

Nicht-reiseassoziierte Fälle von Affenpocken im Vereinigten Königreich

Anfang Mai 2022 wurde in England, Vereinigtes Königreich (VK) ein Fall von Affenpocken diagnostiziert, der nach einer Reise nach Nigeria aufgetreten war. Seither wurden im VK bisher sechs weitere Fälle von Affenpocken bei Personen ohne vorherige Reisen und ohne Kontakt zu bekannten reiseassoziierten Fällen diagnostiziert. Dabei handelt es sich um zwei Fälle in einer Familie sowie um vier Fälle bei Männern, die Sex mit Männern haben (MSM). Letztere haben sich offenbar in London infiziert. Außer in der Familie und bei zwei der MSM-Fälle sind keine Verbindungen der Fälle untereinander bekannt. Untersuchungen zu den Infektionsquellen sind angelaufen.

Affenpocken sind eine durch Affenpockenviren verursachte Viruserkrankung. Klinisch äußert sie sich vor allem durch Fieber, Kopf- und Muskelschmerzen sowie durch Hauteffloreszenzen, welche simultan die Stadien Macula, Papula, Vesicula und Pustula durchlaufen und letztlich verkrusten und abfallen. Folgen einer überstandenen Infektion sind Narbenbildung und selten auch Erblindung. Die Krankheit verläuft i. d. R. milder als die klassischen Pocken (Variola-Virusinfektion), aber gerade bei sehr jungen und/oder immungeschwächten Patientinnen und Patienten sind gerade in Endemiegebieten auch schwere Verläufe und Todesfälle möglich. Eine mögliche Therapieoption, v. a. für immungeschwächte Patientinnen und Patienten, ist seit Januar 2022 auch in der Europäischen Union zugelassen (Tecovirimat), bisher aber nicht breit verfügbar.

Reservoirtiere in afrikanischen Endemiegebieten sind nicht Affen, sondern vermutlich Nagetiere. Infektionen können durch Kontakt mit Sekreten infizierter Tiere übertragen werden (in den USA gab es 2003 einen Ausbruch durch als Haustiere gehaltene Präriehunde, die sich vor ihrem Verkauf durch Kontakt mit Nagetieren aus Afrika infiziert hatten). Mensch-zu-Mensch-Übertragungen (durch Kon-

takt mit Körperflüssigkeiten oder Krusten) mit limitierten Infektionsketten von bis zu sechs Personen sind beschrieben, z. B. im Rahmen der Krankenversorgung. Auch die sexuelle Übertragung von Pockenviren ist möglich (für Vacciniavirus beschrieben). Weite Teile der Weltbevölkerung haben mittlerweile keinen durch die früheren Pockenschutzimpfungen vermittelten Impfschutz mehr. In Nigeria werden seit 2017 vermehrt Affenpockeninfektionen beim Menschen diagnostiziert, und reiseassoziierte Infektionen bei Nigeria-Rückkehrenden vor allem im VK.

Bei einem verdächtigen klinischen Bild sollte insbesondere bei Reiserückkehrenden aus (West-) Afrika eine Affenpockeninfektion in Betracht gezogen werden. Angesichts der autochthonen Übertragungen im VK sollten Affenpocken auch bei Personen ohne bekannte Reiseanamnese mit unklaren pockenähnlichen Effloreszenzen (in Abgrenzung von Windpocken etc.) in die erweiterten differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen werden. MSM mit ungewöhnlichen Hauteffloreszenzen oder Läsionen sollten unverzüglich eine medizinische Versorgung aufsuchen.

Speziallabore, wie z. B. ZBS₁ am Robert Koch-Institut (RKI; Konsiliarlabor Pocken), bieten eine molekulare Diagnostik zur Identifizierung von Affenpockeninfektionen an (Material: Kruste oder Vesikelflüssigkeit).

Hintergrundinformationen finden Sie u. a. hier:

- ▶ [Verschiedene Dokumente zu Affenpocken](#)
- ▶ [Hinweise zur Diagnostik am RKI](#)
- ▶ Hintergrundartikel: Nitsche A, Schrick L, Schaade L. [Infektionen des Menschen mit Affenpocken](#). *Flug u Reisemed* 2019; 26: 18–24