



Dato 30-05-2022

Sagsnr. 05-0601-2102

version 3

Retningslinjer for håndtering af abekopper i Danmark

Baggrund

Abekoppevirus er en infektionssygdom der overføres fra dyr til mennesker (zoonose). Den tilhører gruppen af orthopoxvirus, ligesom den nu udryddede koppevirus. Abekoppevirus findes endemisk i Central- og Vestafrika og virus cirkulerer primært mellem dyr, og dyrereservoir består formentlig af fx gnavere, egern, aber mv. Der sker løbende smitte fra dyr til mennesker, hvor smitte fra mennesker til mennesker er mere sjældent. Der findes to typer abekopper, hvor den vestafrikanske variant generelt er mildere end den centralafrikanske variant. Sygdommen er uanset variant mindre alvorlig end kopper.

Abekopper optræder vanligvis ikke i Europa. Aktuelt pågår et udbrud med et stigende antal bekræftede tilfælde med den vestafrikanske variant af abekopper på tværs af Europa, herunder i Danmark. Tilfældene er uden rejserelation til områder i Afrika hvor smitten findes, og smitten sker fra menneske til menneske, hvilket ikke i samme omfang er observeret i Europa tidligere, hvilket gør udbruddet usædvanligt.

I det følgende beskrives forholdene omkring håndtering af patienter med mistænkt eller bekræftet infektion med abekopper og deres kontakter.

Epidemiologi

Abekoppevirus forekommer endemisk i dele af Central- og Vestafrika, og den mest almindelige smittevej er fra dyr til mennesker. Det er især blandt befolkninger, der bor i landdistrikter, og som jager, håndterer og indtager kød fra smittede dyr, at der forekommer smittetilfælde. Tilfælde og smitteoverførsel er tidligere set i lande uden for Vest- og Centralafrika også i Europa via importerede tilfælde fra området.

Abekoppevirus er ikke meget smitsomt mellem mennesker.

Smitte mellem mennesker kan ske ved tæt fysisk kontakt. Smitten sker ved at virus gennemtrænger en defekt i huden, gennem slimhinder eller luftveje. Smitten overføres typisk ved, at der er direkte kontakt med væske fra hudblære, ved smitte fra luftveje, ligesom der er beskrevet enkelte tilfælde, hvor smitte er sket ved kontakt med smittespredende genstande, herunder sengetøj m.v.

Aktuelt ses en ophobning af tilfælde i Europa blandt mænd, der har sex med mænd (MSM), og hvor smitemåden vurderes at være direkte fysisk kontakt. Smitten kan være sket ifm. sex, men det er ikke præcist at beskrive det som seksuelt overført, da det formentlig er ved den tætte hudkontakt at smitten sker. Det er derfor vigtigt at understrege at risikoen for smitte gælder alle, der er i tæt fysisk kontakt, med en der er smittet.

Inkubationstiden er i gennemsnit 6-16 dage (spændvidde 5-21 dage).

Personer, der er smittede, er ikke smitsomme i inkubationsperioden, men kan smitte fra de første almensymptomer viser sig (kulderystelser, feber, hovedpine, muskelsmerter og træthed) og indtil alle skorper er faldet af¹.

Immunitet i befolkningen og vaccination

Ingen eller meget få personer i Danmark kan forventes at være naturligt immune mod abekopper. Imidlertid forventes en (kryds)beskyttelse blandt de, som tidligere er vaccineret mod kopper.

I Danmark blev kravet om koppevaccination for børn inden det fyldte 7. år ophævet med virkning fra 1. april 1977. Universelle tilbud om koppevaccination var på dette tidspunkt udbredt globalt som led i eradikationen. Dette betyder, at for alle praktiske formål kan alle personer født i 1970 eller tidligere anses som koppevaccineret. Koppevaccine efterlader et ar, hvis fremtræden dog kan være variabel, hvorfor manglende påvisning af ar ikke nødvendigvis betyder manglende vaccination.

