

APENPOKKEN (MONKEYPOX) INFORMATIE VOOR ZORGVERLENERS

Versie 02 juni 2022

INLEIDING

Sedert begin mei worden er in verschillende landen in Europa en daarbuiten, gevallen van apenpokken (Monkeypox) vastgesteld, zonder link met een reis naar een endemisch land. Het gaat voornamelijk om besmettingen bij mannen die seksuele relaties hebben met andere mannen (MSM), maar niet uitsluitend.

Ook in België werden er al meerdere gevallen gerapporteerd. Dit document bevat meer achtergrondinformatie over de ziekte, en aanbevelingen voor het beheer van een (mogelijk) geval. Deze gevalsdefinities en de richtlijnen kunnen mogelijk evolueren naargelang het vooruitschrijdend wetenschappelijk inzicht en de nationale en internationale situatie, met name met betrekking tot het aantal en de kenmerken van de gevallen.

ZIEKTEVERWEKKER

Apenpokken wordt veroorzaakt door het monkeypoxvirus (MPXV), dat behoort tot de familie van de orthopoxvirussen (waartoe ook het pokkenvirus behoort). Er zijn twee genetisch verschillende varianten van MPXV: de Kongobekken-variant (Centraal-Afrika) en de West-Afrikaanse variant. De huidige uitbraak wordt veroorzaakt door de West-Afrikaanse variant.

EPIDEMIOLOGIE

Apenpokken werden voor het eerst ontdekt in 1958, toen een pokkenachtige ziekte opdook bij proefapen. Het eerste geval bij de mens werd in 1970 geregistreerd in de Democratische Republiek Congo (DRC) en sindsdien werd de infectie gemeld in een aantal landen in Centraal- en West-Afrika, voornamelijk in de DRC en Nigeria.

Met de uitroeiing van de pokken in 1980 en de daaropvolgende stopzetting van de pokkenvaccinatie, is het Monkeypoxvirus (MPXV) het belangrijkste orthopoxvirus voor de volksgezondheid geworden. De eerste uitbraak buiten Afrika vond plaats in 2003 in de Verenigde Staten, met een totaal van meer dan 70 gevallen. De uitbraak werd in verband gebracht met prairiehonden die besmet waren door uit Ghana ingevoerde knaagdieren.

In september 2018 werden drie mensen gediagnosticeerd in het Verenigd Koninkrijk (VK); twee van hen waren onlangs naar Nigeria gereisd en het derde geval was een gezondheidswerker. Nadien werden nog herhaaldelijk gevallen van apenpokken gemeld bij reizigers uit Afrika, waarbij éénmaal ook secundaire overdracht plaatsvond naar familieleden. In endemische gebieden wordt MPXV in de natuur waarschijnlijk in stand gehouden door circulatie onder een aantal zoogdieren, waaronder knaagdieren en primaten, met incidentele spill-over en infecties bij mensen.

OVERDRACHT

Apenpokken kunnen worden overgedragen door een besmet dier of persoon. Het virus komt het lichaam binnen via een laesie in de huid (ook als die niet zichtbaar is), de luchtwegen of de slijmvliezen. Overdracht van mens tot mens is niet makkelijk, en vereist nauw contact met een besmet persoon, met transmissie via 1) direct lichamelijk contact met huidlaesies of lichaamsvloeistoffen van een besmet persoon of met kleding, linnengoed of voorwerpen dat door een besmette persoon wordt gebruikt, of 2) via respiratoire druppels bij langdurig contact tussen personen. Andere transmissieroutes, zoals overdracht van moeder op kind of nosocomiale infectie, werden ook beschreven. Overdracht via seksueel contact (door nauw huid-op-huid contact of via genitale afscheidingen) wordt momenteel vermoed en onderzocht. Op basis van de huidige wetenschappelijke informatie, wordt het risico op transmissie voor de algemene bevolking vandaag als zeer laag ingeschat en hoog voor mensen met meerdere seksuele partners (waaronder sommige groepen MSM).

