

APENPOKKEN (MONKEYPOX) INFORMATIE VOOR ZORGVERLENERS

Versie 7 oktober 2022

INHOUDSTAFEL

| | |
|---|----|
| INLEIDING | 2 |
| ZIEKTEVERWEKKER | 2 |
| EPIDEMIOLOGIE | 2 |
| OVERDRACHT | 2 |
| KLINISCH BEELD | 3 |
| 1. Incubatieperiode | 3 |
| 2. Symptomen en klinische verschijnselen | 3 |
| 3. Differentiële diagnose | 4 |
| BESMETTELIJKE PERIODE | 4 |
| GEVALSDEFINITIE | 5 |
| AANPAK BIJ EEN (MOGELIJK) GEVAL | 5 |
| 1. Anamnese | 5 |
| 2. Verwijzing voor diagnostische bevestiging | 6 |
| 3. Behandeling | 6 |
| 4. Isolatiemaatregelen voor een geval | 6 |
| 5. Persoonlijke bescherming bij contact met een (mogelijk) geval | 7 |
| 6. Melding aan de gezondheidsautoriteiten | 7 |
| 7. Maatregelen bij een overlijden | 8 |
| CLASSIFICATIE VAN CONTACTEN | 8 |
| MAATREGELEN VOOR CONTACTEN | 9 |
| VACCINATIE | 9 |
| GERAADPLEEGDE BRONNEN | 12 |
| BIJLAGE 1: MODALITEIT VOOR DE UITBREIDING VAN DE INDICATIE VOOR VACCINATIE PER REGIO | |
| BIJLAGE 2: CONTACTGEGEVENS VAN DE HIV REFERENTIECENTRA | |

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 worden er 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.

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 een sub-variant van de West-Afrikaanse variant, die door de WGO als variant IIb benoemd werd.

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.

Nadien werden nog herhaaldelijk gevallen van apenpokken gemeld bij reizigers uit Afrika, vooral in het Verenigd Koninkrijk, maar ook in Israël, Singapore en de VS, waarbij tweemaal ook secundaire overdracht plaatsvond, éénmaal naar een zorgverlener en éénmaal naar familieleden.

In endemische gebieden wordt MPXV in de natuur waarschijnlijk in stand gehouden door circulatie onder een aantal zoogdieren, vooral eekhoorns en andere knaagdieren, 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. In de huidige uitbraak gebeurt overdracht

voornamelijk via seksueel contact. Of dit enkel gebeurt door nauw huid-op-huid contact, of ook via genitale afscheidingen (zonder huidletsels), wordt momenteel nog onderzocht.

Op basis van de huidige wetenschappelijke informatie en epidemiologische situatie, wordt het risico op transmissie vandaag nog steeds als zeer laag ingeschat voor de algemene bevolking en als zeer hoog voor mensen met meerdere seksuele partners (waaronder sommige groepen MSM).

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 meestal, maar niet altijd, 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 huidige epidemie lijkt de klinische presentatie te verschillen van eerdere gevallen in Afrika. 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.

Atypische presentaties zijn ook mogelijk, met slechts één huidletsel of geen huidletsels, en bijvoorbeeld enkel anale pijn en bloeding. Ook asymptomatische infecties werden al beschreven.

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, sterfgevallen zijn zeer zelden.

3. Differentiële 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.

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. In afwachting van meer evidentie hierover wordt er uit voorzorg vanuit gegaan dat iemand besmettelijk is vanaf 2 dagen voor de start van de eerste (prodromale) symptomen.

Er is ook beperkte evidentie dat infecties asymptomatisch kunnen verlopen, met aanwijzing dat deze ook besmettelijk zijn. Om pragmatische redenen wordt voor deze personen de

beginperiode van besmettelijkheid vastgelegd op 2 dagen voor de dag van de staalafname of positieve PCR-test.

