

Empfehlungen zur Impfung gegen Zeckenzephalitis (Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME))

Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Kommission für Impffragen (November 2000)

Impfindikation:

- Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren, die sich häufig* in den Wäldern der Endemiegebiete aufhalten (Beruf oder Freizeit). Kinder ab 6 Jahren, vor allem wenn sie öfters von Zecken gestochen werden, (* an ≥ 14 Tagen während der Zeckensaison).
- Bei Kindern unter 6 Jahren ist eine Impfung nicht indiziert.
- Reisende mit vorwiegendem Aufenthalt in Wäldern von Endemiegebieten während ≥ 14 Tagen.

Kriterien zur Beurteilung der Impfindikation:

- Morbidität: 86 Fälle / Jahr (Meldungen 1995-99)
20 Fälle / Jahr <16 Jahre
1 Fall / Jahr <6 Jahre
1 Fall / Jahr bei Auslandsreisenden (Meldungen mit Angabe Zeckenstich im Ausland); 1984-99: 6x A, 6x D, 3x FL, 2x Y, 1x H
Geschlechtsverhältnis: m:w = 2:1
Neurologische Symptomatik: Meningitis: 58%, Meningoenzephalitis 33%, Meningoenzephalomyelitis/-Radiculitis: 8%
Schweregrad mit Alter zunehmend, Residualbeschwerden in 10-50%
Bei Kindern vor allem meningitische Symptomatik mit gutartigem Verlauf [1], schwere Verläufe oder Residualbeschwerden selten [2-3].
- Letalität: 0,6% (1984-99: 5 / 847; alle Todesfälle betrafen Patienten >60 Jahre).
- Infektion: Auf Endemiegebiete beschränkt, Zecken aktiv von April – Oktober, ca. 1% (0,5-3%) infiziert. Die Infektion führt häufig nur zu einer grippeartigen Symptomatik oder verläuft symptomlos; neurologische Symptomatik in 5-15% der Infektionen. Das Risiko nach einem Zeckenstich in einem Endemiegebiet an einer neurologischen Symptomatik zu erkranken beträgt ca. 1:1'000 (1:200 – 1:4'000).
- Impfung: - Immunogenität: 2 Dosen: $\geq 95\%$ Serokonversion
3 Dosen: $\geq 99\%$ Serokonversion
- Effektive Wirksamkeitsstudien wurden (konnten) nicht durchgeführt (werden).
- Unerwünschte Wirkungen wurden insgesamt in 15-25% (-60%) beobachtet. Deutlich mehr Meldungen von neurologischen Nebenwirkungen im Vergleich mit anderen Impfungen (BAG+SANZ) [4].

Allgemeine Prophylaxe:

- Gut abschliessende (helle) Kleidung
- Repellentien
- Meiden des Unterholzes
- Nach Exposition Absuchen von Kleidung und Körper nach Zecken
- Zecken möglichst schnell entfernen, Desinfektion.

Post-expositionelle Immunglobulinbehandlung:

- Wirksamkeit nicht klar erwiesen: 54% (95%-CI: 0-68%) [5]
 - Sehr teuer: Verhinderung einer Erkrankung: Fr. 500'000.-, Verhinderung einer Erkrankung mit Spätschaden: Fr. 5 Mio [5]
 - Kontraindiziert bei Kindern <14 Jahren
 - Kann bei multiplen Zeckenstichen in einem bekannten Endemiegebiet diskutiert werden; Verabreichung innert 24h (-48h).
- > Die aktive Impfung ist nach Exposition nicht wirksam.

Literatur:

- 1 Kaiser R. The clinical and epidemiological profile of tick-borne encephalitis in southern Germany 1994-98. Brain 1999; 122: 2067-78
- 2 Duppenhaler A, Flück C, Steinlin M, Pfammatter JP, Aebi C. Schwere Krankheitsverläufe bei Frühsommermeningoencephalitis (FSME) bei Kindern 1999. Posterbeitrag. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie, Juni 2000
- 3 Duppenhaler A, Pfammatter JP, Aebi C. Myopericarditis associated with central european tick-borne encephalitis. Europ J Pediatr 2000; in press
- 4 Goerre S, Kesselring J, Hartmann K, Kuhn M, Reinhart WH. Neurologische Nebenwirkungen nach Impfung gegen die Frühsommer-Meningo-Enzephalitis. Schweiz Med Wochenschr 1993; 123: 654-7
- 5 Aebi C, Schaad UB. FSME-Immunglobulin – eine kritische Beurteilung der Wirksamkeit. Schweiz Med Wochenschr 1994; 124: 1837-40