

MPOX

INFORMATIONS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Version 21 août 2024

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	2
Epidémiologie	2
Transmission	3
Clinique	4
1. Incubation	4
2. Symptômes et signes cliniques	4
3. Diagnostic différentiel	5
Période de contagiosité	6
Définition de cas	6
Prise en charge d'un cas (possible)	7
1. Anamnèse	7
2. Référence pour confirmation diagnostique	7
3. Traitement	7
4. Isolement des cas	8
5. Protection personnelle lors d'un contact avec un cas (suspect)	9
6. Déclaration aux autorités sanitaires	9
7. Mesures en cas de décès	9
Classification des contacts	10
Mesures pour les contacts	10
Vaccination	11
Sources consultées	13

INTRODUCTION

Mpox (anciennement variole du singe ou monkeypox) est une infection virale causée par le virus mpox (MPXV), qui appartient à la famille des orthopoxvirus (qui comprend également le virus de la variole). Il existe deux variants génétiquement distincts du MPXV : le clade I (variant d'Afrique centrale), avec les sous-clades Ia et Ib, et le clade II (variant d'Afrique de l'Ouest), avec les sous-clades IIa et IIb. En 2022, une épidémie de clade IIb s'est déclarée en Europe et dans le monde, la maladie se transmettant principalement par contact sexuel. Depuis novembre 2023, le clade I est à l'origine d'une épidémie en République démocratique du Congo (RDC), qui s'est récemment propagée à plusieurs autres pays africains. Il existe des inquiétudes que le clade Ib soit plus contagieux que les autres variantes, mais les données à ce sujet sont actuellement insuffisantes. Le 14 août, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que l'épidémie en Afrique constituait une urgence de santé publique mondiale.

Ce document fournit de plus amples informations sur la maladie, ainsi que des recommandations pour la gestion d'un cas (possible). Les définitions de cas et les conduites à tenir sont susceptibles d'évoluer en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques et de la situation nationale et internationale.

EPIDÉMIOLOGIE

Mpox a été découvert pour la première fois en 1958, lors de l'apparition d'une maladie ressemblant à la variole chez des singes élevés pour la recherche. Le premier cas humain a été enregistré en 1970 en République démocratique du Congo (RDC) et, depuis, l'infection a été signalée dans un certain nombre de pays d'Afrique centrale et occidentale, principalement en RDC et au Nigeria. Avec l'éradication de la variole en 1980 et l'arrêt de la vaccination antivariolique qui a suivi, le MPXV est devenu l'orthopoxvirus le plus important en termes de santé publique.

Les clades I et II du MPXV circulent de manière endémique dans plusieurs pays du continent africain, où le virus le MPXV est probablement maintenu dans la nature par la circulation entre un certain nombre de mammifères, surtout les écureuils et autres rongeurs, avec des transmissions et des infections occasionnelles chez l'homme.

La première épidémie survenue en-dehors de l'Afrique a eu lieu en 2003, aux États-Unis avec un total de plus de 70 cas. L'épidémie était liée à des chiens de prairie infectés par des rongeurs importés du Ghana.

Par la suite, des cas de variole du singe ont été signalés à plusieurs reprises chez des voyageurs en provenance d'Afrique, principalement au Royaume-Uni, mais aussi en Israël, à Singapour et aux États-Unis, avec à deux reprises une transmission secondaire, une fois à un soignant et une fois au sein de la famille.