Selvom beskyttelsen mod kopper aftager med tiden efter vaccination, forventes koppevaccinerede personer fortsat at være beskyttede mod alvorlig sygdom, baseret på immunsystemets huskefunktion (B- og T-memory celler). Dette vil gælde for personer, der er vaccineret med koppevaccinen.

Klinisk billede

Symptomer

Sygdommen begynder ofte med kulderystelser, feber, hovedpine, muskelsmerter og træthed. Der ses desuden ofte lymfeknudesvulst. Inden for 1 til 3 dage efter symptomdebut udvikler patienten udslæt, som ofte begynder i ansigtet og derefter spreder sig til andre dele af kroppen.

Der er i aktuelle udbrud en overvægt af tilfælde, hvor udslættet starter omkring kønsdelene og på baller. Udslættet udvikler sig og danner små blærer, som tørrer ud for til sidst at danne skorper. Typisk størrelse af elementerne er 0,5 til 1 cm og tæller fra nogle få til flere tusinde. Oftest vil lymfeknudesvulst være retningsgivende for diagnosen, hvilket sjældnere ses ved skoldkopper.

Differentialdiagnostiske overvejelser bør omfatte mæslinger, skoldkopper, syfilis og herpes, hvor der er risiko for forveksling. Modsat skoldkopper er det karakteristisk for abekopper, at alle hudlementer i samme område er i samme stadium.

Prognose

Sygdommen er oftest selvbegrænsende og varer normalt 2-4 uger. Der kan opstå ardannelse i forbindelse med opheling af sårskorperne.

¹ ECDC Rapid risk assessment, Monkeypox multi-country outbreak, 23 May 2022, [Risk assessment: Monkeypox multi-country outbreak \(europa.eu\)](https://www.ecdc.europa.eu/en/risk-assessment-monkeypox-multi-country-outbreak)

Ved dokumenterede tilfælde i Central- og Vestafrika har dødeligheden varieret afhængig af virusvarianten. Der er i afrikansk kontekst rapporteret en dødelighed på 3,6-4,6 % for den vestafrikanske stamme, som er den der aktuelt ses i Europa, og på op til 8,7 % for den centralafrikanske stamme².

Der er begrænset viden og erfaringen med alvorligheden af abekopper i en europæisk kontekst, med generel bedre sundhedstilstand og behandlingsmuligheder, men formentlig er case-fatality rate mindre end 1 %³. Den observerede dødelighed i Central- og Vestafrika kan ikke overføres direkte til en generel forventet dødelighed i Europa. Dette skyldes en række faktorer fx kan dødelighederne være overestimeret, da de diagnosticerede tilfælde i Central- og Vestafrika hovedsageligt vil være de mest alvorlige tilfælde, de diagnosticerede tilfælde kan have svækket immunforsvar fx på grund af HIV-infektion, og sundhedsvæsenet i dette område er generelt svage, hvilket kan bidrage til højere dødelighed. Der har ikke blandt de bekræftede tilfælde i det igangværende globale udbrud været nogle dødsfald, og der er rapporteret om to indlæggelser pga. sygdom hos personer med påvist abekoppevirus.

Case definition

Bekræftet tilfælde

En patient i Danmark, hvor der er påvist abekoppevirus-DNA ved PCR i en klinisk prøve.

Mistænkt tilfælde

Abekopper hos en person i Danmark mistænkes:

- Ved uforklaret udslæt hvor som helst på kroppen OG et eller flere symptomer på abekoppevirus-sygdom* OG minimum ét af følgende:▪ Epidemiologisk forbindelse til bekræftet eller mistænkt tilfælde af abekopper indenfor 21 dage før personens symptomdebut

ELLER

- Rejse til land eller område med endemisk forekomst af abekopper indenfor 21 dage før symptomdebut

ELLER

- Er en person uanset seksuel orientering der har haft mange eller anonyme seksualpartnere indenfor 21 dage før symptomdebut

ELLER

- Er en mand der har sex med mænd

² <https://www.ssi.dk/-/media/arkiv/dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsovervaagning/ssi-risikovurdering-af-abekopper.pdf?la=da>