Eerdere vaccinatie tegen pokken kan een kruisbescherming tegen apenpokken geven, die in oudere studies op 85% wordt geschat. Het beschermende effect van pokkenvaccinatie vervaagt echter na verloop van tijd, hoewel uit serologisch onderzoek blijkt dat het meer dan 20 jaar kan aanhouden. Men denkt echter dat het pokkenvaccin, ondanks het afnemende effect, levenslange bescherming biedt tegen ernstige ziekte via geheugen B- en T-cellen. Vaccinatie tegen pokken in België werd officieel rond 1975 stopgezet. Een zekere mate van bescherming kan dus worden verwacht bij de volwassen bevolking boven de 50 jaar.

KLINISCH BEELD

1. Incubatieperiode

De incubatieperiode bedraagt gewoonlijk 6-13 dagen, maar kan 5-21 dagen bedragen.

2. Symptomen en klinische verschijnselen

Na de incubatietijd doorlopen besmette personen doorgaans een prodromale fase van milde symptomen zoals koorts, hoofdpijn, spier- en rugpijn, en vermoeidheid. Bij veel patiënten wordt ook lymfadenopathie gezien, wat meestal niet het geval is bij andere ziekten met huiduitslag, zoals windpokken, mazelen of pokken.

Gewoonlijk verschijnt er 1-3 dagen na het begin van de koorts een huiduitslag op de plaats van de infectie, die zich snel uitbreidt naar andere delen van het lichaam, waaronder de handen en voeten. De huiduitslag evolueert en verschijnt vaak aanvankelijk als een macula, die overgaat in een papul, vesikel en pustel, tot er een korst wordt gevormd, die er gewoonlijk binnen 12 dagen afvalt. Het aantal laesies kan variëren van enkele tot duizenden, en ze kunnen erg jeuken. De huidletsels verschijnen gewoonlijk allemaal in hetzelfde stadium, wat een kenmerk is van pokken en apenpokken, en hen onderscheidt van windpokken.

In de recente gevallen in Europa lijkt de klinische presentatie echter atypisch te zijn. De uitslag verschijnt vooral in de genitale zone (rond de penis of perianaal) en niet alle letsels zijn in hetzelfde stadium. Ulceraties worden ook vaker gemeld, mogelijk door de plaats van de laesies.

Foto's van huidlaesies

(Bron: Instituut voor Tropische Geneeskunde, <https://www.itg.be/N/apenpokken>)



De ziekte is meestal mild, met een volledig herstel binnen de twee à vier weken. Uitzonderlijk kunnen de symptomen ernstiger zijn, vooral bij jonge kinderen, zwangere vrouwen en mensen met immunestoornissen. In sommige gevallen kan ziekenhuisopname nodig zijn. Complicaties in endemische landen zijn onder meer encefalitis, secundaire bacteriële huidinfecties, uitdroging, bindvliesontsteking, keratitis en longontsteking.

De West-Afrikaanse vorm veroorzaakt een minder ernstige ziekte dan de vorm uit het Kongobekken. In Afrika bedraagt het sterftecijfer voor apenpokken 1-10%. Op dit moment zijn de in Europa gemelde symptomen bij gevallen meestal mild, en zijn er geen sterfgevallen gemeld.

3. Differentiël diagnose

De klinische differentiële diagnose omvat andere aandoeningen met een (maculo-papulaire) rash, zoals windpokken, mazelen, bacteriële huidinfecties, schurft, syfilis, herpes (HSV2) en geneesmiddel gerelateerde allergieën. Lymfadenopathie tijdens de prodromale fase van de ziekte kan een klinisch kenmerk zijn dat apenpokken onderscheidt van windpokken of pokken.

BESMETTELIJKE PERIODE

Een persoon is vooral besmettelijk in de periode waarin er huidletsels zijn, maar het lijkt erop dat mensen met prodroomsymptomen het virus ook kunnen overdragen in de dagen vóór het begin van de symptomen, via droplets. Dit moet verder onderzocht worden.

GEVALSDEFINITIE

Er wordt een onderscheid gemaakt wordt tussen een mogelijk geval, een waarschijnlijk geval en een bevestigde besmetting, op basis van de klinische verschijnselen, de epidemiologische context, en labo resultaten.