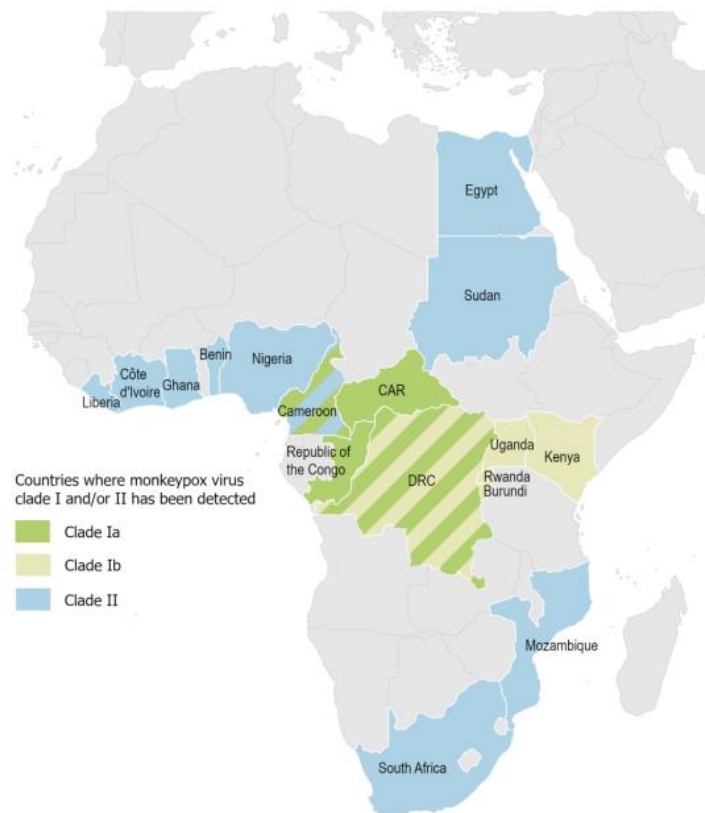
En 2022, une première flambée importante de clade II a eu lieu en Europe et dans d'autres parties du monde, principalement chez des personnes ayant des partenaires sexuels multiples (y compris des HSH). Actuellement, ce variant circule toujours, avec un nombre limité de cas en Belgique.

La RDC a toujours été endémique pour le clade I. Depuis les années 1980, le nombre de cas y augmente systématiquement, avec une accélération de l'augmentation depuis 2023 et une épidémie due à un nouveau variant, le clade Ib. En 2024, plus de 16 000 cas ont déjà été rapportés, tant causés par le clade Ia que par le clade Ib. En 2024, des cas de mpox ont également été signalés dans les pays voisins de la RDC, y compris des cas de clade Ib au

Burundi, au Rwanda, en Ouganda et également au Kenya. Le nombre de cas signalés est probablement une sous-estimation du nombre réel (avec une surestimation du taux de mortalité), en raison d'un sous-diagnostic et d'une sous-déclaration. On peut donc supposer que le MPXV est répandu dans plusieurs pays d'Afrique, avec une circulation générale suspectée surtout au Burundi.

Le 15 août 2024, un premier cas importé de mpox dû au clade Ib du MPXV a été identifié en Europe (Suède), chez un adulte revenant d'un pays africain où la transmission du clade Ib a été signalée. On s'attend à ce que d'autres infections importées surviennent dans les semaines et les mois à venir, y compris en Belgique.

Pays où MPXV clade I et/ou clade II ont été détectés (*Source ECDC Risk Assessment, 16/08/2024*)



TRANSMISSION

La variole du singe peut être transmise par un animal ou une personne infectée. Le virus pénètre dans l'organisme par une lésion de la peau (même non visible), les voies respiratoires ou les muqueuses. La transmission de personne à personne n'est pas facile, et nécessite un contact étroit avec une personne infectée 1) par contact physique direct avec des lésions cutanées ou des fluides corporels d'une personne infectée (en particulier par contact sexuel) ou 2) par contact physique direct avec des vêtements, du linge ou des objets utilisés par une personne infectée, ou 3) par gouttelettes respiratoires lors d'un contact prolongé en face-à-face. La transmission de la mère à l'enfant et les infections nosocomiales ont également été décrites.

Dans les pays signalant des cas de clade I, la transmission interhumaine par contact sexuel et non sexuel a été documentée. D'après les données préliminaires, les infections par le clade Ib semblent toucher principalement la population adulte (y compris les infections par contact

sexuel), tandis que les infections du clade Ia résultent principalement d'une transmission d'animal à homme et touchent surtout les enfants. Ces résultats doivent toutefois être confirmés.

