”VIRUSEPIDEMIOLOGISCHE INFORMATION” NR. 21/26

ZENTRUM FÜR VIROLOGIE
MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

Für den Inhalt verantwortlich:
Prof. Dr. J. Aberle, Prof. Dr. St. Aberle,
Prof. Dr. E. Puchhammer, Doz. 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

Lassafieber in Nigeria

Karin STIASNY

Nigeria verzeichnet 2026 einen schweren Lassafieber-Ausbruch. Seit Jahresbeginn gab es mehr als 1000 bestätigte Fälle und über 260 Todesfälle (KW 40: 1138 bestätigte Fälle, 268 Todesfälle, Fallsterblichkeit: 24%; https://www.ncdc.gov.ng/diseases/sitreps).

Lassafieber ist eine in Westafrika endemische zoonotische Viruserkrankung, wobei Nigeria, Liberia, Guinea und Sierra Leone am stärksten betroffen sind. Benannt wurde die Erkrankung nach einer Stadt im Nordosten Nigerias, wo sie 1969 erstmals beschrieben wurde. Die jährliche Zahl der Infektionen wird auf etwa 300.000–500.000 geschätzt, wobei aufgrund unerkannter und nicht diagnostizierter Fälle die tatsächliche Zahl jedoch wesentlich höher liegen dürfte. Obwohl das allgemeine Sterberisiko in Endemiegebieten mit 1-2 % relativ gering ist, liegt die Letalitätsrate (Case Fatality Rate) bei hospitalisierten Patienten typischerweise bei 20-30 % und kann sogar bis zu 60 % erreichen. Daher zählt das Lassafieber laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der „Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI)“ zu den Krankheiten mit Pandemiepotenzial, für die bei Forschung und Entwicklung Vorrang eingeräumt werden sollte.

Die Erkrankung wird durch das Lassavirus verursacht, das zur Familie der Arenaviridae gehört. Das Virus wird als Erreger der höchsten Risikostufe

Copyright by Zentrum für Virologie der Med. Universität Wien.
Veröffentlichungen auch auszugsweise sind nur mit Genehmigung gestattet.

(Risikogruppe 4) eingestuft und stellt in endemischen Regionen eine erhebliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit dar. Das primäre Virusreservoir ist die Vielzitzenmaus bzw. Vielzitzenratte (Mastomys natalensis). Obwohl der natürliche Wirt im gesamten Subsahara-Afrika vorkommt, wurden bisher nur bei Tieren in Westafrika Infektionen mit dem Lassavirus nachgewiesen. Mastomys natalensis lebt in ländlichen Regionen in und um menschliche Siedlungen. Menschen stecken sich hauptsächlich durch direkten oder indirekten Kontakt mit infizierten Nagetieren, deren Ausscheidungen, kontaminierten Lebensmitteln oder Aerosolpartikeln an. Eine Mensch-zu-Mensch-Übertragung erfolgt durch den direkten Kontakt mit infektiösen Körperflüssigkeiten wie Blut, Sekreten oder Urin sowie durch Sexualkontakt mit Infizierten. Genesene scheiden die Viren über den Urin noch bis zu neun Wochen nach Beginn der Erkrankung aus; im Sperma können infektiöse Viren monatelang persistieren.

Die meisten Infektionen verlaufen klinisch unauffällig oder mild und heilen vollständig aus. Symptome beginnen in der Regel sechs bis 21 Tage nach der Ansteckung. Bei einer Minderheit der Patient:innen entwickelt sich das lebensbedrohliche hämorrhagische Lassafieber mit inneren Blutungen und Multiorganversagen. Die Erkrankung beginnt schleichend und oft unspezifisch mit Fieber, grippeähnlichen Symptomen und gastrointestinalen Beschwerden. Nach einigen Tagen kann sich eine ulzerierende Pharyngitis entwickeln, zum Teil mit einer Schwellung der Kehlkopfschleimhaut. Manchmal tritt auch ein makulopapulöser Hautausschlag auf. Bei schwerem Krankheitsverlauf (15-20% Prozent der symptomatischen Fälle) treten unter anderem Ödeme im Gesicht, niedriger Blutdruck bis hin zum Schock, Schleimhautblutungen, neurologische Beschwerden und Organversagen auf. Rund ein Viertel der Überlebenden erleidet einen sensorineuralen Hörverlust, der zu dauerhafter Taubheit führen kann. Infektionen während der Schwangerschaft verlaufen besonders schwer, vor allem in der späten Phase. Im letzten Trimester liegen die Sterblichkeitsraten für den Fötus und die Mutter bei über 80 % bzw. 30 %.

Die Therapiemöglichkeiten sind nach wie vor begrenzt. Eine frühzeitige Verabreichung von Ribavirin kann wirksam sein, der Nutzen ist jedoch nicht in

Für den Inhalt verantwortlich: Prof. Dr. J. Aberle, Prof. Dr. St. Aberle, Prof. Dr. E. Puchhammer, Dr. M. Redlberger-Fritz, Prof. Dr. L. Weseslindtner
Zentrum f. Virologie d. Med. Universität Wien. Redaktion: Dr. Eva Geringer; Zentrum f. Virologie d. Med. Universität Wien
Copyright by Zentrum für Virologie der Med. Universität Wien.
Veröffentlichungen auch auszugsweise sind nur mit Genehmigung gestattet.

allen Studien eindeutig belegt. Die Patienten erhalten daher eine symptomatische Behandlung zur Stabilisierung des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts, der Sauerstoffversorgung und des Blutdrucks.

Es gibt derzeit keine zugelassene Impfung. Mehrere Impfstoffkandidaten befinden sich in klinischer Erprobung (Phase I und II). Präventive Maßnahmen umfassen die Bekämpfung der virusübertragenden Nagetiere sowie die Nagetier-sichere Verwahrung von Nahrungsmitteln. Bei Reisen in Lassa-Endemiegebiete sollten Aktivitäten vermieden werden, die einen Kontakt mit Nagetieren oder ihren Exkrementen zur Folge haben könnten.

Für den Inhalt verantwortlich: Prof. Dr. J. Aberle, Prof. Dr. St. Aberle, Prof. Dr. E. Puchhammer, Dr. M. Redlberger-Fritz, Prof. Dr. L. Weseslindtner
Zentrum f. Virologie d. Med. Universität Wien. Redaktion: Dr. Eva Geringer; Zentrum f. Virologie d. Med. Universität Wien
Copyright by Zentrum für Virologie der Med. Universität Wien.
Veröffentlichungen auch auszugsweise sind nur mit Genehmigung gestattet.