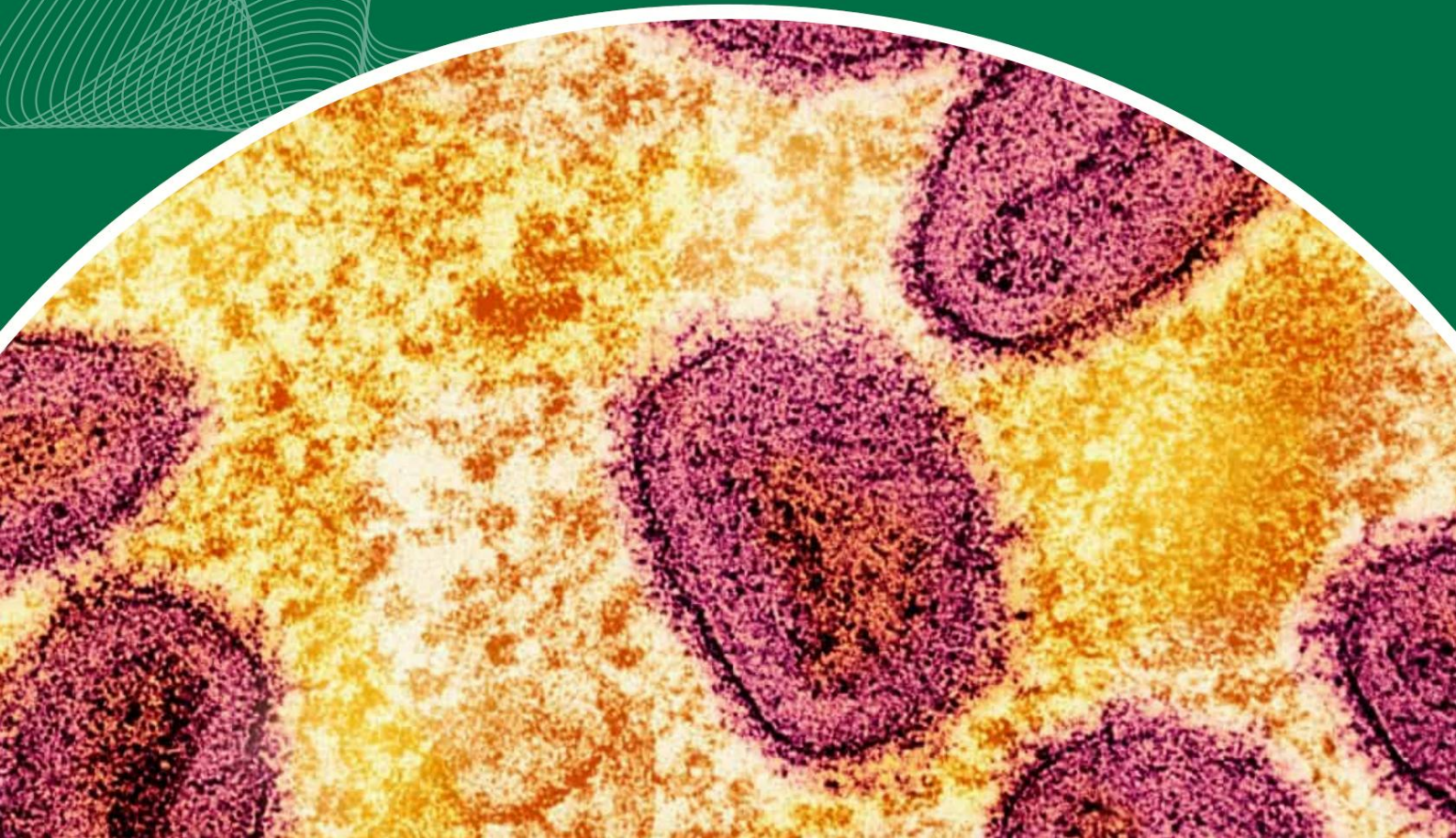




NATIONAL INSTITUTE FOR  
COMMUNICABLE DISEASES

Division of the National Health Laboratory Service

# DIRECTIVES PROVISOIRES POUR LA RECONNAISSANCE CLINIQUE, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DE MPOX EN AFRIQUE DU SUD



# TABLE DES MATIÈRES

Abréviations .....	6
Résumé.....	6
clinique.....	8
cas.....	8
suspect.....	8
probable.....	9
confirmé.....	9
écarté.....	10
le mpox.....	10
mpox.....	10
mpox.....	10
mpox.....	11
mpox.....	11
décès.....	11
contact.....	11
mpox.....	13
physique.....	13
mpox.....	13
mpox.....	15
mpox.....	25
Échantillons.....	25
des échantillons cliniques.....	27
laboratoire.....	27
nucléiques.....	27
2.3.3 Analyse virale culture.....	28
Sérologie.....	29
en Afrique du Sud.....	29

