

# Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen  
zu Infektionskrankheiten**

**17/97**

## **Affenpocken beim Menschen**

Jüngste Ausbrüche in Zaire zeigen neue Merkmale

Affenpocken sind eine bei freilebenden und in Gefangenschaft gehaltenen Primaten bekannte Infektionskrankheit, deren klinisches Bild eine große Ähnlichkeit mit der Variola des Menschen aufweist, die aber milder verläuft. Auch der Mensch ist für Affenpocken empfänglich, wie man seit den ersten 1970–71 in Zaire und Westafrika beobachteten Erkrankungsfällen weiß. Erreger ist das 1958 entdeckte Affenpockenvirus (*monkeypox virus*), eine selbständige Art der Gattung Orthopoxvirus. Auf Grund der engen Verwandtschaft innerhalb dieser Gattung bewirkt eine Impfung mit dem Vacciniavirus einen – allerdings zeitlich begrenzten – Schutz sowohl gegen Pocken als auch gegen Affenpocken (Kreuzimmunität). Als Virusreservoir und Infektionsquellen sind in Zentral- und Westafrika neben Affen auch verschiedene Eichhörnchenarten von praktischer Bedeutung.

Bis 1996 waren im Zusammenhang mit entsprechenden Tierkontakten nur einzelne Cluster von Affenpockenerkrankungen bei Bewohnern entlegener Dörfer im tropischen Regenwald Afrikas beobachtet worden. Von Februar bis August 1996 ereigneten sich dann jedoch in 13 Ortschaften Zentral-Zaires (Region Kasai Oriental) mehrere sowohl vom Umfang als auch von der Dauer her ausgedehnte Ausbrüche von Affenpocken bei Menschen. Insgesamt wurden 71 Erkrankungsfälle bekannt. Das Collaborating Center für Pockenvirusinfektionen der WHO an den CDC in Atlanta (USA) bestätigte die Diagnose bei 11 virologisch untersuchten Patienten und stellte fest, daß sich die Erreger nur minimal von den Viren unterschieden, die in den Jahren 1970–79 in Zaire isoliert worden waren. In der Art des Auftretens deuteten sich allerdings beachtliche Unterschiede gegenüber früheren Ausbrüchen an. – Als die örtlichen Gesundheitsbehörden über das weitere Auftreten von Affenpockenerkrankungen berichteten, organisierte die WHO gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium Zaires im Februar 1997 eine retrospektive Herduntersuchung in den betroffenen Ortschaften. Parallel wurden Maßnahmen zur Unterbrechung der weiteren Ausbreitung durchgeführt. Durch Aufklärung sollte erreicht werden, direkte Kontakte zu wildlebenden Tieren zu reduzieren und Vorsichtsmaßnahmen beim Umgang mit erkrankungsverdächtigen Personen zu beachten.

Im Rahmen der jetzt durchgeführten Studie wurden mittels der Methode der ›aktiven Fallsuche‹ 92 seit Anfang 1996 aufgetretene Erkrankungsfälle ermittelt, die der vorgegebenen Faldefinition entsprachen (2,3% der Einwohner der betroffenen Bevölkerung). Von 84 der Erkrankten mit Angaben zur Impfanamnese waren 15 (18%) früher gegen Pocken geimpft worden (Nachweis einer Impfnarbe). Die Geimpften waren fast alle älter als 25 Jahre, denn die Pockenimpfungen waren in dieser Region Ende der 70er Jahre eingestellt worden.

Im Unterschied zu bereits

## **Diese Woche:**

**Affenpocken  
beim Menschen:  
Nachuntersuchung von  
Ausbrüchen in Zaire**

**Ausbruch von  
Meningitis-Erkrankungen  
in Baden-Württemberg**

**Update:  
Typhus-Ausbruch  
in Tadschikistan**

**Statistische Angaben  
zu ausgewählten  
Infektionskrankheiten  
im I. Quartal 1997**

**25. April 1997**

ROBERT KOCH  
**RKI**  
INSTITUT

früher beobachteten Ausbrüchen, die in der Regel lokal eng begrenzt blieben, von kurzer Dauer waren und fast ausschließlich Kinder betrafen, befinden sich unter den in den letzten Monaten gemeldeten Erkrankungsfällen in steigendem Maße auch ältere Personen; 25 (27 %) der Erkrankten waren mindestens 15 Jahre alt. Es ist anzunehmen, daß die jetzige Zunahme von Erkrankungsfällen beim Menschen durch die nachlassende Pockenimpfimmunität entscheidend begünstigt wurde. Ein weiterer Grund sind enger werdende Kontakte zwischen Menschen und Affen durch eine zunehmende Besiedlung des Regenwaldes.

Die Übertragung von Mensch zu Mensch war mit einem Anteil von 73 % deutlich häufiger als bei früheren Ausbrüchen, bei denen solche Sekundärinfektionen nur einen Anteil von etwa 30 % hatten. So hielten die jetzigen Ausbrüche durch von Tierkontakten unabhängige Infektketten von

Mensch zu Mensch z.T. erheblich länger an. Beispielsweise gingen in einer Familie von einer Indexerkrankung im Februar 1996 im Laufe von 6 Monaten insgesamt 8 Folgeerkrankungen aus. Damit erscheint heute ein längeres Überdauern der Infektion innerhalb einer menschlichen Population möglich. Das könnte u.U. zu Schlußfolgerungen bezüglich einer gezielten Immunprophylaxe führen. Glücklicherweise ist der Anteil tödlicher Krankheitsverläufe von den früher beobachteten 10 % auf etwa 3 % (3/92) zurückgegangen.

