

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

La variole simienne (du singe) « monkeypox » est une zoonose (orthopoxvirose / poxviridae), apparentée au virus de la variole. Les souches virales d'Afrique centrale sont plus transmissibles et virulentes que celles d'Afrique de l'Ouest. Sa transmission se fait principalement par contact direct avec des animaux infectés dans les pays endémiques.

La transmission interhumaine est possible par contact direct ou par gouttelette, par voie sexuelle ou materno-fœtale. En avril-mai 2022, des cas européens et nord-américains, sans notion de voyage ni de contact avec des voyageurs en provenance de pays à risque, ont été identifiés, rendant essentiel le repérage précoce.

Dépister = protéger

Patient suspect = Tableau clinique ET Expositions compatibles

► **Dépister : 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, poly adénopathie, myalgies, asthénie,
- Phase d'éruption cutanée secondaire (1 à 3 jours après apparition fièvre) éruption en une seule poussée : macules, puis papules, vésicules, pustules puis croûtes, sur le visage puis sur l'ensemble du corps incluant paumes et plantes.

Exposition habituelle : Retour de forêts ombrophiles d'Afrique centrale (bassin du Congo, RDC) et occidentale (Nigeria), contact avec animaux (rongeurs, singes) morts/vivants via les fluides, consommation de viande de brousse, contact étroit avec patient infecté (avec les lésions cutanées du patient ou ses affaires personnelles - intrafamilial, rapport sexuel). Cas européens autochtones depuis avril 2022.

► **Sans négliger le diagnostic différentiel** : varicelle (lésions d'âge différents épargnant paumes et plantes), rougeole, infections bactériennes cutanées, gale, syphilis et allergies, variole (pas d'adénopathie).

Recours à l'expertise : infectiologue référent, via Centre 15 si besoin

Protéger (ville / établissement de santé / transport sanitaire)

Dès la suspicion – transmission interhumaine respiratoire et contact

Patient contagieux du début des symptômes jusqu'à guérison complète des lésions cutanées.

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

► **Soignant** : protégé des formes graves si antécédent de vaccination/infection variole

Précautions AIR + CONTACT : masque FFP2 **ajusté avec Fit check**, lunettes, gants si contact avec les lésions. Protection de la tenue du soignant avec surblouse, et en cas de contact rapproché de type toilette : tablier ou de préférence surblouse étanche, couvrante

► **Traitement des surfaces** : hypochlorite de sodium à 0,5 %

► **Gestion des déchets de soins et effluents** : filière DASRI

► **Identification précoce des personnes contact** à risque avec l'ARS pour les contacts communautaires, et avec équipes d'hygiène et de santé au travail pour les contacts en milieu de soins.

Prendre en charge

► **Recherche de signes de gravité** : complication 1 à 10% des cas, éruption majeure (plus de 100 vésicules), surinfection, pneumopathie, atteinte cornéenne, signes encéphaliques => hospitalisation en ESR (à ce jour)

► **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 => Prélèvement** de préférence cutané (biopsie, ou écouvillon en frottant plusieurs vésicules), ou bien naso-pharyngé si poussée éruptive dans la bouche ou la gorge. Possible en laboratoire de ville.

Acheminement triple emballage vers laboratoire **niveau L3** pour diagnostic en ESR, CIBU ou CNR

► **Traitement du patient** : symptomatique, traitement spécifique selon expertise : TPOXX (teicovirimat)

► **Alerte et orientation** : ARS, en établissement de santé de référence pour les premiers cas (chambre seule avec respects des précautions AIR et CONTACT) : direction, biologiste et hygiéniste. **Maladie à déclaration obligatoire** (MDO) – discuter vaccination des personnes contacts à risque (ARS / SpF)

Infectiologue référent à joindre, 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/vivants, consommation viande de brousse.

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