

Leptospirose

Dr. C. Adolphs

Nov. 2015

1. Meldepflicht

Meldepflicht bei direktem oder indirektem Nachweis von *Leptospira interrogans* in Verbindung mit einer akuten Infektion gemäß § 7 Abs. 1 Nr. 27 IfSG, ggf. Meldung gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5a (bedrohliche Krankheit).

2. Reservoir und Erreger

Leptospira interrogans und weitere Spezies in der Gattung *Leptospira*. Nach molekulargenetischen Kriterien erfolgt eine Einteilung in über 250 Serovare. Wichtige Serovare von *Leptospira interrogans* sind Icterohämorrhagiae (Weil'sche Krankheit), Canicola (Kanikola-Fieber, Stuttgarter Hundeseuche), Pomona (Schweinehüterkrankheit), Tarassovi, Grippotyphosa (Feld-, Ernte- oder Sumpffieber), Bataviae, Hardjo, Sejroe, Heptomadis.

Die Leptospirose ist eine weltweit vorkommende Zoonose. In tropischen Gebieten mit starken Niederschlägen tritt sie vermehrt in der Regenzeit und nach Naturkatastrophen auf. In gemäßigten Breiten ist die Leptospirose eine saisonale Erkrankung mit Häufungen im Sommer und Frühherbst. In Deutschland werden regelmäßig sowohl autochthone als auch importierte Fälle registriert.

3. Infektiöses Material und Übertragung

Primäres natürliches Reservoir der Leptospiren sind hauptsächlich asymptomatisch infizierte Nagetiere (Ratten, Mäuse). Zum Erregerreservoir zählen aber auch andere wildlebende Tiere und Haustiere (Hunde, Schweine, Rinder, Ziegen, Schafe u. a.). Die Übertragung auf den Menschen erfolgt durch den direkten oder indirekten Kontakt mit dem Urin infizierter Tiere über kleine Hautverletzungen oder Schleimhäute. In einem feuchten Milieu (Wasser, Schlamm) können die Leptospiren lange in der Umwelt überleben. Eine Ansteckung erfolgt oft während bestimmter Freizeitaktivitäten wie Camping, Schwimmen, Bootsfahren, aber z. B. auch bei Ernteeinsätzen. Von Leptospirose sind auch bestimmte Berufsgruppen (Kanalarbeiter, Bauern, Tierärzte) gehäuft betroffen. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch findet nicht statt.

4. Inkubationszeit

2–30, gewöhnlich 5–14 Tage. Kann auf dem Fluchtweg erworben werden.

5. Krankheitsbild

Die klinischen Manifestationen der Leptospirose sind sehr variabel. Subklinische Verläufe sind häufig. Die Krankheit manifestiert sich in verschiedenen klinischen Formen:

Leptospirämisches Stadium (1. Stadium):

Eine milde, grippeartige Form mit Fieber, Schüttelfrost, Kopf- und Gliederschmerzen.

Stadium der Organmanifestationen (2. Stadium) mit verschiedenen Verläufen:

- Morbus Weil, charakterisiert v. a. durch schwere Leber- und Nierenbeteiligung mit Ikterus, Nierenversagen, Blutungen und Myokarditis mit Arrhythmien
- Meningitis serosa oder Meningoenzephalitis
- Blutungen und Entzündungen im Bereich der Lunge.

Anikterische Verlaufsformen haben meist eine gute Prognose, bei Morbus Weil liegt die Letalität bei 5 %.

6. Diagnostik

Der Antikörpernachweis erfolgt ab dem Ende der ersten Krankheitswoche mit dem MAT (Mikroagglutinationstest), dieser gilt als Standardmethode. Der ELISA-Test wird als Ergänzung des MAT zur Bestimmung von IgM bzw. IgG durchgeführt. Eine KBR kann ebenfalls durchgeführt werden. Der Erregernachweis erfolgt mikroskopisch und kulturell (aus Blut, Liquor, Urin je nach

Krankheitsstadium). Beratung und Spezialdiagnostik bietet z.B. das Veterinärmedizinische Referenzlabor für Leptospirosen am Bundesinstitut für Risikobewertung in Berlin an.

7. Differentialdiagnose

Influenza, Virushepatitiden, Malaria, Typhus, Hantavirusinfektion, Gelbfieber, Dengue, abakterielle Meningitiden, Japanische Enzephalitis, Brucellose, Rickettsiosen

8. Therapie

Wichtig ist ein frühzeitiger Beginn der Antibiotika- Behandlung, z.B. mit Penicillin G oder Doxycyclin, sonst symptomatische Maßnahmen (Dialyse bei Nierenbeteiligung).

9. Weitere Maßnahmen

Adäquate Schutzkleidung bei beruflicher Exposition. Korrekte Abwasserbeseitigung. Bekämpfung von Ratten und Mäusen im Umfeld menschlicher Wohnstätten. Schutzimpfung der Hunde gegen den Serovar Canicola.

10. Arbeitssicherheit

Basishygiene.

8. Literatur

RKI: Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten, Leptospirose S 76-77
RKI: Epi. Bul. Nr. 38