



Tab. 2 **Verfügbare Impfstoffe**

Lebendimpfstoffe:	Mumps, Masern, Röteln, Influenza (nasal), Varicella zoster, Gelbfieber, Typhus (oral), BCG, Poliomyelitis (oral)
Nicht-Lebendimpfstoffe (Konjugate, Toxoid, Totimpfstoff):	Influenza-Spaltvakzine (i. m.), Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Pneumokokken (23-valentes Polysaccharid, 7-valentes Polysaccharid-Protein-Konjugat), humanes Papilloma-Virus (HPV), Hepatitis A, Hepatitis B, Haemophilus influenzae Typ B (Konjugat), Meningokokken, Typhus (i. m.), Tollwut

der Lage ist, die attenuierten Erreger unter Kontrolle zu halten. Diskutiert wird allerdings über den Stellenwert einer Herpeszoster-Impfung. Nach einer neuen Empfehlung der US-amerikanischen CDC (Centers for Disease Control and Prevention) kommt sie für Patienten ab 65 auch dann infrage, wenn sie Methotrexat (MTX, $\leq 0,4$ mg/kgKG pro Woche) und Glukokortikoide (≤ 20 mg/Tag Prednisonäquivalent) erhalten, nicht aber wenn sie mit Biologika behandelt werden.

Ausreichende Antikörpertiter trotz Immunsuppression

Bei den Nicht-Lebendimpfstoffen liegen die meisten Daten zur Influenza- und zur Pneumokokkenvakzine (23-valenter Polysaccharidimpfstoff) vor. RA- und SLE-Patienten unter immunsuppressiver Therapie zeigten teilweise eine abgeschwächte Immunreaktion. Zum Beispiel wurde bei Rheumapatienten unter MTX-Therapie und bei SLE-Patienten unter Steroiden und Azathioprin ein vermindertes Ansprechen auf Impfungen beobachtet. Protektive Antikörpertiter wurden im Allgemeinen aber vergleichbar häufig erreicht wie bei gesunden Kontrollen. Lediglich bei einer RA-Behandlung mit dem Biologikum Rituximab war in den ersten sechs bis zehn Monaten die humorale Antwort auf eine Influenzaimpfung deutlich reduziert.

Totimpfstoffe werden dementsprechend heute bei erwachsenen Patienten unter Immunsuppression als sicher und effektiv angesehen. Wegen des erhöhten Infektionsrisikos sollte daher bei Patienten

mit einer entzündlich-rheumatischen Systemerkrankung auf einen kompletten Impfschutz geachtet werden (Tab. 2).

Dieser beinhaltet neben regelmäßigen Auffrischimpfungen (Tetanus, Diphtherie) auch die Indikationsimpfungen (Influenza, Meningokokken und Pneumokokken) gemäß den Empfehlungen der STIKO für Patienten mit angeborenem oder erworbenem Immundefekt. Die Impfung gegen Pneumokokken sollte frühestens nach fünf Jahren wiederholt werden. Zudem ist auf einen ausreichenden Impfschutz gegen Poliomyelitis zu achten.

Nach Möglichkeit sollte mindestens zwei bis vier Wochen vor Beginn oder Intensivierung einer immunsuppressiven Therapie (v.a. mit Rituximab und Abatacept) geimpft werden. Eine laufende Immunsuppression stellt aber keine Kontraindikation für eine Impfung mit Totimpfstoffen dar.

Zur Hepatitis-B-Impfung vor Einleitung einer immunsuppressiven Therapie gibt es bisher keine allgemeine Empfehlung der STIKO. Deswegen muss darüber im Einzelfall in Abhängigkeit vom Infektionsrisiko und in Absprache mit dem Patienten entschieden werden.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Hepatitis B unter Immunsuppression, vor allem mit Rituximab, einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen kann. (Beate Schumacher) Z Rheumatol 2010, 69:803

Z Rheumatol 2010, 69:803



Auch bei Autoimmunerkrankungen sind Impfungen ein voller Treffer.

T-Zellen-Flaute bewirkt Autoreaktion

Was passiert eigentlich bei einer Autoimmunerkrankung im Immunsystem? Schlüsselfiguren sind hierbei regulatorische T-Zellen, die mit den „normalen“ T-Zellen interagieren und dabei Botenstoffe übertragen. Diese Stoffe bewirken, dass die „normale“ T-Zelle sich nicht mehr teilt und auch keine entzündungsfördernde Stoffe mehr produziert, die Abwehr wird unterdrückt. Bei einer Autoimmunerkrankung sind zu wenige der regulatorischen T-Zellen vorhanden. Mitteilung Universität Würzburg 01.02.2011

Dermatomyositis geht Krebs voraus

Wer Patienten um die 60 Jahre mit einer Dermatomyositis behandelt, sollte sich immer auch auf Tumor-Suche begeben. Denn in diesem Alter ist die systemische Autoimmunerkrankung häufig (bis zu 30%) paraneoplastisch induziert. Speziell Tumoren der Ovarien, Lunge, Pankreas und des Gastrointestinaltrakts sowie ein Non-Hodgkin-Lymphom können vorkommen. Dabei kann die dermatologische Erkrankung Wochen bis Monate vor Entdeckung des Tumors auftreten.

InFo Onkologie 2010, 13/1:53

Puscht Magenkeim den Parkinson?

Was genau einen Morbus Parkinson auslöst, ist bisher nicht eindeutig geklärt, diskutiert werden u.a. Autoimmunprozesse. Jetzt haben US-Forscher herausgefunden, dass auch eine H.pylori-Infektion eine Rolle spielen könnte: Ein in dem Erreger vorkommendes Neurotoxin selbst oder eine Immunreaktion darauf scheint die Erkrankung zu induzieren. Für ihren Versuch veränderten die Forscher die Tiere genetisch derart, dass sie nach einer Infektion mit H.pylori an Parkinson erkrankten. Testerman T et al, asm 2011, New Orleans

© [M] Arm: unpict/fotolia.com | Spritzen: Rafalrusata/stockphoto.com