# TABLE DES MATIÈRES

3. Prise en charge clinique de la MPOX.....	30	3.1
Prise en charge de la MPOX légère ou non compliquée.....	31	3.2
Prise en charge de la MPOX sévère.....	32	3.2.1
de la MPOX sévère.....	32	3.2.2
MPOX sévère.....	33	3.3
particulières.....	35	3.3.1
immunodéprimés, y compris les PVVIH.....	35	3.3.2
enceintes ou en post-partum.....	38	3.3.3
Enfants.....	38	
3.3.4 Allaitement maternel.....	38	
3. 4 Considérations générales relatives à la prise en charge.....	39	3.4.1
Prise en charge clinique des lésions cutanées.....	39	3.4.2
charge de la douleur.....	39	3.4.3
Rectite.....	40	
3.4.4 Lésions oropharyngées.....	40	3.4.5
Manifestations oculaires.....	41	
3.4.6 Soins de santé mentale.....	42	
3.4.7 Técovirimat.....	43	
3.4.8 Prévention et contrôle des infections (PCI).....	49	3.4.9
Vaccination.....	52	

# TABLE DES MATIÈRES

Annexes.....	54	Annexe
1 : Directives générales pour la prise des antécédents sexuels.....	56	Annexe 2 : Outil
de dépistage.....	57	Annexe 3 : Section 21 -
Processus d'accès au Tecovirimat.....	58	Annexe 4 : Signes vitaux et caractéristiques
cliniques à surveiller systématiquement.....	59	
Annexe 5 : Prise en charge clinique des complications.....	60	Annexe 6 :
Outil de dépistage du Mpox pour les agents de santé.....	61	Annexe 7 : Triage et
évaluation clinique du Mpox.....	62	Annexe 8 : Diagnostic
différentiel des lésions dues au Mpox.....	63	Annexe 9 : Dépistage et prise
en charge de la syphilis et du VIH pendant la		
grossesse.....	64	Annexe 10 : Test de
diagnostic rapide de la syphilis. ....	65	Annexe 11 : Dépistage et
prise en charge de la syphilis pendant la grossesse.....	66	Annexe 12 : Soins des lésions cutanées en
cas d'infection à MPOX.....	68	Annexe 13 : Prise en charge de la douleur chez les patients
atteints de MPOX.....	70	Références.....



# Abréviations

ADR	Réaction indésirable au médicament
SDRA	Syndrome de détresse respiratoire aiguë
ART	Traitement antirétroviral
Centre de contrôle et de prévention des maladies (CDC)	
LCR	liquide céphalo-rachidien
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
HSV	Virus herpes simplex
IMT	Équipe de gestion des incidents
IO	intraosseux
CIP	Prévention et contrôle des infections
IV	Intraveineux
HSH Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	
Staphylococcus aureus sensible à la méthicilline MSSA	
MPX Mpox	
MPXV Virus de la variole du singe	
Comité national de la liste des médicaments essentiels du NEMLC	
NICD Institut national des maladies transmissibles	
Conditions médicales à déclaration obligatoire du NMC	
PCR	Réaction en chaîne par polymérase
EPI	Équipement de protection individuelle
SAHPRA Autorité sud-africaine de réglementation des produits de santé	
Résumé des caractéristiques du produit	
SUSARs Réactions indésirables graves inattendues suspectées	
VTM Milieu de transport viral	
VZV	virus varicelle-zona
OMS Organisation mondiale de la santé	

# Résumé exécutif

La variole du singe (MPXV) est une infection virale zoonotique émergente, transmissible de personne à personne et provoquant des épidémies. Elle est causée par le virus de la variole du singe (MPXV), un orthopoxvirus étroitement apparenté au virus de la variole (l'agent responsable de la variole, aujourd'hui éradiqué). La principale manifestation de la maladie est une éruption cutanée associée à des lésions douloureuses d'aspect similaire à celui de la variole.

De la fièvre et une hypertrophie des ganglions lymphatiques sont fréquemment rapportées. La maladie est généralement bénigne et ne nécessite que peu ou pas d'intervention médicale, mais certaines personnes atteintes peuvent développer des cicatrices. Néanmoins, la maladie peut être grave et, dans certains cas, mortelle, en particulier chez les personnes présentant des déficits immunitaires et des comorbidités (OMS, 2022).

Historiquement, le MPXV était rarement signalé chez l'homme et faisait l'objet de peu d'études (Dalton et al., 2023). L'épidémiologie, l'écologie et la pathobiologie de la maladie restent largement méconnues. Deux clades du MPXV, à savoir les clades I et II, ont été identifiés et circulent respectivement en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest. Le virus MPXV de clade I a été associé à des complications cliniques plus graves. Un deuxième facteur déterminant de l'épidémiologie du MPXV est le niveau élevé d'immunité conféré par la vaccination antivariolique.

La vaccination mondiale lors de la campagne d'éradication de la variole a également contribué à l'immunité contre la variole. Depuis l'arrêt de la vaccination antivariolique il y a plus de 40 ans, les populations du monde entier sont devenues plus sensibles, notamment celles qui n'avaient jamais été vaccinées. Grâce à la protection croisée entre les orthopoxvirus, les vaccins antivarioliques sont également approuvés pour la prévention de la variole.

Ces dernières années, le nombre de cas de mpox signalés dans les pays africains d'endémie, et notamment en République démocratique du Congo, a augmenté. En 2017, le Nigéria a connu sa première épidémie majeure de mpox humaine (Yinka-Ogunleye, 2019). En mai 2022, la mpox est apparue soudainement et s'est rapidement propagée en Europe, dans les Amériques, puis dans les six régions de l'OMS. Cette épidémie mondiale a principalement touché les homosexuels, les bisexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et s'est propagée de personne à personne par le biais de réseaux sexuels. En août 2024, plus de 120 000 cas confirmés de mpox avaient été signalés dans 120 pays. La clade la circule en RDC et dans plusieurs pays d'Afrique centrale et occidentale (par exemple, le Cameroun, la RCA, le Gabon, la République du Congo) depuis des décennies, où les enfants ont été touchés de manière disproportionnée.

