

Humane Affenpocken

Erreger und Verbreitung

Das Affenpocken-Virus verursacht eine generalisierende exanthemische Infektion. Es ist immunologisch mit anderen menschenpathogenen Orthopoxviren eng verwandt. Es besteht deshalb mit ihnen eine völlige Kreuzimmunität. Eine Zunahme der seit 1970 bekannten Erkrankungsfälle in den tropischen Regenwaldgebieten von Kamerun, Liberia, Nigeria, Sierra Leone, Gabun, Kongo, der Elfenbeinküste und der Zentralafrikanischen Republik könnte auf den nachlassenden Schutz der mittlerweile eingestellten Pockenschutzimpfung zurückgeführt werden. Im Jahr 2003 sind über 70 Fälle von Affenpocken in 6 US-Bundesstaaten aufgetreten. Die überwiegende Anzahl der Erkrankungen wurde in den Staaten Wisconsin (39), Indiana (16) und Illinois (12) registriert. Die meisten erkrankten Personen hatten direkten oder indirekten Kontakt mit Präriehunden gehabt. 2005 wurden erstmals im Sudan einzelne Fälle bekannt.

Erreger	Orthopoxvirus
Verbreitung	Tropische Regenwälder Zentral- und Westafrikas, USA
Reservoir	Wahrscheinlich Nager, besonders Hörnchen Affen gelten als Zufallswirte
Inkubationszeit	5–21 Tage (meist 10–14 Tage)
Letalität	2–10%
Dauer der Infektiosität	Bis zur vollständigen Abheilung der Läsionen
Impfung	Bei beruflich Exponierten kann ein Impfstoff vom CDC angefordert werden

Übertragung

Die Übertragung auf den Menschen erfolgt durch Kontakt mit infizierten Tieren (Hörnchen, Ratten, Primaten) durch Biss, Umgang (als „Haustier“), Kontakt mit tierischem Blut und Sekreten, Nahrungsaufnahme (infiziertes Affenfleisch) und Tröpfcheninfektion. Die Übertragbarkeit von Mensch zu Mensch ist ansteigend, möglicherweise aufgrund des nachlassenden Pockenimpfschutzes.

Klinisches Bild

1. Präeruptives Stadium

Plötzlich einsetzendes Fieber (am zweiten Tag 38,5–40,5°C) mit starken Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Halsschmerzen, Husten und Unwohlsein, z.T. Durchfall. Häufig treten Lymphknotenschwellungen (zervikal, inguinal) vor Beginn des Exanthems auf.

Humane Affenpocken

2. Eruptives Stadium

Normalerweise beginnt die Krankheit am ersten Tag mit typischem Enanthem (Oropharynx) und Exanthem im Gesicht, an den Händen, Unterarmen: zentripetale Ausbreitung über den Körper mit Rötung und pockentypischen uniformen Effloreszenz-Stadien (Makula, Bläschen, Pusteln und Krusten) innerhalb weniger Tage bei ca. 80% der Patienten. In 20% polymorphes Exanthem ähnlich wie bei Varizellen. Die Läsionen heilen nach Austrocknung und Desquamation mit Narbenbildung ab. Gegen Pocken Geimpfte entwickeln weniger Effloreszenzen als nicht geimpfte Personen. In der Regel biphasischer Fieverlauf mit erstem Gipfel in den ersten 3 bis 4 Krankheitstagen, Abfall auf $< 38^{\circ}\text{C}$ und Wiederanstieg zumeist um den 5./6. Tag bei Übergang ins Pustelstadium. Bei nicht Geimpften erscheinen häufig Ulzerationen auf den Schleimhäuten der Mundhöhle mit Pharyngitis und Tonsillitis, Konjunktivitis mit Lidödem sowie sehr schmerzhaftes Läsionen im Genitalbereich. Selten treten Erblindung und entstellende Narben als Dauerschäden auf. Schwerste, tödlich verlaufende hämorrhagische Formen sind selten. Milde Verlaufsformen mit weniger als 10 Pockeneffloreszenzen sind beobachtet worden. Das Auftreten von subklinischen Infektionen wird diskutiert. Das klinische Labor ist wenig aussagekräftig.

Leitsymptomatik

- plötzliches Fieber: $38,5\text{--}40,5^{\circ}\text{C}$ mit rascher Entwicklung von Enanthem und Läsionen im Oropharynx
- Lymphknotenschwellung (ca. 87% der Patienten)
- pockenähnliches Exanthem (uniformes Auftreten nur einer Effloreszenzart: z.B. Bläschen oder Pusteln)

Differenzialdiagnose

Präeruptives Stadium

Grippe, Typhus abdominalis, Leptospirose, VHF.

Exanthematisches Stadium

Windpocken, Herpeszoster, Scharlach, Masern.

Humane Affenpocken

Verdachtsfall

Patient mit rasch einsetzendem Fieber, der sich fünf bis 21 Tage vor Krankheitsbeginn:

- in einem Endemiegebiet aufhielt (afrikanischer Regenwald) oder
- mit einem an humanen Affenpocken Erkrankten Kontakt hatte oder
- mit Affen oder anderen Tierarten als mögliche Infektionsquelle Kontakt hatte oder
- in einem Laboratorium bzw. in einer anderen Einrichtung hinsichtlich humanen Affenpocken verdächtigen Aerosolen (auch aus Tierkadavern aus Endemiegebieten) ausgesetzt war

und ein bis drei Tage nach Fieberbeginn ein zunächst makulöses, dann pustulöses Exanthem mit generalisierter Lymphadenopathie entwickelt hat.

Meldepflicht

Der Verdachtsfall, Erkrankungs- und Todesfall ist meldepflichtig.

Aufgaben der/des Amtsärztin/Amtsarztes

Anamneseerhebung, Kontaktpersonenmanagement, zahlenmäßige Erfassung (Surveillance), Eintragung ins EMS, Überwachung der Desinfektionsmaßnahmen, ggf. Beratung.

Risikoabschätzung bei Verdachtsfällen

Geringes Risiko

- Hotelreise in Endemiegebiete ohne Kontakt mit infektionsverdächtigen Personen, Affen oder anderen Tieren als mögliche Infektionsquelle
- Ausbruch der Erkrankung mehr als drei Wochen nach letztem Kontakt mit möglicher Infektionsquelle
- gegen Pocken geimpfte Personen

Mittleres Risiko

- nicht gegen Pocken geimpfte Personen, die in einem Endemiegebiet leben oder längere Zeit arbeiten
- nicht gegen Pocken geimpfte Personen, die in Endemiegebieten an Abenteuerreisen teilgenommen haben („Rucksack“- und Campingtouristen)

Humane Affenpocken

Hohes/besonderes Risiko

nicht gegen Pocken geimpfte Personen, die innerhalb der letzten drei Wochen vor Krankheitsbeginn

- direkten Kontakt mit wahrscheinlich an Affenpocken erkrankten Affen oder anderen Tieren oder deren Kadavern hatten
- Menschen oder Tiere mit Affenpocken gepflegt oder sich in Räumen aufgehalten haben, in denen kranke Menschen oder Tiere gepflegt wurden
- mit der Leiche eines wahrscheinlich an humanen Affenpocken verstorbenen Patienten Kontakt hatten (z.B. Obduktion oder Bestattung, einschließlich Vorbereitung)
- direkten Kontakt mit hinsichtlich humaner Affenpocken verdächtigen Untersuchungsmaterialien hatten

Referenzzentrum/labor

Department für Virologie der Medizinischen Universität Wien,
Kinderspitalgasse 15, 1090 Wien
Tel.: 01 40160 0