

Lepra im Land Brandenburg

F. Kuhnt¹, I. Pfeil¹, A. Schubert²

¹ Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, Abt. Gesundheit, Land Brandenburg

² Landesamt für Gesundheit und Soziales, FG Infektionsschutz/Infektionsepidemiologie, Berlin

In den letzten 10 Jahren wurde im Land Brandenburg nur ein Leprafall gemeldet: 2006 erkrankte ein damals 40-jähriger Mann, der über einen längeren Zeitraum unter sehr einfachen Bedingungen in Brasilien lebte und dort viel Kontakt zu Leprakranken hatte. Anfang Februar 2012 wurde nun ein weiterer Fall bekannt.

Ein 22-jähriger Kenianer, der sich seit August 2010 in Deutschland aufhält, stellte sich im September 2011 zur Abklärung von knotigen Hautveränderungen mit teilweise eitrigen Absonderungen im Gesicht und an den Ohrläppchen, einer Lymphadenitis und rezidivierender Epistaxis bei einer Hausärztin am Wohnort vor. Dort gab er an, dass bereits in Kenia eine Lepraerkrankung bekannt gewesen sei. Daraufhin veranlasste die Ärztin eine sofortige stationäre Aufnahme im Institut für Tropenmedizin in Dresden-Friedrichstadt. Sie teilte dem zuständigen Gesundheitsamt vorsorglich ihre Verdachtsdiagnose mit, denn im Falle einer Lepraerkrankung ist nach § 7 Infektionsschutzgesetz erst ein labordiagnostischer Nachweis meldepflichtig.

Verzögerte Bestätigung labordiagnostische

Während des mehrwöchigen stationären Aufenthaltes in Dresden konnte *Mycobacterium leprae* labordiagnostisch jedoch nicht nachgewiesen werden. Nebenbefundlich zeigte sich eine positive Hepatitis B-Serologie. Im Januar 2012 wurde der Patient im Uniklinikum Hamburg-Eppendorf mit dem sehr ausgeprägten Krankheitsbild einer lepromatösen Lepra mit Erythema

nodosum leprosum und neuropathatischen Schmerzen bei degenerativer Veränderung des N. peroneus links und axonal demyelinisierender Schädigung des N. suralis beidseits aufgenommen. Dort gelang die labordiagnostische Sicherung der Diagnose durch den Nachweis säurefester Stäbchen und mittels einer positiven PCR. Zusätzlich zur Dreifach-Therapie mit Dapson, Rifampicin und Clofazimin erhielt der Patient aufgrund der Schwere des klinischen Bildes Thalidomid.

Einschaltung des Gesundheitsamtes

Eine fristgerechte Labormeldung erfolgte nicht. Das zuständige Gesundheitsamt erhielt erst Kenntnis davon, als es vom Sozialamt wegen der Kostenübernahme für die medizinische Behandlung des jungen Mannes entsprechend Asylbewerberleistungsgesetz kontaktiert wurde. Die daraufhin eingeleiteten Ermittlungen ergaben, dass der Patient im Asylbewerberheim keine engen Kontaktpersonen hatte. Die Heimbewohner wurden ausführlich über die Erkrankung aufgeklärt. Eine Chemoprophylaxe war nicht erforderlich.

Zeitgleicher Leprafall in Berlin

Etwa zeitgleich wurde dem Berliner Landesamt für Gesundheit und Soziales ein Leprafall bekannt, der jedoch nicht im epidemiologischen Zusammenhang mit dem Brandenburger Fall steht. In einem Berliner Gesundheitsamt ging Anfang Februar 2012 eine Labormeldung aus dem Nationalen Referenzzentrum für Mykobakterien in Borstel über den Nachweis von *Mycobacterium leprae* im

Hautbiopsat einer 30-jährigen Patientin ein. Auch in diesem Fall handelte es sich um lepromatöse Lepra mit ausgeprägtem Krankheitsbild. Die Patientin wurde im Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin in Hamburg behandelt. Seit September 2011 bestanden symmetrische, knotige Hautläsionen im Knöchel- und Unterarmbereich beidseits sowie geringe Sensibilitätsausfälle. Seit Anfang Januar 2012 hatte die Frau leichtes Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen. Die Patientin zog sich die Infektion sehr wahrscheinlich vor mehreren Jahren in ihrer Heimat Brasilien

zu, wo Lepra endemisch ist. Die Kontaktpersonen, der Ehemann und zwei Kinder im Alter von 15 bzw. 17 Jahren, blieben beschwerdefrei. Sie wurden vom Gesundheitsamt umfangreich über Infektionsweg und mögliche Symptome aufgeklärt und werden sich in regelmäßigen Abständen einer tropenmedizinischen Vorsorgeuntersuchung unterziehen. Insgesamt wird die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung von Kontaktpersonen als gering eingeschätzt.

Dieser Artikel ist auch im Brandenburgischen Ärzteblatt 4/2012 erschienen.