³ ECDC Rapid risk assessment, Monkeypox multi-country outbreak, 23 May 2022, [Risk assessment: Monkeypox multi-country outbreak \(europa.eu\)](https://ecdc.europa.eu/en/risk-assessment-monkeypox-multi-country-outbreak)

* Influenzalignende symptomer, herunder feber >38,5, hovedpine, rygsmerter, træthed, og lymfeknudesvulst (lokalt eller generaliseret)

Håndtering af nære kontakter

Styrelsen for Patientsikkerhed identificerer og varetager håndtering af asymptomatiske nære kontakter til personer med bekræftet infektion med abekopper, der har haft kontakt i den smittesomme periode, hvilket er fra debut af symptomer. Ved bekræftede tilfælde bør Styrelsen for Patientsikkerhed forsøge at identificere kilden til smitte.

Styrelsen for Patientsikkerhed kontakter infektionsmedicinsk afdeling på Hvidovre Hospital eller Aarhus Universitetshospital, Skejby, med henblik på, at infektionsmedicinsk afdeling kan vurdere, om der skal tilbydes post-eksposure profylakse vaccination til nære kontakter til bekræftede tilfælde.

Definition af nær kontakt til bekræftet tilfælde med abekopper:

Nære kontakter defineres som personer der har haft en af nedenstående kontaktformer til en person med bekræftet tilfælde af abekopper, i tidsperioden fra debut af almen symptomer (kulderystelser, feber, hovedpine, muskelsmerter og træthed) eller hudsymptomer (udslæt, blærer m.v.) hvis der ikke er almensymptomer, og indtil alle skorper er faldet af.

- Alle husstandskontakter, eller hustandslignende kontakter f.eks. kærester med separat bolig
- Seksualpartnere uanset om der er anvendt kondom
- Personer der har haft direkte kontakt med hud og kropsvæsker eller potentielt kontamineret materiale fx sengetøj, herunder sundhedspersonale der ikke har anvendt de foreskrevne værnemidler ved direkte eller indirekte kontakt.
- Passagerer i fly, tog eller bus, der har siddet på sædet i samme række lige ved siden af personen med abekopper i mere end 8 timer. Dette gælder således ikke personer, der har siddet på den anden side af gangen, eller rækken foran eller bagved.

Sundhedspersonale, der i det danske sundhedsvæsen har benyttet sig af de foreskrevne værnemidler, anses ikke i almindelighed for at være en nær kontakt.

Styrelsen for Patientsikkerhed informerer nære kontakter om forhold ved abekopper, herunder:

- Informerer om symptomerne ved abekopper.
- Iværksætter passiv overvågning i 21 dage efter eksposition, defineret ved to daglige temperaturmålinger og opmærksomhed på symptomer på abekopper.
- Undgå tæt fysisk kontakt med andre i 21 dage fra eksponeringen, især immunsvækkede, gravide og børn.

Hvis den nære kontakt udvikler symptomer forenelige med abekopper, skal vedkommende med det samme selvisolere og kontakte den infektionsmedicinske afdeling, som Styrelsen for Patientsikkerhed har anvist, og informere om, at vedkommende har været eksponeret for abekopper og udviklet symptomer. Podning foretages på infektionsmedicinsk afdeling Hvidovre Hospital eller Aarhus Universitetshospital, Skejby, men kan efter konferering evt. foretages på lokal infektionsmedicinske afdeling.

Nære kontakter skal ikke i karantæne, hvis de ikke har symptomer, da man først smitter efter symptomdebut. Ved fremkomst af symptomer hos en nær kontakt skal vedkommende selv isolere med det samme.

Vaccination

Forebyggende vaccination kan tilbydes nære kontakter med moderat eller høj risiko for smitte med det formål at forebygge alvorlig sygdom. Dette princip kaldes også for post-exposure profylakse (PEP). Formålet er således ikke at hindre at den nære kontakt smitter videre (at bryde smittekæder), da dette sigte kan opnås ved aktiv eller passiv overvågning samt selvisolering ved symptomer.