# Résumé exécutif

Le clade Ib est apparu en RDC en septembre 2024 et s'est propagé au Burundi, au Kenya, au Rwanda et en Ouganda. Des cas surviennent dans toutes les régions liées aux voyages en provenance de ces pays. Les personnes principalement touchées sont celles qui font partie de réseaux sexuels à contact élevé, par exemple les professionnel(le)s du sexe. L'Afrique du Sud a enregistré 25 cas de mpox (Clade Ib) au 23 octobre 2024, chez des hommes, dont 60 % s'identifiaient comme HSH. Après six mois sans déclaration de cas, le clade Ib a été signalé pour la première fois en Afrique du Sud chez un voyageur de retour d'Afrique de l'Est. Deux groupes de contacts étroits liés au cas index ont conduit à un total de sept (7) cas, dont deux femmes et un enfant de 14 ans. Ainsi, de 2024 au 25 mars 2025, 32 cas de mpox avec trois (3) décès ont été signalés en Afrique du Sud.

Ce document fournit des conseils pour la reconnaissance clinique, le diagnostic et la gestion des cas de mpox en Afrique du Sud à l'usage des cliniciens qui voient ou traitent des patients atteints de mpox.

## Public cible

Ce document vise à fournir des orientations provisoires aux cliniciens, responsables d'établissements de santé, professionnels de santé et praticiens de prévention et de contrôle des infections, notamment ceux qui travaillent dans les cliniques de soins primaires, les cliniques de santé sexuelle, les services d'urgences, les cabinets dentaires, les cliniques de maladies infectieuses, les cliniques génito-urinaires, les maternités, les services de pédiatrie, d'obstétrique et de gynécologie, et les établissements de soins aigus prenant en charge des patients présentant une MPOX suspectée ou confirmée. Par souci de clarté, nous désignons les patients évalués et entrant dans le parcours de soins cliniques pour la MPOX par le terme « cas suspects », qui inclut les deux groupes épidémiologiques (cas suspects et cas probables).

# RECONNAISSANCE CLINIQUE

## 1.1 Définitions de cas

Les définitions de cas pour les cas suspects, probables et confirmés de mpox telles que recommandées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont résumées ici.

### 1.1.1 Cas suspect

i) Une personne qui est en contact avec un cas probable ou confirmé de MPOX dans les 21 jours précédant l'apparition des signes ou symptômes et qui présente l'un des symptômes suivants : apparition aiguë de fièvre ( $> 38,5^{\circ}\text{C}$ ), maux de tête, myalgie (douleurs musculaires/courbatures), maux de dos, faiblesse profonde ou fatigue.

OU

ii) Une personne présentant une éruption cutanée aiguë inexplicée, des lésions des muqueuses ou une adénopathie (gonflement des ganglions lymphatiques). L'éruption cutanée peut inclure des lésions uniques ou multiples dans la région ano-génitale ou ailleurs sur le corps. Les lésions des muqueuses peuvent inclure des lésions uniques ou multiples au niveau de la bouche, de la conjonctive, de l'urètre, du pénis, du vagin ou de l'ano-rectale. Les lésions ano-rectales peuvent également se manifester par une inflammation ano-rectale (rectite), des douleurs rectales et/ou des saignements.

ET

pour lesquels les causes fréquentes suivantes d'éruption cutanée aiguë ou de lésions cutanées n'expliquent pas entièrement le tableau clinique : varicelle-zona (et zona), rougeole, herpès simplex, infections cutanées bactériennes, infection gonococcique disséminée, syphilis primaire ou secondaire, chancre mou, lymphogranulome vénérien, granulome inguinal, molluscum contagiosum, réaction allergique (par exemple, aux plantes) ; maladie pulmonaire mycobactérienne non tuberculeuse, infections fongiques profondes et toute autre cause fréquente localement pertinente d'éruption cutanée populaire ou vésiculaire.

NB : Il n'est pas nécessaire d'obtenir des résultats de laboratoire négatifs pour les causes fréquentes d'éruption cutanée mentionnées pour classer un cas comme suspect. De plus, si la suspicion d'une infection à MPXV ou à MPXV est élevée en raison des antécédents et/ou du tableau clinique, ou d'une possible exposition à un cas, l'identification d'un autre agent pathogène responsable d'une éruption cutanée ne doit pas empêcher le dépistage du MPXV, car des co-infections ont été identifiées.



# RECONNAISSANCE CLINIQUE

## 1.1.2 Cas probable

Personne présentant une éruption cutanée aiguë inexplicée, des lésions des muqueuses ou une adénopathie (gonflement des ganglions lymphatiques). L'éruption cutanée peut inclure une ou plusieurs lésions dans la région ano-génitale ou ailleurs sur le corps. Les lésions des muqueuses peuvent inclure une ou plusieurs lésions buccales, conjonctivales, urétrales, péniennes, vaginales ou ano-rectales. Les lésions ano-rectales peuvent également se manifester par une inflammation ano-rectale (rectite), des douleurs rectales et/ou des saignements.