GEVALSDEFINITIE

Er wordt een onderscheid gemaakt 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 PCR, met een start van symptomen vanaf 1 maart 2022.

Waarschijnlijk 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 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 Profylaxis (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. Bij een atypische klinische presentatie (zonder huidletsels) kan een ander type staal overwogen worden. Voorbeelden zijn een anorectale wisser i.g.v. anale klachten, speeksel of een keelwisser (orofaryngeaal staal) i.g.v. tonsillitis en urine of een urethrale wisser i.g.v. urethritis. Een EDTA-bloedstaal kan nuttig zijn in de prodromale fase. Gezien het toenemende aantal gevallen en het belang om de diagnose zo snel mogelijk te kunnen stellen, moet een patiënt niet altijd meer doorverwezen worden naar een tertiair (of universitair) ziekenhuis of een STI/HIV referentiecentrum. Meerdere ziekenhuizen kunnen een staal afnemen (zie lijst [hier](#)), en ook huisartsen kunnen indien zij dit willen een staal afnemen.

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). Dit kan tot 21 dagen duren. Het gaat om vergelijkbare isolatie- en hygiënemaatregelen als voor COVID-19 (zie ook een [informatiefiche voor patiënten](#)):
 - 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 mondmasker en het bedekken van de huidlaesies (bv. lange mouwen en broek).

- Wanneer de patiënt thuis is, moet hij/zij in zijn/haar eigen kamer blijven. Buiten de kamer en indien er andere personen in het huis zijn, dient afstand bewaard te worden met huisgenoten (>1.5 m) en indien niet mogelijk moet een chirurgisch mondmasker gedragen worden.
- 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.
- Na het helen van de letsels wordt best nog gedurende 12 weken een condoom gebruikt tijdens seksuele activiteit, om transmissie via sperma uit te sluiten.
- Contact met dieren (en vooral met knaagdieren zoals eekhoorns, muizen, ratten, hamsters, cavia's, enz.) moet worden vermeden.
- Voor asymptomatische gevallen met een positieve PCR gelden dezelfde maatregelen als hierboven, waarbij de duur van de isolatie 21 dagen bedraagt, te tellen vanaf de dag van de staalafname/positieve test.

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/

7. Maatregelen bij een overlijden

Het hanteren van menselijke resten van overleden personen met MPX moet tot een minimum worden beperkt. Patiënten met huidletsels die nog niet genezen zijn, kunnen nog steeds infectieus zijn. Draag daarom persoonlijke beschermingsmiddelen (PPE) tegen contact en druppels (handschoenen, waterbestendige schort, FFP2 masker, oogbescherming) en pas goede handhygiëne toe. Zorg ervoor dat eventueel weglekken van lichaamsvloeistoffen wordt voorkomen. Het lichaam moet in een doek of lijkwade worden gewikkeld en zo spoedig mogelijk naar het mortuarium worden overgebracht.

De waardigheid van de overledene, zijn culturele en religieuze tradities en zijn familie moeten worden gerespecteerd en beschermd. Familie en vrienden mogen het lichaam bekijken nadat het is klaargemaakt voor de begrafenis. Zij mogen het lichaam niet aanraken of kussen en moeten na de bezichtiging hun handen reinigen met water en zeep of met een handontsmettingsmiddel op alcoholbasis.

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 een patiënt (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 aërosolen 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 voor de huisgenoten 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 eekhoorns, muizen, ratten, hamsters, cavia's, enz.) moet worden vermeden.
- 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.

Voor preventieve of profylactische vaccinatie (PEPV) tegen MPX na blootstelling aan een bevestigd geval, zie het volgende hoofdstuk.

VACCINATIE

Volgens oudere studies, wordt geschat dat een eerdere vaccinatie tegen pokken tot 85% kruisbescherming geeft tegen monkeypox. Het beschermende effect van pokkenvaccinatie neemt met de tijd af, maar uit serologisch onderzoek blijkt dat de bescherming meer dan 20 jaar kan aanhouden.

