferner gezeigt werden, dass Haushaltskontaktpersonen im Zeitraum zwischen 14 und 365 Tagen nach der Erkrankung des Indexfalls trotz einer Chemoprophylaxe ein erhöhtes Erkrankungsrisiko hatten, das ca. 100-fach über der Hintergrundinzidenz lag (Hoek M, et al. 2008). In verschiedenen Studien wurde ebenfalls ein erhöhtes Erkrankungsrisiko bei Kontaktpersonen in Kindergärten (bis 76-fach erhöht gegenüber der Allgemeinbevölkerung) und Schulen (2- bis 3-fach erhöht) beobachtet (ECDC 2010(1)). Krankenhauspersonal hat nach Kontakt nur dann ein erhöhtes Risiko, wenn Kontakt mit respiratorischen Sekreten stattfindet, z.B. durch Mund-zu-Mund-Beatmung oder wenn ohne Atemschutz intubiert oder tracheal abgesaugt wurde (Begg N 1999; Gilmore A, et al. 2000; Pollard AJ, et al. 1999).

Im Rahmen von **Reisen** sollte die Beurteilung einer möglichen Exposition ausschließlich von der Frage abhängig gemacht werden, ob ein direkter Kontakt mit oropharyngealen Sekreten des Indexpatienten stattgefunden hat. Leider können entgegen früheren vereinzelt Empfehlungen keine Ableitungen über die Reisedauer oder die Nähe zum Indexpatienten gemacht werden, da für diese Faktoren keine wissenschaftliche Evidenz vorliegt (ECDC 2010 (1); ECDC 2010 (2); Rachael T, et al. 2009). Reisekontakte, die zusätzlich Haushaltskontakte sind, bedürfen unabhängig von der Reiseanamnese einer Chemoprophylaxe.

Postexpositionelle Prophylaxe: Die Chemoprophylaxe muss schnellstmöglich durchgeführt werden. Sinnvoll ist eine solche Maßnahme für eine der aufgeführten engen Kontaktpersonen maximal bis 10 Tage nach dem letzten Kontakt zu einem

Erkrankten (7 Tage vor Ausbruch seiner Erkrankung bis 24 Stunden nach Beginn der antibiotischen Behandlung).

Bei Haushaltskontakten sowie engen Kontakten mit haushaltsähnlichem Charakter sollte – sofern der Indexfall an einer impfpräventablen Serogruppe erkrankte – zusätzlich eine postexpositionelle Meningokokken-Impfung erfolgen mit einem Impfstoff, der die entsprechende Serogruppe enthält, da für diese Gruppe trotz einer Chemotherapie ein erhöhtes Risiko für eine Meningokokken-Erkrankung im Jahr nach dem Kontakt beobachtet wurde (RKI Epid Bull 31/2009; Hoek M. et al. 2008).

In Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen sollte der Kreis der engen Kontaktpersonen so genau wie möglich entsprechend den o.g. Kriterien definiert werden. Je nach Alter und Verhalten der Betroffenen, dem Grad der Gruppentrennung in Kindereinrichtungen etc. sollte versucht werden, nur solchen Personen eine Chemoprophylaxe zu empfehlen, die der Definition einer engen Kontaktperson entsprechen. Dies gilt auch für medizinisches Personal, welches nur dann eine Chemoprophylaxe erhalten sollte, wenn ein ungeschützter Kontakt mit oropharyngealen Sekreten des Indexpatienten stattgefunden hat.

Die Antibiotika Rifampicin, Ciprofloxacin, Ceftriaxon und Azithromycin führen mit hoher Sicherheit zur Eradikation von Meningokokken im Nasopharynx (Zalmanovici Trestioreanu A, et al. 2011; ECDC 2010). **Mittel der Wahl** für Kinder ist Rifampicin. Bei Neugeborenen im 1. Lebensmonat beträgt die Dosis 2 x 5 mg/kg KG/Tag für 2 Tage. Es wird bei Säuglingen (ab dem 2. Lebensmonat), Kindern und Jugendlichen bis 60 kg über 2 Tage in einer Dosierung von 2 x 10 mg/kg KG/Tag gegeben (maximale ED 600 mg). Jugendliche ab 60 kg und Erwachsene erhalten 2 x 600 mg/Tag für 2 Tage.