ET

Un ou plusieurs des éléments suivants :

- a un lien épidémiologique (lien entre les cas basé sur leur exposition ou leur contact) avec un cas probable ou confirmé de MPX dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes, a eu des partenaires sexuels multiples et/ou
- occasionnels (quel que soit le sexe/genre) dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes, a un résultat de test positif pour une infection à
- orthopoxvirus (par exemple, PCR spécifique à l'OPXV sans PCR spécifique au MPXV ou séquençage).

## 1.1.3 Cas confirmé

Une personne présentant une infection au MPXV confirmée en laboratoire par détection de séquences uniques d'ADN viral par réaction en chaîne par polymérase en temps réel (PCR) et/ou séquençage.

## 1.1.4 Cas rejeté

Un cas suspect ou probable pour lequel les tests en laboratoire du liquide lésionnel, des échantillons de peau ou des croûtes par PCR et/ou séquençage sont négatifs pour le MPXV.

À l'inverse, un cas probable détecté rétrospectivement, pour lequel le test lésionnel ne peut plus être réalisé correctement (après la chute des croûtes) et aucun autre échantillon n'est positif à la PCR, restera classé comme cas probable. Un cas suspect ou probable ne doit pas être écarté sur la base d'un résultat négatif d'un prélèvement oropharyngé, anal ou rectal, ou d'une simple analyse sanguine.

# RECONNAISSANCE CLINIQUE

## 1.1.5 Suspicion de réinfection par le mpox <sup>[1]</sup>

- Une personne qui répond actuellement aux critères d'un cas confirmé de mpox ET qui a des antécédents
- documentés d'un épisode antérieur de mpox, en tant que cas suspect, probable ou confirmé. On ne sait pas si la personne a présenté une
- résolution clinique complète de l'épisode précédent.

## 1.1.6 Réinfection probable par mpox

- Une personne qui répond actuellement aux critères d'un cas confirmé de mpox ET qui a des antécédents
- documentés d'un épisode antérieur de mpox, en tant que cas probable ou confirmé. La résolution clinique complète de
- l'épisode précédent de mpox s'est produite. Le délai entre la résolution du premier
- épisode et l'apparition de nouveaux symptômes est inférieur à trois mois.

## 1.1.7 Réinfection confirmée par mpox.

- Une personne qui répond actuellement aux critères d'un cas confirmé de MPOX ET
- A des antécédents documentés d'un épisode antérieur de mpox, en tant que cas confirmé
- La résolution clinique complète de l'épisode mpox précédent s'est produite
- Le délai entre la résolution du premier épisode et l'apparition de nouveaux symptômes est de trois mois ou plus
- Lorsque cela est possible, la différenciation des souches est réalisée à l'aide du séquençage génétique.

OU

- Il s'agit probablement d'une réinfection par mpox (comme décrit ci-dessus) avec une différenciation de souche significative entre les deux infections par mpox (par exemple, lignées différentes et lignées descendantes) à l'aide du séquençage génétique.

# RECONNAISSANCE CLINIQUE

## 1.1.8 Infection persistante à Mpox

- Infection à Mpox sans amélioration clinique ni résolution des symptômes.

## 1.1.9 Rechute de Mpox

- Infection à Mpox qui s'est améliorée, mais pas complètement résolue, suivie d'une aggravation clinique ou de nouveaux symptômes de Mpox.
- Les patients présentant une immunodéficience sévère, comme les personnes vivant avec le VIH dont le taux de CD4 est inférieur à 200, peuvent être à risque d'infections MPXV persistantes et/ou récidivantes.

1.1.10 Le décès par variole désigne le décès ou la perte de vie résultant d'une infection par le virus de la variole. Si la plupart des cas de variole sont bénins et guérissent sans complications, les cas graves, en particulier chez les personnes vulnérables comme les enfants, les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées, peuvent entraîner de graves complications, voire la mort.

## 1.1.11 Définition d'un contact

Une personne qui a été exposée à un cas suspect, probable ou confirmé de mpox pendant la période infectieuse (une personne est infectieuse à partir du moment de l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la chute de toutes les croûtes), et qui a une ou plusieurs des expositions suivantes :

- contact physique direct peau à peau, peau à muqueuse ou bouche à muqueuse (tel que toucher, étreindre, embrasser, contact oral ou sexuel intime) contact indirect avec des
- matériaux contaminés par le cas, tels que des vêtements ou de la literie, y compris du matériel délogé de la literie ou des surfaces pendant la manipulation du linge ou le nettoyage des pièces contaminées (consulter les directives de PCI dans les établissements de santé) exposition respiratoire prolongée en face à
- face à proximité immédiate par une conversation étroite et prolongée avec un cas symptomatique de mpox, en particulier s'il présente des ulcères de mpox visibles exposition respiratoire (c'est-à-dire, inhalation possible de) ou
- exposition de la muqueuse oculaire à du matériel de lésion (p. ex., croûtes/croûtes) d'une personne infectée les éléments ci-dessus s'appliquent également aux agents de
- santé potentiellement exposés en l'absence d'utilisation appropriée d'un équipement de protection individuelle (EPI) approprié (consulter les directives de PCI dans les établissements de santé) transmission pendant la grossesse par
- le placenta ou pendant l'accouchement. Considérations de PCI pour les cas confirmés de mpox Des précautions contre le contact et les gouttelettes
- doivent être mises en œuvre pour tout patient confirmé atteint de mpox. En plus des précautions contre le contact et les gouttelettes, des respirateurs doivent être utilisés.

