

"VIRUSEPIDEMIOLOGISCHE INFORMATION" NR. 21/22



ZENTRUM FÜR VIROLOGIE
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Für den Inhalt verantwortlich:
Prof. Dr. J. Aberle, Prof. Dr. St. Aberle,
Prof. Dr. E. Puchhammer, Dr. M. Redlberger-Fritz,
Prof. Dr. L. Weseslindtner
Redaktion:
Dr. Eva Geringer
Zentrum f. Virologie d. Med. Universität Wien
1090 Wien, Kinderspitalgasse 15
Tel. +43 1 40160-65500 Fax: +43 1 40160-965599
e-mail: virologie@meduniwien.ac.at
homepage: www.virologie.meduniwien.ac.at

Im Zeitraum von 04.10.2022 bis 17.10.2022 wurden am Zentrum für Virologie folgende Infektionen diagnostiziert:

Adeno	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	2					2	1	2	
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>	1 mal Doppelinfektion mit Parainfluenzavirus 1; 1 mal Doppelinfektion mit RSV								

Cytomegalie	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	10	1							
<i>serolog. Virusnachweis:</i>	1								
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

Dengue	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>						1			
<i>serolog. Virusnachweis:</i>	1	1				1			
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>									

EBV	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	9				1		2		
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>	3						1		
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>	1 mal Doppelinfektion mit Herpes Simplex Virus								

Entero	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	2					4		1	
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									
<i>Klin. Auffälligkeiten:</i>	1 mal Doppelinfektion mit Rhinovirus, 1 mal Doppelinfektion mit SARS-CoV-2								

FSME	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>									
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>				2			2	1	

Klin. Auffälligkeiten:

Hepatitis A	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	2								
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									

Klin. Auffälligkeiten:

Hepatitis B	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	4	1					3		
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>	4	1		1			1		

Klin. Auffälligkeiten:

Hepatitis C	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	1								
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									

Genotypisierung:

Typ 1A: W: 2, B: 1; Typ 1B: W: 4; Typ 3A: W: 4

Klin. Auffälligkeiten:

Hepatitis E	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	1								
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									

Klin. Auffälligkeiten:

Herpes simplex	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
HSV1 direkter Virusnachw	12		1						
HSV2 direkter Virusnachw									
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									

Klin. Auffälligkeiten:

1 mal Doppelinfektion mit EBV, 1 mal Doppelinfektion mit HHV 7

HHV 6	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	4		1						
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									

Klin. Auffälligkeiten:

HHV 7	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	3								
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									

Klin. Auffälligkeiten: 1 mal Doppelinfektion mit Herpes Simplex Virus

HHV 8	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	1								
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									

Klin. Auffälligkeiten:

HIV 1	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>									
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>	8	2		3	3				1

Klin. Auffälligkeiten:

HPV - high risk	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	22	3	4			4	8		

Klin. Auffälligkeiten:

Influenza A	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	2							6	
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									

Klin. Auffälligkeiten: 5 mal H3N2, 2 mal H1N1

Parainfluenza 1-3	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	1	1	2			6		4	
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									

Klin. Auffälligkeiten: 8 mal Parainfluenza 1, 3 mal Parainfluenza 2, 1 mal Parainfluenza 3, 1 mal Dreifachinfektion mit Rhinovirus und SARS-CoV-2, 1 mal Doppelinfektion mit Adenovirus

Rhino Virus	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	10	2	7	6	2	32	9	15	

Klin. Auffälligkeiten: 1 mal Dreifachinfektion mit SARS-CoV-2 und Parainfluenzavirus 3, 10 mal Doppelinfektion mit SARS-CoV-2, 2 mal Doppelinfektion mit Influenza

RSV	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>			1					8	
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>									

Klin. Auffälligkeiten: 2 mal Doppelinfektion mit SARS-CoV-2, 1 mal Doppelinfektion mit Adenovirus

VZV	W	NÖ	B	OÖ	S	Stm	K	T	V
<i>direkter Virusnachweis:</i>	5	1	1	2					
<i>serolog. Infektionsnachweis:</i>	1								

Klin. Auffälligkeiten: 1 mal aus Liquor bei Verdacht auf Meningitis; 1 mal aus Liquor und Glaskörper-Aspirat bei akuter Retinaneekrose

direkter Virusnachweis: PCR, Antigen-ELISA, Virusisolierung

serologischer Infektionsnachweis: Antikörper-ELISA, Hämagglutinationshemmtest, Immunfluoreszenztest, Komplementbindungsreaktion, Neutralisationstest

Weitere Informationen zur Virusdiagnostik entnehmen sie unserer Informationsbroschüre: <https://www.virologie.meduniwien.ac.at/diagnostik/download-informationsbroschuere/>

Epidemiologische Trends:

Weiterhin sehr starke Rhinovirus-Aktivität, daneben auch Nachweise von anderen respiratorischen Viren inklusive – sporadisch – Influenza A und Respiratorischen Synzytial Viren.

Die aktuellen Zahlen zu den SARS-CoV-2 Nachweisen in Österreich finden Sie auf der Homepage des Gesundheitsministeriums unter <https://info.gesundheitsministerium.at>

Virologische Kurznachrichten abseits von SARS CoV2

Monika Redlberger-Fritz

Auch wenn die SARS CoV2 Pandemie die letzten zweieinhalb Jahre die Welt in Atem hielt, so gibt es abseits von SARS CoV2 auch andere Virusinfektionen, die Mediziner weiterhin weltweit beschäftigen. Nachfolgend daher einige Kurznachrichten aus der Welt der Virologie abseits von SARS CoV2.

