

Impfempfehlungen der Kommission für Pharmakotherapie der DGRh

Warnatz, K., Goldacker, S., Gause, A. und die Kommission für Pharmakotherapie der DGRh

Bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen besteht häufig eine intrinsische und therapiebedingte erhöhte Infektanfälligkeit, die wesentlich zu Morbidität und Mortalität der Patienten beiträgt.

Bei einem hohen Anteil der Infektionen handelt es sich um impfpräventable Infektionen.

Jeder Patient soll vor der Einleitung einer immunsuppressiven Therapie über eine mögliche Zunahme der Infektneigung und die empfohlene Impfprävention aufgeklärt werden (s. Patienteninformation unter <http://dgrh.de/impfempfehlung.html>).

Für alle Patienten mit rheumatischen Erkrankungen und insbesondere für Patienten unter immunsuppressiver Therapie ist ein umfassender Impfschutz anzustreben.

Die *Grundimmunisierung* aller Patienten mit rheumatischen Erkrankungen umfasst notwendige Auffrischimpfungen für Tetanus und Diphtherie sowie die empfohlenen Impfungen für Pneumokokken, Meningokokken und Influenza. Aktuell können keine Empfehlungen für spezifische Impfstoffe (konjugiert, adjuvantiert etc.) ausgesprochen werden. Ein spezifischer Impfplan ist in Tabelle 1 zusammengefasst. Impfungen sind wenn möglich mindestens 4 Wochen vor Therapiebeginn durchzuführen.

Impfungen mit Totimpfstoffen sind bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen in Remission auch unter immunsuppressiver Therapie effektiv und sicher. Ausnahme stellt der *Z.n. B Zell-depletierenden Therapien* dar, da hier nicht mit einem adäquaten Impfansprechen zumindest in den ersten sechs Monaten nach der Therapie zu rechnen ist. Die Impfung ist nach diesem Intervall nachzuholen.

Impfungen bei aktiver Grunderkrankung sollten soweit möglich aufgrund erhöhten Risikos für zusätzliche Krankheitsaktivität vermieden werden.

Abhängig von Grunderkrankung und Immunsuppression sind häufig verminderte Impfantworten bei Patienten mit rheumatischer Grunderkrankung zu erwarten. Dennoch liegen die Titer meist noch im protektiven Bereich. Es werden keine zusätzlichen zeitnahen Wiederholungsimpfungen gegen Influenza empfohlen.

Eine Kontrolle der Titerkontrolle nach Impfung ist nicht generell empfohlen. Nach Impfung gegen Hepatitis B oder Röteln ist eine Kontrolle sinnvoll, da hier protektive Bereiche definiert sind und ggfs. geboostert werden kann, wenn Schwangerschaft oder Exposition zu erwarten sind (**ZU BEACHTEN:** Bei der Impfung gegen Röteln handelt es sich um eine Lebendimpfung).

Lebendimpfungen sind bei relevanter Immunsuppression kontraindiziert. Hierunter zählen die Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR), Varizellen, Gelbfieber, orale Typhus und Choleraimpfungen. Aktuelle Studien zeigen jedoch, dass diese Impfungen unter bestimmten Bedingungen auch mit ausreichender Sicherheit verabreicht werden können, so dass in Einzelfällen für Röteln (Schwangerschaftswunsch) bzw. Varizellen die Impfung erwogen werden kann. Bei Reiseimpfungen mit Lebendvaccine muss mit Patienten Infektionsrisiko, Impfrisiko und zu erwartender Impferfolg ggfs. mit Hilfe eines Reisemediziners abgewogen werden. Lebendimpfungen gelten als ausreichend sicher bei Patienten mit Steroiden unter 20mg Prednisonäquivalent/die, topischen Steroiden, Antimalariamitteln und Sulfasalazin.

Bei allen Personen mit engerem Kontakt zu Patienten unter immunsuppressiver Therapie ist auf einen kompletten Impfschutz gegen Influenza, Pneumokokken, Varizellen und MMR als *Umgebungsprophylaxe* zu achten. Dagegen ist der Kontakt immunsupprimierter Patienten mit Personen in den ersten 2 Wochen nach oraler Polio-, Typhus- oder Rotavirenimpfung wegen potentieller Übertragung des attenuierten Erregers zu vermeiden.

Impfempfehlung für Patienten mit rheumatischen Grunderkrankungen entsprechend der STIKO, mehr
Für weitere Informationen wird auf die Empfehlungen der ständigen Impfkommission unter www.rki.de verwiesen.