Die notwendige Fortführung der von der WHO eingeleiteten Untersuchung des jüngsten Ausbruchs in Zentral-Zaire wurde durch das gegenwärtige Bürgerkriegsgeschehen in Zaire zunächst unterbrochen; weitere Untersuchungen zu den Virusreservoirs und den Bedingungen der Übertragung stehen noch aus.

Quellen: WHO, WER 15/1997: 101–104; WHO, EMC 14.04.97

## Zu einem Ausbruch von Meningitis-Erkrankungen in Baden-Württemberg

Aktuelle Kurzinformation

Seit Januar 1997 sind in mehrwöchigen Abständen bei 5 Schülern verschiedener Klassen und Bereiche einer größeren Schule in Sigmaringen eitrige Meningitiden aufgetreten. Am 5.1. erkrankte ein 18jähriger Schüler, als Erreger wurde *Bacteroides fragilis* ermittelt. Eine zweite Erkrankung (10.2., 17jähriger Schüler) wurde durch Streptokokken der Gruppe B verursacht. Bei einer am 17.3. erkrankten 16jährigen Schülerin konnte wegen einer Anbehandlung mit Antibiotika kein bakterieller Erreger nachgewiesen werden. Bei den beiden folgenden Erkrankungen (24.3., 16jährige Schülerin; 15.4., 17jähriger Schüler) wurde eine Meningokokken-Meningitis durch *Neisseria meningitidis* der Serogruppe C bestätigt.

Zumindest die durch unterschiedliche Erreger ausgelösten ersten beiden Erkrankungen sind mit den beiden letzten durch Meningokokken verursachten Erkrankungsfällen nur zufällig zusammengetroffen. Verständlicherweise führten aber die aufeinander folgenden Meningitiden zu einer zunehmenden Beunruhigung am Ort des Geschehens. Im Zusammenhang mit der dritten Erkrankung verstärkte das zuständige Gesundheitsamt die Beobachtung der Gesundheit der Schüler, versuchte Infektketten zu ermitteln und informierte ausführlich die Eltern. Nach dem Bekanntwerden der beiden Meningokokken-Erkrankungen wurde in enger Zusammenarbeit mit der Schule und in Abstimmung mit dem Landesgesundheitsamt eine Reihe weiterer Maßnahmen eingeleitet: Den Klassenkameraden der Erkrankten und der Brüder

des zuletzt erkrankten Schülers wurde eine Rifampicinprophylaxe angeboten (relativ großzügige Indikationsstellung wegen enger Durchmischung der Schüler in einem Kurssystem). Für die Eltern wurde eine Informationsveranstaltung durchgeführt, die örtliche Presse wurde unterrichtet, ein Telefondienst des Gesundheitsamtes beantwortete Fragen (und wurde stark in Anspruch genommen), zusätzlich wurden über die Hausärzte Informationsblätter ausgegeben. Der Träger der Schule entschloß sich aus fürsorglichen Erwägungen dazu, die Schule kurzzeitig zu schließen. Mit der Zuordnung des Erregers zu der in Deutschland relativ seltenen Serogruppe C durch das NRZ für Meningokokken an der Universität Heidelberg bestand zusätzlich die Möglichkeit, den Gefährdeten eine Schutzimpfung anzubieten. Dieses in Deutschland bisher nicht ausdrücklich von der STIKO empfohlene Verfahren ist sachlich begründet und wird auch in anderen Ländern im unmittelbaren Umfeld von Erkrankungen durch Meningokokken der Serogruppen A oder C praktiziert (so z.B. in Großbritannien, s. a. *Epid. Bull.* 1/97: 2–3). Die zuständigen Behörden entschlossen sich in diesem speziellen Fall zu einem Impfangebot an alle Schüler und Erzieher der Schule und führten kurzfristig mehr als 1.000 Impfungen durch. – Der Ausbruch wird nachträglich weiter untersucht.

Für die Informationen zu diesem Geschehen danken wir den Mitarbeitern des Gesundheitsamtes Sigmaringen – insbesondere Frau Dr. Glaser – sowie des Landesgesundheitsamtes Baden-Württemberg und des NRZ für Meningokokken in Heidelberg.

## Update: Typhus-Ausbruch in Tadschikistan

Der Typhus-Ausbruch in Tadschikistan, der seit dem Februar 1997 zunächst überwiegend das Gebiet um die Hauptstadt Duschanbe betraf (s. a. *Epid. Bull.* 10/97: 67), hat sich weiter und auch auf andere Landesteile ausgedehnt. Als Infektionsursache wurde kontaminiertes Trinkwasser bestätigt. Seit Monaten war wegen eines Mangels an Chlorpräparaten nicht mehr desinfiziert worden. – Bis Ende März wurden über 10.000 Erkrankungen, darunter 80 Todesfälle, erfaßt. Vertreter der WHO halten einen weiteren erheblichen Anstieg der Erkrankungszahlen für möglich. Informationen aus dem Epidemiegebiet besagen, daß 92 % der untersuchten Stämme eine Resistenz gegen

Chloramphenicol aufweisen; andere Therapeutika standen bisher kaum zur Verfügung.

Quelle: CRM Düsseldorf, Reisemed. aktuell, 09.04.97

**Hinweis:** Bei Reisen in das Epidemiegebiet wird eine vorherige Impfung empfohlen. Vorsicht ist bei der Auswahl von Speisen und Getränken geboten. Als unbedenklich gelten ausreichend erhitzte bzw. kontrolliert hergestellte Lebensmittel und Getränke. Vor allem in Gegenden mit einer ungenügenden Wasseraufbereitung sollte der Gebrauch unbehandelten Trinkwassers selbst zum Zähneputzen oder zum Waschen von Lebensmitteln unterbleiben.