



Herziening richtlijn mpox (samenvatting)

Rosalie Slegers¹, Henry de Vries²

De richtlijn Seksueel Overdraagbare Aandoeningen, module mpox is in 2025-2026 herzien door de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). De richtlijn is opgesteld door een multidisciplinaire werkgroep met vertegenwoordiging vanuit de NVDV, NIV, NVMM, NVA, NVIB en Soa Aids Nederland. Naar verwachting wordt de richtlijn in juni op richtlijndatabase gepubliceerd.

De informatie over deze aandoening verandert snel, tijdens het schrijven van deze herziening was er nog veel onbekend. Bij beperkt wetenschappelijk bewijs zijn de aanbevelingen met name gebaseerd op expert opinie.

Bij de herziening van de module zijn vier onderdelen ontwikkeld: 1) een algemeen hoofdstuk, 2) behandeling, 3) pijnbestrijding en 4) follow-up. Overige onderwerpen, zoals preventie, transmissie en incubatie, zijn vervangen door een verwijzing naar de LCI-richtlijn mpox(vaccinatie), waar deze informatie uitgebreid is opgenomen.

Deze samenvatting beschrijft de belangrijkste aanbevelingen van de richtlijn, op basis van de richtlijntekst zoals gepubliceerd in de Richtlijndatabase. Het is belangrijk om de overwegingen, zoals beschreven in de volledige richtlijntekst, in acht te nemen.

ALGEMEEN

Mpox (voorheen 'appelpokken' of 'monkeypox') is een zoönotische orthopoxvirusinfectie, die oorspronkelijk vooral voorkwam in sub-Sahara Afrika. In 2022 ontstond een uitbraak in Europa die zich wereldwijd verspreidde, waarbij bijna exclusief mannen die seks hebben met mannen werden getroffen. De huiduitslag begon vaak in het inoculatiegebied, meestal anogenitaal, en ging regelmatig gepaard met pijnlijke inguinale lymfadenopathie en/of koorts. Door de snelle ontwikkelingen in kennis over deze in Nederland nieuwe en zeldzame infectie biedt een richtlijn zorgverleners houvast bij de zorg voor patiënten met mpox.

BEHANDELING

Bij de meeste patiënten verloopt een mpox-infectie mild en is er geen sprake van ernstige ziekte. De aanbevolen behandeling van mpox is daarom in de meeste gevallen ondersteunend zoals adequate pijnbestrijding en het behandelen van complicaties. Secundaire bacteriële infecties dienen volgens de SWAB-adviezen te worden behandeld, waarbij bij abscesvorming drainage belangrijk is. Momenteel is er geen bewezen effectieve antivirale behandeling voor mpox. In uitzonderlijke

gevallen kan, na overleg met een internist infectioloog en/of viroloog uit een academisch centrum, behandeling met tecovirimat worden overwogen. Dit geldt voor patiënten met ernstige immuunsuppressie of pre-existente huidafwijkingen die de barrièrefunctie verstoren. Op theoretische gronden dient antivirale behandeling dan zo vroeg mogelijk te worden gestart. Maar ook bij patiënten met een geprotraheerd ziektebeloop, gekenmerkt door aanhoudend nieuwe laesies, of bij patiënten met orgaanspecifieke complicaties, wordt geadviseerd te overleggen met een internist-infectioloog en/of viroloog uit een academisch centrum. Overweeg ook in deze situaties een antivirale behandeling.

PIJNBESTRIJDING

Binnen de ondersteunende behandeling van mpox neemt pijnbestrijding een belangrijke plaats in. Desondanks zijn er geen specifieke studies beschikbaar over pijnbehandeling bij mpox. De aanbevelingen zijn daarom gebaseerd op expert opinie, de WHO-pijnladder en de WHO-richtlijn voor mpox.

De werkgroep beveelt aan om bij ieder contact met een patiënt met mpox actief naar pijn en jeuk te vragen, inclusief locatie, ernst, karakter van de klachten en het effect van eventueel reeds ingezette behandeling. De behandeling van pijn start doorgaans met paracetamol en eventueel een NSAID. Bij ernstige pijn of onvoldoende effect kan een opioïd worden toegevoegd, waarbij aandacht moet zijn voor het voorkomen van obstipatie door laagdrempelig laxantia te starten. Bij neuropathische pijn kan medicatie zoals gabapentine worden overwogen. Als er onvoldoende effect is van de behandeling of wanneer er onzekerheid bestaat over de aanpak, wordt aanbevolen te overleggen met een pijnspecialist.

Daarnaast is het belangrijk alert te zijn op complicaties van pijn of van de laesies. Denk hierbij aan obstipatie, urinereten-

¹ Arts-onderzoeker NVDV

² Voorzitter richtlijnwerkgroep, dermatoloog Amsterdam UMC, tevens cluster Infectieziekten GGD Amsterdam

tie bij laesies nabij de urethra en dehydratie bij orofaryngeale laesies en gastro-intestinaal verlies. In specifieke situaties kunnen kortdurend topicale therapie overwegen.

FOLLOW-UP

Er is geen specifiek onderzoek beschikbaar naar lange termijn complicaties van mpox. De meeste studies richten zich op het acute ziektebeloop en complicaties op korte termijn. Hoewel restverschijnselen zoals littekenvorming kunnen voorkomen, herstelt het merendeel van de patiënten zonder blijvende klachten. Routinematige controle op lange termijn bij een ongecompliceerd beloop wordt om deze reden niet aanbevolen. Wel dienen patiënten het advies te krijgen contact op te nemen bij nieuwe of aanhoudende klachten. Daarnaast

wordt aanbevolen om aandacht te besteden aan de mogelijke psychosociale impact van de ziekte en, zo nodig, aan soa- en hiv-preventie. Bespreek met de patiënt dat mpoxvaccinatie na een doorgemaakte infectie geen toegevoegde waarde heeft en dat er weliswaar een kleine kans bestaat op re-infectie, maar dat de kans op een ernstig ziektebeloop daarbij gering is. Follow-up wordt wel aanbevolen bij een gecompliceerd beloop.

CORRESPONDENTIEADRES

Bureau NVDV

E-mail: secretariaat@nvdv.nl