Da sigtet er forebyggelse af alvorlig sygdom, og da der er tale om en vaccine med sparsom videnskabelige dokumentation, finder Sundhedsstyrelsen at tilbud om forebyggende vaccination kun skal gives til nære kontakter efter en konkret og individuel sundhedsfaglig vurdering ved en speciallæge i infektionsmedicin. Vurderingen bør tage udgangspunkt i både risikoen for at den nære kontakt er smittet, og risikoen for at denne udvikler alvorlig sygdom, samtidig med at risikoen for eventuelle bivirkninger ved vaccination tages i betragtning.

Vaccinen Imvanex® indeholder levende modificeret vaccinia-virus af Ankara-type. Vaccinen er godkendt i USA og Canada til forebyggelse af abekopper hos mennesker. Vaccinen har markedsføringsgodkendelse fra EU, og der foreligger dansk produktresumé⁴, men da vaccinen aktuelt ikke markedsføres i Danmark kræves udleveringstilladelse fra Lægemiddelstyrelsen.

Den godkendte indikation i EU er aktiv immunisering mod kopper hos voksne, dvs. personer på 18 år eller ældre. Ved anvendelse af vaccinen i en dansk kontekst til forebyggelse af abekopper dvs. udenfor godkendt indikation, skal patienten derfor informeres om dette, samt om mulige komplikationer og bivirkninger, ligesom lægen skal journalføre indikation, information og samtykke.

Dosering er 0,5 ml som indgives subkutant i huden over deltoideus to gange med 28 dages mellemrum til personer, der ikke tidligere er vaccineret mod kopper. Hvis personen tidligere er vaccineret mod kopper, kan man nøjes med én vaccination. Hos immunkompromitterede patienter (f.eks. med hiv-infektion, eller i immunosupprimerende behandling), som tidligere er blevet vaccineret mod kopper, kan man overveje at give to doser.

Da der er tale om en levende svækket vaccine har denne 3. generations vaccine væsentlig færre bivirkninger end de historiske vacciner, der blev anvendt ved eradikationskampagnen i 1970'erne. De hyppigste bivirkninger ved vaccination er hovedpine, kvalme, muskelsmerter, træthed og lokale reaktioner ved indstiksstedet (fx smerte, rødme, hævelse). Bivirkninger kan være hyppigere hos patienter med hudlidelser som f.eks. atopisk dermatitis.

Vaccination bør udskydes hos personer, der lider af akut, svær, febril sygdom eller akut infektion. Tilstedeværelsen af mild infektion og/eller lav feber bør ikke føre til, at vaccinationen udskydes. Ordinerende læge henvises i øvrigt til gældende produktresumé, herunder ift. overvejelser ved vaccination af immunkompromitterede, børn, gravide og ammende⁵.

⁴ https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/imvanex-epar-product-information_da.pdf

⁵ https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/imvanex-epar-product-information_da.pdf

Selvom den videnskabelige dokumentation er sparsom, forventes vaccination med Imvanex® af nære kontakter til en smittet at kunne forebygge udvikling af sygdom eller at mildne sygdomsforløbet af abekopper, hvis vaccinationen bliver givet i tide efter udsættelse for smitte⁶. Selvom man først er færdigvaccineret med Imvanex® efter to doser, ses der i studier et immunologisk respons inden for de første to uger efter første dosis, og forventningen er derfor, at vaccination kan mildne sygdomsforløbet - også efter den første dosis.

Første vaccination bør gives inden for 4 dage fra udsættelse for smitte for at opnå den bedste effekt af vaccination, men kan i særlige tilfælde gives op til 14 dage efter udsættelse, da der teoretisk forventes mildere forløb af abekoppesygdom.

Den konkrete lægefaglige vurdering af indikation for forebyggende vaccination bør tage udgangspunkt i både risikoen for smitte (Tabel 1) samt risikoen for udvikling af alvorlig sygdom^{7, 8}.