Sur la base des informations scientifiques et de la situation épidémiologique actuelles, le risque de transmission du clade Ib en Belgique est estimé aujourd'hui comme très faible pour la population générale, comme élevé pour les personnes ayant eu un contact étroit avec un cas en Belgique, et comme élevé également pour les voyageurs ayant des contacts étroits dans une population où le virus circule. Pour le voyageur général en vacances dans un pays où le virus circule, le risque est faible.

Pour le clade IIb, il existe toujours un risque d'infection pour les personnes ayant des partenaires sexuels multiples (y compris certains groupes d'HSH).

CLINIQUE

1. Incubation

La période d'incubation dure habituellement de 6 à 13 jours, mais peut aller de 5 à 21 jours.

2. Symptômes et signes cliniques

Après la période d'incubation, les personnes infectées présentent souvent, mais pas toujours, une phase prodromique de symptômes légers tels que fièvre, maux de tête, douleurs musculaires et dorsales et fatigue. Une lymphadénopathie est observée chez de nombreux patients, ce qui n'est généralement pas le cas pour d'autres maladies avec éruption cutanée telles la varicelle, rougeole ou variole.

En général, 1 à 3 jours après le début de la fièvre, une éruption cutanée apparaît initialement sur le site de l'infection et s'étend rapidement à d'autres parties du corps, incluant les mains et les pieds. L'éruption évolue et se présente initialement souvent sous forme de macule évoluant successivement vers une papule, vésicule, pustule, jusqu'à la formation d'une croûte qui tombe généralement endéans 12 jour. Le nombre de lésions peut varier de quelques-unes à des milliers, elles peuvent être très prurigineuses. Les lésions cutanées apparaissent généralement toutes au même stade, ce qui est une caractéristique de la variole et de la variole du singe, et les distingue de la varicelle.

Sur base du tableau clinique, il n'est pas possible de distinguer les infections du clade I de celles du clade II. Lors de l'épidémie due au clade IIb en 2022, on a surtout observé des lésions dans la zone génitale (pénienne ou périanale), avec des ulcérations plus fréquentes. Mais ceci est principalement lié au mode de transmission. Il peut également y avoir des lésions génitales dans les infections du clade Ia.

Dans l'épidémie due au clade IIb, des infections asymptomatiques et des présentations atypiques ont également été décrites, avec une seule lésion cutanée ou aucune lésion, et, par exemple, uniquement des douleurs et des saignements anaux. Pour le clade Ia, cela reste à être étudiée.

De façon générale, la maladie peut être très bénigne chez les personnes vaccinées, avec peu de symptômes généraux et/ou de lésions.

Photos de lésions de la peau
(Source : Institut de Médecine Tropicale)



Mpox est généralement bénin, avec un rétablissement complet en deux à quatre semaines. Exceptionnellement, les symptômes peuvent être plus graves et nécessiter une hospitalisation, particulièrement chez les jeunes enfants, les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées. Les complications dans les pays endémiques comprennent l'encéphalite, les infections bactériennes cutanées secondaires, la déshydratation, la conjonctivite, la kératite et la pneumonie.

D'après les données de surveillance en RDC, la mortalité due à mpox parmi les cas rapportés est d'environ 3 %. Il s'agit toutefois d'une surestimation. Dans les cohortes prospectives, le taux de mortalité est plus faible, de l'ordre de 1 à 1,5 %. Les données préliminaires de l'épidémie actuelle avec le Clade Ib ne montrent pas d'augmentation de la gravité clinique, en particulier lorsque les patients reçoivent des soins de soutien corrects. Dans les régions touchées par l'épidémie de Clade Ib, la mortalité est d'environ 0,6 %. Là encore, il s'agit probablement d'une surestimation. Ce sont surtout les très jeunes enfants mal nourris et les personnes immunodéprimées qui peuvent mourir de la maladie.

3. Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel clinique comprend d'autres maladies avec une éruption (maculopapuleuse), telles que la varicelle, la rougeole, les infections cutanées bactériennes, la gale, la syphilis, l'herpès (HSV2) et les allergies associées aux médicaments. La lymphadénopathie pendant la phase prodromique de la maladie peut être une caractéristique clinique permettant de distinguer mpox de la varicelle.