Ebola. Uganda. Am 20. September 2022 bestätigte die WHO eine Ebolavirus Infektion bei einem 24-jährigen jungen Mann aus Uganda (Mubende District). Der Patient erkrankte am 11. September mit hohem Fieber, Diarrhoe, Bauchschmerzen und Hämatemesis. Die Diagnose Ebola wurde am 19. September labordiagnostisch bestätigt, leider verstarb der Patient am gleichen Tag. Seither wurden ausgehend von diesem Initialpatienten insgesamt 54 Fälle von Ebolavirus Infektionen bestätigt, 19 Personen verstarben (Todesfallrate 35%). Weitere 20 Todesfälle von Personen, die bereits verstorben waren bevor eine Probenentnahme möglich war, werden als sehr wahrscheinliche Ebolavirus Infektionen eingestuft (Todesfallrate inkl. der wahrscheinlichen Fälle 53%). Unter den 54 bestätigten Fällen sind auch 11 Personen des Gesundheitspersonals, 4 davon verstarben. Die regionalen Behörden führen aktive Fallverfolgung durch und haben mittlerweile Empfehlungen an die lokalen traditionellen Heiler gegeben, Patienten mit Ebola-Symptomatik nicht selbst zu behandeln, sondern in dafür spezialisierte Krankenhäuser zu senden. Ebenso werden Abriegelungsmaßnahmen durchgeführt und Impfkampagnen geplant.

Affenpocken. Situation in Europa. Mit Stand vom 11. Oktober 2022 wurden in Europa 20.455 bestätigte Fälle von Affenpockenvirus Infektionen gemeldet. In Österreich wurde bisher bei 320 Personen die Diagnose Affenpockenvirus Infektion labordiagnostisch bestätigt. Insgesamt ist die Situation des Affenpocken Ausbruches derzeit sehr gut, die Zahl der gemeldeten Neuinfektionen ist nicht nur in Österreich, sondern international stark rückläufig, weitere vereinzelte Infektionen sind jedoch weiterhin zu erwarten. Hauptsächlich betroffen waren bisher homosexuelle Männer mit häufig wechselnden

Geschlechtspartnern. Intensive Aufklärung dieser Risikopersonen mit den sich daraus ergebenden Änderungen des Risikoverhaltens, Isolationsmaßnahmen, effektives Contact Tracing und Impfstrategien gemeinsam mit dem Ende der Festivalsaison scheinen hauptverantwortliche Faktoren für die stark rückläufigen Zahlen an Neuinfektionen zu sein.

Masern. Weltweit. Während der Pandemie beinahe schon in Vergessenheit geraten, so sind die Masern weiterhin ein potentieller Kandidat, regionale Ausbrüche größeren Ausmaßes zu verursachen. Ein Blick zurück in Zeiten vor der Pandemie erinnert uns daran, dass die Masernaktivität weltweit ungebrochen war. Im Jahr 2019 erreichte die Masernaktivität ihren vorläufigen Höhepunkt mit über 540.000 gemeldeten Masernfällen weltweit (<https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data>). Die pandemiebedingten Hygienemaßnahmen, sowie die Reisebeschränkungen und veränderten Sozialkontakte führten auch bei der Zirkulation der Masern zu einem deutlichen Rückgang. Während des ersten Pandemiejahres 2020 wurden lediglich knapp 94.000 Fälle und 2021 knapp 60.000 Masernfälle weltweit registriert. Die meisten Fälle stammten dabei aus Regionen in Afrika und dem Nahen Osten. In Europa wurden seit Beginn der Pandemie nur vereinzelt Masernfälle diagnostiziert, meistens waren dies eingeschleppte Fälle aus Regionen mit verbliebender Masernaktivität. Dieses Bild zeichnet sich auch heuer ab, in Europa ist derzeit keine nennenswerte epidemische Masernaktivität zu beobachten (ganz im Gegensatz zu den Zeiten vor der Pandemie), jedoch werden weiterhin sporadische Fälle nachgewiesen (DE 56, IRL 6, POL 20, SWE 5, NOR 1), von denen viele reiseassoziiert sind. Zurzeit findet ein Masernausbruch in Zimbabwe statt, seit April 2022 wurden 6.551 Fälle gemeldet, von denen 704 verstarben (Todesfallrate 11%). Nennenswerte Masernaktivität kann derzeit auch in Indien (9.400 Fälle) und Indonesien (1.800 Fälle) beobachtet werden. Fast alle Masern-Erkrankten dieser Ausbrüche waren nicht geimpft, was zeigt wie schnell und effektiv sich das Virus in einer ungeimpften Population ausbreiten kann.

Durch die Pandemiemaßnahmen wurde jedoch nicht nur die Masernaktivität - und jene vieler anderer respiratorischer Viren - zurückgedrängt, leider war auch die Impfquote v.a. bei den Kinderimpfungen stark rückläufig. Dies führte neben der bereits seit längerem bestehenden Impflücke bei den jungen Erwachsenen nun auch zur Entstehung einer Impflücke bei den Kleinkindern.

Zusammenfassend bedeutet das, dass die Masern weiterhin weltweit zirkulieren, immer wieder eingeschleppt werden und in Ungeimpften Infektionsketten und Ausbrüche verursachen. Es ist daher umso wichtiger zu betonen, dass verpasste Impfungen so rasch wie möglich nachgeholt werden müssen, um die entstandene Impflücke bei den Kleinkindern so rasch wie möglich zu schließen. Die Vergangenheit (v.a. die Jahre 2017-2019) hat gezeigt, dass auch in Europa große Masernausbrüche weiterhin stattfinden können und werden solange keine ausreichende Immunität in der Bevölkerung besteht.