# RECONNAISSANCE CLINIQUE

Considérations relatives à la PCI pour les cas confirmés de mpox

Questions clés :

- Les patients doivent être pris en charge dans une pièce bien ventilée, idéalement équipée d'une salle de bain ou de toilettes dédiées. Si ce n'est pas possible, regroupez les patients présentant des symptômes similaires en respectant une distance d'au moins 1 m entre eux.
- La salle/zone d'isolement doit être dotée d'une signalisation affichée à l'entrée indiquant les précautions à prendre contre le contact/les gouttelettes. Portez un EPI
- comprenant des gants, une blouse, un respirateur (par exemple, N95, FFP2) et une protection oculaire.
- Utilisez des chaussures dédiées qui peuvent être décontaminées ; les couvre-chaussures jetables ne sont pas recommandés.
- Les agents de santé doivent être formés aux procédures d'enfilage et de retrait en toute sécurité des EPI.
- Évitez les déplacements inutiles de patients. Si le patient doit être déplacé ou transporté à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, veillez à maintenir les précautions anti-transmission, portez un masque médical bien ajusté et couvrez les lésions (sous réserve de tolérance du patient).
- L'établissement/service/unité d'accueil doit être conscient que des précautions contre la transmission sont nécessaires et, en attendant l'arrivée, de la nécessité de préparer la zone d'isolement ou la zone désignée.
- Les précautions doivent rester en place jusqu'à ce que les lésions se soient croûteuses, que les croûtes soient tombées et qu'une nouvelle couche de peau se soit formée en dessous.
- Les cas graves (y compris les cas immunodéprimés) susceptibles de présenter une excrétion virale prolongée des voies respiratoires supérieures peuvent nécessiter une évaluation clinique pour déterminer quand les précautions basées sur la transmission peuvent être interrompues.

Des précautions contre la transmission aérienne doivent être mises en œuvre si des procédures génératrices d'aérosols (PGA) sont effectuées.

Important : les AGP doivent être effectués dans une salle d'isolement des infections aéroportées.

Si cette pièce n'est pas disponible ou si cela n'est pas réalisable, effectuez les examens ambulatoires de la vue dans une chambre individuelle bien ventilée, porte fermée. Les professionnels de santé doivent porter un masque respiratoire (par exemple, N95, FFP2), une protection oculaire, une blouse et des gants lors de la réalisation des examens ambulatoires de la vue.

# RECONNAISSANCE CLINIQUE

## 1.2 Présentation clinique du mpox

### 1.2.1 Antécédents et examen physique

Les cliniciens doivent procéder à une anamnèse complète du patient afin d'évaluer une éventuelle exposition au mpox ou les facteurs de risque épidémiologiques. Le mpox se transmet généralement par contact physique étroit et prolongé et a été presque exclusivement associé aux rapports sexuels lors de l'épidémie qui a touché plusieurs pays. Il est essentiel que les cliniciens recueillent une anamnèse sexuelle détaillée du patient suspecté d'être atteint de mpox (voir annexe 1). Il convient également d'envisager d'autres IST (voir annexe 2 (outil de dépistage)).

En cas de suspicion de MPOX, l'agent de santé doit revêtir un EPI (conformément aux directives de prévention et de contrôle des infections (PCI)) et procéder à un examen physique complet. Cet examen doit comprendre un examen approfondi de la peau et des muqueuses (par exemple, buccales, génitales et anales) à la recherche d'une éruption vésiculeuse-pustuleuse caractéristique de la MPOX.

Cela permet au clinicien de détecter des lésions dont le patient peut ne pas être conscient.

Le Mpox doit être envisagé lorsqu'un clinicien tente de déterminer la cause d'une éruption cutanée diffuse ou localisée.

### 1.2.2 Caractéristiques cliniques du mpox

Le Mpox peut provoquer divers signes et symptômes cliniques. La maladie dure généralement de deux à quatre semaines. Sa gravité dépend de l'état de santé initial du patient et de la voie d'exposition. Les personnes immunodéprimées, notamment celles vivant avec le VIH et présentant un faible taux de CD4, sont vulnérables à une infection grave. Le groupe génétique Clade II, impliqué dans l'épidémie actuelle qui touche plusieurs pays, est associé à une forme plus bénigne de la maladie et à un nombre de décès inférieur à celui du virus Clade I actuellement en circulation en Afrique centrale.