Vaccinatie tegen pokken in België werd officieel rond 1975 stopgezet. Daarom kan een zekere mate van bescherming worden verwacht in de populatie van volwassenen die ouder zijn dan 50 jaar.

Er is momenteel geen vaccin op de markt dat specifiek tegen MPX ontwikkeld werd. In 2013 heeft het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) een derde generatie, niet-replicerend pokkenvaccin (Imvanex® - Modified Vaccinia Ankara) voor uitzonderlijke omstandigheden toegelaten voor gebruik tegen pokken, dat (off-label) ook ingezet kan worden in de huidige epidemie van MPX. Vroegtijdige vaccinatie na blootstelling (binnen vier dagen na blootstelling aan een MPX-geval) kan de ziekte voorkomen en toediening van een vaccin tot maximum 14 dagen kan het verloop van de ziekte minder ernstig maken.

De Hoge Gezondheidsraad (HGR) heeft op 1 juni een aanbeveling gedaan voor de vaccinatiestrategie tegen MPX, waarbij profylactische vaccinatie met een derde generatie vaccin (zoals Imvanex®) werd aanbevolen, bij voorkeur binnen 4 dagen na blootstelling aan een door PCR bevestigd MPX-geval, voor personen die niet eerder tegen pokken werden

gevaccineerd (behalve in het geval van immunodeficiëntie). In augustus werd een update gepubliceerd, [hier](#) beschikbaar.

In functie van de beschikbaarheid van vaccins¹ werden de indicaties voor vaccinatie sedert begin juli progressief uitgebreid naar meer doelgroepen.

Eind september werd de doelgroep voor preventieve vaccinatie verder uitgebreid, waarbij nu alle MSM met multipele partners (op basis van een zelfinschatting van het risico) toegang hebben tot de vaccinatie.

De volgende personen komen in aanmerking voor vaccinatie:

- **Vaccinatie na blootstelling (PEPV):**

- 1) alle zeer-hoog-risicocontacten (zie classificatie contacten), binnen 4 dagen na de blootstelling, om een besmetting te voorkomen; voor personen in deze groep met een risico op een ernstige infectie (mensen met immuunstoornissen, zwangere vrouwen) kan het vaccin overwogen worden tot 14 dagen na de blootstelling, om de ernst van een eventuele infectie te verminderen;
- 2) hoog-risicocontacten (inclusief onbeschermd gezondheidswerkers, zie classificatie contacten) met een risico op een ernstig verloop van een eventuele infectie (mensen met immuunstoornissen, zwangere vrouwen), bij voorkeur binnen 4 dagen na de blootstelling, tot maximaal 14 dagen erna.

Het besluit om PEPV vaccinatie aan te bieden zal worden genomen op basis van een individuele beoordeling, door de behandelend arts en de regionale gezondheidsautoriteiten gezamenlijk (onder meer voor de risicobeoordeling bij professionele blootstelling).

- **Preventieve vaccinatie (PPV):**

- 1) ernstig immuungecompromitteerde personen (immunodeficiëntie door ziekte (kanker onder behandeling of HIV/AIDS met lage CD4 waarden) en door medicatie (chemotherapie, transplantatie), die een hoog risico lopen om met MPXV besmet te raken;
- 2) mannelijke en transgender sekswerkers;
- 3) alle MSM met multipele seksuele contacten; de modaliteit hiervoor verschilt per regio (zie Bijlage 1).
- 4) laboratoriumpersoneel dat monkeypoxvirus culturen behandelt.

Daarnaast hebben de medische verantwoordelijken van de HIV Referentie Centra ook nog steeds de mogelijkheid om, na nauwkeurige evaluatie, de uiterst kleine groep van vrouwelijke HIV-PrEP gebruikers met multiple sekspartners te vaccineren.