PÉRIODE DE CONTAGIOSITÉ

Une personne est principalement contagieuse pendant la période d'apparition des lésions cutanées. Cependant il semblerait que les personnes présentant des symptômes de prodrome puissent également transmettre le virus dans les jours précédant l'apparition des symptômes, via des gouttelettes. Dans une étude belge de l'Institut de médecine tropicale¹, l'ADN viral et le virus ont été détectés dès 4 jours avant l'apparition des symptômes. Par mesure de précaution, et dans l'attente de preuves supplémentaires, on considère qu'une personne peut être infectieuse à partir de 4 jours avant l'apparition des premiers symptômes (prodromiques).

Il existe également certaines preuves scientifiques que des infections peuvent se produire de manière asymptomatique, avec des indications que celles-ci sont également infectieuses. Pour des raisons pragmatiques, pour ces personnes, la période du début de contagiosité est fixée à 4 jours avant le jour du prélèvement de l'échantillon ou du test PCR positif.

DÉFINITION DE CAS

Une distinction est faite entre un cas possible, un cas probable et une infection confirmée, sur la base des symptômes cliniques, du contexte épidémiologique et des résultats de laboratoire.

Cas confirmé

Une personne ayant une infection par le virus de mpox confirmée en laboratoire par (1) un résultat positif d'une PCR spécifique du MPXV ou (2) un résultat positif à une PCR spécifique de l'orthopoxvirus.

Cas probable

Une personne présentant une éruption papulo-pustuleuse inexpliquée ou des lésions avec ombilication typiques sur n'importe quelle partie du corps

ET un des critères suivants:

- lien épidémiologique avec un cas confirmé ou probable de mpox dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes ;
- antécédents de voyage dans un pays endémique (Afrique occidentale ou centrale) dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes ;
- personne qui a eu des partenaires sexuels multiples ou anonymes dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes (quelle que soit son orientation sexuelle) ;
- une personne ayant eu des contacts étroits ou intimes avec des personnes appartenant à un groupe social où le MPXV circule, y compris des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Cas possible

Une personne présentant une éruption papulo-pustuleuse inexpliquée ou des lésions avec ombilication typiques sur n'importe quelle partie du corps

OU un ou plusieurs symptômes possibles du MPX chez un contact à risque élevé ou très élevé

OU un ou plusieurs symptômes possibles du MPX chez un professionnel de la santé qui a été en contact avec un cas (contact avec des lésions cutanées ou contact prolongé en face à face).

¹ Brosius I et al. Presymptomatic viral shedding in high-risk mpox contacts: A prospective cohort study. J Med Virol. 2023;95(5):e28769. doi:10.1002/jmv.28769

PRISE EN CHARGE D'UN CAS (POSSIBLE)

1. Anamnèse

Si un patient répond à la définition d'un cas possible, il est important de poser les questions supplémentaires suivantes :

- date de début des symptômes (prodromes) et date de début de l'éruption ;
- voyage pendant la période d'incubation (5 à 21 jours) ;
- contact avec une personne symptomatique (cfr. définition de cas) ;
- activités sexuelles (multiples partenaires sexuels, HSH, ..) ;
- participation à des événements avec un grand nombre de participants ou des contacts proches ;
- plaintes suggestives d'IST ;
- statut VIH et prise de prophylaxie pré-exposition pour le VIH (PrEP) ;
- contact avec des animaux sauvages dans un pays où le virus circule ;
- vaccination contre la variole (en tant qu'enfant ou avec Imvanex® en 2022).

2. Référence pour confirmation diagnostique

Pour tout cas possible de mpox, un prélèvement est recommandé. La préférence est donnée à un frottis de lésions cutanées ou muqueuses. En cas de présentation clinique atypique (sans lésions), un autre type de prélèvement peut être envisagé. Il s'agit par exemple d'un écouvillon anorectal en cas de symptômes anaux, de la salive ou un écouvillon oropharyngé en cas d'amygdalite, et de l'urine ou un écouvillon urétral en cas d'urétrite.

Le prélèvement d'échantillons peut se faire dans un hôpital, ou par les médecins généralistes qui le souhaitent.

