

Frühsommer-Meningoenzephalitis

(FSME)

Epidemiologie

Hauptüberträger des FSME-Virus ist die Zeckenart *Ixodes ricinus* (Holzbock). Auch *Dermacentor reticulatus* (Auwaldzecke) kann FSME-Viren übertragen. Dies wurde bei der neu in Deutschland gefundenen Hyalomma-Zecke aus Südeuropa und Afrika bislang nicht nachgewiesen. Das FSME-Virus (zentraleuropäischer Subtyp) ist ein RNA-Virus und gehört zu den Flaviviren. Die Verbreitungsgebiete sind vor allem Süddeutschland sowie Tschechien, Österreich, Schweiz, Osteuropa, Baltikum und Skandinavien. In Endemiegebieten liegt die Durchseuchungsrate der Zecken mit dem Virus bei 0,1–5% (die Durchseuchung mit Borrelien liegt bei 5–35%). Infektionen treten mit der Zeckenaktivität gehäuft im Frühjahr und Frühsommer sowie im Herbst auf. Das Infektionsrisiko nach einem Zeckenstich beträgt je nach Gebiet ca. 1:20 bis 1:1.000. Ca. 5–30% der Infizierten erkranken an FSME. Im Jahr 2022 wurden insgesamt 546 FSME-Erkrankungen übermittelt, die die Referenzdefinition des RKI erfüllten. Dies entspricht einer Zunahme von 30% gegenüber dem Wert im Vorjahr. (Epidemiologisches Bulletin 9/2023 vom 02.03.2023)

Klinik

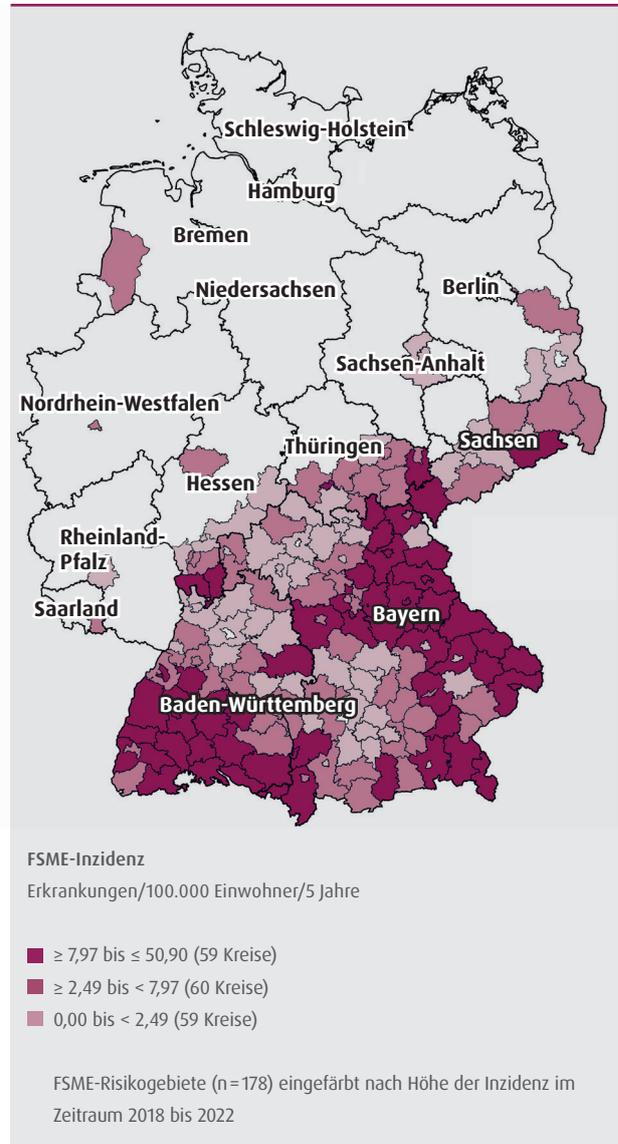
Nach einer symptomlosen Inkubationszeit von 1 bis 2 Wochen folgt meist ein biphasischer Krankheitsverlauf.

Stadium I, Virämie: grippeähnliche Symptome mit erhöhter Temperatur sowie Kopf- und Gliederschmerzen für etwa 1 bis 8 Tage bei etwa 1/3 der mit dem Virus infizierten Personen, gefolgt von einem beschwerdefreien Intervall von 4 bis 14 Tagen.