# RECONNAISSANCE CLINIQUE

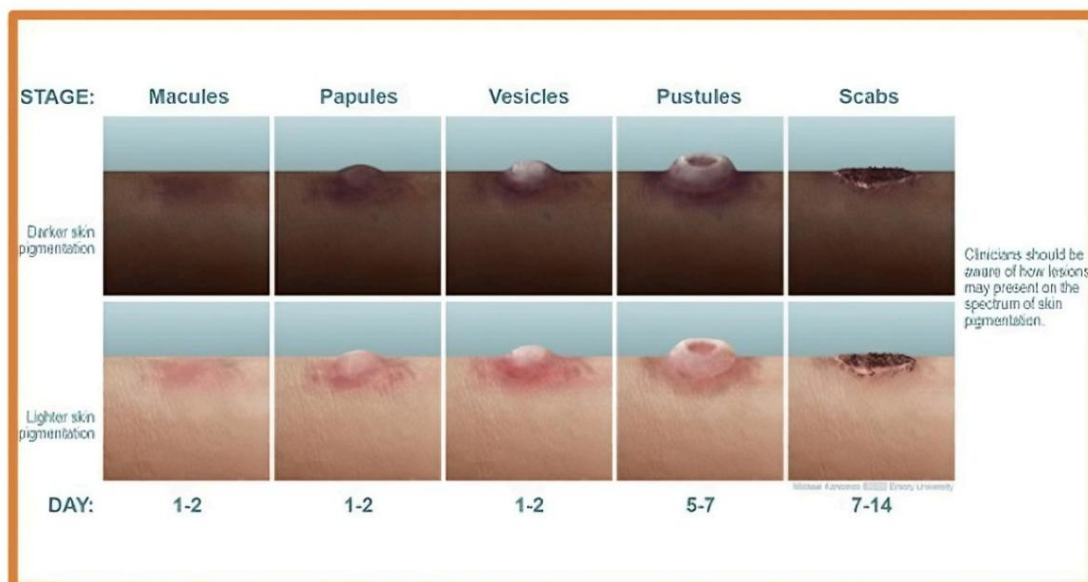
La période d'incubation du MPOX est de trois à 21 jours. Durant cette période, aucun symptôme n'est observé.

La phase initiale de la maladie clinique dure généralement un à cinq jours, pendant lesquels les patients peuvent ressentir de la fièvre, des maux de tête, des maux de dos, des douleurs musculaires, un manque d'énergie et une lymphadénopathie.

Cette phase est suivie d'une seconde phase, qui survient généralement un à trois jours après la disparition de la fièvre et qui se manifeste par l'apparition d'une éruption cutanée. L'éruption se présente par stades successifs : macules, papules, vésicules, pustules, ombilication, avant la formation de croûtes et la desquamation sur une période de deux à trois semaines (Figure 1). Les lésions varient en taille, de 0,5 à un centimètre de diamètre, et leur nombre varie de quelques à plusieurs milliers. Les lésions sont fermes ou caoutchouteuses, bien circonscrites, profondes et développent souvent une ombilication (ressemblant à un point sur le dessus de la lésion). L'éruption est généralement centrifuge, débutant sur le visage et s'étendant vers les paumes et la plante des mains et des pieds, et peut toucher les muqueuses buccales, la conjonctive, la cornée et/ou les organes génitaux. Les ulcères buccaux sont fréquents et peuvent affecter la capacité du patient à manger et à boire, entraînant déshydratation et malnutrition. Un gonflement rectal et un ténesme sont parfois observés. Au cours de l'épidémie qui a touché plusieurs pays, les lésions ont souvent été localisées sur les organes génitaux, la région péri-anale et la bouche.

Une inflammation des muqueuses pharyngée, conjonctivale et génitale peut également survenir. Un œdème et une distorsion péniliens sévères peuvent survenir. La douleur, parfois intense, a été l'un des principaux motifs d'hospitalisation lors de l'épidémie de MPOX qui a touché plusieurs pays.

Figure 1. Progression de la maladie selon le stade de l'éruption cutanée



# RECONNAISSANCE CLINIQUE

## 1.2.3 Présentation atypique du mpox

Bien que rares, les patients atteints de MPOX peuvent développer des complications graves et potentiellement mortelles. Par exemple, la confluence des lésions cutanées est sujette aux infections bactériennes de la peau et des tissus mous, telles que cellulite, abcès et infections nécrosantes des tissus mous, nécessitant des soins locaux méticuleux des plaies ; une accumulation sous-cutanée de liquide lors de la phase croûteuse entraîne une déplétion intravasculaire et un choc ; et une exfoliation créant des zones cutanées pouvant nécessiter un débridement chirurgical et une greffe.