Un typage doit être réalisé pour tous les échantillons positifs afin de distinguer le clade I du clade II. Pour cela, l'échantillon doit être envoyé à l'Institut de Médecine Tropicale ou l'UZ Leuven. Si, à l'avenir, la circulation du MPXV se généralise en Belgique, l'utilité et la nécessité de ce typage seront réexaminées.

Plus de renseignement concernant la prise d'échantillons et l'envoi aux laboratoires sont disponibles [sur le site web du SPF Santé publique](#).

3. Traitement

Le traitement de mpox est principalement symptomatique et de soutien (réduction de la fièvre et du prurit), incluant la prévention et le traitement des surinfections bactériennes

Une évaluation clinique du risque d'évolution grave doit être effectuée, en raison par exemple d'une maladie sous-jacente ou d'un médicament entraînant un dysfonctionnement immunitaire, d'une infection par le VIH non traitée, etc.

Le seul traitement antiviral disponible est Tecovirimat®, autorisé par l'EMA depuis le 6 janvier 2022 en raison de « circonstances exceptionnelles ». En Belgique, le traitement par Tecovirimat® est actuellement réservé aux patients hospitalisés atteints d'une maladie grave, après approbation par un comité d'experts.

Cependant, les données préliminaires d'un essai contrôlé randomisé dans les provinces de Sankuru et de Maniema en RDC², où le clade I prédomine, n'ont pas montré de réduction significative de la durée des lésions dans le groupe recevant Tecovirimat® comparé à ceux recevant des soins de soutien standard.

Le Brincidofovir® est un autre médicament antiviral ayant une efficacité préclinique contre le MPXV. Ce médicament est utilisé en deuxième intention aux États-Unis et au Royaume-Uni. Cependant, son efficacité clinique n'a pas été prouvée et son profil d'effets secondaires est moins favorable que celui du Tecovirimat®. Il n'est pas disponible en Belgique pour le moment.

Vaccinia anticorps sont parfois utilisés en seconde ligne après le Tecovirimat®, mais le produit est difficile à obtenir et n'est disponible que dans des circonstances exceptionnelles.

4. Isolement des cas

- Dans l'attente du résultat du test, les mêmes mesures s'appliquent pour un cas possible que pour un cas probable et confirmé.
- Les cas doivent être maintenus en isolement strict depuis l'apparition des symptômes jusqu'à la guérison complète des lésions cutanées (avec chute des croûtes, indiquant la fin de l'infectiosité). Cela peut durer jusqu'à 21 jours.
 - Les cas doivent rester à la maison ; la sortie du domicile n'est autorisée que pour des raisons essentielles (rendez-vous médical et courses urgentes lorsque personne d'autre ne peut les assurer) et uniquement avec le port d'un masque buccal chirurgical et la couverture des lésions cutanées (par exemple, manches longues et pantalon).
 - Lorsque le patient est à la maison, il doit rester dans sa propre chambre. En dehors de sa chambre et s'il y a d'autres personnes dans la maison, il doit maintenir une distance avec les membres du foyer (>1,5 m) et si ce n'est pas possible, il doit porter un masque chirurgical.
 - Les contacts physiques doivent être strictement évités jusqu'à la guérison des lésions cutanées (chute des croûtes), y compris les activités sexuelles. Les préservatifs seuls ne peuvent pas fournir une protection complète contre mpox car le contact avec les lésions cutanées joue un rôle dans la transmission.
 - Les articles ménagers tels que les vêtements, la literie, les serviettes et les ustensiles de cuisine ne doivent pas être partagés avec les autres membres du foyer.
 - Jusqu'à 12 semaines après la disparition des lésions cutanées, l'utilisation d'un préservatif est recommandé lors de toute activité sexuelle.
 - Le contact avec les animaux (et notamment les rongeurs tels que les écureuils, les souris, les rats, les hamsters, les cochons d'Inde, etc.) doit être évité.
- Pour les cas asymptomatiques avec une PCR positive, les mêmes mesures que ci-dessus s'appliquent, la durée de l'isolement étant de 21 jours, à compter du jour du prélèvement de l'échantillon/du test positif.

