

Malaria – Wichtiges und Neues für die Reisemedizin

Die Epidemiologie der Malaria ist im Wandel. Zwischen 1995 und 2010 konnte weltweit sowohl die Zahl der gemeldete Malariafälle als auch der Malariatodesfälle knapp halbiert werden (1). In bestimmten touristischen Gebieten, z.B. Region Daressalam und Zanzibar (die beide Inseln Unguja und Pemba) haben erfolgreiche Malariabekämpfungsprogramme zu einer dramatischen Reduktion des Malariarisikos geführt mit der Folge dass die medikamentöse Prophylaxe für Reisen nach Daressalam und Zanzibar durch die Abgabe einer Notfallselfttherapie ersetzt wird. Es gibt leider auch „Bad News“. Trotz globalen Rückgang der Malariainzidenz zeigen die neueste Statistik aus den UK, USA und EU-Ländern leicht ansteigende Malariazahlen. Jährlich werden dem Robert Koch Institut noch zwischen 500 bis 600 Malariaerkrankungen in Deutschland gemeldet. In Deutschland und Europa, gibt es klare Hinweise auf eine Verschiebung von touristisch Reisenden zu Reisenden mit Migrationshintergrund die sogenannte „Visiting Friends and Relatives“ (VFR) Gruppe. Diese Risikogruppe denkt zu wenig an Vorsorgemaßnahmen und kommt selten zur reisemedizinische Beratung. Neue Strategie sind dringend nötig.

Epidemiologisch neu und brisant ist, dass neben den vier bekannten humanpathogenen Plasmodienspezies (*P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae*), eine fünfte, primär Affen befallende Art, *P. knowlesi*, als epidemiologisch bedeutender Erreger humaner Malariafälle auftritt (2). Es gibt bereits weltweit (von Schweden bis New Zealand) eine Reihe durch *P. knowlesi* ausgelöste importierte Malariafälle. *P. knowlesi* kommt vor allem in den Wäldern in SO-Asien vor und diese Gefahr soll in die reisemedizinische Beratung eingebunden und besprochen werden.

Die Malariaprävention stützt sich auf mehrere Säulen:

1. Infektionsverhütung durch PPMs (Personal Protective Measures zB. Repellentien, imprägnierte Kleider, Verwendung von Insektiziden und Mosquitonetze usw)
2. Medikamentöse Malariaprophylaxe mit Atovaquone/Proguanil (Malarone®), Doxycyclin oder Mefloquin (Lariam®)
3. Rasche Diagnose und Notfallselftmedikation, wenn keine sofortige medizinische Versorgung möglich ist. Für die Notfallmedikation stehen in erster Linie die Kombinationen Atovaquone/Proguanil (Malarone®), Artemether/Lumefantrine (Riamet®) und neu (EMA zugelassen) auch Dihydroartemisinin/Piperaquine (Eurartesim®) zur Verfügung.

Die Malariaprophylaxe ist komplex. Männer und Frauen zeigen geschlechtspezifische Nebenwirkungsprofile. Interaktionen von Malariamedikamenten können klinisch relevant sein und sind wenig erforscht. Einige Nahrungsergänzungsmittel, aber auch Grapefruitsaft können die Bioverfügbarkeit einiger Malariamedikamente so stark beeinflussen dass eine

Wirksamkeitsreduktion möglich ist. Es gibt besondere Malariaprophylaxe - Richtlinien für Schwangere, Kinder, chronisch Kranke und Langzeitreisende:

- Für Schwangere kommt primär Mefloquin Chemoprophylaxe in Frage. Eine neue Studie zeigt kein erhöhtes Missbildungsrisiko bei Frauen, die Mefloquinprophylaxe im ersten Trimenon eingenommen haben (3).
- Kleine Kinder sollen nach Möglichkeit den Aufenthalt in Malariaendemiegebieten vermeiden. Atovaquon/Proguanil ist bei Kindern gut verträglich. Es gibt eine Kinderformulierung und diese kann ab 11 kg verabreicht werden (ab 5kg in den USA). Zur Chemoprophylaxe kommt bei Kindern ab einem Körpergewicht von 5kg Mefloquin in Frage. Neue Daten zeigen dass die Mefloquinpharmakokinetik bei Kindern ähnlich ist wie beim Erwachsenen. Die Dosierung für Kinder soll gewichtsabhängig sein (4).

Doxycyclin kann erst ab dem achten Lebensjahr gegeben werden und zeigt eine gute Wirksamkeit bei akzeptabler Verträglichkeit.

Literatur

1. WHO Malaria Report 2010
2. Kantele A, Jokiranta TS. Review of cases with the emerging fifth human malaria parasite *P. knowlesi*, EID 2011;52(11):1356-1362
3. Schlagenhauf P, Blumentals W, Suter P. et al. Pregnancy and fetal outcomes after exposure to mefloquine in the pre- and periconception period and during pregnancy. CID 2012. DOI 10 1093
4. Schlagenhauf P, Adamcova M, Regep L. et al. Use of mefloquine in children – a review of dosage, pharmacokinetics and tolerability data. Malar J 2011;10:292

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Patricia Schlagenhauf
University of Zürich Centre for Travel Medicine
Division of Epidemiology and Communicable Diseases
Email:
pat@ifspm.uzh.ch