Monkeypox (MPX) | Update 01 (22-05-2022)

In dit bericht:

- Huidige uitbraak in Europa en Nederland
- A ziekte (nieuw)
- Ziektebeeld
- Transmissie
- Handelingsperspectief wanneer u iemand verdenkt op monkeypox
    - Indicatie diagnostiek
    - Mogelijk geval
    - Waarschijnlijk geval
- Wat te doen wanneer u iemand verdenkt van monkeypox?
    - Persoonlijke beschermingsmiddelen voor de zorgverlener
    - Diagnostiek bij personen met (verdenking op) monkeypox
    - Route diagnostiek Amsterdam-Amstelland
- Isolatie voor index (nieuw)
- Beleid voor hoogrisicocontacten (nieuw)
    - Vaccinatie
    - Qaurantaine
- Vervolg
- Contactgegevens

Middels deze brief willen wij u informeren over de huidige uitbraak met het monkeypoxvirus (MPXV) en het handelingsperspectief wanneer u iemand verdenkt op monkeypox.

Huidige uitbraak in Europa en Nederland

Afgelopen dagen is er in de media bericht over het monkeypoxvirus waarvan in de afgelopen maand al enkele gevallen verschenen in meerdere Europese landen (Verenigd Koninkrijk, Spanje, Portugal, Italië, Duitsland, Frankrijk, België en Zweden), Canada (Quebec) en de Verenigde Staten (Massachusetts, New York). De meeste gevallen zijn gevonden onder mannen die seks hebben met mannen (MSM). Opvallend is dat het merendeel van deze gevallen geen link heeft met gebieden in West-Afrika, alwaar het virus endemisch is. Dit betekent mogelijk dat het virus zich in Europa heeft kunnen verspreiden. Op 20 mei 2022 werd bekend dat het virus ook in Nederland is vastgesteld.

A ziekte (nieuw)

Vanaf zaterdag 21 mei 2022 is monkeypox via een ministeriele regeling aangewezen als een meldingsplichtige ziekte groep A. Dat betekent dat het vaststellen van monkeypox of het vermoeden daarvan vanaf heden onverwijld gemeld moet worden bij de GGD.

Ziektebeeld
MPXV is een zoönotische infectie van het genus orthopoxvirus waar ook het pokkenvirus (variolavirus) toebehoort. Het ziektebeloop is doorgaans mild. De incubatietijd van MPX is gemiddeld 6 tot 16 dagen (spreiding 5-21 dagen). Symptomen starten in het algemeen met atypische klachten zoals koorts, hoofdpijn, moeheid en spierpijn. Na ongeveer 1-3 dagen volgen huidlaesies die starten als een maculopapuleuze uitslag, meestal beginnend over het gelaat, verspreidend naar het lichaam en inclusief handen en voeten, waarna de laesies overgaan in pustels en korstvorming (variërend van enkele tot duizenden). Daarnaast wordt bij patiënten met MPX vaker lymfadenopathie gevonden. Of dit ziektebeeld bij deze uitbraak op de voorgrond staat, is nog niet zeker. Van de gevallen in Portugal en het Verenigd Koninkrijk is bekend dat de prodromale fase afwezig of onopvallend kan zijn en dat MSM zich voornamelijk presenteerden met anogenitale uitslag waarbij sommigen pijnlijke inguinale lymfadenopathie hadden. De huidlaesies lijken aanvankelijk op waterpokken of syfilis, maar kunnen zich onderscheiden doordat de laesies zich vaker – echter niet per definitie – presenteren in hetzelfde stadium, voordat er korstvorming en loslating van de korst optreedt. Het ziektebeloop is in het algemeen mild en self-limiting met een volledig herstel na 2-4 weken. Het risico op ernstig beloop (met secundaire infecties) komt vooral voor bij kinderen en immuungecompromitteerde personen. Nader onderzoek van de huidige uitbraak moet meer duidelijkheid scheppen over het ziektebeeld en de ernst ervan.

Transmissie
Overdracht is mogelijk bij nauw contact met besmette (levende of dode) dieren, mensen of indirect via met MPXV besmet materiaal. Transmissie kan respiratoir via druppelcontact, via huidlaesies en via slijmvliezen plaatsvinden. De meeste gevallen in Europa zijn tot op heden importgevallen geweest, waarbij secundaire gevallen via direct contact met patiënten of indirect contact (via besmette lakens) zijn beschreven. De meest waarschijnlijke besmettingsroute onder MSM is het directe contact met infectieuze huidlaesies.

Handelingsperspectief wanneer u iemand verdenkt op monkeypox

Indicatie diagnostiek
Er is nog geen internationale casusdefinitie voor deze uitbraak van monkeypox beschikbaar. Voorlopig sluiten we aan bij de casusdefinitie zoals opgesteld door UKHSE in het VK en is er in de volgende gevallen indicatie voor diagnostiek. Indien een patiënt voldoet aan de casusdefinitie verzoeken wij u te overleggen met de arts infectieziektebestrijding van de GGD.

Mogelijk geval
Een persoon met klachten passende bij de prodromale fase van monkeypox (koorts, spierpijn, hoofdpijn, moeheid) die in de 21 dagen voor ontstaan van deze klachten contact heeft gehad met een persoon met laboratoriumbevestigde monkeypox.

OF

Een persoon met een ziektebeeld waarvan de arts een hoge verdenking heeft op monkeypox gezien het anamnestische blootstellingsrisico.