² National Institutes of Health (NIH), USA. The antiviral tecovirimat is safe but did not improve clade I mpox resolution in Democratic Republic of the Congo 2024. <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/antiviral-tecovirimat-safe-did-not-improve-clade-i-mpox-resolution-democratic-republic-congo>

5. Protection personnelle lors d'un contact avec un cas (suspect)

- Lors du prélèvement d'échantillons sur un cas suspect, lors de la prise en charge d'un patient et lors de la manipulation de matériel contaminé (vêtements, literie, etc.) ou d'échantillons au laboratoire, il convient d'utiliser un équipement de protection individuelle (EP) approprié : masque buccal, gants, tablier imperméable et protection contre les projections dans les yeux. L'OMS et l'ECDC recommandent l'utilisation d'un masque FFP2, mais pour les contacts de courte durée sans procédures génératrices d'aérosols, un masque buccal chirurgical est suffisant, avec un port de masque par le prestataire de soins et par le patient.
- Pour les patients hospitalisés, les mesures d'isolement par contact et par gouttelettes s'appliquent (y compris l'utilisation d'EPI comme décrit ci-dessus).

6. Déclaration aux autorités sanitaires

Tous les cas probables et confirmés doivent être signalés aux autorités sanitaires régionales afin que la recherche des contacts et des sources puisse être lancée et que les mesures nécessaires soient prises pour prévenir toute nouvelle transmission.

Coordonnées de contact:

Flandres

- <https://www.zorg-en-gezondheid.be/formulier-melding-van-infectieziekten>
- <https://www.zorg-en-gezondheid.be/contact-infectieziektebestrijding-en-vaccinatie>

Région de Bruxelles-Capitale

- https://matra.sciensano.be/bru/connexion_fr.aspx

Wallonie

- <https://www.aviq.be/fr/prevention-maladies/maladies-infectieuses/declaration-obligatoire>
- <https://traceinwal.aviq.be/Search/Dashboard>

Communauté germanophone

- [Ostbelgien Live - Mpox](#)
- Déclaration à faire sous infektionen@dgov.be ou par téléphone 087/876700

7. Mesures en cas de décès

La manipulation des personnes décédées infectées avec le MPX doit être réduite au minimum. Les patients présentant des lésions cutanées qui n'ont pas encore guéri peuvent encore être infectieux. Il faut donc porter des EP contre le contact et les gouttelettes (gants, tablier imperméable, masque, protection des yeux) et appliquer une bonne hygiène des mains. Veillez à ce que toute fuite de liquides organiques soit évitée. Le corps doit être enveloppé dans un tissu ou un linceul et transféré à la morgue dès que possible.

La dignité du défunt, ses traditions culturelles et religieuses et sa famille doivent être respectées et protégées. La famille et les amis peuvent voir le corps après qu'il ait été préparé pour l'enterrement. Ils ne peuvent pas toucher ou embrasser le corps et doivent se nettoyer les mains avec de l'eau et du savon ou un désinfectant pour les mains à base d'alcool après l'observation.

CLASSIFICATION DES CONTACTS

Une distinction est faite entre les contacts à très haut risque et les contacts à haut risque.

Un contact à très haut risque est :

- un partenaire sexuel (y compris les baisers et le sexe oral) ;
- une personne ayant eu un contact prolongé peau à peau alors que le patient présentait une éruption cutanée ;

Un contact à haut risque est :

- une personne vivant dans le même foyer ou dans un environnement équivalent (par exemple, camper, passer la nuit, etc.) ;
- une personne qui a partagé des vêtements, de la literie, des ustensiles de cuisine, etc. pendant que le patient avait une éruption ;
- les personnes qui s'occupent d'une personne malade, sans contact prolongé peau à peau, pendant que celle-ci présente des symptômes ;
- le personnel soignant qui a été en contact avec un patient (contact cutané ou contact prolongé en face à face) sans équipement de protection individuelle approprié ;
- le personnel d'urgence ou d'autres personnes ayant subi une blessure coupante ou ayant été exposées sans équipement de protection individuelle à des fluides corporels provenant du cas de mpox, ou à une procédure créant des aérosols ;
- le personnel de laboratoire qui a été exposé sans équipement de protection individuelle à un accident de travail impliquant un échantillon contenant le virus ;
- un co-passager à un/deux sièges d'un cas symptomatique en avion avec une durée de voyage ≥ 3 heures. Cela s'applique principalement aux infections du clade I, dans l'attente de plus de données sur l'infektivité.