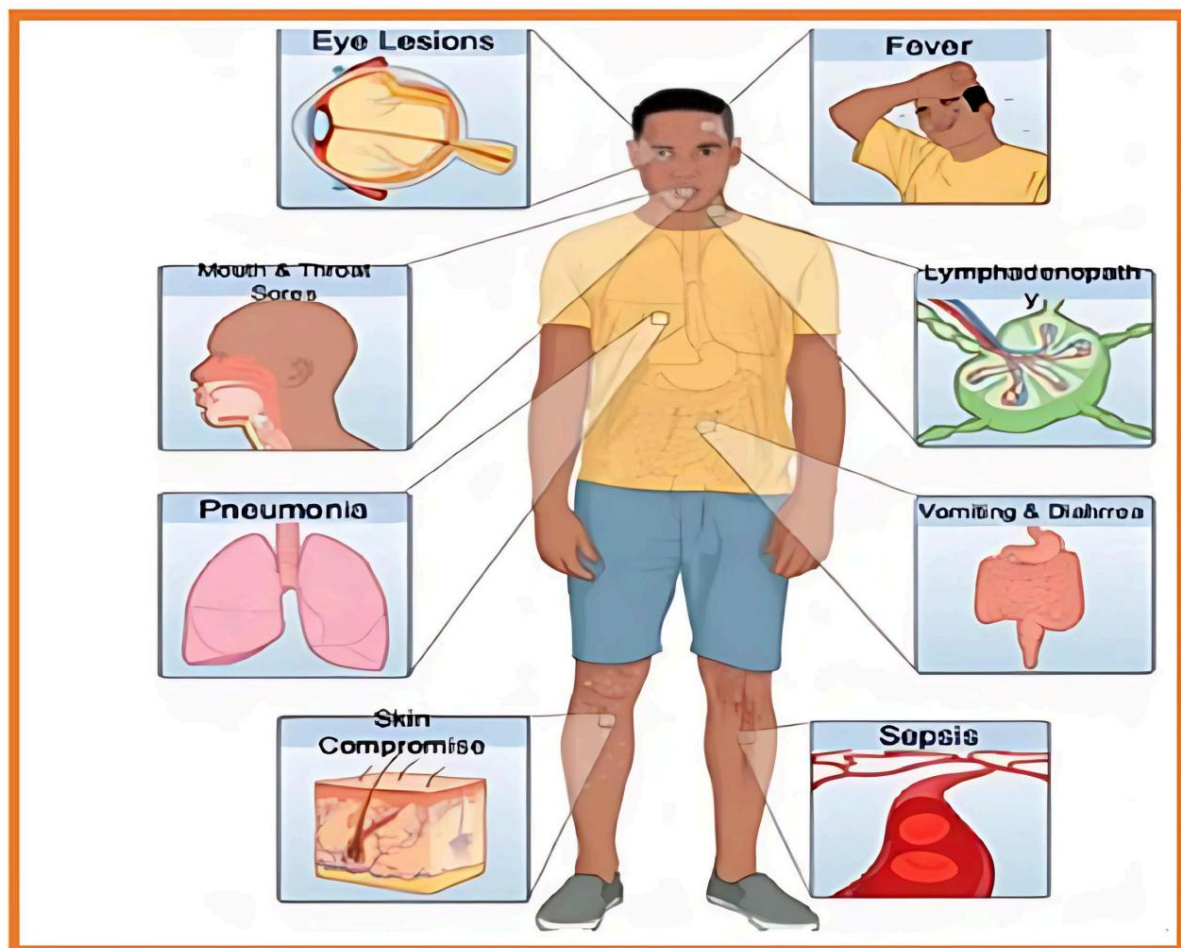


Figure 2. Manifestations extracutanées du mpox

# RECONNAISSANCE CLINIQUE

Des manifestations atypiques de la maladie ont été rapportées chez des individus :

- Douleurs anales et saignements rectaux
- Lésions oculaires (cicatrices, diminution de la pigmentation cutanée, cécité)
- Éruptions cutanées soudaines (moins nombreuses ou même uniques) sur n'importe quelle partie du corps
- Similitudes proches de nombreuses IST : étant donné que la mpox peut se présenter avec des ulcères génitaux ou une éruption maculaire sur les paumes et la plante des pieds, d'autres infections sexuellement transmissibles doivent être envisagées (par exemple, syphilis secondaire, lymphogranulome vénérien, chancre mou)

D'autres complications plus rares incluent une pneumonie sévère et une détresse respiratoire, une infection cornéenne pouvant entraîner une perte de vision, une perte d'appétit, des vomissements et une diarrhée pouvant entraîner une déshydratation sévère, des anomalies électrolytiques et un choc, une adénopathie cervicale pouvant entraîner un abcès rétropharyngé ou une insuffisance respiratoire, une septicémie, un choc septique, une encéphalite et le décès (voir annexes 4 et 5 pour la surveillance clinique et la prise en charge des cas graves de MPOX). La cicatrisation post-MPOX a été signalée comme une complication possible et peut être prévenue ou réduite par de bons soins des plaies, en évitant de gratter les lésions et en appliquant une fine couche de pommade sur les zones affectées (voir figure 2). Consultez un dermatologue en cas de cicatrisation sévère. Les cicatrices entraînent une stigmatisation des patients après la guérison.

# RECONNAISSANCE CLINIQUE

## 1.2.4 Diagnostic différentiel

L'éruption cutanée due au mpox, à différents stades d'évolution, peut ressembler à d'autres maladies infectieuses ou à d'autres affections, notamment :

- Virus varicelle-zona (VZV, varicelle)
- Virus de l'herpès simplex (HSV)
- Syphilis primaire ou secondaire
- Infection gonococcique disséminée Maladie
- mains-pieds-bouche Chancre mou
- 
- Lymphogranulome vénérien Granulome
- inguinal Molluscum
- contagiosum Rougeole Gale
- Rickettsiose
- 
- Chikungunya,
- virus Zika, dengue ou autre maladie à arbovirus Vascularite et autres infections
- bactériennes de la peau et des tissus mous Infections mycobactériennes
- non tuberculeuses Infections fongiques profondes
- Autres causes courantes
- localement pertinentes d'éruption cutanée populaire ou vésiculaire.

L'éruption cutanée causée par le VZV peut souvent être confondue avec celle causée par la MPOX, mais elle peut être distinguée car elle évolue généralement plus rapidement dans la varicelle, est plus centrale que la distribution centrifuge de la MPOX, présente plusieurs stades de développement (au lieu du même stade que celui généralement observé dans la MPOX) et les patients ne présentent généralement pas de lésions palmoplantaires. De plus, les patients atteints de VZV ne présentent généralement pas d'adénopathies, souvent observées dans la MPOX. Les patients suspects de varicelle doivent recevoir de l'acyclovir.

