

Infection par le Monkeypox virus : repérer et prendre en charge un patient en France

La variole du singe « monkeypox » (orthopoxvirus / poxviridae) est apparentée à la variole. Les foyers épidémiques habituels se situent en Afrique, mais en mai 2022, des cas sans notion de voyage ni de contact avec des voyageurs en provenance de pays à risque ont été identifiés.

Repérer et établir un diagnostic clinique - Patient suspect = Tableau clinique ET Expositions compatibles => un repérage précoce permet de mieux protéger l'entourage

► Signes d'appel - Incubation habituelle de 7 à 14 jours [min 5 j - max 21 jours]

Tableau clinique - Eruption évocatrice = macules - vésicules, pustules, parfois de grande taille, avec ombilication centrale, parfois nécrotique, pseudofolliculites, inflammation péri-lésionnelle, pouvant atteindre tout le corps notamment paumes et plantes de pieds, visage, cuir chevelu. Poussée unique en général, mais possibilité de lésions d'âges différents. Douleurs lors des poussées, peu de prurit. Guérison en 2 à 4 semaines, avec formation de croûtes, elles-mêmes encore infectieuses. Eruption isolée, précédée ou accompagnée d'une fièvre ressentie ou mesurée (>38°C), d'adénopathies, d'une odynophagie, d'une atteinte muqueuse génitale ou anale.

Exposition depuis mai 2022 : cas mondiaux autochtones liés à des transmissions cutanées lors de rapports sexuels.

Historique : Retour d'Afrique (Nigeria, bassin du Congo, RDC), contact avec animaux (rongeurs, singes), consommation de viande de brousse, contact avec patient infecté (lésions cutanées, affaires personnelles - intrafamilial).

► **Diagnostic différentiel** : herpes virus, rougeole, variole, infections bactériennes cutanées, syphilis secondaire, dermatite bulleuse non-infectieuse, gale, allergies - détails = [fiche Aide au diagnostic](https://coreb.infectiologie.com/fr/monkeypox.html) (coreb.infectiologie.com/fr/monkeypox.html).

Recours à l'expertise pour diagnostic et orientation : infectiologue référent, via Centre 15 si besoin

Protéger (ville / établissement de santé / transport sanitaire)

Dès la suspicion - transmission interhumaine directe et indirecte, respiratoire et contact

Patient contagieux du début des symptômes jusqu'à guérison complète des lésions cutanées => ISOLEMENT

► **Patient** : masque chirurgical + hygiène des mains + couvrir les lésions cutanées.

► **Soignant**, protégé des formes graves si antécédent de vaccination variole : précautions AIR + CONTACT => SHA, masque FFP2 ajusté - Fit check, lunettes, gants si contact avec lésions. Protection de la tenue avec surblouse, et en cas de contact rapproché de type toilette : tablier ou de préférence surblouse étanche, couvrante.

► **Traitement des surfaces** : désinfectant norme 14476 (ANSM). ► **Déchets de soins** : filière DASRI.

► **Identification précoce des personnes contact à risque** : avec ARS pour contacts communautaires, équipes d'hygiène et santé au travail pour contacts en milieu de soins. Discuter vaccination dans les 4j après le contact à risque, au maximum 14j selon recommandations HAS (balance bénéfico-risque individuelle à évaluer). Intérêt d'une vaccination précoce chez un patient à risque de forme grave.

Prendre en charge - diagnostic biologique

► **Recherche de signes de gravité** : létalité peu documentée (jusqu'à 10% des cas en Afrique). Les complications pouvant être : éruption majeure (plus de 100 vésicules), formes digestives, ORL avec compressions locales, atteinte cornéenne, signes encéphaliques, sepsis, surinfection, pneumopathie. Ces formes-là nécessitent une hospitalisation en ESR, voire en CHU si conditions de prise en charge clinique et biologiques adaptées (cf avis HCSP).

► **Populations plus à risque de formes graves** : immunodéprimés, grossesse car transmission materno-fœtale / périnatale possible avec formes graves du nouveau-né, attention particulière pour les enfants (forme plus sévère).

► **Population possiblement partiellement protégée** : vaccinés variole (nés < 1977).

► **Diagnostic par test PCR** chez patient symptomatique uniquement => **Prélèvement de lésion, de préférence en ESR, sinon ES de proximité, sinon laboratoire de ville** : croûtes, écouvillon sec en frottant plusieurs vésicules, voire biopsie, puis milieu de transport + oro ou naso-pharyngé. **Acheminement** triple emballage vers laboratoire **L3** pour diagnostic en ESR (ou autre établissement de santé désigné par l'ARS), CNR ou CIBU.

► **Traitement du patient** : symptomatique (paracétamol, antihistaminiques si prurit), traitement spécifique au cas par cas selon expertise : tecovirimat SIGA, brincidofovir, cidofovir, immunoglobulines (cf avis HCSP).

► Penser aux infections *Chlamydiae trachomatis* / Gonocoque / Syphilis si contexte de rapports sexuels non protégés : traitement probabiliste si symptômes évocateurs (urétrite, ano-rectite...) par ceftriaxone / doxycycline si difficultés de dépistage du fait du L3, ou prélèvements à distance (J15/30) ► **Alerte** : ARS - **Maladie à déclaration obligatoire** (MDO).

Infectiologue référent, nom :

Tél :

CNR Laboratoire Expert des orthopoxvirus, tél : 06 03 87 58 59

ARS, tél :








Monkeypox : Exposition et Clinique

pour les soignants de 1^{ère} ligne

Exposition

Depuis mai 2022 - Provenance d'un foyer/cluster européen - Contact avec tout patient infecté (ses lésions cutanées ou objets/linges contaminés) intrafamilial, rapport sexuel.

Clinique

| LE PATIENT EST CONTAGIEUX PENDANT TOUTES LES PHASES CLINIQUES | | |
|---|--|--|
| Délai approximatif | Phase clinique (source CDC) | Illustration (source gov.uk) |
| J0 | Inconstant - Phase prodromique non spécifique : fièvre >38°C, poly adénopathie, myalgies, asthénie | |
| J1-2 | Enanthème 1 ^{ères} lésions = bouche / langue | |
| J2-3 | Macules Rash centrifuge débutant sur la face et se répandant vers les membres en 24h, puis les paumes des mains et plantes des pieds | |
| J4-5 | Vésicules (liquide clair) Ø ≈ 3mm |  |
| J6-7 | Pustules (liquide opaque) pointues, fermes Ø ≈ 2mm |   |
| | Pustules ombiliqués Ø ≈ 3-4mm |  |
| | Pustules ulcérés Ø ≈ 5mm |  |
| J12 | Formation de croûte sur lésion mature |  |
| A partir de J14 | Croûte en cours de cicatrisation <i>A noter : le patient reste contagieux jusqu'à la cicatrisation complète après chute des croûtes</i> |  |