Bevestigd geval:

Een persoon met een door laboratoriumonderzoek bevestigde apenpokkenvirusinfectie, bevestigd door (1) een positief resultaat voor een MPXV specifieke PCR of (2) een positief resultaat voor een orthopoxvirus specifieke PCRt, met een start van symptomen vanaf 1 maart 2022.

Waarschijnlijke geval:

Een persoon met een onverklaarbare uitslag op een deel van het lichaam

EN

Eén of meer symptomen van infectie met apenpokken die vanaf 1 maart 2022 zijn opgetreden (koorts, hoofdpijn, rugpijn, vermoeidheid, lymfadenopathie (gelokaliseerd of gegeneraliseerd))

EN een van de volgende criteria:

- een epidemiologische link met een bevestigd of waarschijnlijk geval van apenpokken
- in de 21 dagen voordat de symptomen zich hebben voorgedaan;
- een reisgeschiedenis naar een endemisch land (in West- of Centraal-Afrika) in de 21 dagen voordat de symptomen zich hebben voorgedaan;
- een persoon die meerdere of anonieme seksuele partners heeft gehad in de 21 dagen voordat de symptomen zich hebben voorgedaan (ongeacht de seksuele geaardheid);
- een man die seks heeft met mannen.

Mogelijk geval

Een persoon met een onverklaarbare gegeneraliseerde of gelokaliseerde maculopapuleuze of vesiculopustuleuze huiduitslag met centrifugale verspreiding, met korstvorming op de letsels, lymfadenopathie en een of meer andere symptomen die overeen kunnen komen met apenpokken

OF één of meer mogelijke MPX symptomen bij een zeer hoog- en hoog-risicocontactpersoon
OF één of meer mogelijke MPX symptomen bij een zorgverlener die contact heeft gehad met een geval (contact met huidletsels of langdurig face-to-face contact), onafhankelijk van het gebruik van PPE (laag- of hoog-risicocontact).

AANPAK BIJ EEN (MOGELIJK) GEVAL

1. Anamnese

Als een patiënt voldoet aan de definitie van een mogelijk geval, is het belangrijk om bijkomende informatie op te vragen over het volgende:

- datum van het begin van de symptomen (prodromen) en datum van het begin van de (huid)uitslag;
- seksuele activiteiten (verschillende seksuele partners, MSM, ...);
- deelname aan events met een groot aantal deelnemers of nauwe contacten (bv. Darklands) tijdens de incubatieperiode (5 tot 21 dagen);
- reizen tijdens de incubatieperiode (5 tot 21 dagen);
- contact met een symptomatisch persoon (cfr. gevaldefinitie);
- HIV status en gebruik van HIV Pre-Expositie Profylaxe (PrEP);
- klachten die wijzen op een soa;
- vaccinatie tegen pokken.

2. Verwijzing voor diagnostische bevestiging

Bij een vermoeden van apenpokken (mogelijk geval) is een staalafname aangewezen. De voorkeur gaat naar een wisser van de huidletsels. Indien er (nog) geen huidletsels aanwezig zijn maar er wel een sterke vermoeden is van de diagnose (bv. bij een hoog-risicocontact), kan er een keelwisser genomen worden. **Andere stalen die afgenomen kunnen worden zijn een EDTA-bloedstaal en een anale of rectale wisser (indien er letsels zijn).** Gezien de bijzondere voorzorgsmaatregelen voor de staalafnames, wordt de patiënt best doorverwezen naar een tertiair (of universitair) ziekenhuis of een STI/HIV referentiecentrum. Een lijst van deze instellingen is [hier](#) beschikbaar.

Meer informatie over een staalafname en het versturen naar een laboratorium is [hier](#) beschikbaar.

3. Behandeling

De behandeling van apenpokken is hoofdzakelijk symptomatisch en ondersteunend (vermindering van koorts en jeuk), met inbegrip van preventie en behandeling van bacteriële superinfecties.

