

INFORMACE Z NRL A ODBORNÝCH PRACOVIŠŤ CEM

INFORMATION FROM THE NRL AND RESEARCH GROUPS OF THE CEM

Epidemický návratný tyfus v Evropě

Louse-borne relapsing fever in Europe

Zdenka Mandáková

Souhrn

Od roku 2014 narůstá v Evropě počet migrantů z oblastí endemického výskytu epidemického návratného tyfu. ECDC publikovalo 24.7.2015 dokument o vyhodnocení možných rizik přenosu tohoto onemocnění pro EU. V předkládaném článku jsou uvedeny základní informace a doporučení k prevenci a kontrole onemocnění.

An increase of migrants from potentially louse-borne relapsing fever (LBRF) endemic areas has been observed in the EU since 2014. The ECDC published a rapid risk assesment on this disease on 24 July 2015. LBRF background information and recommendations for the prevention and control of the disease are presented in this article.

Zprávy CEM (SZÚ, Praha) 2015; 24(6-7): 226–228.

V minulosti probíhaly velké epidemie návratného tyfu v Eurasii a Africe v době válek a hladomorů. Se zlepšením životní úrovně a hygienických standardů se v současnosti epidemický návratný tyfus (*louse-borne relapsing fever*, A 68.0 – MKN 10) vyskytuje endemicky v některých oblastech Etiopie, Somálska a Súdánu, v zemědělských oblastech And v Peru a v severní Číně. V letech 2000–2003 byly detekovány protilátky proti *B. recurrentis* u bezdomovců v Marseille, což je důkazem malé, přehlédnuté epidemie v této populaci.

Původcem epidemického návratného tyfu přenášeného vší, je *Borrelia recurrentis*. Rezervoárem, ale i zdrojem původce nákazy je člověk, který se infikuje vtřením borelií z tělního obsahu rozmáčkuté vši při poškrábání, borelie mohou penetrovat i neporušenou kůží a sliznicí. Přenašečem je většinou veš šatní *Pediculus humanus humanus*, role vši dětské není při přenosu nákazy zcela objasněna. *B. recurrentis* je blízce příbuzná s jinými druhy borelií (*B. duttoni*, *B. persica*, *B. brasiliensis* aj.) které jsou původcem onemocnění označovaného jako klíšťový epidemický návratný tyfus (*tick-borne relapsing fever*, A 68.1 – MKN 10). Přírodními hostiteli těchto borelií jsou volně žijící savci, onemocnění přenášejí klíšťáci rodu *Ornithodoros*. Návratné tyfy se v České republice nevyskytují, v letech 1997–2014 bylo importováno jedno onemocnění epidemickým návratným tyfem českou turistkou, která cestovala po Africe.

Inkubační doba epidemického návratného tyfu bývá obvykle 8 dní (od 5 do 15 dní). Onemocnění někdy začíná prodromálními příznaky – únava, nechutenství, mrazení, jindy dochází k náhlému vzestupu teploty až na 41 °C s třesavkou doprovázenou bolestmi hlavy a svalů, nauzeou, zvracením. Nemocný může být somnolentní, jindy neklidný, zmatený. Obličej a spojivky jsou překrvené, později je hyperémie vystřídána lehkým subikterem. Nemocný je světlolplachý, stěžuje si na retrobulbární bolesti, bývá epistaxe. Součástí klinického obrazu je bronchitida. Břicho bývá di-

fuzně citlivé, s hepatosplenomegalií, s rizikem ruptury sleziny. Ojedinele pozorujeme na trupu a končetinách prchavou roseolu (drobné růžové skvrnky). Horečka s mírnými ranními remisemi trvá 5-8 dní a pak během noci klesne kriticky až na subnormální hodnoty. Při prudkém poklesu teploty je nemocný ohrožen kolapsem. S poklesem horečky příznaky ustoupí. Asi u 20 % nemocných se nemoc omezí jen na jedinou febrilní ataku. U ostatních se objeví po 5–12 dnech bez teploty relaps horečky a všech příznaků. V období bez teploty si pacient stěžuje na bolesti hlavy, v bederní krajině, na parestezie, nechutenství, nespavost, často je depresivní. Asi u 65 % postižených nemoc končí druhou vlnou, u 1 % – 2 % nemocných se dostaví 4.–6. vlna. Průběh každého dalšího relapsu je lehčí, trvání kratší, pokles teploty není tak prudký a intervaly mezi jednotlivými relapsy se prodlužují. K relapsu může dojít i po odvšivení. Rekonvalescence může být krátká s rychlou úzdavou, u většiny nemocných však přetrvává řadu dní celková slabost se závratěmi, bolestmi hlavy a artralgiemi. U neléčených nemocných je smrtnost 10 % – 40 %, u léčených 2 % – 5 %. Lehčí průběhy onemocnění bývají u obyvatelstva, zejména dětí, endemických oblastí.