Für Erwachsene ist alternativ Ciprofloxacin (einmalige Dosis 500 mg p.o.) für die Chemoprophylaxe zugelassen. (Hinweis: für die einmalige Verabreichung von Ciprofloxacin besteht weiterhin keine Anwendungsbeschränkung hinsichtlich der Chemoprophylaxe bei invasiven N. meningitidis-Infektionen, vergl. https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RV_STP/a-f/fluorchinolone-bewegungsapparat.html).

Zudem ist eine Prophylaxe mit Ceftriaxon (nur i.m. Applikation) mit einer einmaligen Gabe von 125 mg bei Kindern unter 12 Jahren und 250 mg bei Kontaktpersonen über 12 Jahren möglich.

Bei Schwangeren ist Ceftriaxon das Mittel der Wahl. Das darin enthaltene Lidocain gilt in dieser einmaligen Dosierung trotz des generellen Hinweises der Roten Liste auf eine Kontraindikation von Lidocain als unbedenklich in der Schwangerschaft (Schaefer C, et al. 2006). Alternativ kann eine i.v.-Gabe erwogen werden, allerdings wurde diese nicht hinsichtlich der Effektivität der Eradikation von N. meningitidis untersucht. Pharmakokinetisch unterscheiden sich die durchschnittlichen Plasmakonzentrationen 4 h, 6 h, 8 h, 12 h und 24 h nach einmaliger Gabe von verschiedenen Dosierungen von Ceftriaxon jeweils zwischen der IV- und der IM-Gabe nur minimal (https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/050585s064lbl.pdf), so dass wahrscheinlich ist, dass der für die Eradikation erforderliche Schwellenwert über einen ähnlich langen Zeitraum erreicht wird wie bei der i.m.-Gabe.

Als weitere Alternative für Erwachsene steht Azithromycin als Einzeldosis von 500 mg zur Verfügung. Diese Alternative sollte vor dem Hintergrund der bislang

geringen Erfahrung bzgl. einer möglichen Resistenzentwicklung bei einer breiteren Anwendung vor allem exponierten Schwangeren vorbehalten bleiben.

Wie bei der antimikrobiellen Therapie einer an einer invasiven Meningokokken-Infektion erkrankten Person gilt eine Kontaktperson gleichermaßen 24 Stunden nach Beginn einer Chemoprophylaxe als nicht mehr ansteckend.

Bei stationären Patienten mit einer invasiven Meningokokken-Infektion, die eine Therapie mit Penicillin G erhalten haben, wird eine ergänzende Chemotherapie wie oben beschrieben mit Rifampicin, Ciprofloxacin oder Ceftriaxon vor der Entlassung aus dem Krankenhaus empfohlen, da Penicillin G nicht zu einer Eradikation der Erreger im Nasen-Rachen-Raum führt (ECDC 2010 (1)).

Es liegen bisher keine Daten dazu vor, wie häufig es nach einer kurzzeitigen Exposition von medizinischem Personal mit Pharyngealsekret eines Patienten zu einer Meningokokken-Besiedlung des Nasen-Rachenraums kommt, wenn keine postexpositionelle Chemoprophylaxe erfolgt. Ebenso ist nicht bekannt, wie lange es dauert, bis eine Erregerdichte erreicht wird, die ausreicht, um eine Übertragung auf Dritte zu ermöglichen. Vermutlich vergehen nach Erstkontakt mehrere Tage, bis eine ausreichend hohe Erregerdichte im Nasen-Rachen-Raum erreicht wird. Daher kann bei der Einnahme einer postexpositionellen Prophylaxe innerhalb von 48 Stunden nach Kontakt davon ausgegangen werden, dass keine Ansteckungsgefahr von diesen Personen ausgeht, auch wenn es keine publizierten Daten zur Stützung dieser Annahme gibt. In dieser Zeit kann das exponierte medizinische Personal daher in der Regel nach einer entsprechenden Risikoanalyse durch den zuständigen Betriebsarzt vor Ort weiterarbeiten und stellt auch keine Gefahr für sein häusliches Umfeld dar.

Quelle:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Meningokokken.html#doc2374538bodyText15