Er moet een klinische inschatting gemaakt worden van het risico op een ernstig verloop, omwille van bv. onderliggende aandoeningen of medicatie die een immuunstoornis veroorzaken, onbehandelde hiv-infectie, enz. Een antiviraal middel, Tecovirimat® genaamd, dat ontwikkeld werd voor pokken, is door de European Medical Association (EMA) goedgekeurd voor de behandeling van apenpokken in 2022, op basis van gegevens uit dieren- en mensenstudies, en zou gebruikt kunnen worden voor de behandeling van patiënten met een hoog risico op een ernstige ziekte. Het is echter nog niet op grote schaal verkrijgbaar en is nog niet op de markt in België. Een coördinerend werk is lopende op Europees niveau om deze behandeling in de lidstaten beschikbaar te maken.

4. Isolatiemaatregelen voor een geval

- In afwachting van een testresultaat, gelden dezelfde maatregelen voor een mogelijk geval als voor een waarschijnlijk en bevestigd geval.
- Gevallen moeten in strikte isolatie blijven vanaf het begin van de symptomen tot de volledige genezing van de huidletsels (met het afvallen van de korstjes, wat het einde van de besmettelijkheid aangeeft). Het gaat om dezelfde isolatie- en hygiënemaatregelen als voor COVID-19:
 - Gevallen moeten thuis blijven; het huis verlaten is alleen toegestaan voor essentiële redenen (medische afspraak en dringende boodschappen als niemand anders hiervoor kan zorgen) en enkel met het dragen van een chirurgisch mondkapje en het bedekken van de huidlaesies (bv. lange mouwen en broek).
 - Wanneer de patiënt thuis is, moet hij in zijn eigen kamer blijven. Buiten de kamer en indien er andere personen in het huis zijn, moet hij/zij een chirurgisch mondkapje dragen.
 - Huishoudelijke artikelen zoals kleding, beddengoed, handdoeken en eetgerei mogen niet gedeeld worden met andere leden van het huisgezin.
 - Lichamelijk contact moet strikt vermeden worden tot genezing van de huidletsels (afvallen van de korstjes), met inbegrip van seksuele activiteiten. Condooms alleen kunnen geen volledige bescherming bieden tegen apenpokken, omdat contact met de huidletsels een rol speelt bij de overdracht.
 - Contact met dieren (en vooral met knaagdieren zoals muizen, ratten, hamsters, , cavia's, enz.) moet worden vermeden.

5. Persoonlijke bescherming bij contact met een (mogelijk) geval

- Voor de afname van stalen bij een verdacht geval, bij het verzorgen van een patiënt en bij het hanteren van besmet materiaal (kleding, beddengoed, enz.) of stalen in het labo, moeten aangepaste persoonlijke beschermingsmiddelen (PPE) gebruikt worden: handschoenen, een waterbestendige schort, een FFP2-masker en bescherming tegen spatten in de ogen.
- Voor gehospitaliseerde patiënten gelden maatregelen voor contact- en druppelisolatie (met inbegrip van het gebruik van PPE zoals hierboven beschreven).

6. Melding aan de gezondheidsautoriteiten

Alle waarschijnlijke en bevestigde gevallen moeten gemeld worden aan de regionale gezondheidsinspectiediensten, zodat contact tracing en brononderzoek kan geïnitieerd worden en de nodige maatregelen kunnen genomen worden om verdere transmissie tegen te gaan.

Contactgegevens:

Vlaanderen

- <https://www.zorg-en-gezondheid.be/formulier-melding-van-infectieziekten>
- <https://www.zorg-en-gezondheid.be/contact-infectieziektebestrijding-en-vaccinatie>

Brussels Hoofdstedelijk Gewest

- <https://www.wiv-isp.be/matra/bru/>

Wallonië

- <https://sante.wallonie.be/?q=transfert-competences-sante/surveillance-declaration-maladies-infectieuses>
- <https://www.wiv-isp.be/matra/cf/connexion.aspx>

Duitstalige gemeenschap

- https://ostbelgienbildung.be/desktopdefault.aspx/tabid-2326/4558_read-52035/

CLASSIFICATIE VAN CONTACTEN

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen contacten met een zeer hoog risico op besmetting en een hoog risico.

Een zeer hoog-risicocontact is:

- een seksuele partner(s);
- een persoon(s) met langdurig huid-op-huidcontact terwijl de patiënt huiduitslag had.

