Informationen über Malaria

Malaria ist weltweit eine der häufigsten Erkrankungen überhaupt. In feuchtwarmen Klimazonen sterben an ihr jährlich 2 bis 3 Millionen Menschen. Durch den Ferntourismus in tropische/subtropische Länder treten auch in Österreich bis zu 50 Malariaerkrankungen pro Jahr auf.
Malaria kommt vor in Afrika südlich der Sahara, in Süd-Ost-Asien, in Papua Neuguinea, auf der Dominikanischen Republik sowie in Zentral- und Südamerika. Großstädte in Asien und Südamerika sind in der Regel malariafrei, Großstädte in Afrika, Indien und Pakistan sind oft malariagefährdet. Bei Höhen über 1500 m besteht in der Regel kein oder nur ein geringes Malaria-Risiko.
Vier verschiedene von Moskitos übertragene Malariaarten sind bekannt, wobei die gefährlichste Form der Malaria (Malaria tropica) durch Plasmodium falciparum verursacht wird.
Ein Malariaerkrankter kann einen anderen Menschen nicht infizieren, außer über gemeinsamen Gebrauch nicht desinfizierter Spritzen und Kanülen.

Malaria und ihre Symptome
Malaria ist eine ernste Erkrankung. Obwohl vier verschiedene Malariaparasiten vorkommen, die den Menschen infizieren und eine Malaria verursachen können, ist nur die Malaria tropica potenziell lebensbedrohlich.
Die Symptome einer Malaria ähneln einer Grippe: Fieber, Frösteln, Muskelschmerzen. Kopfschmerzen, gelegentlich Erbrechen, Durchfall und Husten. Patienten mit schwerer Malaria tropica können Leber- und Nierenversagen entwickeln, Krampfanfälle und Koma können auftreten.
Obwohl Infektionen mit Plasmodium vivax und Plasmodium ovale weniger schwere Erkrankungen hervorrufen, können diese Parasiten mehrere Monate bis Jahre in der Leber verbleiben, sodass Monate bis Jahre später noch Malariaanfälle auftreten können.
Anfänglich können die Symptome milde sein. Malaria sollte immer in Betracht gezogen werden, wenn ein Reisender mindestens 7 Tage nach Expositionsbeginn (Mückenstich) Fieber bzw eines der oben genannten Symptome hat. Bis zu einem Jahr nach Expositionsende (Rückkehr) muss bei den genannten Symptomen an eine Malaria tropica gedacht werden. Eine Malaria tertiana oder Malaria quartana kann aber noch mehrere Jahre nach Rückkehr aus einem Malariagebiet auftreten.
Wenn der Verdacht auf Malaria besteht, muss umgehend ein Arzt aufgesucht werden, der eine sofortige Blutuntersuchung auf Parasiten (nicht Antikörper!).Eine sofortige Behandlung ist lebensrettend.

Schutz gegen Malaria
Ein Impfstoff gegen Malaria existiert derzeit noch nicht. Reisende können sich jedoch durch Maßnahmen schützen, die vor Moskitostichen schützen sowie durch vorbeugende Einnahme von Malariamedikamenten.

Vermeidung von Moskitostichen
Der beste Schutz vor einer Malaria ist, Moskitostiche zu vermeiden. Ohne vorausgegangenen Moskitostich keine Malaria! Malariaparasiten übertragende Moskitos stechen in der Regel zwischen Abend- und Morgendämmerung.

Schutz vor Moskitostichen

- Anwendung von Repellentien (mückenabweisende Mittel) auf der exponierten Haut. Häufig wird DEET (N, N-Diethyl-m-toluamid: zB Autan®) eingesetzt.
- Tragen von langärmeliger Kleidung, langen Hosen und Socken bei abendlichen/nächtlichen Aufenthalten im Freien.
- Verwendung eines Moskitonetzes über dem Bett (bei laufender Klimaanlage nicht notwendig). Als zusätzlicher Schutz kann das Moskitonetz mit dem Insektizid Permethrin getränkt werden (Anleitung streng beachten!)
- Einsprühen der Kleidung mit Insektiziden bzw Repellentien, da Moskitos auch durch dünne Kleidung hindurch stechen können.
- Versprühen von Permethrin oder einem ähnlichen Insektizid im Schlafraum.

Anmerkung: Vitamin B und Ultraschallgeräte zum Mückenvertreiben schützen nicht vor Malaria.

