

Mitt. Österr. Ges. Tropenmed. Parasitol. 6 (1984) 191–195

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Graz (Vorstand: Univ.-Prof. Dr. Boris Velimirovic)

Lepra in Europa

B. Velimirovic

Der 30. Januar 1983 war Internationaler Welt-Kongreß-Tag, den Leprakranken gewidmet, der Anerkennung ihrer Menschenwürde, ihrer Rechte, insbesondere ihres Rechts, wie jeder andere Kranke behandelt zu werden. Er sollte ihrer Hoffnung und ihrem Vertrauen in die Zukunft Ausdruck verleihen.

Dieser Tag ging in Europa praktisch unbemerkt vorüber, beachtet nur von der Freiwilligen Lepra-Hilfsorganisation, deren Tätigkeit sich allerdings in tropischen Ländern abspielt und nicht in Europa. Es ist daher angemessen, daß die österreichische Gesellschaft für Tropenmedizin einige Minuten diesem Thema widmet.

Lepra in der Welt

In den Jahren 1966, 1972 und 1976 wurden von der WHO Untersuchungen zur Lage der Lepra in der Welt unternommen. In der globalen Studie von 1976 legten Südostasien und Amerika (Nord und Süd) Schätzungen von praktisch allen Ländern der beiden Regionen vor. In den anderen Regionen mußte mit Extrapolationen gearbeitet werden. Man schätzte schließlich die Gesamtzahl der Leprafälle in der Welt auf 10,595.000. Etwa 6,5 Millionen Leprapatienten sollen in Asien leben und ungefähr 3,5 Millionen in Afrika (1). Die Gesamtzahl der *registrierten* Fälle betrug 3,610.132, doch kann man annehmen, daß heute mindestens 5,000.000 Leprapatienten in der ganzen Welt registriert sind; das bedeutet eine Zunahme von ungefähr 79% während der letzten 15 Jahre. Etwa die Hälfte der gegenwärtig bekannten Leprapatienten leben in Indien (d. h. 2,600.000 im Jahre 1980).

Die Zunahme von 17% zwischen 1966 und 1973 ist darauf zurückzuführen, daß die Bemühungen, neue Fälle zu finden, erheblich waren (1).

Die Situation in Europa

Mit anderen Kontinenten verglichen ist Europa am wenigsten von der Lepra betroffen. Autochtone Lepra wird in mehreren schwach endemischen Gebieten in 12 Ländern der europäischen Region gefunden*, mit mindestens 17.000 bekannten Fällen. Obwohl Lepra kein großes Problem für das öffentliche Gesundheitswesen in Europa darstellt, ist die Krankheit doch mit Emotionen verbunden und verschiedene Länder haben deshalb unnötigerweise ihren Namen in Hansen-Krankheit abgeändert.

Nachdem Lepra früher auf dem ganzen Kontinent verbreitet war, verschwand sie langsam nach dem 14. Jahrhundert; sie hielt sich etwas länger in Skandinavien und Schottland, den Ländern, die zuletzt ihre Verbreitung erlebt haben, und in den Mittelmeergebieten. Die Gründe für ihre Abnahme sind bei weitem nicht geklärt, man nimmt aber an, daß sie wahrscheinlich zurückzuführen ist auf die Abnahme gedrängter

* Marokko und Algerien gehören ebenfalls zur Europäischen Region der WHO

Wohnverhältnisse und die Hebung des sozioökonomischen Standards (2). Es gibt viele andere interessante Theorien: Verbreitung der Tuberkulose in Europa, Kreuz-Immunität oder Eliminierung von Patienten durch TBC, selektive Aktion anderer epidemischer Krankheiten wie Pest, Typhus, etc.

Tafel 1 gibt die letzten Informationen über Lepra in Europa wieder (3). Leider werden dabei autochtone und importierte Fälle – in Ländern wo beide vorkommen – nicht deutlich voneinander getrennt, doch bekommt man einen Eindruck von der allgemeinen Situation.

TAFEL 1: Lepra in Europa

			Bemerkungen
Österreich	1975	2	
Belgien	1979	30	1978: 38
Bulgarien	1975	31	
Tschechoslowakei	1975	2	
Dänemark	1981	2	
Finnland	1975	3	
Frankreich*	1979	1800–3000	eingeschleppt 748. 1952: 197
BRD	1979	10–15	1973: 53, 1975: 180, eingeschleppt 43
Griechenland*	1979	1143–3000	690 in Spitälern, 1970–77: 8–20 neue Fälle pro Jahr
Italien*	1977	538	1980: 545, eingeschleppt 94
Malta*	1975	240	1977: 206
Niederlande	1979	600	in Behandlung 1970–77: 39–116 jährlich
Norwegen	1979	3	letzter Fall 1953
Portugal*	1975	2540	1970–75: 32–42 Fälle jährlich
Rumänien*	1975	101	
Spanien*	1981	6000	3725 aktiv, 1970–77: 10 neue Fälle jährlich
Schweden	1975	1	
Türkei*	1977	3900–15000	1970–76: 200–261 jährlich
Großbritannien	1979	1054	20–50 neue Fälle jährlich, 360 registrierte Fälle
USSR*	1979	6000	
Jugoslawien*	1975	9	
Algerien*		?	
Marokko*	1980	6000	1975: 3469
Keine Informationen: Albanien, Ungarn, Polen, Luxemburg			
Quellen: Regierungsberichte bei der WHO, Publikationen und verschiedene WHO-Berichte			

