

**MINISTERE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

SECRETARIAT GENERAL

**DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE**

**DIRECTION DE LA PROTECTION
DE LA SANTE DE LA POPULATION**

**SERVICE DE SURVEILLANCE
EPIDEMIOLOGIQUE**

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

Aide-mémoire sur la Variole du Singe ou Monkeypox

Août 2024

I. Introduction

La variole du singe ou Monkeypox est une zoonose virale qui sévit principalement dans les zones de forêt tropicale humide d'Afrique centrale et occidentale, avec occasionnellement des cas exportés à l'étranger.

C'est un virus enveloppé à ADN double brin avec deux clades génétiquement distincts : le clade centrafricain (Bassin du Congo) et le clade de l'Afrique de l'Ouest. Il est du genre Orthopoxvirus (comprend également le virus de la variole).

Le Monkeypox est une maladie émergente, reconnue comme l'infection à Orthopoxvirus la plus importante chez l'Homme à l'ère post-éradication de la variole.

La situation d'apparition de la flambée de cas au cours de l'année 2022 se présente comme suit :

- le 07/05/2022 : l'Agence britannique de sécurité sanitaire (UKHSA) a déclaré qu'une personne atteinte de monkeypox a été détectée en Angleterre. Le patient avait récemment voyagé depuis le Nigeria, où il aurait contracté l'infection ;
- le 13/05/2022, l'OMS a été informée de deux cas confirmés et d'un cas probable de monkeypox, provenant du même foyer, au Royaume-Uni sans lien épidémiologique identifié avec le premier cas ;
- le 15/05/2022, quatre autres cas confirmés ont été signalés chez des homo et des bisexuels. Aucun lien épidémiologique n'a été établi avec les premiers cas.

Le bulletin épidémiologique du CDC Afrique rapportait à la date du 28 juillet 2024, un total de 14 245 cas dont 2 740 confirmés et 11 505 suspects avec 456 décès soit un taux de létalité de 3,2 %. Les cas provenaient essentiellement de la République démocratique du Congo (13 791 cas ; 450 décès), du Congo Brazzaville (146 cas ; 1 décès), du Cameroun (35 cas ; 2 décès) et de l'Afrique du Sud (22 cas ; 3 décès).

La République de Côte d'Ivoire à la date du 30 juillet 2024, a notifié deux (02) cas confirmés.

Dans ce contexte, il est nécessaire de renforcer la surveillance de la variole du singe à travers l'application du présent aide-mémoire.

II. Transmission

Les modes de transmissions sont :

- Animal-Homme (zoonotique) : contact direct avec le sang, les fluides corporels ou les lésions cutanées ou muqueuses d'animaux infectés ;
- Transmission interhumaine : contact étroit avec des sécrétions respiratoires ou des lésions cutanées d'une personne infectée, ou encore des objets récemment contaminés ;
- Transmission sexuelle ;
- Transmission nosocomiale.

III. Symptômes

C'est une maladie éruptive fébrile et les signes sont similaires à la variole, à la varicelle, à la rougeole bien qu'ils soient cliniquement moins sévères.

La Période d'incubation est de 6 à 13 jours en général mais peut aller de 5 à 21 jours.

L'infection passe par deux phases :

- invasive : 0 à 5 jours
- éruptive : dans les 3 jours suivant l'apparition de la fièvre

La symptomatologie de la phase d'invasion se traduit par :

- la fièvre;
- des céphalées intenses ;
- des adénopathies++++lymphadenopathies
- des dorsalgies ;
- des myalgies ;
- une asthénie intense ;
- Des Douleurs abdominales.

Les adénopathies sont une caractéristique distinctive du monkeypox par rapport à d'autres maladies similaires à première vue (varicelle, rougeole). Ces adénopathies (sous-mandibulaires, cervicales et sublinguales) sont fréquentes, le plus souvent volumineuses, pouvant déformer le bas du visage.

La symptomatologie de la phase d'éruption se traduit par :

- Éruptions cutanées plus accentuées sur le visage et les extrémités plutôt que sur le tronc. Les zones de prédilection sont le visage (95%), les paumes des mains et plantes des pieds (75%), les muqueuses

buccales (70%), les organes génitaux (30%), les conjonctives (20%) ;

- Evolution séquentielle de macules à papules, vésicules, pustules puis croûtes qui sèchent et tombent.
- Nombre de lésions varie de quelques-unes à plusieurs milliers. Dans les cas graves, les lésions peuvent fusionner jusqu'à ce que de grandes sections de peau se détachent.
- Le diagnostic différentiel avec les autres maladies éruptives doit être connu.