Lékem volby epidemického návratného tyfu jsou tetracyklinová antibiotika (doxycyklin), podávaná 7–10 dnů v obvyklých dávkách. Účinné jsou i penicilíny, erytromycin, chloramfenikol, ceftriaxon. Po zahájení antibiotické léčby hrozí Jarischova-Herxheimerova reakce, proto je doporučeno redukovat počáteční dávku antibiotik. Preventivní podání kortikosteroidů nemusí být účinné.

Diagnostika typických nákaz s vícečetnými relapsy nebývá obtížná. Při prvních horečnatých atakách musíme vyloučit leptospirózu, brucelózu, malárii, žlutou zimnici, hemoragické horečky, horečku dengue, břišní tyfus, klíšťový návratný tyfus, meningokokovou a jinou sepsi, meningococelaliditu. Potvrzení diagnózy je možné mikroskopickým průkazem borelií v tlusté kapce odebrané v horečnaté atace po obarvení podle Giemsy. Sérologický průkaz spe-

cifických protilátek nemá význam pro velkou antigenní variabilitu původce. Infekce poskytuje částečnou imunitu vůči antigenním variacím různých kmenů borelií.

Primární prevencí onemocnění návratným tyfem je odvšivení a dobrá osobní hygiena, izolace nemocného není nutná. Epidemický návratný tyf je jednou z nálezů, které spadají pod mezinárodní surveillance.

24. 7. 2015 byla na stránkách ECDC uvedena informace o záchytu případů onemocnění epidemickým návratným tyfem v Holandsku. Onemocnění bylo diagnostikováno u dvou žadatelů o azyl pocházejících z Eritreje, proto ECDC provedla vyhodnocení rizika zavlečení onemocnění pro EU.

Vzhledem k tomu, že od r. 2014 významně narůstá počet migrantů z oblastí endemického výskytu epidemického návratného tyfu, je výskyt nákazy v zemích EU možný.

Migranti, kteří po příjezdu do Evropy přebývají v přeplněných uprchlických centrech, jsou v úzkém kontaktu s osobami, příjíždějícími z endemických oblastí, proto může dojít k šíření nákazy v těchto centrech, ale i mimo ně, pokud uprchlíci přežívají mezi bezdomovci nebo jinými rizikovými skupinami obyvatel. Zavšivení je spojeno s nízkým socioekonomickým postavením, pobytem v přelidněných místech a nedostatečnou osobní hygienou. Pro pracovníky zařízení pro migranty je riziko nákazy omezené – účinnou prevencí onemocnění je odvšivení.

Doporučená opatření pro prevenci a kontrolu výskytu epidemického návratného tyfu:

– minimalizace přelidnění v přijímacích centrech pro migranty a zajištění dostatečné hygienické úrovně;

- zvyšování povědomí migrantů, zejména při vstupu do EU, o rizicích zavšivení a možném onemocnění přenosným vším;
- kontrola zavšivení během vstupní lékařské prohlídky, v případě potřeby odvšivení;
- zvyšování povědomí lékařů o možnosti onemocnění přenášených vším u osob, které mohly být v kontaktu s lidmi z endemických oblastí a mohou být zdrojem nákazy pro jiné osoby, se kterými přebývají;
- vyhledávání kontaktů nemocných epidemickým návratným tyfem, jejich sledování a včasná léčba;
- upozornění lékařů na riziko možné potenciálně fatální Jarischovy - Herxheimerovy reakce při zahájení léčby antibiotiky.

LITERATURA

- <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/louse-borne-relapsing-fever-netherlands-rapid-risk-assessment.pdf>
- Kazuistiky dvou diagnostikovaných případů v Holandsku: www.promedmail.org 31.7.2015
- Šerý V., Bálint O., Tropická a cestovní medicína, Medon 1998, str. 266–269
- Beneš J. a kol., Infekční lékařství, Galén 2009, str. 292
- Informační systém přenosných onemocnění EPIDAT

*MUDr. Zdenka Mandáková
Odd. epidemiologie infekčních nemocí
CEM - SZÚ*