L’incidence des cas de monkeypox ou variole du singe augmente en France, et avec elle les questionnements sur la prise en charge des cas pédiatriques.

Afin d’aider les pédiatres - et professionnels de santé qui prennent en charge les enfants - dans l’orientation diagnostique et thérapeutique, plusieurs documents ont été publiés par les sociétés savantes.

La **Société Française de Dermatologie** propose un document récapitulatif de la sémiologie des lésions évocatrices de monkeypox selon la phase primaire, secondaire, des complications et de la prise en charge.

« Monkeypox Virus Manifestations dermatologiques ».

 <https://www.sfdermato.org/upload/news/groupemonkeypeauxfinal-1.pdf>

Le **Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique (GPIP) et la Société Française de Pédiatrie (SFP)** ont rédigé le 20/07/2022 sur le site Infovac un document résumant les enjeux de cette épidémie en pédiatrie : « Epidémie de variole dite « du singe » ou monkey pox : place des enfants et préconisations actuelles du GPIP et de la SFP »

<https://www.infovac.fr/actualites/epidemie-de-variole-dite-du-singe-ou-monkey-pox-place-des-enfants-et-preconisations-actuelles-du-gpip-et-de-la-sfp>

Enfin, **l’ANSM** a publié une mise à jour le 20/06/2022 concernant les indications de vaccination notamment des cas contacts en pédiatrie.

<https://ansm.sante.fr/uploads/2022/06/20/20220617-avis-ansm-mkp-vaccins.pdf>

La maladie en pédiatrie quelques mots :

* La transmission semble être liée à un contact étroit avec le cas index. Il existe un portage dans les voies aériennes mais les transmissions semblent très rares.

En France les cas pédiatriques restent très rares avec 2 cas rapportés au 12/07/2022. On considère actuellement que le risque est extrêmement faible.

* Les symptômes habituels sont une **éruption vésiculeuse fébrile** touchant le visage les membres avec atteinte des paumes des mains et des pieds, (moins le tronc), les organes génitaux, les muqueuses dont la bouche et les conjonctives. Les vésicules évoluent vers des croûtes puis la cicatrisation sur un mode assez long (14 à 28 jours). (La symptomatologie est proche de celle de la variole, qui a été déclarée éradiquée en 1980). Cette éruption peut s’accompagner de **fièvre, de maux de tête, de courbatures et d’asthénie. On peut trouver également des adénopathies cervicales et inguinales inflammatoires, douloureuses.**

Les complications seraient la **surinfection cutanée, les atteintes respiratoires, et neurologiques (méningo-encéphalites)**. Les enfants seraient plus à risque de formes graves que les adultes habituellement symptomatiques, mais ces données reposent sur le suivis des cas lors des épidémies « autochtones » en Afrique et pourraient être plutôt en lien avec des surinfections cutanées.

La prise en charge d’une suspicion clinique :

* Autant que possible **il** **ne faut pas que les patients se déplacent** à l’hôpital, sauf en cas de doute sur une complication (dermohypodermite, …).
* En cas de doute clinique chez un patient, l’évaluation du cas doit être faite au téléphone via le centre 15, qui prendra contact avec les infectiologues adultes et/ou pédiatriques de l’établissement de santé de référence (ESR) régional. **Tout prélèvement microbiologique doit être fait après discussion avec le médecin de l’ESR selon les modalités prédéfinies par l’ESR** : à domicile par une structure mandatée / au laboratoire de l’hôpital selon une filière pré-établie / ...
* Concernant la **vaccination des cas contacts à risque**: l'avis révisé de l'ANSM du 20/06/2022 recommande de discuter la vaccination des enfants au cas par cas avec un médecin expert. La vaccination des cas contacts doit être réalisée par le vaccin Imvanex® 3e génération **dans les 4 jours qui suivent le contact à risque, mais est envisageable jusqu'à 14 jours après.**