Waarschijnlijk geval:
Een persoon met vesiculaire-pustuleuze uitslag (wijdverspreid en/of anogenitaal) die daarnaast aan tenminste een van de volgende epidemiologische criteria voldoet:

- Persoon heeft in de 21 dagen voor ontstaan van klachten gereisd naar een land waar monkeypox endemisch is (West- en Central Afrika), dan wel een land waar sinds begin mei 2022 gevallen van monkeypox zijn geconstateerd*.
- Persoon behoort tot de groep mannen die (ook) seks hebben met mannen (MSM).

* d.d. 20-5-2021: Verenigd Koninkrijk, Spanje, Portugal, Italië, Duitsland, Frankrijk, België, Canada (Quebec), Verenigde Staten (Massachusetts, New York), Zweden.

Deze casusdefinities zijn aan verandering onderhevig naarmate meer kennis beschikbaar komt en internationale berichtgeving.

Wat te doen als u iemand verdenkt van monkeypox?

Persoonlijke bescherming van de zorgverlener
Indien u vooraf geïnformeerd bent over een mogelijke verdenking monkeypox bij een patiënt die zich bij uw praktijk/SEH presenteert wordt geadviseerd om een FFP2 mond-neus masker te dragen en afstand te houden. Bij inspectie van de laesies adviseren wij de volgende PBM te dragen: handschoenen, schort met lange mouwen, spatbril en FFP2 wordt gedragen.

Indien achteraf blijkt dat u onbeschermd in aanraking bent geweest met huidlaesies of langer dan 15 minuten binnen 1,5 meter van een patiënt met monkeypox bent geweest, wordt u beschouwd als een hoogrisicocontact. Zie onder voor maatregelen.

Diagnostiek bij personen met (verdenking op) monkeypox
Geadviseerd wordt om diagnostiek bij patiënten waarbij monkeypox in de differentiaaldiagnose staat (ook bij lage verdenking) niet uit te stellen tot andere mogelijke oorzaken zijn uitgesloten, maar tegelijk met de diagnostiek naar andere potentiële verwekkers in te zetten om vertraging in eventuele maatregelen te voorkomen.

De PCR is orthopoxvirus-specifiek, indien positief volgt identificatie door middel van sequentie-analyse (Diagnostisch Vademecum Infectieziekten tabel | RIVM). De PCR kan op dit moment alleen worden uitgevoerd door het RIVM of door het Erasmus MC

Route diagnostiek Amsterdam-Amstelland (tot nader order)
Voor de regio Amsterdam-Amstelland is gekozen om voorlopig de diagnostiek gecentreerd plaats te laten vinden in het AUMC (locatie AMC). **Indien u een patiënt heeft met een verdenking op monkeypox vragen wij u eerst contact op te nemen met de dienstdoende arts infectieziektebestrijding van GGD Amsterdam om de indicatie voor diagnostiek te bespreken.** Indien u een opname indicatie nodig acht graag contact opnemen met de dienstdoende infectioloog van het AUMC (locatie AMC).

In afwachting van de diagnostiek en de uitslag hiervan blijven patiënten thuis in isolatie.

Isolatie voor index (nieuw)
Indien er sprake is van monkeypox wordt de index verzocht in thuisisolatie te blijven totdat de laatste korsten van de huidlaesies zijn losgelaten.

Beleid voor hoogrisicocontacten (nieuw)

Vaccinatie
Hoogrisicocontacten komen in aanmerking voor postexpositieprofylaxe middels vaccinatie van 3e generatie pokkenvaccin (Imvanex). Vaccinatie wordt bij voorkeur binnen 4 dagen na blootstelling gegeven, maar kan tot uiterlijk 14 dagen na blootstelling gegeven worden.

Quarantaine
Omdat er geen volledige duidelijkheid is over de exacte transmissieroutes en de daaraan verbonden risico's is het advies aan hoogrisicocontacten (zoals seksuele contacten, huisgenoten en personen die zonder adequate persoonlijke beschermingsmiddelen contact hebben gehad met huidlaesies, of langer dan 15 minuten binnen 1,5 meter van een patiënt zijn geweest) om uit voorzorg in thuisquarantaine te gaan voor 21 dagen na het laatste risicocontact. Ook is het advies om dagelijks de lichaamstemperatuur te meten en de gezondheidstoestand in de gaten te houden. De GGD zal daarbij dagelijks telefonisch contact opnemen met de hoogrisicocontacten voor monitoring van koorts en ontstaan van eventuele klachten.

Dit beleid geldt voor zowel in het verleden gevaccineerde personen als voor contacten die nu een vaccinatie krijgen aangeboden. Op basis van nader beschikbare informatie over besmettingsroutes en besmettelijkheid zal de quarantainemaatregel worden aangepast of opgeheven.

Contacten met een laag risico op besmetting worden telefonisch of schriftelijk geïnformeerd. Voor hen geldt GEEN vaccinatie of quarantaine advies.

Vervolg
Het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM is momenteel opgeschaald en er vindt nader overleg plaats over de geëigende diagnostiek, meldingsplicht, maatregelen naar aanleiding van een geval en bron- en contactonderzoek. Wanneer er meer informatie bekend is informeren wij u hierover.

Contactgegevens
- Op werkdagen (ma-vrij tussen 8:30-17:00 uur) kunt u contact opnemen met de afdeling Algemene Infectieziekten van GGD Amsterdam, telefoonnummer 020 555 5337.
- Buiten kantooruren kunt u contact opnemen met dienstdoende arts infectieziektebestrijding, Algemene Infectieziekten GGD Amsterdam, telefoonnummer 020 555 5555.