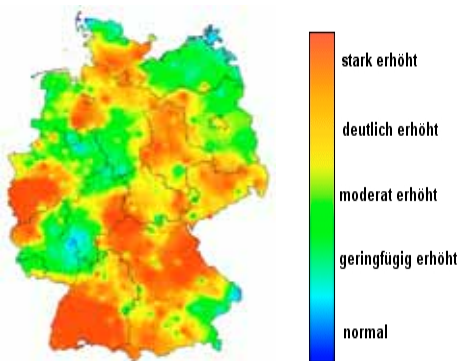


Aktuelles zur Influenza-Situation und -Diagnostik



Die Aktivität der akuten respiratorischen Erkrankungen (ARE) stieg in der vergangenen Woche weiter an und ist bis auf Mecklenburg-Vorpommern in allen Regionen stark erhöht. Der EISS-Index als Indikator für die „Stärke“ einer Influenzasaison hat den Bereich einer üblichen Grippewelle erreicht (Quelle: Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI; Stand 8. Woche 2007)

Aus diesem Grund möchten wir sie nochmals zum diagnostischen Vorgehen bei Verdacht auf Influenza informieren

Patienten mit echter Virusgruppe sollten möglichst **innerhalb von 48 Stunden** mit einem **Neuraminidase-Hemmer** behandelt werden, um eine Verkürzung der Krankheitsdauer zu erreichen. Dadurch wird

eine gezielte Diagnostik nicht nur epidemiologischen Bedürfnissen gerecht, sondern bedingt auch therapeutische Entscheidungen.

Der **Einsatz von serologischer Diagnostik** ist aufgrund des Einflusses vorangegangener Impfungen und der Verzögerung der Diagnostik **nicht geeignet**. Ferner ist aufgrund langer Persistenz der IgA-Antikörper selbst der getrennte Nachweis der Antikörperklassen nur von eingeschränkter Aussagekraft. Wir werden aus diesem Grund zunehmend auch wieder zur **Untersuchung komplement-bindender Antikörper (KBR)** zurückkehren, die unseres Erachtens eine etwas bessere diagnostische Möglichkeit darstellt. Dabei ist zu beachten, dass eine exakte Interpretation nur bei der Untersuchung von zwei Serumproben erreicht werden kann, die im Abstand von etwa 10 Tagen gewonnen wurden

Goldstandard aus diagnostischer und epidemiologischer Sicht stellt **Virusanzucht in der Zellkultur** dar.

Entscheidend für die diagnostische Sensitivität ist allerdings die Qualität des Probenmaterials! Generell ist die **Untersuchung von Rachenspülflüssigkeit** allen anderen Materialien vorzuziehen (Probenentnahmehinweise: siehe unten).

Sputumproben sind zwar bedingt geeignet, aber bei unproduktiver Symptomatik häufig nicht gewinnbar. Nach Eintreffen der Probe im Labor wird **noch am selben Tag** der **Antigentest** durchgeführt. Diese Untersuchung weist eine **gute Spezifität** bei einer eingeschränkten Sensitivität von etwa 87 % auf. Das bedeutet, dass bei sehr gutem positiven prädiktivem Wert falsch-negative Ergebnisse nicht komplett verhindert werden können.

In einem zweiten Schritt wird die **Virusanzucht** in der Zellkultur angeschlossen und **im positiven Fall** erfolgt die Typisierung und ggf. **Weiteruntersuchung im Referenzlabor**, dessen Ergebnis Sie selbstverständlich in Kopie erhalten.

Die Untersuchung von **Nasen-Rachen-Abstrichproben** mittels des Antigen-Tests ist generell möglich, wobei dabei mit einer deutlich **reduzierten Sensitivität** zu rechnen ist. Die **Virusanzucht aus Abstrichmaterial** kann bei zu geringer Virusbeladung **nach der Durchführung des Schnelltests nicht mehr durchgeführt werden**. Sollten also beide diagnostische Wege (Antigen-Test und Anzucht) erfolgen – was aus o.g. Gründen zu empfehlen ist – müssen zwei Abstriche abgenommen werden.

Hinweise zur Probenentnahme:

Gewinnung von Rachenspülflüssigkeit (Gurgelwasser):

- Patienten mit ca. 10 ml physiologischer NaCl-Lösung 20 Sekunden gurgeln lassen
- Spülflüssigkeit in einem Sputum-Röhrchen auffangen (über das Labor erhältlich)

Anforderungsmöglichkeit:

„Rachenspülflüssigkeit auf Viren/Mycoplasmen“ oder „Sputum-Antigene“:

- Bestimmung von Influenza A/B-, RSV- und Mycoplasma pneumoniae-Ag und Influenza-Anzucht

„Rachenspülflüssigkeit auf Influenza“:

- Bestimmung von Influenza A/B-Antigen und Influenza-Anzucht

EBM-Ausnahmekennziffer: 32006 (Verdacht auf eine meldepflichtige Erkrankung)

→ bei Vermerk auf dem Überweisungsschein keine Belastung des Laborbudgets