IV. Définitions de cas (OMS)

1. Cas suspect : Toute personne présentant : une éruption cutanée, vésiculeuse ou vésiculopustuleuse, des adénopathies avec fièvre > 38°C

2. Cas Probable :

Tout cas suspect ayant eu un contact avec un cas confirmé dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes ;

ou

Tout cas suspect ayant effectué, dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes, un voyage dans un pays où la maladie est endémique ou un pays ayant enregistré une chaîne de transmission depuis le début du mois de mai 2022 (actuellement les pays d'Afrique centrale et de l'Ouest, d'Europe et d'Amérique du Nord) ;

ou

Tout cas suspect avec atteinte des paumes des mains et/ou des plantes des pieds, ou encore avec présence d'adénopathies.

3. Cas confirmé : Tout cas probable chez qui l'infection par le virus de monkeypox a été confirmée par technique moléculaire (PCR) au laboratoire

V. Evolution

C'est une maladie spontanément résolutive en 2 à 4 semaines

Des cas graves surviennent plus fréquemment chez les enfants et sont liés à l'étendue de l'exposition au virus, à l'état de santé du patient et à la nature des complications.

Les complications suivantes peuvent être observées :

- infections secondaires, bronchopneumonie ;
- sepsis, encéphalite, atteinte de la cornée avec cécité ;
- A long terme : diminution de la pigmentation et cicatrices Permanentes ;
- Taux de létalité : 3 à 6%.

VI. Diagnostic Biologique

La PCR est le test recommandé, sur des échantillons des lésions cutanées : le toit ou le liquide des vésicules et des pustules, et des croûtes sèches.

Le prélèvement de préférence est cutané (Biopsie ou écouvillon en frottant plusieurs vésicules) et/ou nasopharyngée si la personne a une poussée éruptive dans la bouche ou la gorge. Les échantillons prélevés doivent acheminés dans les laboratoires de références pour confirmation (**Centre Muraz à Bobo Dioulasso**).

Les méthodes de sérologie et de détection des antigènes ne sont suffisamment spécifiques pour la confirmation (non recommandées par l'OMS pour le diagnostic).

VII. Traitement et vaccination

Le Traitement est symptomatique. Un agent antiviral connu sous le nom de **TECOVIRIMAT** qui a été développé pour la variole a été autorisé par l'Association médicale européenne.

Pour un cas suspect

- Consultation médicale : interrogatoire et examen clinique poussée pour reclasser le cas éventuellement comme probable ;
- Même s'il n'est pas classé probable ou même si une forte suspicion de la varicelle ou autres fièvres éruptives, alors auto-isolement à domicile pendant deux semaines, avec respect rigoureux des mesures d'hygiène ;
- Traitement symptomatique si cas bénin ;
- Si l'hospitalisation indiquée, alors isolement dans une salle dédiée.

Pour un cas probable / confirmé

- Cas probable : Prélèvement systématique pour PCR ;
- Échantillons : écouvillons de lésions cutanées ou un prélèvement de lésions ; les modalités de conservation et d'acheminement seront précisées avec le laboratoire destinataire ;
- Hospitalisation systématique en isolement dans une salle dédiée pour une durée de 3 semaines à partir de la date de début des signes ;
- Traitement symptomatique selon le tableau clinique ;
- Équipe de prise en charge doit appliquer les précautions standard de prévention et contrôle des infections.

La Vaccination contre la variole a été démontrée par plusieurs études observationnelles comme étant efficace à environ 85%.

Les Vaccins antivarioliques originaux (première génération) ne sont plus disponibles pour le grand public.

Le Vaccin plus récent basé sur un virus de la vaccine atténué modifié (souche Ankara) a été approuvé pour la prévention du monkeypox en 2019. Il s'agit d'un vaccin à deux doses dont la disponibilité reste limitée.

VIII. Gestion des contacts

Est considéré comme contact :

- Toute personne ayant eu un contact physique direct non protégé avec la peau lésée ou les fluides biologiques d'un cas probable ou confirmé symptomatique, quelles que soient les circonstances, y compris en milieu de soins, ou partage d'ustensiles de toilettes, ou contact avec des textiles (vêtements, linge de bain, literie) ou de la vaisselle ;
- Toute personne ayant eu un contact non protégé à moins de 2 mètres pendant 3 heures avec un cas probable ou confirmé symptomatique (ex. ami proche ou intime, milieu de transport, collègues de bureau, club de sport, etc.).

Il faut, un Auto-isolement pendant les 3 semaines suivant le dernier contact avec le cas probable ou confirmé et le contrôle biquotidien de la température.