Les lésions dues à la varicelle sont souvent douloureuses. La varicelle est associée à des lésions prurigineuses. Voir l'annexe 8 pour plus d'informations sur les diagnostics différentiels du varicelle.

Il est important de prendre en compte la cause la plus probable de l'éruption cutanée et la prise en charge la plus appropriée, car le mpox n'est pas fréquemment signalé en Afrique du Sud, ainsi que la probabilité d'exposition, l'épidémiologie de la maladie et les facteurs de risque chez chaque patient présentant une éruption cutanée.

# RECONNAISSANCE CLINIQUE

## 1.3 Dépistage et triage des cas

### 1.3.1 Dépistage

Le dépistage est une stratégie utilisée au sein d'une population pour identifier les personnes potentiellement atteintes d'une maladie en fonction de signes ou symptômes spécifiques. Il repose sur un entretien et une observation approfondis du patient, incluant l'historique des symptômes actuels, l'historique des contacts et l'épidémiologie locale.

Le dépistage est idéalement réalisé dès le premier contact avec le patient, de préférence à l'entrée de l'établissement. Toutes les personnes accédant à l'établissement, y compris les professionnels de santé, les patients, les visiteurs, les survivants, etc., doivent être soumises à un dépistage systématique à l'aide des outils (annexes 2 et 6).      dépistage

Même si le dépistage du MPOX est négatif, les professionnels de santé des différents services de l'établissement (laboratoire, radiologie, soins prénatals, urgences, etc.) sont encouragés à poursuivre le dépistage de tous les patients qui accèdent à leurs services, car l'état du patient peut évoluer et l'apparition de nouveaux signes et symptômes de ces maladies, ou la communication d'informations supplémentaires pouvant le rendre suspect. Après l'admission dans les services, une surveillance doit être effectuée à chaque service, soit trois fois par jour (matin, après-midi et soir), à l'aide de l'outil de surveillance des patients (annexes 2 et 6).

### 1.3.2 Mise en place d'une zone de projection

L'aménagement physique de la zone de dépistage garantit toujours une distance de 1 à 2 mètres entre l'agent de dépistage et le patient. Le côté soignant de la zone de dépistage doit être équipé d'une table et d'une chaise, de dispositifs d'hygiène des mains, de stylos, d'outils de dépistage (formulaires ou registres de dépistage, algorithmes de dépistage et thermomètre infrarouge). Pour renforcer les pratiques, des aides-mémoire, tels que des affiches sur les signes et symptômes, les définitions de cas actualisées et les mesures de prévention et de contrôle des infections, doivent être placés dans la zone de dépistage.

Aucun EPI n'est requis si la distance de 1 à 2 mètres entre le patient et le soignant est respectée. La zone de dépistage côté patient doit être équipée de lavabos, de fauteuils d'attente espacés d'au moins 1 mètre, de poubelles avec sacs poubelles et de thermomètres numériques en l'absence de thermomètres infrarouges.



# RECONNAISSANCE CLINIQUE

Le patient peut utiliser le thermomètre numérique pour prendre sa température axillaire (ou celle de son enfant) et la lire à voix haute ou la montrer à l'agent de dépistage. Le thermomètre peut être nettoyé et désinfecté avec une solution de chlore à 0,5 % entre chaque utilisation avec différents patients dans la zone de dépistage.

Assurez-vous que le nettoyage et la désinfection du côté patient de la zone de dépistage sont effectués entre chaque patient ou en cas de déversement par une personne portant un EPI complet.

Pour renforcer les mesures de précaution, y compris les mesures de PCI, affichez des aides visuelles/affiches pour la PCI, la communication des risques et le sens de circulation des personnes dans la zone de contrôle du côté du patient.

Les signes et symptômes de la maladie qui doivent être dépistés comprennent l'apparition aiguë de fièvre (> 38,5 °C), les maux de tête, les douleurs musculaires/courbatures, les maux de dos, une faiblesse profonde ou de la fatigue, une éruption cutanée aiguë, des lésions des muqueuses et des ganglions lymphatiques enflés.

## NOTE:

- Les patients qui répondent à la définition de cas doivent : Entrer
- dans le parcours de soins cliniques mpox Recevoir un
- masque médical bien ajusté et demander à se désinfecter les mains Être isolés dans une pièce
- individuelle bien ventilée Si une pièce bien ventilée n'est pas
- disponible, regrouper les patients ayant un diagnostic clinique similaire et en fonction des facteurs de risque épidémiologiques, avec une séparation spatiale (au moins 1 m entre les patients).

---

# RECONNAISSANCE CLINIQUE

## 1.3.3 Triage

Le triage doit être rapidement mis en œuvre/effectué pour donner la priorité aux personnes ayant des besoins de soins critiques et gérer efficacement les ressources limitées.

Le triage est un processus de classement des patients en catégories en fonction de leur besoin de traitement urgent.

Le triage identifie les patients qui nécessitent une intervention médicale immédiate et ceux qui peuvent attendre en toute sécurité.

Une fois le patient examiné, le triage doit avoir lieu à l'intérieur de la zone d'isolement (pour les patients dont le test est positif) ou dans une zone similaire proche de l'entrée de l'établissement de santé.

Le triage doit être effectué à l'aide du triage mpox et de l'évaluation clinique pour les cas suspects et confirmés (annexe 7).