
Apekopper i Norge

LEDER

KRISTINE MØRCH

kristine.morch@helse-bergen.no

Kristine Mørch er ph.d. og spesialist i infeksjonssykdommer. Hun er overlege og leder for Nasjonal kompetansetjeneste for tropiske infeksjonssykdommer ved Haukeland universitetssjukehus, og førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

FRANK O. PETTERSEN

Frank O. Pettersen er ph.d. og spesialist i infeksjonssykdommer og i medisinsk mikrobiologi. Han er overlege og leder ved Regional kompetansetjeneste for import- og tropesykdommer ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

De siste månedene har det blitt rapportert om utbrudd av apekopper utenfor Afrika. Halvparten av tilfellene er påvist i Europa, deriblant to i Norge.

Apekopper er i slekt med kopper, men mindre smittsomt. Infeksjonen er velkjent i deler av Afrika, der smitte til mennesker første gang ble rapportert i Kongo i 1970. Til forskjell fra kopper som bare rammet mennesker, og derfor var mulig å utrydde med massevaksinering, er apekopper en zoonose med reservoar blant ville dyr.

Navnet apekopper kommer av at viruset først ble påvist hos aper i danske laboratorier i 1959, men ulike gnagere er vanligste smittekilde. Den demokratiske republikken Kongo har med 18 788 påviste smittede i perioden 2009–19 rapportert flest mistenkte tilfeller (1). Kun 85 av disse var bekreftet med diagnostisk PCR-test, slik at den reelle forekomsten i Afrika er usikker. Dødeligheten i endemiske områder rapporteres å være 1–3 % (vestafrikansk

form) og 10–11 % (sentralafrikansk form) (1). Som ved andre infeksjoner har immunsvekkede personer økt risiko for alvorlig sykdomsforløp. Mangelfull tilgang til diagnostikk og støttende behandling i sykehus samt til behandling av hivinfeksjon har antagelig påvirket dødeligheten av apekopper i endemiske områder.

«Navnet apekopper kommer av at viruset først ble påvist hos aper i danske laboratorier i 1959»

Apekopper karakteriseres av selvbegrensende feber, kroppssverk, lymfadenopati og utslett som blir til pustler og vesikler. I likhet med mange vanlige virusinfeksjoner, for eksempel vannkopper og influensa, kan man i sjeldne tilfeller se komplikasjoner i form av pneumonitt og affeksjon av sentralnervesystemet. De fleste av de smittede i Europa i 2022 har fått påvist den vestafrikanske formen og har hatt mild sykdom. Det har ikke vært rapportert om noen dødsfall.

Infeksjonen smitter ved kontakt med infiserte dyr og mellom mennesker ved tett nærkontakt, for eksempel mellom medlemmer av samme husstand. Under det pågående utbruddet er foreløpig de fleste smittede menn som har oppgitt mannlige seksualpartnere som smitekilde. Dette kan endre seg, da smitteoverføring er uavhengig av seksuell orientering. Råd om smittevern må derfor ikke bare fokusere på menn som har sex med menn.

Verdens helseorganisasjon (WHO) og Europeisk senter for infeksjonskontroll (ECDC) følger utviklingen av utbruddet og gir gode og konkrete råd til europeiske helsemyndigheter. Afrikanske land har erfaring med håndtering av utbrudd av apekopper, og WHO har i mange år hatt råd for håndtering i endemiske områder tilgjengelig på sine hjemmesider. Smitterutinene for prøvetaking til PCR som nå gjøres ved norske sykehus, og isolering i hjemmet eller på sykehus, samsvarer med det vi kjenner godt fra covid-19-pandemien, med noen tilpasninger.

Vårens utbrudd er ikke første gang apekopper har forekommet utenfor Afrika. I 2003 ble 47 mennesker i USA smittet etter bitt eller skrap fra præriehunder som igjen var smittet av gnagere importert fra Ghana (2, 3). Ingen døde, og det ble ikke påvist smitte mellom mennesker. Utbruddet brant ut og man har ikke funnet holdepunkter for at viruset etablerte seg blant ville dyr i USA.

Syv tilfeller av apekopper ble påvist i Storbritannia i perioden 2018–21 (4). Ingen utviklet alvorlige komplikasjoner, men alle pasientene ble isolert på sykehus av smittevernhensyn. Tre var sekundær- eller tertiærsmittet i Storbritannia, hvorav én helsearbeider og to innad i en familie. Alle, inkludert et barn yngre enn to år, var isolert i høyrisikosmitteenhet i 10–39 dager inntil PCR-test var negativ for virus i luftveier, blod og vesikler. Media ble kritisert for å ha skapt overdreven smittefrykt da to personer smittet i Nigeria kom til Storbritannia i 2018, men britiske helsemyndigheter ble berømmet for balanserte tiltak (5). Likevel ble et lite barn isolert i mer enn tre uker i høyrisikoenhet tre år senere, og det var ingen selvfølge at mor skulle hospitaliseres sammen med barnet (4).

«Det er liten risiko for farlige mutasjoner, og smittemåten til apekopper gir lav risiko for en ny pandemi»

Risiko for nye zoonoser og utbrudd fordi mennesker kommer tettere innpå ville dyr som resultat av naturødeleggelser, er en helsetrussel. Det er viktig å prioritere pandemiberedskap på alle nivåer og å styrke internasjonalt samarbeid. Oppmerksomheten rundt det aktuelle utbruddet har ført til økt testaktivitet og flere påviste tilfeller av apekopper. Men det er viktig å huske at sykdommen som regel er mild og lite smittsom. Koppevaksinerte har fortsatt beskyttelse av vaksinen som ble gitt frem til 1976, og en moderne koppevaksine og antivirale medikamenter kan gis i visse situasjoner når de blir gjort tilgjengelig i Norge. Apekoppeviruset er et DNA-virus, og DNA-virus er mer stabile enn RNA-virus. Det er derfor liten risiko for farlige mutasjoner, og smittemåten til apekopper gir lav risiko for en ny pandemi som SARS-CoV-2.

Tabloide medier har til dels krisemaksimert utbruddet av apekopper, og blant annet Sverige har innført smittevernregler som gir lovhjemmel for tvungen isolering. Folkehelseinstituttet har derimot valgt å ikke definere apekopper som en allmennfarlig smittsom sykdom, og de har dermed unngått overdrevne smitteverntiltak. De har også gitt god og balansert folkeopplysning som bidrar til å dempe unødvendig frykt i befolkningen.

REFERENCES

1. Bunge EM, Hoet B, Chen L et al. The changing epidemiology of human monkeypox-A potential threat? A systematic review. PLoS Negl Trop Dis 2022; 16: e0010141. [PubMed][CrossRef]
2. Reed KD, Melski JW, Graham MB et al. The detection of monkeypox in humans in the Western Hemisphere. N Engl J Med 2004; 350: 342–50. [PubMed][CrossRef]
3. Reynolds MG, Davidson WB, Curns AT et al. Spectrum of infection and risk factors for human monkeypox, United States, 2003. Emerg Infect Dis 2007; 13: 1332–9. [PubMed][CrossRef]
4. Adler H, Gould S, Hine P et al. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. Lancet Infect Dis 2022; 22: S1473-3099(22)00228-6. [PubMed][CrossRef]
5. The Lancet. Monkeypox contacts: a puzzling problem. Lancet 2018; 392: 986. [CrossRef]

Publisert: 17. juni 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0412
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 27. mars 2026.