

Affenpocken –fachliche Information mit Schwerpunkt auf das Vorgehen bei Verdacht auf Infektion

Version 1.0, 4.8.2022

Übertragung von Mensch zu Mensch

Hauptübertragungswege sind:

- direkter Kontakt mit dem Ausschlag von Affenpocken-Infizierten (z.B. Bläschen, Bläscheninhalt, Schorf)
- direkter Kontakt mit Körperflüssigkeiten oder Schleimhäuten von Affenpocken-Infizierten

weitere mögliche Übertragungswege sind:

- Tröpfcheninfektion bei direktem engen Kontakt von längerer Dauer
- direkter Kontakt mit Virus-kontaminierten Objekten (z.B. Bettwäsche, Kleidung)
- vermutlich über die Plazenta und während der Geburt (von der Mutter auf den Fötus)

Nach aktuellem Wissensstand findet die Übertragung von Mensch zu Mensch nur statt, während Symptome vorliegen, nicht jedoch in der Inkubationszeit (die Inkubationszeit beträgt typischerweise 6-13 Tage).

Symptome

Im Prodromalstadium teilweise unspezifische Symptome

- Fieber, Schüttelfrost
- Kopf-, Rücken und Muskelschmerzen
- Lymphadenopathie
- Erschöpfung

Hautveränderungen nach 1 bis 3 Tagen:

- Läsionen (kutane makulopapulöse bis vesikulopustulöse Läsionen):
 - ausgehend von der Stelle der Infektion über den Körper
 - ausgehend vom Gesicht über den Körper
 - im Gesicht, an den Händen und Unterarmen
 - Enantheme im Mund und Rachenraum

- im Perianal-/Genitalbereich
- auf den Augen
- teilweise stark juckend oder schmerzhaft
- durchläuft die typischen Stadien: Flecken, Bläschen, Pusteln und Krusten

Im weiteren Verlauf:

- Bildung von Krusten
- Abfallen der Krusten

Der Inhalt der Bläschen ist hochinfektiös. Ansteckungsfähigkeit besteht, so lange Krusten vorhanden sind. Im Durchschnitt sind dies 3 Wochen.

Differenzialdiagnose

Varizellen, Scharlach, Syphilis, Ulcus molle, disseminierte Gonokokken, Hand-Fuß-Mund-Krankheit, Scabies, Rickettsienpocken, Herpes simplex, Herpes zoster, Masern, Lymphogranuloma venereum, Granuloma inguinale, Molluscum contagiosum, Chikungunya-Virus-Infektion, Zika Virus-Infektion, Dengue Fieber, andere Pockenvirus-Infektionen.

Auch aufgrund des aktuell häufig beobachteten Auftretens von Hautläsionen im Genital- bzw. Analbereich, sowie milden oder ausbleibenden frühen Symptomen kann es unter Umständen leichter zu Verwechslungen mit einigen sexuell übertragbaren Infektionen (STIs) kommen. Eine bestehende STI schließt eine zusätzliche Infektion mit humanen Affenpocken nicht aus.

Ziehen Sie daher insbesondere auch bei Vorliegen einer bestätigten STI - unter Berücksichtigung der klinischen und epidemiologischen Gesamtkonstellation - die Möglichkeit einer Ko-Infektion mit humanen Affenpocken in Betracht.

Vorgehen bei Verdacht auf Infektion

Anamnese

- Enger Kontakt zu nachweislich mit Affenpocken-infizierten Menschen innerhalb der letzten 21 Tage vor Symptombeginn. Die Ansteckungsfähigkeit wird angenommen ab Symptombeginn bis sämtliche Krusten abgefallen und alle Hautläsionen abgeheilt sind
ODER
- Sexuelle Kontakte, auch mit mehreren oder anonymen Sexualpartner:innen in den letzten 21 Tagen
ODER
- Tierkontakte bzw. Aufenthalt in Endemiegebieten
- Beruflich bedingte Exposition zu Pockenviren (Labortätigkeit)

Hygienemaßnahmen

- Patient:innen, auf die einer oder mehrere der anamnestisch erhobenen Punkte zutreffen sollten angewiesen werden, strikt weitere enge Kontakte zu vermeiden bis zum Vorliegen des Laborergebnisses
- Händehygiene, Händedesinfektionsmittel und Oberflächendesinfektionsmittel: Desinfektionsmittel sollen in der Desinfektionsmittel-Liste des VAH oder der ÖGHMP gelistet sein und einem der folgenden Wirkungsbereiche entsprechen: „begrenzt viruzid“ oder „begrenzt viruzid PLUS“ oder „viruzid“. Eine gute Wirksamkeit bei hoher organischer Belastung ist wünschenswert. Beachten Sie die Anwendungshinweise (für Hände/für Oberflächen, Einwirkzeiten).
- Persönliche Schutzausrüstung: FFP2- oder höherwertige Maske, langärmelige Schutzmäntel, Schutzbrille und Einweghandschuhe

Diagnostik

- Material: Bläschenabstrich/Bläscheninhalt, Krustenmaterial oder auch trockener Abstrich einer offenen Hautläsion. Im Idealfall werden Proben von 2-3 Hautläsionen entnommen und zur PCR Diagnostik eingeschendet. Im Falle eines hochgradigen

klinischen Verdachtes und fehlenden Effloreszenzen kann auch ein Rachenabstrich entnommen und untersucht werden.

