



Akutes Rheumatisches Fieber und Poststreptokokken-Glomerulonephritis in Deutschland

Ziele: Primäre Studienziele sind die Ermittlung der Inzidenz von Akutem Rheumatischem Fieber (ARF) und der Poststreptokokken-Glomerulonephritis (PSGN) im Kindes- und Jugendalter. Sekundäre Studienziele sind die Erfassung regionaler Unterschiede, (familiärer) Risikofaktoren und der ARF-/PSGN-assoziierten Morbidität und Mortalität.

Studienleitung: Dr. Nicole Töpfner, Prof. Dr. Reinhard Berner, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Fetscherstr. 74, Haus 21/Postfach 43, 01307 Dresden
Tel.: 0351 458-0; Fax: 0351 458-4384, Email: Dresden@Paediatrische-Infektiologie.de

Studiendauer: 2 Jahre, Beginn: 01/2019

Hintergrund: Die Inzidenz von ARF und der PSGN in Deutschland wird als sehr gering eingeschätzt. Genaue Inzidenzzahlen sind weder für Kinder- und Jugendliche in Deutschland, noch in vielen anderen europäischen Ländern bekannt. Die antibiotische Behandlung einer A-Streptokokken-Tonsillopharyngitis und von Scharlach erfolgen - trotz differenzierter Leitlinienempfehlungen - (zu) häufig noch aus der Annahme heraus, dadurch das ARF-/PSGN-Risiko senken zu können. Das Ziel ist es daher, die Häufigkeit und die Krankheitslast dieser Poststreptokokken-Erkrankungen in Deutschland zu ermitteln, um diese bei Therapieempfehlungen berücksichtigen zu können.

Fragestellungen:

1. Wie hoch sind die ARF- und die PSGN-Inzidenz derzeit in Deutschland?
2. Gibt es regionale Unterschiede oder andere Risikofaktoren, die mit Auftreten von ARF oder PSGN in Deutschland assoziiert sind?
3. Wie hoch sind Morbidität und Mortalität von ARF und PSGN derzeit in Deutschland?

Falldefinitionen:

Meldung aller Patienten im Alter von 0-18 Jahren mit einer der folgenden Erkrankungen: **Akutes Rheumatisches Fieber** (Falldefinition 1) oder **Poststreptokokken-Glomerulonephritis** (Falldefinition 2).

Zusätzlich muss eine vorausgegangene, gesicherte A-Streptokokken-Infektion mit mindestens einem der folgenden Kriterien vorliegen: (1) Kultureller Nachweis von Gruppe A-Streptokokken, (2) Positiver Streptokokken-Antigen-Nachweis, (3) Erhöhter oder ansteigender Streptokokkenantikörpertiter

Falldefinition 1: Diagnose des Akuten Rheumatischen Fiebers¹⁻⁵

1.1) Entsprechend der Jones-Kriterien, wenn 2 Hauptkriterien oder 1 Hauptkriterium und 2 Nebenkriterien erfüllt sind.

Hauptkriterien: Karditis klinisch (oder echokardiographisch) – Polyarthritits – Chorea minor – Erythema anulare – subkutane Noduli

Nebenkriterien: Arthralgien - Fieber - erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) und/oder erhöhtes C-reaktives Protein (CrP) - verlängerte PQ-Zeit

1.2) ARF-Diagnose (außerhalb der Jones-Kriterien) bei einem der folgenden Kriterien²:

- Karditis (mit klarem anamnestischen Bezug zu vorangegangenem Streptokokkeninfekt)
- Chorea minor (nach Ausschluss anderer ZNS-Erkrankung)
- Rezidiv des Rheumatischen Fiebers

Falldefinition 2: Diagnose der Poststreptokokken-Glomerulonephritis

2.1) histologisch gesicherte Glomerulonephritis

2.2) (hochgradige Verdachts-) Diagnose der Glomerulonephritis bei:

2.2.1) Makrohämaturie und Nephrotischem Syndrom mit „großer“ Proteinurie d.h. Proteine ≥ 40 mg/m²KOF/h bzw. ≥ 1 g/ m²KOF/Tag im Urin und Hypalbuminämie (Albumin ≤ 25 g/l im Serum)

2.2.2) Mikrohämaturie mit ≥ 1 Erythrozytenzylinder/Gesichtsfeld und/oder ≥ 3 dysmorphen Erythrozyten/Gesichtsfeld und/oder ≥ 2 hyalinen Zylindern pro 4 Gesichtsfelder

Fakultativ: Hypertonie, Hyperlipoproteinämie, Ödeme und/oder erhöhte Retentionswerte

Logistik: Bitte melden Sie alle Patienten mit ARF oder PSGN an ESPED. Nach der Meldung erhalten Sie einen kurzen Fragebogen (ca. Ausfüllzeit <5 Minuten), den Sie bitte ausgefüllt ebenfalls wieder an ESPED, Düsseldorf zurücksenden.

Zusätzlich erhalten Sie ein Informationsschreiben inkl. Einwilligungserklärung, das Sie bitte an die Eltern/Patienten weiterleiten. Interessierte Eltern/Patienten können uns nach freier Entscheidung ihre Kontaktdaten zukommen lassen, damit wir sie im Rahmen von Verlaufsbefragungen und weiteren Untersuchungsangeboten kontaktieren können. Falls der Streptokokken-Stamm der vorausgegangenen Infektion noch verfügbar ist, senden Sie uns bitte das Isolat über Ihr mikrobiologisches Labor an folgende Adresse:

ESPED-Studie zu Post-Streptokokken-Erkrankungen, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Fetscherstr. 74, Haus 21, 1. UG KIK/Postfach 43, z.Hd. Frau Dr. Töpfner/Frau Falke, 01307 Dresden

Bei Fragen können Sie uns gerne jederzeit per Email oder telefonisch kontaktieren (s.o.).

Literatur:

1. Report of a WHO Expert Consultation (2001) Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease. WHO Technical Report Series 923; 2, www.who.int.
2. AWMF (2012) Rheumatisches Fieber – Poststreptokokkenarthritis im Kindes- und Jugendalter. S2k Leitlinie, Register Nr. 023/027, www.awmf.org.
3. AWMF (2015) Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln – Tonsillitis. S2k-Leitlinie, Register-Nr.017/024, www.awmf.org.
4. Special writing group of the committee on rheumatic fever, endocarditis, and Kawasaki disease of the council on cardiovascular disease in the young of the American Heart Association (1992) Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever. Jones Criteria. 1992 update. JAMA 268:2069–73.
5. Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY et al. (2015) Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of doppler echocardiography: a scientific statement from the american heart association. Circulation 131:1806–18.