



# Campylobakteriose

## Labordiagnostik, Kultur und Resistenz

Aktuelle Laborinformation Januar 2013

### Erreger

Campylobacter sind gram-negative Stäbchenbakterien, die als häufigste Ursache bakterieller Gastroenteritis in Deutschland vor den Enteritis-Salmonellen gelten. Humanpathogene Spezies umfassen vor allem Campylobacter jejuni, Campylobacter coli und Campylobacter fetus.

### Infektionsweg und Verbreitung

Die Infektion erfolgt in der Regel durch kontaminierte Nahrungsmittel (Fleisch, Eier, Rohmilch), seltener durch kontaminiertes Wasser (Baden) oder Schmierinfektionen, Reservoir des Erregers sind vor allem Nutztiere (Geflügel, Schwein, Rind, Schaf etc.).

### Klinik

- Inkubationszeit: 1 - 5 Tage
- Etwa 50 % der Infektionen verlaufen asymptomatisch.
- fieberhafte Enterokolitis mit wässrig-schleimigen, oft blutigen Durchfällen, Bauchschmerzen seltener septisches Krankheitsbild (meist durch C. fetus verursacht), insbesondere bei Immunsupprimierten, Säuglingen, HIV-Patienten
- In seltenen Fällen Entwicklung eines toxischen Megakolons
- Komplikationen: Pseudoappendizitis, Cholezystitis, Langzeitausscheidung
- Reaktive Folgekrankheiten: Reaktive Arthritis, Guillain-Barré-Syndrom (GBS). Campylobacter sind für 50 % der Fälle von GBS ursächlich!

### Labor-Diagnostik

- Campylobacter-Antigen im Stuhl mittels Immun-Enzym-Assays, negativer Vorhersagewert 99 %. Schnelles Ergebnis innerhalb von 2-3 Stunden, erfasst jedoch nicht alle Campylobacter-Arten.
- Erregerkultur aus Stuhl, Dauer 2-3 Tage, wird immer bei Anforderung auf Darmpathogene Erreger (TPE) auf selektive Nährmedien mikroaerophil angelegt, hohe Sensitivität
- Blutkultur aerob+anaerob bei V.a. septische Streuung
- Nachweis von Campylobacter-AK (IgA-/IgG-AK) im Serum. Hier bleiben IgA-AK über längere Zeit deutlich erhöht nachweisbar. Bei akuter Campylobacter-Enteritis finden sich meist nur leicht erhöhte IgA-AK und nicht bzw. leicht erhöhte IgG-AK.

### Resistenzlage

Die positive Kultur ist beweisend für eine akute Infektion mit einem obligat pathogenen Erreger und gibt die Möglichkeit, den Keim gegen Antibiotika zu testen. Campylobacter-Stämme zeigen eine zunehmende Resistenzentwicklung gegen Fluorchinolone, Makrolide und andere Antibiotikagruppen. In Deutschland liegt die Resistenzquote gegen Makrolide bis zu 68 %, bei Chinolonen bei 10-20 %. Die wichtigsten enteropathogenen Campylobacter sind gegen Trimetoprim, Cephalosporinen, Vancomycin und Polymyxin resistent. Eine Sensibilitätsprüfung (Antibiogramm im Befund) erlaubt den Erreger gezielt und erfolgreich zu behandeln.

### Therapie und Prophylaxe

Die Gastroenteritis ist häufig selbst limitierende Erkrankung. Antibiotika sollten bei schwerwiegenden, rezidivierenden oder extraintestinalen Infektionen gegeben werden: Erythromycinstearat 2x500 mg/Tag, Ciprofloxacin 2x250-500 mg/Tag, Amoxicillin 3x500-1000 mg/Tag oder Tetracyclin 3x250mg/Tag. Beachtung der gängiger Hygienestandards, Händehygiene und genügende thermische Behandlung der Rohprodukte sind normalerweise genügend für die Prophylaxe der Campylobakteriose.

### Meldepflicht

Direkter Erregernachweis ist meldepflichtig (vom Labor) nach § 7 IfSG.

Eine Meldung nach § 6 IfSG erfolgt durch den behandelnden Arzt bei V.a. akute infektiöse Gastroenteritis bei Personen, arbeitenden im Lebensmittelbereich oder wenn 2 und mehr gleichartige Erkrankungen auftreten, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird.