

## **XVI. Symposium Reise- und Impfmedizin – Internationale Gesundheit – Im Auswärtigen Amt am 08. und 09. April 2011**

### **Malaria: Prophylaxe, Repellentien Klaus Fleischer**

Es ist gar nicht so verwunderlich, dass wir nun gut 100 Jahre nach der Entdeckung der vier Malaria-Erreger einen fünften Erreger menschlicher Malaria kennen gelernt haben: malaria knowlesi. Er war längst als Affenmalaria bekannt. Aber der Bevölkerungsdruck mit Eindringen in die Wälder in SO-Asien und die Ausweitung der übertragenden Anophelesformen, die Affen und Menschen zugleich stechen, führte inzwischen zu einer in diesen Regionen neu etablierten Malariaform. Der Teilungszyklus ist mit 24 h äußerst schnell, so dass rasch eine hohe Parasitämie entsteht, die besonders bei Kleinkindern rasch tödlich wird. Therapieresistenzen gegen Chloroquin sind berichtet, nicht aber gegen die derzeit wichtigen Therapeutika Artemether/Lumefantrin (Riamet R), Atovaquone/Proguanil (Malarone R), Mefloquin (Lariam R) oder Chinin i.v. plus Doxycyclin.

Diese Entwicklung im Malaria-Spektrum einer viel bereisten Region zeigt, dass die Infektionsgefahr bei der Malaria keine von Jahr zu Jahr gleich bleibende Größe ist, sondern in ihrer jährlichen Entwicklung genau beobachtet und in das ärztliche Beratungsgespräch für die Tropenreise eingebunden werden muss.

Jährlich werden dem Robert-Koch-Institut noch zwischen 500 bis 600 Malariaerkrankungen in Deutschland gemeldet, 2009 waren es 543. Wichtig ist, dass unter diesen Patienten inzwischen über 60 % Reisende mit Migrationshintergrund und nur noch 30 % Bürger aus Deutschland sind. Der Rest sind Besucher aus dem Ausland oder Deutsche, die in Malariagebieten leben und hier behandelt werden. Diese große Personengruppe, die vor Jahren nach Deutschland zuwanderte, hat in aller Regel noch starke Familienbindungen in ihr Ursprungsland und freut sich, nach der ersten wirtschaftlichen Sicherung einen Verwandtenbesuch zu machen. Studenten und Wissenschaftler aller Fächer umfassen etwa 10 % davon. Von den aktuellen Asylbewerbern und neuen Immigranten sind es geringfügig mehr.

Diese Personen benützen das deutsche Medizinangebot vorwiegend nur bei akuten Erkrankungen und denken zu wenig an Vorsorgemaßnahmen. Dies gilt besonders bei den emotional betonten Heimreisen, bei denen Infektionsgefahren selten beachtet werden und bei denen sie sich im Vergleich zu deutschen Reisenden besser geschützt fühlen. Diese Reisenden brauchen daher besonders deutliche Hinweise eine reisemedizinische Beratung einzuholen. Sie umfasst die Aufklärung zur Malaria-Prophylaxe neben der Auffrischung der Standard Impfungen und der Gabe spezieller Reiseimpfungen.

Die Reisenden sollen danach verstehen, dass der Malariaschutz nicht aus einer einzigen Maßnahme, schon gar nicht einer Impfung, sondern aus mehreren Schutzmaßnahmen zur Vermeidung von Mosquito-Stichen – der Expositionsprophylaxe – und gegebenenfalls der Einnahme von Medikamenten besteht. Kinder bis 12 Jahre, besonders aber Kleinkinder unter 5 Jahre, sind besonders Malaria gefährdet und sollten nicht in die Tropen reisen. Das

Vorstellen der Kinder oder Enkel bei den Eltern daheim ist aber oft der stärkste Reisegrund. Daher sollte auf diese Kinder besonders eingegangen werden.

Der/die Reisende muss lernen, dass eine Malariaübertragung durch Mosquitos vor allem abends und nachts aber auch durch Bluttransfusionen etwa nach Unfällen geschehen kann, nicht aber durch Körperkontakt. Eine Malaria kann tödlich sein und noch während der Reise, aber auch noch nach Monaten, selten so gar Jahren nach der Reise ausbrechen. Fieber ist das Leitsymptom. Die heutigen Malariateste diagnostizieren eine Infektion sicher. Die Behandlung ist ebenfalls sicher und heilt die Malaria auf Dauer. Entscheidend ist aber der rechtzeitige Arztbesuch.

Die Beratung zur Expositionsprophylaxe umfasst:

- Tragen langer und heller Kleidung
- Schutz des Schlafraums durch Mückengitter, Klimaanlage, Räucherspiralen
- Auftragen von Repellentien auf Haut und Kleidung mit DEET, Bayrepel, ätherischen Ölen
- Verwendung von Insektiziden in Räumen: Pyrethroide
- Schlafen unter imprägniertem Mosquitonetz

Die Beratung zur medikamentösen Malariaprophylaxe umfasst:

- individuelles Eingehen auf Reisedauer, Reiseart, Reiseerfahrung
- länderspezifische Aussage
- Besprechung von Dauereinnahme vor Reise bis nach Rückkehr oder Standby-Therapie, d. h. Mitnahme eines Behandlungsmittels und Einnahme im Erkrankungsfall

Zur Dauerprophylaxe eignen sich heute Malarone ® bzw. Malarone junior ® mit einer Tablette täglich in Schwarzafrika, Teilen von SO-Asien und des Amazonas Großraumes. Gleich wirksam ist Doxycyclin 100 mg/Tag. Malarone hat keine wesentlichen Nebenwirkungen, bei Doxycyclin sind Kontraindikationen zu beachten. Wesentlich ist der erhebliche Preisunterschied. Lariam ® ist mit 1 Tablette/Woche einfach zu handhaben und schützt weitgehend sicher. Aufgrund der möglichen psycho-vegetativen Nebenwirkungen sollte die Verträglichkeit 2 – 3 Wochen vor der Reise geprüft werden.

Insgesamt ist die inzwischen für viele Tropenreisende selbstverständlich gewordene Beratung zur Malariaprophylaxe eine Erfolgsgeschichte. Sie hat entscheidend dazu beigetragen, die Zahl der Malaria-Kranken in Deutschland gegenüber den 80iger Jahren zu halbieren und die Zahl der Malaria Todesfälle auf unter 10 im Jahr zu drücken. Die stets aktuellen Empfehlungen zur Malaria-Vorbeugung der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG) und das Handbuch des Forums für Reisemedizin bieten jeder Praxis sichere und genaue Grundlagen für das Beratungsgespräch.