

Infection au 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, avec une transmission par contact avec des animaux infectés, ou en transmission interhumaine par voies contact, gouttelettes,

sexuelle, materno-fœtale. En mai 2022, des cas sans notion de voyage ni de contact avec des voyageurs en provenance de pays à risque ont été identifiés, rendant essentielle la vigilance des soignants de première ligne.

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, 2 phases de l'infection :

- Phase initiale, prodromique non spécifique : fièvre >38°C, frissons, polyadénopathies cervicales et inguinales en particulier, myalgies, asthénie.
- Phase d'éruption, 1 à 3 jours après début de la fièvre, classiquement en une seule poussée : macules, puis papules, vésicules, pustules, croûtes, sur le visage puis sur l'ensemble du corps incluant paumes et plantes.

Exposition habituelle : 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, rapport sexuel).

Cas européens autochtones depuis mai 2022 semblant liés à des transmissions sexuelles.

► **Diagnostic différentiel** : herpes virus (notamment varicelle mais lésions d'âge différents épargnant paumes et plantes), rougeole, variole (pas d'adénopathies), infections bactériennes cutanées, syphilis, gale, allergies.

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 plus tard selon recommandations HAS (balance bénéfico-risque individuelle à évaluer).

Prendre en charge - diagnostic biologique

► **Recherche de signes de gravité** : létalité peu documentée (jusqu'à 10% des cas). Les complications peuvent 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 requises (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-pharyngé si poussée éruptive dans la bouche ou la gorge. **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), traitement spécifique au cas par cas selon expertise : tecovirimat SIGA, brincidofovir, cidofovir, immunoglobulines (cf avis HCSP).

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

Infectiologue référent, nom : _____
CNR Laboratoire Expert des orthopoxvirus, tél : 06 03 87 58 59

Tél : _____
ARS, tél : _____

Monkeypox : Exposition et Clinique

pour les soignants de 1^{ère} ligne

Exposition

Retour de zone d'endémie - Afrique centrale et occidentale (Nigéria, Bassin Congo-RDC) et contact avec rongeurs ou singes (morts ou vivants), consommation viande de brousse.

Provenance d'un foyer/cluster européen (mai 2022) (actualisé site Santé publique France). Contact avec tout patient infecté (avec lésions cutanées du patient 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	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	
J3	Papules	
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>	