- Versand/Transport: Proben können als Kategorie B, UN 3373 überbracht werden.
- Eine entsprechende Diagnostik ist in den meisten großen Laboratorien in allen Bundesländern etabliert.
- Die AGES bietet darüber hinaus eine 24/7 Probenannahmestelle (insb. für Probenabgabe an Wochenenden und Feiertagen)
- Details (wird laufend aktualisiert):
https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:4f83355f-1578-4ff8-bfc9-a5ad8395da37/Informationsschreiben_Labordiagnostik_humane_Affenpocken.pdf

Meldung Affenpockenfall

- Gem. § 1 Verordnung betreffend anzeigepflichtige übertragbare Krankheiten 2020 sind Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle an Affenpocken zu melden.
- Gem. § 2 Abs. 1 des Epidemiegesetzes 1950 hat die Meldung an die Bezirksverwaltungsbehörde (BVB), in deren Gebiet sich die bzw. der Kranke oder Krankheitsverdächtige aufhält, binnen 24 Stunden zu erfolgen.
- Die zur Meldung Verpflichteten sind in § 3 Abs. 1 des Epidemiegesetzes 1950 festgelegt. Dazu zählen unter anderem die bzw. der zugezogene Ärztin bzw. Arzt sowie jedes Labor, das den betreffenden Erreger diagnostiziert hat.

Postexpositionelle Impfung/Kontakt Gesundheitsbehörde

Zur Vermeidung einer symptomatischen Erkrankung wird die postexpositionelle Impfung nach Exposition altersunabhängig empfohlen. Dies gilt insbesondere für Personen, die niemals gegen Pocken geimpft wurden (Details siehe Impfempfehlung Affenpocken: [sozialministerium.at/impfplan](https://www.sozialministerium.at/impfplan)).

Die Impfung erfolgt bei Personen ohne vorangehende Pockenimpfung in 2 Dosen. Die zweite Impfung soll 28 Tage nach der ersten Impfung verabreicht werden. Es wird aufgrund von Daten zur Wirksamkeit der postexpositionellen Prophylaxe mit Pocken-Impfstoffen früherer Generationen von einer vergleichbaren Wirksamkeit auch bei Pocken-Impfstoffen der 3. Generation ausgegangen. Die Verabreichung soll so rasch als

möglich nach Exposition erfolgen, bestenfalls innerhalb von 4 Tagen (bis maximal 14 Tage nach Exposition).

Organisiert wird die postexpositionelle Impfung durch die Gesundheitsbehörde und ist folgenden Personen empfohlen:

- Personen, die engen körperlichen Kontakt mit einer an Affenpocken erkrankten Person hatten
- Personen im Rahmen einer Riegelungsimpfung (bei lokal gehäuften Auftreten)

Entsprechende Fälle sind umgehend der Gesundheitsbehörde zu melden, damit eine postexpositionelle Prophylaxe im notwendigen Zeitfenster veranlasst werden kann

Therapie

Die Therapie ist symptomatisch und supportiv, wobei das Verhindern von bakteriellen Superinfektionen hervorzuheben ist. Tecovirimat wurde 2022 in der EU auch zur Behandlung von Affenpocken zugelassen und wurde zur Behandlung von Orthopockenvirus-Infektionen entwickelt. Es kann bei Verfügbarkeit als Therapieoption insbesondere für immunsupprimierte Personen erwogen werden. Das Produkt ist derzeit in Österreich nicht verfügbar, Bemühungen zur Beschaffung sind im Laufen.

Weitere Informationen:

- [Humane Affenpocken \(sozialministerium.at\)](https://www.sozialministerium.at)
- [Affenpocken - AGES](#)
- [Joint ECDC-WHO Regional Office for Europe Monkeypox Surveillance Bulletin \(europa.eu\)](https://ecdc.europa.eu/en/joint-ecdc-who-regional-office-for-europe-monkeypox-surveillance-bulletin)
- [Monkeypox \(who.int\)](https://www.who.int/emergencies/diseases/nipah-and-monkeypox)