* Länder mit autochthonen Fällen

Wie man von Tafel 1 sieht, gibt es derzeit autochtone Fälle in Griechenland, Italien, Portugal, Spanien, Türkei, USSR, Algerien, Marokko und Malta. Als Folge eines umfangreichen Programmes in Malta, in dem alle Fälle unter Behandlung waren, glaubt man, daß dort die Übertragung unterbrochen wurde. Es gibt autochtone Fälle in Jugoslawien und Rumänien, aber keine Informationen über neue Fälle. Bei Frankreich handelt es sich um eine besondere Situation, da es dort 2 übriggebliebene kleine Foci von lokaler Lepra gibt, jedoch die große Mehrheit der Fälle von den überseeischen Gebieten, die zu Frankreich gehören, und von Afrika eingeschleppt wurde. In anderen Ländern, in denen es eine große Anzahl von Fällen gibt, wie Niederlande und Großbritannien, sind alle Fälle eingeschleppt worden.

Es gibt keine standardisierte Krankheitsregistrierung: ob z. B. alle bekannten oder nur die neu aufgetretenen Fälle erfaßt werden; welches sind die Kriterien für das Entfernen aus dem Register, wenn der Patient emigrierte, starb oder als geheilt betrachtet wurde, wobei auch Unterschiede in den Kriterien für die Heilung, d. h. die Kontrolle bestehen (s. unten); die Ridley-Jopling-Klassifizierung wird nicht überall verwendet und schließlich zögert man in einigen Ländern, Leprafälle zu melden. Es treten daher Unterschiede bei den Zahlen auf, die von den Regierungen in den WHO-Fragebögen angegeben werden sowie bei den Angaben, die man den individuellen Berichten, den WHO-Konsulentenberichten und Publikationen entnimmt. Die WHO kann z. B. Informationen von mehr Fällen haben als offiziell registriert sind. Die globale Studie gibt für Europa 16.986 Fälle, aber das europäische Regionalbüro der WHO hat Berichte von 26.188 Fällen und falls Marokko einbezogen wird (es gibt keine Daten von Algerien), gäbe es 32.188 Fälle in 22 Ländern, von denen Unterlagen vorhanden sind. Eine Standardisierung der Unterlagen und Register konnte bisher nicht erzielt werden. So wurden z. B. zwischen 1952 und 1970 einige 379 Fälle in der BRD gesehen, aber die Anzahl der jährlich mehr auftretenden Fälle lag zwischen 6 und 21, wobei 53 importierte Fälle registriert wurden (4).

Die zunehmende Bedrohung durch eingeschleppte Fälle bedarf besonderer Beachtung in Hinblick auf die großen Migrationsbewegungen (Flüchtlinge, etc.) aus endemischen Gebieten. Somit wird Lepra in den kommenden Dekaden in Europa weiterhin eine eingeschleppte Krankheit bleiben, meistens bei ausländischen Emigranten aber auch bei Europäern, die in den Tropen waren. Bei dunkelhäutigen Einwanderern wird sie ein leichteres diagnostisches Problem sein als bei hellhäutigen Patienten. Im Durchschnitt dauert es immer noch 3–5 Jahre vom Augenblick, in dem der Patient die erste Läsion bemerkt, bis die Diagnose festgelegt werden kann, obwohl in einigen Ländern diese Zeit mit größerer Aufmerksamkeit der Ärzte auf 1–3 Jahre reduziert werden konnte. Trotzdem bleibt es ein Problem, das verschwindende Wissen über Lepra zu verbessern, da die meisten Ärzte in Europa niemals selbst einen Fall gesehen haben, und falls sie überhaupt mit Lepra rechnen, würden sie die von Lehrbüchern bekannte klassische *Facies leonina* erwarten, die als Spätform der Lepra in Europa überhaupt nicht oder nur selten zu sehen ist*. Auffrischkurse in Lepra sind daher wünschenswert.

Aussichten für die Zukunft

Paradoxerweise gibt es noch viele unklare Faktoren in der Epidemiologie der Lepra: so weiß man nicht, welches die Risikopersonen sind und welches die entscheidenden genetischen und Immunitätsfaktoren, die bestimmen, wer Lepra bekommt, da wahrscheinlich nur 1–6 von 1000 infizierten Personen die Krankheit tatsächlich ent-

* Ein Set mit Diapositiven „Die Lepra bei hellhäutigen Personen“ ist bei dem Regionalbüro der WHO für Europa in Kopenhagen erhältlich.

wickeln; welches sind die Umweltfaktoren, die zu einer Übertragung führen, abgesehen vom nahen persönlichen Kontakt (5). „Der größte Mangel bei der Epidemiologie von Lepra ist unsere bleibende Unfähigkeit, die Leprainfektion zu identifizieren. Das einzige Ziel für epidemiologische Studien ist immer noch die Krankheit mit ihren klinischen Manifestierungen“ (5), da uns immer noch nicht ein spezifischer Hauttest oder serologische Reaktionen zur Verfügung stehen.