Tous les autres contacts (y compris les interactions sociales, les collègues de travail, les personnes partageant des appareils de fitness, etc.) sont considérés comme des contacts à faible risque pour lesquels il n'y pas de mesures spécifiques.

MESURES POUR LES CONTACTS

Pour tous les contacts à haut risque

- Auto-surveillance des symptômes (fièvre, maux de tête, éruption ou autres lésions cutanées...) pendant une période de 21 jours à partir du dernier jour d'exposition (= jour 0). Si l'isolement du cas n'est pas possible, la période de 21 jours pour les membres du foyer commence après la guérison des lésions cutanées du cas (= dernier jour d'isolement). En cas de symptômes, la personne doit contacter un médecin (par téléphone) pour confirmer ou exclure le diagnostic. Tant que mpox n'a pas été exclu, les mesures prévues pour un cas doivent être suivies.
- Les contacts étroits doivent être évités pendant 21 jours, en particulier avec les jeunes enfants, les femmes enceintes et les personnes immunodéprimées. Les contacts sexuels doivent être strictement évités.
- Le contact avec les animaux (en particulier les rongeurs comme les écureuils, les souris, les rats, les hamsters, les cochons d'Inde, etc.) doit être évité.
- Les contacts étroits doivent être exclus des dons de sang, d'organes ou de moelle osseuse pendant au moins 21 jours à compter du dernier jour d'exposition.

Contacts à très haut risque

- En plus des mesures ci-dessus, il est conseillé aux contacts à très haut risque de porter un masque chirurgical pour tous les contacts avec d'autres personnes. Si la personne entre en contact avec de jeunes enfants (par exemple dans une crèche), des femmes enceintes ou des personnes souffrant de troubles immunitaires, le contact à très haut risque doit rester en quarantaine pendant 21 jours.

Pour la vaccination préventive (PPV) ou prophylactique (PEV) contre mpox après l'exposition à un cas confirmé, voir la section suivante.

VACCINATION

Selon des études plus anciennes, on estime qu'une vaccination antérieure contre la variole confère une protection croisée jusqu'à 85 % contre mpox. L'effet protecteur de cette vaccination diminue avec le temps, mais des études sérologiques indiquent que la protection peut durer plus de 20 ans. La vaccination contre la variole a officiellement été arrêtée en Belgique vers 1975. On peut donc s'attendre à un certain degré de protection dans la population des adultes de plus de 50 ans.

Il n'existe actuellement aucun vaccin sur le marché qui ait été développé spécifiquement contre le MPX. En 2013, l'Agence européenne des médicaments (EMA) a autorisé, dans des circonstances exceptionnelles, l'utilisation d'un vaccin antivariolique de troisième génération non répliquable (Imvanex® - Modified Vaccinia Ankara) contre la variole, qui peut également être utilisé (off-label) dans l'épidémie actuelle de MPX. Une vaccination post-exposition précoce (dans les quatre jours suivant l'exposition à un cas de MPX) peut prévenir la maladie, et l'administration d'un vaccin jusqu'à 14 jours peut réduire la sévérité de la maladie. Sur la base d'études portant sur les infections du clade IIb, l'efficacité de deux doses de vaccination préventive (PPV) a été estimée à 82 %, tandis qu'une dose PPV avait une efficacité de 76 %. Pour la vaccination post-exposition (PEPV), l'efficacité du vaccin a été estimée à 20 %, la maladie étant moins grave chez les personnes vaccinées étant malades, par rapport aux personnes non vaccinées. Le vaccin de troisième génération devrait avoir une efficacité similaire contre le clade I du MPXV, mais il n'existe pas encore de données spécifiques à ce sujet.

