

Infection par le Mpox virus Repérer et prendre en charge un patient infecté

Le mpox est une maladie virale provoquée par l'orthopoxvirus MPXV apparentée à la variole. Les foyers épidémiques habituels se situent en Afrique. Depuis mai 2022, des patients sans notion de voyage ont été identifiés en dehors d'Afrique, avec une transmission interhumaine responsable d'une augmentation notable du nombre de cas (**clade II**). Depuis septembre 2023, un nouveau clade émergent (**clade Ib**) est responsable d'une épidémie en Afrique centrale (principalement en République Démocratique du Congo). Quelques cas ont été importés en Europe. Les informations concernant la présentation clinique et la contagiosité restent partielles mais nécessitent une vigilance accrue pour les soignants prenant en charge les patients cas suspects => mesures de protections impératives et diagnostic virologique de certitude (technique validée et envoi des souches au CNR pour séquençage).

Repérer un patient suspect, diagnostic clinique

► 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 nécrotiques, pseudofolliculites, inflammation péri-lésionnelle, pouvant atteindre tout le corps notamment paumes et plantes de pieds, visage, cuir chevelu, région ano-génitale, bouche. 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. Souvent accompagnée de fièvre et d'adénopathies.

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

Exposition depuis septembre 2023 → Clade Ib : Retour d'Afrique (bassin du Congo, RDC, Burundi, Rwanda, Ouganda), contact avec animaux (rongeurs, singes), consommation de viande de brousse, contact avec patient infecté (ses lésions cutanées, ses affaires personnelles), transmissions intrafamiliales possibles.

► **Diagnostic différentiel** : herpès virus dont varicelle, rougeole, variole, infections bactériennes cutanées, syphilis, dermatite bulleuse non-infectieuse, gale, allergies - cf **fiche dermato coreb** coreb.infectiologie.com/fr/fiches-pratiques.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 si possible.

► **Soignant** : En milieu de soins : précautions complémentaires contact et port d'un masque de soins
En situation de risque d'aérosolisation : appareils de protection respiratoire type FFP2

► **Traitement des surfaces** : désinfectant norme 14476 avec au minimum une virucide à spectre limitée

► **Déchets de soins** : filière DASRI. ► **Identification précoce des personnes contact à risque** : avec ARS pour contacts communautaires pour contact-tracing ou contact-warning selon situations, avec équipes d'hygiène et santé au travail pour contacts en milieu de soins. Proposer la vaccination (vaccins de 3^{ème} génération) dans les 4j après le contact à risque, au maximum 14j. La HAS recommande une vaccination précoce chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) et les personnes trans rapportant des partenaires sexuels multiples, les travailleurs du sexe, les professionnels des lieux de consommation sexuelle et les partenaires ou les personnes partageant les même lieux de vie que celles citées ci-dessus.

Prendre en charge dont 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 encéphalitiques, sepsis, surinfection, pneumopathie. Ces formes-là nécessitent une hospitalisation en ESR, voire en CHU si conditions de prise en charge clinique et biologique 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 < 1980).

► **Diagnostic par test RT-PCR** spécifique MPXV ou de genre Orthopoxvirus avec **prélèvements dans un laboratoire habilité** : cutanéomuqueux : écouvillon sec en frottant plusieurs macules/vésicules/pustules, ou croûtes, voire biopsie ET prélèvement oropharyngé en systématique car très rentable. Modalités précises cf **fiche prélèvement coreb** coreb.infectiologie.com/fr/fiches-pratiques.

Tout cas confirmé doit faire l'objet d'un envoi de la souche au CNR → réglementation MOT.

► **Traitements du patient** : symptomatique (**antalgiques** paliers 1 à 3), traitement spécifique au cas par cas selon expertise : tecovirimat, brincidofovir, cidofovir, immunoglobulines (cf avis HCSP).

► Penser aux co-infections *C. trachomatis* / *N. gonorrhoeae* / Syphilis / VIH si contexte de rapports sexuels non protégés : traitement probabiliste si symptômes évocateurs (urétrite, ano-rectite...) par ceftriaxone / doxycycline. Bilan IST systématique à réaliser d'emblée : examens sanguins (sérologies VIH, VHB, VHC, Syphilis) et PCR Gonocoque et Chlamydia trachomatis sur premier jet urinaire.

► **Alerte** : ARS - **Maladie à déclaration obligatoire (MDO)**.

Infectiologue référent, nom :

Expert orthopoxvirus, tél : 06 03 87 58 59

Tél :

ARS, tél :

CNR Laboratoire

Mpox : Exposition et Clinique pour les soignants de 1^{ère} ligne

Exposition

Provenance d'un foyer/cluster - Contact avec tout patient infecté (ses lésions cutanées ou objets/linges contaminés) intrafamilial, rapport sexuel avec partenaires multiples notamment.

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	Eruption souvent douloureuse Enanthème 1 ^{ères} lésions = bouche / langue	
J2-3	Tout le corps peut être atteint notamment paumes et plantes de pieds, visage, cuir chevelu ; selon mode de contamination : région ano-génitale, muqueuse buccale	
J4-5	Vésicules (liquide clair) Ø ≈ 3mm	
J6-7	Pustules (liquide opaque) pointues, fermes Ø ≈ 2mm	 
	Pustules ombiliquées Ø ≈ 3-4mm	
	Pustules ulcérées 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>	