

Die Teilnehmer waren sehr angetan von diesem äußerst informativen Vortrag. Herr Prim. Gattringer ging gleich von Beginn an auf unsere Therapiearten und Medikamente ein und verweist auch darauf, dass sich die Infektionsgefährdung je nach der Tiefe der Immunsuppression unterscheidet. Generell haben MM-Patienten ein 7-fach, im ersten Jahr **11-fach höheres Risiko an bakteriellen** Infektionen und ein 10-fach, im ersten Jahr **18-fach höheres Risiko an viralen** Infektionen zu erkranken. Besondere Vorsicht gilt bei Pilzen insbesondere bei hoher Kortison-Therapie. Dies gilt besonders für Schimmelpilze und dabei vornehmlich die Einatmung der Sporen.

Bei Antibiotika-Prophylaxe werden häufig **Chinolone (z. B.: Ciprofloxacin)** verordnet. Chinolone sind aufgrund ihres Nebenwirkungsprofils (Sehnen- und Aortenrisse) in Verruf geraten, jedoch eignen sie sich aufgrund ihrer Beschaffenheit sehr oft am besten für die Infektionsprophylaxe. Vorsicht ist geboten bei kombinierter Einnahme mit Kortison. Bei Sehenschmerzen, sofortiger Kontakt mit dem behandelten Arzt (Diskussion von Alternativen! Bei **Aciclovir** als Virusstatika-Prophylaxe während einer Antikörper-Dauertherapie sollten regelmäßig die Leberwerte (Achtung auf den Einnahmezeitpunkt) kontrolliert werden. Bei manchen Therapien kann auch eine Immunglobulin-Gabe notwendig sein bzw. in Erwägung gezogen werden.

Impfstoffe sind Arzneimittel und können Impfreaktionen (im %-Bereich), bzw. Impfkomplicationen (im %-Bereich) verursachen. Ein schwaches I-System wird auch schwach reagieren, bzw. die Wirkung schwach sein. Daher ist die **Anzahl der Dosen** zu beachten (siehe Folien 26 und 27).

Entscheidend für den Schutz ist ein Maßnahmenbündel (vor allem in der Verkühlungssaison):

- Impfen des Patienten
- auch der Umgebungspersonen (Herdenschutz)
- Sehr häufiges Händewaschen, nötigenfalls alkoholische Händedesinfektion verwenden
- Kontakt zu erkrankten Personen meiden
- Öffentl. Verkehrsmittel nicht zu Stoßzeiten und nur mit guter Händedesinfektion benutzen
- Meiden von Baustellenstaub und Gartenstaub (Pilzsporen in der Erde)
- Bei starker Immunsuppression sind Tiere zu meiden

Kinderkrankheiten im Erwachsenenalter verlaufen sehr schlecht. Daher auf **Masern- Mumps-, Röteln-, Keuchhusten-Immunität (MMR)** achten. (erst 24 Monate nach einer SZT und besonderer Abwägungen kann eine MMR-Impfung durchgeführt werden, LEBENDIMPSTOFFE!), Grundsätzlich können alle „Totimpfstoffe“ verabreicht werden. Prävention durch Impfung bei MM gegen **Pneumokokken, Influenza** und **Herpes Zoster** ist sinnvoll. Gegen Herpes Zoster wird ein neuer Totimpfstoff namens **Shingrix** empfohlen.

Impfzeitpunkte:

- Bis 2 Wochen vor der Stammzellentransplantation
- Frühestens 6 Monate nach einer Stammzellentransplantation
- Auch in einer Erhaltungstherapie kann geimpft werden. Unter Revlimid mit gutem Erfolg.
- Schlechte Impferfolge in Therapien mit Proteasomen-Inhibitoren (Velcade, Kyprolis, Ninlaro) und sehr schlechte Impferfolge bei Antikörper. Impfungen sollten vorher geschehen.
- Eine Titer-Überprüfung sollte 8 Wochen danach durchgeführt werden.

Die Impfung gegen **Influenza** ist für MM-Patienten sehr wichtig. Eine Impfreaktion innerhalb von 48 Stunden ist sehr selten. Der Aufbau des Schutzes erfordert bei Gesunden 2-3 Wochen, bei Immunsuppression entsprechend länger!! Für Gesunde ist der Impfzeitraum M/November bis M/Dezember!

Im Klinikum Wels ist geplant, eine Impfberatung und -ambulanz in Betrieb zu nehmen. Eine reisemedizinische Beratung kann nach Terminvereinbarung erfolgen. Grundsätze siehe Folie 30. Wir danken Prim. Dr. Gattringer für den vielseitig gelobten Vortrag und für die Durchsicht dieser Zusammenfassung.

Reinhard Busch