Een hoog-risicocontact is:

- een persoon die in hetzelfde huishouden of een vergelijkbare omgeving woont (bv. kamperen, overnachten, enz.);
- een persoon die kleding, beddengoed, keukengerei enz. deelde terwijl de patiënt uitslag had;
- verzorgers van een zieke persoon, terwijl deze symptomatisch was;
- zorgpersoneel dat in contact is geweest met het geval (contact met de huidletsels of langdurig face to face contact) zonder de juiste persoonlijke beschermingsmiddelen;
- zorgverleners of andere personen die een scherp letsel hebben opgelopen of zonder persoonlijke beschermingsmiddelen zijn blootgesteld aan lichaamsvloeistoffen van een zieke persoon, of aan een procedure waarbij aerosolen ontstaan;
- labo personeel dat zonder persoonlijke beschermingsmiddelen is blootgesteld aan een arbeidsongeval met een staal dat virus bevat;
een medepassagier op één/twee zitplaatsen afstand van een symptomatisch geval, in een vliegtuig, bus of trein, met een reisduur ≥ 3 uur.

Alle andere contacten (waaronder sociale interacties, collega's op het werk, personen die fitnessapparatuur delen enz.) worden als contacten met een laag risico beschouwd, waarvoor er geen specifieke maatregelen zijn.

MAATREGELEN VOOR CONTACTEN

Alle hoog-risicocontacten

- Zelfcontrole op symptomen (koorts, hoofdpijn, huiduitslag of andere huidlaesies...) gedurende een periode van 21 dagen vanaf de laatste dag van blootstelling (= dag 0). Als isolatie van het geval niet mogelijk is, begint de periode van 21 dagen na de genezing van de huidlaesies van het geval (= laatste dag van isolatie). In geval van symptomen moet de persoon (telefonisch) contact opnemen met een arts om de diagnose te bevestigen of uit te sluiten. Tot apenpokken is uitgesloten moeten de maatregelen voor een geval gevolgd worden.
- Nauw contact moet vermeden worden gedurende 21 dagen, vooral met jonge kinderen, zwangere vrouwen en personen met een immuunstoornis. Seksuele contacten moeten strikt vermeden worden.

- Contact met dieren (en vooral met knaagdieren zoals muizen, ratten, hamsters, , cavia's, enz.) moet worden vermeden.
- Een vaccinatie tegen pokken kan worden gebruikt voor postexposure profylaxe (PEP) van nauwe contacten met een hoog risico op ernstige ziekte, indien beschikbaar. De Hoge Gezondheidsraad werd om een advies gevraagd.
- Hoog-risicocontacten moeten worden uitgesloten van donaties van bloed, organen of beenmerg gedurende minimaal 21 dagen vanaf de laatste dag van blootstelling.

Contacten met een zeer hoog risico

- Naast bovengenoemde maatregelen wordt contactpersonen met een zeer hoog risico aangeraden een chirurgisch masker te dragen bij alle contacten met andere mensen. Als de persoon in contact komt met jonge kinderen (bv. in de kinderopvang), zwangere vrouwen of personen met een immuunstoornis, moet de zeer hoog-risicocontactpersoon 21 dagen in quarantaine blijven.

GERAADPLEEGDE BRONNEN

- ECDC. Rapid risk assessment. Monkeypox multi-country outbreak. 23 May 2022. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-monkeypox-multi-country-outbreak>
- Santé Publique France. Cas de Monkeypox en Europe, définitions et conduites à tenir. 20 mai 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-transmissibles-de-l-animal-a-l-homme/monkeypox/donnees/>
- UK Health Security Agency. Guidance Monkeypox <https://www.gov.uk/guidance/monkeypox>
- CDC. Monkeypox. <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/index.html>
- Public Health England. Monkeypox: information for primary care. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/850059/Monkeypox information for primary care.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/850059/Monkeypox_information_for_primary_care.pdf)
- WHO. Multy-country monkeypox outbreak in non-endemic countries. 21 May 2022. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news>
- ECDC. Factsheet for health professionals on monkeypox <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/monkeypox/factsheet-health-professionals>
- Primary risk assessment. Monkeypox multi-country outbreak, May 2022. https://epidemiology.wiv-isp.be/ID/Documents/PRA_Monkeypox_20052022_public.pdf