Tabel 1: Vurdering af behovet for post-exposure vaccination til personer der har været udsat for mulig smitte med abekopper

Risikoen for smitte	Beskrivelse	Post-exposure vaccination
Høj	<p>Direkte eksponering af ikke-intakt hud (fx sår) eller slimhinde til en person med symptomatisk abekoppesygdom, herunder kropsvæsker fra den syge, eller potentielt inficeret materiale (fx tøj eller sengetøj).</p> <p>Dette inkluderer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhalation af dråber eller støv ved rengøring af kontaminede rum. • Slimhinde eksponering til dråber • Penetrerende skarpe skader fra kontaminede genstande eller handsker • Personer der har sovet under samme tag 	Kan overvejes efter en individuel vurdering.

⁶ Recommendations for the use of pre and post exposure vaccination during a monkeypox incident. UK health security agency, maj 2022, v6.6. [Recommendations for the use of pre and post exposure vaccination during a monkeypox incident \(publishing.service.gov.uk\)](https://www.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/106442/recommendations-for-the-use-of-pre-and-post-exposure-vaccination-during-a-monkeypox-incident.pdf)

⁷ ECDC Rapid risk assessment, Monkeypox multi-country outbreak, 23 May 2022, [Risk assessment: Monkeypox multi-country outbreak \(europa.eu\)](https://ecdc.europa.eu/en/monkeypox-risk-assessment)

⁸ Recommendations for the use of pre and post exposure vaccination during a monkeypox incident. UK health security agency, maj 2022, v6.6. [Recommendations for the use of pre and post exposure vaccination during a monkeypox incident \(publishing.service.gov.uk\)](https://www.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/106442/recommendations-for-the-use-of-pre-and-post-exposure-vaccination-during-a-monkeypox-incident.pdf)

	<p>mindst en nat, i perioden hvor den syge er smitsom.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seksual partner 	
Mellem	<p>Ingen af ovenstående men direkte eksponering til intakt hud til en person med symptomatisk abekoppesygd, herunder kropsvæsker fra den syge, eller potentielt inficeret materiale (fx tøj eller sengetøj).</p> <p><i>Eller fx</i> Passagerer i fly, tog eller bus, der har siddet ved siden af person med symptomatisk abekoppesygd i mere end 8 timer.</p>	Kan overvejes efter en individuel vurdering.
Lav	Ingen af ovenstående og ingen fysisk kontakt eller usandsynlig eksponering til dråber.	Ikke nødvendig

Imvanex® lagerføres ved de infektionsmedicinske afdelinger på Hvidovre Hospital og på Aarhus Universitetshospital, Skejby, men kan varetages på landets øvrige infektionsmedicinske afdelinger efter aftale og koordinering med en af de to afdelinger.

Antivirale midler

Behandling med et antiviralt lægemiddel skal bero på en individuel lægefaglig vurdering foretaget af en speciallæge i infektionsmedicin. Der er få data om lægemidternes kliniske effekt på abekoppesygd og lægemidternes sikkerhedsprofil. Behandling hos personer med bekræftet smitte med abekopper kan eksempelvis overvejes til personer med immundefekt såsom personer med HIV med lavt CD4-tal og til børn, som vurderes at være i risiko for udvikling af alvorlig abekoppesygd

Tecovirmat er godkendt i EU til behandling af abekopper, inkl. børn ned til 13 kg kropsvægt. Behandling bør igangsættes snarest efter diagnosen; behandlingsperioden er 14 dage⁹. Lægemidlet er godkendt på baggrund af effekt målt i dyrestudier (effektstudier i mennesker ikke mulige, da koppesygd er udryddet, og abekoppesygd er sporadisk forekommende), men også afprøvet i raske mennesker for etablering af en bivirkningsprofil (primært hovedpine og gastrointestinale bivirkninger).

Håndtering af patienter hos praktiserende læger, i lægevagtsklinikker, på akutmodtagelser m.v.

Hvis personer mistænkt for abekoppesygd jævnfør case-definitionen, henvender sig med symptomer i lægepraksis, akutmodtagelse m.v., anbefales det at kontakte infektionsmedicinsk

⁹ Tecovirmat produktinformation, <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tecovirmat-siga>

afdeling på Hvidovre Hospital eller på Aarhus Universitetshospital med henblik på konferering, samt planlægning af podning for abekopper.

