

Affenpocken / Monkeypox

Seit Anfang Mai in mehreren Ländern Europas und in den USA Fälle von Affenpocken

Orthopoxvirus (Familie Poxviridae), Affenpocken sind eine virale zoonotische Erkrankung, die primär im trop. Regenwald Zentralafrikas (krankmachendere Form, Letalität bis 10%) und Westafrikas (mildere Form, Letalität 3,3%) vorkommt;

in West- und Zentralafrika bei Nagetieren endemisch, 2003 in 6 US Staaten >70 Fälle von Affenpocken (infizierte Präriehunde, Ursprung Ghana); Seit 2017 in Nigeria vermehrt beim Menschen (Zufallswirt) diagnostiziert; Reservoir: Nagetiere, Hörnchen

Aktuelle Informationen der ECDC abrufbar: <https://www.ecdc.europa.eu/en/monkeypox>

Übertragung:

Geringe Ansteckungsgefahr, sehr naher Kontakt mit Tier oder Mensch oder kontaminiertem Material, Tröpfchen, Bläschenflüssigkeit bis Krusten, sexuelle Übertragung möglich, diaplazentar, intrapartal, Ro ca 1-2

Inkubationszeit: ds. 10-14 Tage (6 - max. 21 Tage)

Symptome:

Prodromi: Fieber, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen für 1-3 Tage
Häufig Lymphadenopathie cervical, axillär, inguinal
Nach 1-3d Enanthem (Oropharynx) und Exanthem in Gesicht, an den Händen, Unterarmen, zentripetale Ausbreitung mit Rötung und pockentypischen uniformen Effloreszenz-Stadien (Makula, Bläschen, Pusteln, Krusten), auch Fußsohlen, Handflächen, Genitalbereich



Verlauf:

Gewöhnlich selbstlimitiert, Symptome 2-4 Wochen

Letalität: ca 3-6% (1-10%) (sehr junge und immungeschwächte Pat. in Endemiegebieten)

Infektiosität beginnt mit Symptomen, dauert bis die letzte Kruste abgefallen ist

Diagnose: meldepflichtige Erkrankung (Verdacht, Erkrankung, Tod)

Personen mit unklaren pockenähnlichen Hautveränderungen aus Exsudat, Pustelinhalt, Krusten, Tupfer von Hautläsionen u.a. klin. Material mittels PCR, im präeruptiven Stadium aus Mund-Rachenabstrich – ans Infektlabor: Orthopox (non variola=Affenpocken, Kuhpocken)–PCR (Kontakt: Prof. Theurl, Fr. Zimmermann, Tel 24212), DNA wird dann weiter geschickt an das Institut für Virologie Innsbruck, +43 512 9003 71710

oder an die MUW, Zentrum für Virologie, +43 (0)1 40160 – 65517, virologie@meduniwien.ac.at

AK-Nachweis schwierig wegen Kreuzreaktivität

Therapie:

Tecovirimat 2022 vom der EMA zugelassen, eingeschränkt verfügbar, idealerweise nur in klin. Studien; ev. Cidofovir; je nach Symptomatik: Cutimix, Antihistaminika bei Pruritus, Stomatitislösung II, NSAR

Impfung:

Imvanex/Imvamune s.c., 85% Effektivität, neuere Pockenimpfung (attenuiertes modifiziertes Virus (Ankara Strain) 2019 zugelassen; als PEP für Immungeschwächte innerh. der ersten 14d nach Erstkontakt (Gabe vor 4.d –Ausbruch verhindern, später Verlauf mildern; frühere Pockenimpfung schützt auch vor Affenpocken, urspr. Pockenimpfung nicht mehr verfügbar;

Hygiene- und Isolationsmaßnahmen:

Mitarbeiter: langärmeliger Einmalschutzkittel, Handschuhe, Schutzbrille, FFP2-Maske mit Ausatemventil (Mindesterfordernis chir. MNS), ggf. OP Haube; Einzelzimmerisolierung, stationäre Aufnahme bei klin. Indikation;

alternativ Heimquarantäne mit Procedere durch die Behörden: 24h vor geplanter Entlassung Mail an:

post.gesundheitswesen@innsbruck.gv.at und sanitaetsdirektion@tirol.gv.at („Herr/Frau XX, geb. XX, kann bei gegebenen Zustandsbild Affenpocken (bitte hier Stadiumangabe) am XX nach Hause in die weitere häusliche Isolation entlassen werden. Eine weitere stationäre Behandlung ist nicht mehr erforderlich, eine häusliche Selbstbetreuung ist möglich und ausreichend.“)