Vorbeugende Einnahme von Medikamenten
Reisende in Malariagebiete sollten ihre Reisepläne rechtzeitig vor der Abreise mit einem reisemedizinisch erfahrenen Arzt (zB Tropenmediziner, Reisemediziner, Infektionsepidemiologe) diskutieren.
Reisende aus verschiedenen Ländern erhalten oft verschiedene Empfehlungen. Diese spiegeln häufig die unterschiedliche Verfügbarkeit bestimmter Malariamedikamente wieder.
Reisende, die nur Großstädte (gilt nicht für das tropische Afrika und Indien) oder ländliche Regionen besuchen, in denen kein Malariarisiko besteht, brauchen prophylaktisch keine Malariamedikamente einzunehmen. Nur bei Vorliegen der detaillierten Reisepläne ist auch eine Entscheidung möglich, wie eine Malariaprophylaxe gestaltet werden muss.
Für eine wirksame medikamentöse Prophylaxe ist es ganz wichtig, die empfohlenen Dosierungen und Einnahmezeiten strikt einzuhalten, um immer einen ausreichend wirksamen Medikamentenspiegel aufrecht zu halten. Zur besseren Verträglichkeit sollten die Medikamente nach den Mahlzeiten eingenommen werden. Auch nach Rückkehr aus einem Malariagebiet müssen die Malariamedikamente noch konsequent weiter eingenommen werden.

Medikamentenresistenz
Die Auswahl geeigneter Malariamedikamente wird durch das Auftreten von Medikamenten-resistenten Malariaerregern immer schwieriger. In Mexiko, Zentralamerika, Haiti, Dominikanische Republik und im Mittleren und Nahen Osten ist Medikament der Wahl immer noch Chloroquin (Resochin®). In anderen Malariagebieten der Erde wird Chloroquin in Kombination mit Proguanil (Paludrine®) empfohlen. Die neueste Weiterentwicklung ist mit der Atovaquon/Proguanil-Hydrochlorid (Malarone®) gelungen. In vielen Gebieten ist Mefloquin (Lariam®) das Mittel der Wahl. Welche Medikamente für Sie in Frage kommen, sollten Sie mit dem Arzt besprechen.

Nebenwirkungen von Malariamedikamenten
Alle Medikamente können geringere oder auch stärkere Nebenwirkungen haben; sollte eine schwere Nebenwirkung auftreten, muss der Reisende ärztliche Hilfe aufsuchen und die medikamentöse Malariaprophylaxe absetzen.
Leichte Übelkeit, gelegentliches Erbrechen, leichte Durchfälle sind **kein** Grund, eine medikamentöse Prophylaxe abzusetzen! Die Gefährlichkeit (Lebensgefahr!) einer Malaria tropica rechtfertigt die Tolerierung vorübergehender leichter Nebenwirkungen.

Selbstbehandlung
Als Selbstbehandlungsmedikament („stand-by"-Medikament) bei Fieber und Grippe-ähnlichen Symptomen während einer Reise in Malariagebieten ohne Erreichbarkeit medizinischer Hilfe wird derzeit Mefloquin (Lariam®) empfohlen bzw Atovaquon/Proguanil-Hydrochlorid (Malarone®) oder Riamet ®eingesetzt werden. Dies ist nur eine Notfallmaßnahme. Eine medizinische Einrichtung muss trotzdem so bald wie möglich aufgesucht werden. Reisende, die erst nach ihrer Reise erkranken, sollen sich **nie** selbst behandeln, sondern sofort einen Arzt aufsuchen und ihn über die zurückliegende(n) Reise(n) informieren. Bestehen Sie darauf, dass eine Untersuchung auf Malariaparasiten im Blut von einer tropenmedizinisch erfahrenen Einrichtung durchgeführt wird. Das Ergebnis dieser Untersuchung liegt spätestens in 1 bis 2 Stunden vor. Eine Antikörperuntersuchung bei dringendem Verdacht auf Malaria ist zur Feststellung einer Malaria **ungeeignet**!

Übertragung
Malariaerreger werden durch weibliche Stechmücken der Gattung Anopheles während der Dämmerung und in der Nacht während des Blutsaugens übertragen. Anophelen halten sich meist in der Nähe ihrer Brutplätze am Wasser auf (in Seen, Tümpeln, Pfützen, Regentonnen, Bewässerungsgräben, Sümpfen, an Flussufern), stechen aber vorwiegend in Innenräumen.

Infektionsweg und Entwicklungszyklus des Malariaparasiten
Die Infektionserreger (Plasmodien) sind mikroskopisch kleine Parasiten, die von infizierten Anopheles-Stechmücken durch einen Stich in den menschlichen Körper übertragen werden. Die Parasiten gelangen in die Leber, wo sie sich vermehren. Von hier aus gelangen die Parasiten in die roten Blutkörperchen, in denen es erneut zur Vermehrung kommt. Die roten Blutkörperchen werden hierdurch zerstört, und die freigesetzten Malariaparasiten können dann weitere rote Blutkörperchen befallen. Hierdurch kommt es zu Fieberanfällen und zu einer Blutarmut (Anämie). Bei den Erregern einer Malaria tertiana können Ruheformen der Parasiten mehrere Jahre in der Leber weilen und zu Spätanfällen führen.