Podning foretages på infektionsmedicinsk afdeling på Hvidovre Hospital eller Aarhus Universitetshospital, Skejby, men kan efter konferering evt. foretages på den lokale infektionsmedicinske afdeling.

Der skal iagttages følgende hygiejniske forholdsregler:

Patienten placeres afsides fra andre, om muligt på enestue, og kun nødvendigt personale bør have kontakt med patienten.

Der udleveres almindelig kirurgisk maske, som patienten selv påsætter.

Sygehistorie og almentilstand vurderes om muligt på afstand. Man kan bede patienten selv måle temperatur med mundtermometer, der efterfølgende kasseres.

Ved behov for håndtering af/direkte kontakt med patienten bør personalet bære værnemidler i form af handsker, væsketæt engangsovertrækskittel med lange ærmer og manchetter, FFP3-maske og ansigtsdækkende visir.

Ved rengøring samt ved håndtering af tekstiler og affald bæres beskyttelse som ved patienthåndtering. Hvis muligt afspærres rummet, indtil diagnosen er be- eller afkræftet.

Rengøring – herunder af gulve – foretages med vand og sæbe, og derefter desinficeres med klorholdigt produkt (min. 1.000 ppm). Tekstiler kan desinficeres ved vask på 80 grader i mindst 10 minutter.

Håndtering af person med bekræftet abekoppesygdom

Personer som har fået bekræftet abekoppesygdom bør isoleres. Hvis almentilstanden tillader det, kan dette foregå i eget hjem. Det er vigtigt, at patienten får besked om, hvem vedkommende skal kontakte ved forværring af tilstanden.

Ved anbefaling om hjemmeisolation bør den smittede holde sig isoleret frem til alle skorperne er faldet af, og der er dannet ny hud under.

Personer som gennemfører isolation i eget hjem, bør:

- undgå tæt kontakt med andre mennesker, specielt små børn, gravide, svækkede ældre eller immunsvækkede.
- afstå fra seksuel kontakt.
- opholde sig på eget rum, hvis boligen deles med andre.
- have eget badeværelse hvis muligt (hvis dette ikke er muligt, bør eget håndklæde benyttes og badeværelset rengøres efter brug).
- tildække sofa/stol osv. som benyttes med f.eks. et lagen (som tages af og vaskes på minimum 80°C ved afisolering).
- selv håndtere og vaske alt eget tøj på minimum 60°C – undertøj, håndklæder og sengetøj bør vaske på minimum 80°C.
- Hud-nært affald (plaster, forbindelse og lignende) bør bortskaffes som klinisk risiko affald efter aftale med det modtagende sygehus

- vedr. kæledyr i hjemmet, se Fødevarestyrelsens hjemmeside¹⁰.

Personer, som er i isolation, kan gå ture, men anbefales at holde afstand til andre. Dersom der er brug for at opsøge lægehjælp bør mundbind benyttes, og udslættet tildækkes. Personer som bor alene anbefales at få hjælp til at handle.

Ambulancetransport til infektionsmedicinsk specialafdeling

Ved ambulancetransport af patient med mistænkt eller bekræftet abekopper bør patienten iføres almindelig kirurgisk maske. Båren beklædes med et ikke-permeabelt engangsplastunderlag el.lign. Unødvendigt udstyr i ambulancen fjernes eller overdækkes med plastik.

Såfremt forholdene tillader det, bør patienten selv gå ind og ud af ambulancen. Ved stabile patienter undgås så vidt muligt patientkontakt. Håndtering af patienten begrænses til så få personer og så få procedurer, som det er fagligt forsvarligt, og der føres log over procedurer og kontakter.

Ambulancepersonale med direkte patientkontakt bør bære værnemidler i form af handsker, væsketæt engangsovertrækskittel med lange ærmer og manchetter, FFP3-maske og ansigtsdækkende visir.

Patienten bør så vidt muligt indlægges direkte fra terræn på isolationsstue.

Efter transporten rengøres ambulancen med vand og sæbe, og der foretages desinfektion med et klorholdigt produkt (min. 1.000 ppm). Spild af kropsvæsker optørres straks med absorberende materiale efterfulgt af pletdesinfektion med klorholdigt produkt (min. 1.000 ppm). Linned og øvrige tekstiler lægges i pose som lukkes indtil desinfektion ved vask på 80 grader i min. 10 min.