Le 1^{er} juin 2022, le Conseil supérieur de la santé (CSS) a émis une recommandation sur la stratégie de vaccination contre le mpox dans le contexte de la circulation du clade IIb, avec une mise à jour en septembre 2022, disponible [ici](#). Suite à cette recommandation, une campagne de vaccination préventive (PPV) a été lancée avec un vaccin de troisième génération (Imvanex®) pour des groupes à risque spécifiques. Aucune campagne de vaccination n'est actuellement en cours en dehors du contexte d'une épidémie.

En plus de la vaccination préventive, la vaccination post-exposition (PEPV) a également été recommandée, de préférence dans les 4 jours suivant l'exposition à un cas de mpox confirmé par PCR, pour les personnes n'ayant pas été vaccinées auparavant contre la variole (sauf en cas d'immunodéficience).

Vaccination après exposition (PEPV) :

- 1) tous les contacts à très haut risque (voir classification des contacts), dans les 4 jours suivant l'exposition, pour prévenir l'infection ; pour les personnes de ce groupe à risque d'infection grave (immunodéprimés, femmes enceintes), le vaccin peut être

envisagé jusqu'à 14 jours après l'exposition, pour réduire la sévérité d'une éventuelle infection ;

- 2) les contacts à haut risque (y compris les professionnels de santé sans protection, voir classification des contacts) qui par ailleurs sont à risque d'infection grave (immunodéprimés, femmes enceintes), de préférence dans les 4 jours suivant l'exposition, jusqu'à un maximum de 14 jours.

La décision de proposer la vaccination PEPV sera prise sur la base d'une évaluation individuelle, conjointement par le médecin traitant et les autorités sanitaires régionales (notamment pour l'évaluation du risque en cas d'exposition professionnelle).

Pour le clade Ib actuel, il est attendu que le vaccin actuellement disponible protégerait également. Le groupe NITAG au sein du CSS étudie actuellement la nécessité éventuelle d'adapter la recommandation relative à la vaccination, notamment une vaccination ciblée de groupes à risque spécifiques et une éventuelle priorisation. Étant donné le faible risque pour la population générale en Belgique, la vaccination générale n'est pas envisagé.

Recommandations générales

- Les personnes qui ont déjà été vaccinées contre la variole ou mpox ou qui ont déjà eu mpox ne seront pas (re)vaccinées (sauf en cas d'immunodéficience).
- L'utilisation du vaccin chez les enfants de moins de 18 ans est "off label", et n'est donc possible que sur la base d'une décision du médecin après avoir pesé le pour et le contre et avec le consentement éclairé des parents/adultes responsables.
- Les vaccins peuvent actuellement être administrés dans 12 centre de référence VIH et dans un certain nombre de centres de vaccination supplémentaires (voir annexes 1 et 2). L'organisation pratique peut être différente par centre. Si le CSS recommande la vaccination de groupes spécifiques à haut risque qui ne font pas partie des groupes à risque de l'épidémie de 2022, la vaccination peut éventuellement être proposée ailleurs. Cela fera l'objet d'une communication spécifique.
- Si l'offre de vaccins est suffisante, le vaccin est de préférence administré par voie sous-cutanée. L'administration intradermique est possible pour les personnes ne présentant pas d'immunodéficience, en fonction de l'offre et de la demande de vaccins. Cela dépendra de l'avis du CSS.

SOURCES CONSULTÉES

- ECDC. Risk assessment for the EU/EEA of the mpox epidemic caused by MPXV clade I in affected African countries. 16 August 2024.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-mpox-epidemic-monkeypox-virus-clade-i-africa>
- Avis du Risk Assessment Group (RAG) – 19 août 2024.
<https://www.sciensano.be/nl/biblio/20240822ragprampox-0>
- CDC. Mpox. <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/index.html>
- Public Health England. Monkeypox: information for primary care.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/850059/Monkeypox_information_for_primary_care.pdf
- ECDC. Factsheet for health professionals on mpox. 15 August 2024.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/monkeypox/factsheet-health-professionals>