- **Personen die eerder tegen pokken werden gevaccineerd worden niet opnieuw gevaccineerd** (behalve in het geval van immunodeficiëntie), en personen die reeds een monkeypox infectie doormaakten komen ook niet meer in aanmerking voor vaccinatie.

¹ Begin juli heeft België 3.040 dosissen Jynneos® vaccin (de Amerikaanse versie van Imvanex®) ontvangen van de Europese Commissie. Een hoger aantal dosissen (30.000) wordt verwacht in het late najaar. Dankzij een intradermale toediening van het vaccin begin september (waarbij in niet-immuun gedeprimeerde personen een zelfde effect bekomen kan worden met één vijfde van de dosis) kon het aantal dosissen nog sterk verhoogd worden.

- Het gebruik van het vaccin bij kinderen < 18 jaar is “off label”, en is dus enkel mogelijk op basis van een beslissing van een arts na afweging van de voor- en nadelen en mits informed consent van de ouders/verantwoordelijke volwassene.
- De vaccins kunnen momenteel worden toegediend in 12 HIV-referentiecentra en in een aantal bijkomende vaccinatiecentra (zie Bijlagen 1 en 2). De praktische organisatie kan verschillen per centrum.
- Het vaccin wordt momenteel verder intradermaal toegediend, voor personen zonder immuunstoornis. In dat geval moet een tweede dosis toegediend worden na 28 dagen. Voor personen die een subcutane eerste dosis kregen zal de tweede dosis gegeven worden na levering van de bijkomende bestelde dosissen (behalve voor personen met een immuunstoornis, die de tweede dosis moeten krijgen na een interval van 28 dagen).

GERAADPLEEGDE BRONNEN

- ECDC. Rapid risk assessment. Monkeypox multi-country outbreak-first update. 8 July 2022. [Monkeypox multi-country outbreak - first update \(europa.eu\)](https://ecdc.europa.eu/en/monkeypox)
- Santé Publique France. Cas de Monkeypox en Europe, définitions et conduites à tenir. 21 juillet 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-transmissibles-de-l-animal-a-l-homme/monkeypox/donnees/>
- UK Health Security Agency. Guidance. Monkeypox: background information. 24 June 2022. <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
- WHO. Multy-country monkeypox outbreak in non-endemic countries. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news>
- WHO. Monkeypox. [Monkeypox \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox)
- ECDC. Factsheet for health professionals on monkeypox. 14 June 2022. <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/monkeypox/factsheet-health-professionals>
- Adviezen van de Risk Assessment Group (RAG) (20 mei, 24 mei, 31 mei en 8 juni). [Monkeypox \(wiv-isp.be\)](https://www.wiv-isp.be/monkeypox)
- Hoge Gezondheidsraad. Vaccinatiestrategie tegen het apenpokkenvirus. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2022_0621_hgr_9720_vaccinatiestrategie_apenpokken_vweb.pdf
- De Baetselier I, Van Dijck C, Kenyon C, Coppens J, Van den Bossche D et al. Asymptomatic monkeypox virus infections among male sexual health clinic attendees in Belgium. medRxiv 2022.07.04.22277226; doi: <https://doi.org/10.1101/2022.07.04.22277226>
- FDA news release - Monkeypox Update: FDA Authorizes Emergency Use of JYNNEOS Vaccine to Increase Vaccine Supply ([Monkeypox Update: FDA Authorizes Emergency Use of JYNNEOS Vaccine to Increase Vaccine Supply | FDA](https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-authorizes-emergency-use-jynneos-vaccine-increase-vaccine-supply))
- [EMA's Emergency Task Force advises on intradermal use of Imvanex / Jynneos against monkeypox | European Medicines Agency \(europa.eu\)](https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-emergency-task-force-advises-intradermal-use-imvanex-jynneos-against-monkeypox)

Bijlage 1: Modaliteit voor de uitbreiding van de indicatie voor vaccinatie per regio

Vlaanderen

Op 4 oktober is er een specifiek vaccinatiemoment tegen apenpokken in het vaccinatiedorp van Kinepolis Antwerpen (van 17 tot 20 uur), waarbij 800 personen die deel uitmaken van de doelgroepen voor vaccinatie (inclusief MSM met verschillende seksuele partners) zich gratis kunnen laten vaccineren, zonder verwijfsbrief van een huisarts. Inschrijven kan via de website <https://zorg-en-gezondheid.be/vaccinatiemoment-apepokken>.