Ved rengøring samt ved håndtering af tekstiler og affald bæres beskyttelse som ved patienthåndtering.

Affald bortskaffes ved det modtagende sygehus som klinisk risikoaffald. Personalet ved infektionsmedicinsk afdeling yder ved behov assistance og rådgivning vedr. de hygiejniske forholdsregler.

Håndtering på infektionsmedicinsk specialafdeling

Hvis en person, med mistænkt eller bekræftet abekoppesygdom, der er i hjemmeisolation, udvikler symptomforværring, skal patienten konfereres med infektionsmedicinsk bagvagt på infektionsmedicinsk afdeling på enten Hvidovre Hospital eller Aarhus Universitetshospital, Skejby, eftersom indlæggelse af personer med mistænkt eller bekræftet abekoppesygdom skal være på et af de pågældende steder.

Patienten bør umiddelbart isoleres og håndteres jfr. ”Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstand i sundhedssektoren”. Ud fra et forsigtighedsprincip bør patienten som udgangspunkt isoleres på enestue med undertryksluse.

¹⁰ <https://www.foedevarestyrelsen.dk/>

Håndtering af patienten begrænses til så få personer og så få procedurer, som det er fagligt forsvarligt. Besøg på stuen logføres og procedurer dokumenteres. Personalet skal være trænet og erfarent i brug af højisolationsstuer og niveau 3 beskyttelsesudstyr, herunder korrekt på- og aftagning af værnemidler.

Beslutning om smittefrihed og udskrivelse træffes ved infektionsmedicinsk overlæge.

Afdøde håndteres efter samme forholdsregler som patienter.

Laboratoriediagnostik

PCR-diagnostik af abekoppevirus skal som udgangspunkt udføres efter konkret vurdering ved infektionsmedicinsk speciallæge og udføres på Statens Serum Institut.

Før fremsendelse af prøver skal den behandlende læge kontakte epidemiologisk vagthavende på Statens Serum Institut med henblik på at aftale fremsendelse af prøver til Serum Institut på tlf. 41317404.

Såfremt der på infektionsmedicinsk afdeling findes indikation for undersøgelse for abekoppevirus tages en eller flere af følgende:

Podning

eller

Vesikelvæske (50-100 mikroliter)

eller

Biopsi

Bemærkninger om prøvetagning:

Vesikel: Fra vesikel på huden opsuges 50-100 mikroliter vesikelvæske med en lille sprøjte/kanyl (fx 0,5 mL insulin-sprøjte) og overføres til tørglas.

Podning/biopsi/skrab: Podning tages med en podepind. Podepinden/biopsien/skrab indsendes i tørglas. Det anbefales, at et par blærer podes med samme podepind for at sikre nok virologisk materiale til PCR-diagnostik.

Prøverne skal emballeres forsvarligt forud for forsendelsen til laboratoriet efter gældende retningslinjer¹¹. Prøven skal pakkes i en primær beholder (prøverør, spidsrør) og en sekundær beholder (transportrør). Imellem den primære og den sekundære beholder skal der være et sugende materiale, som kan absorbere al væsken i prøven. Prøven pakkes i en passende yderemballage, som skal sikre prøven mod slag. Prøvekuverten skal mærkes "OBS Monkeypox".

Anmeldelse

Den læge, der har behandlingsansvar for patienten med bekræftet infektion med abekopper, skal straks anmelde tilfældet telefonisk til Styrelsen for Patientsikkerhed. Efterfølgende skal

¹¹ <https://www.ssi.dk/produkter-og-ydelser/diagnostik/emballering-af-proever>

tilfældet anmeldes skriftligt til Statens Serum Institut, Afdeling for Infektionsepidemiologi & Forebyggelse og Styrelsen for Patientsikkerhed (kan anmeldes elektronisk via SEI2)¹².

¹² <https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/anmeldelse-af-sygdomme/lovpligtige-meldesystemer/individ-anmeldelses-sygdomme>