Stadium II, meningoenzephalitische Phase: Ca. 5–30% der Infizierten leiden erneut an starkem Fieber bis 40°C, heftigen Kopf- und Gliederschmerzen und Krankheitsgefühl. Die akute Meningitis besteht für 5 bis 8 Tage. Danach stellt sich kontinuierlich eine Besserung ein.

Enzephalitis und Myelitis führen zu wochenlangen schweren Verläufen, häufig mit Komplikationen.

Bleibende Schäden treten bei etwa 10–20% auf (Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Psychosen, Lähmungserscheinungen). Bei ca. 1% der Erkrankten mit ZNS-Beteiligung führt die Infektion zum Tode. Die Infektion führt zur Antikörperbildung und zu langjähriger Immunität.



Hinweis zur Meldepflicht

Für den direkten und indirekten Nachweis des FSME-Virus besteht bei einer akuten Infektion eine gesetzliche Meldepflicht nach § 7 IfSG.

Labordiagnostik

Methode der Wahl ist der Nachweis FSME-Virus-spezifischer IgG- und IgM-Antikörper im Serum mittels ELISA. Hierbei sind ggf. zwei Blutproben im Abstand von 14 Tagen erforderlich, um die Dynamik der Antikörper zu erfassen. Zusätzlich kann mit der Bestimmung der IgG-Ak und IgM-Ak im Liquor und Serum der Antikörperindex zum Nachweis einer intrathekalen Ak-Synthese berechnet werden. Der Nachweis der Virus-RNA mittels PCR ist im Liquor möglich, v. a. bei Immunsupprimierten.

Prophylaxe

Da weder die Möglichkeit einer kausalen Therapie noch einer postexpositionellen Immunprophylaxe besteht, ist die aktive Immunisierung die einzige Vorkehrungsmaßnahme. Für die Grundimmunisierung ist eine Schutzimpfung bei Erwachsenen und Kindern mit den gut verträglichen inaktivierten Impfstoffen wie Encepur® (BH) oder FSME-IMMUN® (Pfizer Pharma) durch 2 i.m.-Injektionen im Abstand von 1–3 Monaten (mit 80 % Antikörperbildung) und einer 3. i.m.-Injektion nach 9–12 Monaten (mit > 90 % Antikörperbildung) durchzuführen. Eine Auffrischimpfung wird 3–5 Jahre nach der letzten Impfung empfohlen.

Lokale Besonderheiten in Sachsen-Anhalt

Aktuell werden in Sachsen-Anhalt der **Landkreis Anhalt-Bitterfeld** sowie der **Stadtkreis Dessau-Roßlau** vom Robert Koch-Institut (RKI) als FSME-Risikogebiete ausgewiesen (siehe Epidemiologisches Bulletin 9/2023 vom 02.03.2023). Damit sollte stets bei entsprechenden Symptomen auch ohne Vorliegen einer Reiseanamnese an die Differentialdiagnose einer FSME gedacht und eine gezielte Labordiagnostik (IgG/IgM im Serum) veranlasst werden. Allen Personen, die sich in einem definierten innerdeutschen Risikogebiet dauerhaft oder zeitweise aufhalten, wird die FSME-Impfung von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI empfohlen und von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erstattet.

Hinweise zu Präanalytik

Probenmaterial	1 ml Serum bzw. 1 ml Liquor-/Serumpaar
Probentransport	Standardtransport

Autoren:

Dr. med. Dr. rer. nat. Dipl.-Chem. Ebbo Michael Schnaith, Limbach Gruppe
Dr. med. Alexander Thürmer (Ergänzungen: Lokale Besonderheiten, MVZ Med. Labore Dessau Kassel GmbH)

Literatur:

1. Epidemiologisches Bulletin 9/2023, 02.03.2023, Robert Koch Institut
2. RKI-Ratgeber – Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und verwandte Virusenzephalitiden (TBE, tick-borne encephalitis) Stand: 21.04.2022, www.rki.de
3. Huzly, Daniela: Epidemiologie und Diagnostik der FSME in Deutschland. Der Mikrobiologe, 21 (2011), S. 5–10.

Stand: März/2023

Ihre Ansprechpartner:

Frau Bromber
Telefon: 0340 54053-822

Herr Dr. med. Thürmer
Telefon: 0340 54053-6253