Die Gesundheitsbehörden der europäischen Länder, in denen Lepra endemisch ist, haben wenig Interesse für diese Krankheit. Im Gegensatz zu anderen Kontinenten kann in Europa Lepra in wenigen Jahren unter Kontrolle gebracht werden: durch frühe Behandlung aller neuentdeckten Fälle, um damit die infektiöse Periode zu begrenzen. Offensichtlich ist fortgesetzte, regelmäßige und gezielte multi-drug-Behandlung der bekannten Fälle eine Vorbedingung (hohe Rate von Nicht-Compliance), um einen Rückfall zu verhindern und das Auftauchen von resistenten Organismen, wenn nur ein Medikament gegeben wird (Dapsone). Dieses ist nämlich ein beunruhigendes Phänomen, das in anderen Teilen der Welt zunimmt. Lebenslange Behandlung ist nicht notwendig, obwohl Patienten vielleicht weiterhin tote Bazillen aufweisen, die aber nicht ansteckend sind.

Allerdings können Hautbiopsien (die „solids“, granulierten Bazillen enthalten) bei korrekter Behandlung durchschnittlich etwa 60 Monate positiv bleiben (ein Bruchteil mehr als 5 Jahre) und in einigen Fällen kann es etwa 10 Jahre dauern, bis die Haut negativ ist. Das Auffinden von „solids“ zeigt an, daß der Patient klinisch rückfällig wird (6). Dieses bezeugt, wie wichtig es ist, 6 Hautproben von verschiedenen Körperstellen alle 6 Monate für 10 Jahre, vom Beginn der Behandlung an, zu untersuchen.

Weitere Verminderung der Übertragungen oder spontanes Verschwinden der Lepra dadurch, daß Patienten aussterben und durch ausbleibende Zufuhr neuer Infektionen, können natürlich auch angenommen werden, aber das kann noch 50 Jahre oder länger dauern. Die Intensität des Leidens der Betroffenen aber überschattet ihre relativ kleine Anzahl und bedarf bewußter Aktion, um die Krankheit unter Kontrolle zu bringen.

Zusammenfassung

Autochtone Lepra existiert in 12 europäischen Ländern. Die Daten sind nicht standardisiert: die Trennung der importierten von den autochthonen Fällen ist nicht deutlich, Kriterien für die Heilung und Eliminierung aus dem Register sind nicht einheitlich. So werden mindestens 17.000 Fälle aus 22 Ländern berichtet, aus denen Daten vorliegen, doch gibt es 26.188 offizielle aber nicht registrierte Fälle und falls man eines der beiden Länder des afrikanischen Kontinents einbezieht, die der europäischen Region der WHO angehören, sind es 32.188 Fälle. Die Lepra ist in den letzten Jahren häufig nach Europa eingeschleppt worden. Im Gegensatz zu anderen Kontinenten kann Lepra in Europa unter Kontrolle gebracht werden, doch haben die Gesundheitsbehörden wenig Interesse für diese Krankheit.

Summary

Leprosy in Europe

Autochthonous Leprosy exists in 12 European countries. The information, however, is not standardized as for diagnostic criteria, separation of autochthonous from imported cases, cure and removal from the registers of active cases. Thus at least 17.000 cases have been reported from 22 countries from which information is available. Official but not reported data put the number to 26.188 cases and if one of the two countries on

the African continent but belonging to the European Region of the WHO is included, there are 32.188 cases. Importation of leprosy has been frequent in recent years. Leprosy can be brought under control in Europe if the health authorities would show more interest in the disease.

Literatur

- 1) SANSARRICQ, H. (1982): The WHO Leprosy Programme. *Ann. Microb. (Inst. Pasteur)* 133B, 5–12.
- 2) BROWNE, S. G. (1980): Leprosy in Europe: Epidemiology and residual foci. *Quaderni di cooperazione sanitaria*, No. 1.
- 3) VELIMIROVIC, B. (1983): Infections in Europe – A fresh look. WHO/Copenhagen (in Druck).
- 4) SCHALLER, K. F. (1980): Epidemiology of Leprosy in Germany. *Quaderni di cooperazione sanitaria*, No. 1.
- 5) LECHAT, M. F. (1982): Epidemiology of Leprosy. *Quaderni di cooperazione sanitaria* No. 1.
- 6) JOPLING, W. H.: Pers. communication – Report on an assignment in Malta 11 April to 1 May 1983, WHO, Copenhagen.

ANSCHRIFT DES AUTORS:

Prof. Dr. Boris Velimirovic
Institut für Sozialmedizin
Universität Graz
Universitätsstraße 6/1
8010 Graz

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie](#)

Jahr/Year: 1984

Band/Volume: [6](#)

Autor(en)/Author(s): Velimirovic Boris

Artikel/Article: [Lepra in Europa. 191-195](#)