Informatie voor vaccinaties na 4 oktober zal later meegedeeld worden.

Brussels Hoofdstedelijk Gewest

In Brussel zullen de doelgroepen voor preventieve vaccinatie zich vanaf 6 oktober ook kunnen laten vaccineren in het Pacheco center. Hiervoor kan telefonisch een afspraak gemaakt worden, op het nummer 02/214 19 29.

Wallonië

Vanaf 11 oktober kan de vaccinatie plaatsvinden in 3 bijkomende centra, naast de drie HIV referentiecentra (Bijlage 2). Het gaat om de volgende centra:

- CHU Ambroise Paré, tel. 065/41 36 37;
- Arlon Vivalia, een telefoonnummer voor het maken van een afspraak wordt later meegedeeld;
- Espace S, tel. 042/87 67 00 (start 12/10).

Duitstalige gemeenschap

Preventieve vaccinatie in de Duitstalige gemeenschap zal mogelijk zijn vanaf 12 oktober, op specifieke dagen in de vaccinatiecentra voor COVID-19 in Eupen en St-Vith. Vanaf 11 oktober kan hiervoor telefonisch een afspraak worden gemaakt, op het nummer 087/59 63 18.

Voor vaccinatie na blootstelling kunnen patiënten verwezen worden naar het HIV referentiecentrum in Luik.

Meer informatie is vanaf begin oktober beschikbaar op: <https://ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-7419/>.

Bijlage 2: Contactgegevens van de HIV referentiecentra

| Provincie | Ziekenhuis | Verantwoordelijke arts | Telefoon |
|-----------------|--|--|--|
| Antwerpen | Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG)/ Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) | Prof. Dr. Patrick Soentjens Prof. Dr. Erika Vlieghe Prof. Dr. Pierre Van Damme | 03/247 66 66 |
| Limburg | Jessa Ziekenhuis | Prof. Peter Messiaen | 011/33 81 11 011/33 76 50 |
| Oost-Vlaanderen | UZ Gent | Dr. M-A De Scheerder Prof. Linos Vandekerckhove Prof. Steven Callens | 09/332 21 11 09/332 23 50 |
| Vlaams-Brabant | UZ Leuven | Prof. Paul De Munter Prof. Eric Van Wijngaerden Prof. Inge Derdelinckx | 016/34 47 75 016/33 22 11 |
| West-Vlaanderen | AZ Sint-Jan Brugge-Oostende | Prof. Stefaan Vandecasteele Dr. Jens Van Praet | 050/45 23 12 050/45 23 20 |
| Brussel | CHU Saint-Pierre | Dr. Charlotte Martin Dr. Agnès Libois | 02/535 31 77 |
| Brussel | Saint Luc | Prof. Leïla Belkhir | 02/764 70 87 |
| Brussel | Erasme | Prof. Jean Christophe Goffard | 02/555 74 84 |
| Brussel | UZ Brussel | Prof. Sabine Allard | 02/477 86 86 |
| Henegouwen | CHU Charleroi | Dr. Rémy Demeester | 071/92 22 58 071/92 23 07 |
| Luik | CHU Liège | Prof. Michel Moutschen | 04/270 31 90 |
| Namen | CHU Mont-Godinne | Dr. Nathalie Ausselet Prof. Bénédicte Delaere | Weekdagen 8-17h 081/42 28 61 Weekend 8-17h 081/42 31 01 |