

INFECTIO'NEWS

GROUPE AHNAC

Chers confrères et consœurs,

C'est avec un grand plaisir que je vous présente ce premier focus en infectiologie destiné aux médecins du groupe AHNAC. Ce bulletin aura pour objectif de vous fournir des informations cliniques actualisées et des conseils pratiques pour la prise en charge de certaines maladies infectieuses. Pour ce numéro inaugural, nous nous concentrons sur la variole du singe, une infection émergente. Vous y trouverez une analyse détaillée d'un cas récent dans notre région et des informations sur les symptômes, le diagnostic et la prise en charge.

Nous espérons que cette lettre sera une ressource précieuse pour votre pratique. N'hésitez pas à partager vos commentaires et suggestions pour les prochaines éditions.

Docteur Hugues Melliez

La variole du singe



La variole du singe, causée par le Monkeypox virus, est une maladie émergente en Europe. Le virus se transmet classiquement des rongeurs ou des singes aux hommes, mais au printemps 2022, des cas ont été signalés en Europe et en Amérique du Nord sans voyage dans les zones d'endémie du continent africain ni contact avec des animaux. La majorité des cas était des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Un cas de variole du singe à la Polyclinique d'Hénin-Beaumont

Un homme de 36 ans se présente aux Urgences d'Hénin-Beaumont le 07/06 pour adénite inguinale droite. Il présente des antécédents d'infection à Chlamydia et gonocoque il y a 2 ans. L'homme est séparé de son épouse depuis 6 semaines et a trois enfants. Il a séjourné en Algérie du 27/04 au 06/05 et affirme n'avoir eu aucun rapport à risque.

Anamnèse et premiers éléments cliniques

La symptomatologie a débuté vers le 21/05 par une adénite inguinale droite secondairement fébrile. L'homme a consulté à l'hôpital de Bois-Bernard puis aux Urgences de Lens. L'absence d'amélioration sous AUGMENTIN a conduit à son admission aux Urgences puis à une hospitalisation en Médecine Polyvalente. Lors de son admission, il présentait une apyrexie et une eczématisation à la FLAMMAZINE du pubis et de la verge. Une volumineuse adénopathie inguinale droite douloureuse et une infiltration des parties molles adjacentes étaient notées, ainsi qu'une lymphocytose hyperbasophile et un taux de CRP de 22 mg/L.

Démarche diagnostique

L'AUGMENTIN a été arrêté et le traitement de l'eczéma a été assuré par dermocorticoïdes. La disparition de l'eczéma a permis d'observer, le 10/06, un aspect de chancre de la verge oblong, à fond fibrineux, non induré, d'environ 2 cm, évoquant une IST. Les sérologies pour l'hépatite B, C, le VIH et la syphilis étaient négatives. Aucun ADN pour Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae n'a été trouvé sur les échantillons d'urines, de gorge et anaux.

Devant l'atypie du tableau et la négativité de ce premier bilan, le diagnostic d'infection à Monkeypox virus a été évoqué et confirmé le 12/06 par PCR sur écouvillon de la lésion génitale.

Prise en charge

Le traitement était symptomatique. Une déclaration obligatoire a été effectuée auprès de l'ARS, qui a lancé une enquête pour identifier les cas contacts. L'épouse a refusé la vaccination. L'unité de coordination du Risque Emergent Biologique du CHU de Lille a également été contactée. Le risque a été estimé faible pour le personnel soignant, ce qui a conduit à l'absence d'indication retenue pour la vaccination. Une liste des soignants ayant pris en charge le patient avant l'application des mesures d'isolement contact et air a été communiquée à la médecine du travail par l'infirmière hygiéniste. Une autosurveillance de la température matin et soir pendant 3 semaines a été préconisée. Le patient est sorti le 14/06 avec un courrier type sur les mesures d'isolement au domicile en raison d'un portage viral prolongé potentiel avec contagiosité jusqu'à guérison totale.

Discussion



La variole du singe est une maladie émergente en Europe. Le diagnostic clinique est aisé en cas de tableau caractéristique mais peut être plus difficile comme dans le cas présent. En effet, il n'était pas rapporté de rapports à risque ni de vésicules dans l'anamnèse. Pour finir l'eczéma de contact brouillait les pistes.

Clinique et diagnostic

L'incubation est de 5 à 21 jours. Les différentes phases de l'éruption sont précisées en annexe. L'éruption est vésiculeuse, douloureuse et peu prurigineuse. Elle peut toucher tout le corps, notamment la région anogénitale (68% des cas), le tronc et les membres (55%). La poussée est souvent unique mais il existe une possibilité de lésions d'âges différents. La guérison se fait en 2 à 4 semaines avec formation de croûtes elles-mêmes encore infectieuses. La létalité est faible, notamment en raison de la moindre virulence du clade en cause en Europe.

La confirmation diagnostique se fait par l'identification du virus par PCR sur écouvillon d'une lésion. Cela nécessite l'appel préalable du laboratoire de Valenciennes pour discuter du mode de prélèvement et de son acheminement en triple emballage.

Diagnostics différentiels

Les principaux diagnostics différentiels sont les autres maladies à éruption cutanée comme la varicelle, la gale, la syphilis et les allergies médicamenteuses. Les formes génitales pures, comme dans le cas clinique, font discuter une IST qui peuvent d'ailleurs être associées.

Prise en charge

Les rares formes graves relèvent d'un traitement antiviral et d'immunoglobulines antivaccinées. La transmission est interhumaine à l'occasion d'un contact prolongé par des gouttelettes respiratoires ou par contact direct ainsi que par des objets ou du linge contaminé. La résistance du virus dans le milieu extérieur justifie des mesures d'hygiène strictes dès la suspicion clinique : chambre seule, port du masque chirurgical en présence d'un soignant, couverture des lésions cutanées, précautions air et contact. De rares cas ont été signalés chez des soignants. Une déclaration obligatoire doit être réalisée auprès de l'ARS. La vaccination des personnes contacts à risque élevé se discute au cas par cas.

Conclusion

Le nombre de cas de variole du singe en France a nettement diminué par rapport au nombre de cas signalés en 2022. Cependant, le virus continue à circuler à bas bruit, et le diagnostic doit donc toujours être évoqué.

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 Erythème 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>	

Pour aller plus loin : [20230427-fichemonkeypox-vf.pdf](https://www.ahnac.fr/20230427-fichemonkeypox-vf.pdf)

Références.

- H. Adler et al. Lancet Infect Dis 2022, 22 : 1153-62
- Santé publique France / Bulletin / Bilan épidémiologique de l'infection à virus monkeypox en France. Janvier-avril 2024 / Edition nationale / 13 juin 2024

COREB. Diaporama - Mpox virus - Spécificités - Fiches et procédures - COREB Mission (infectiologie.com)



Chaque jour, prendre soin de la santé de chacun

[Ici, vous pouvez vous désabonner...](#)

Siège social : Rue Entre Deux Monts 62800 Liévin