

MONKEYPOX - Aide au diagnostic dermatologique et au traitement symptomatique – v. 9/06/2022

Cette fiche s'adresse au clinicien prenant en charge un patient présentant une éruption vésiculeuse faisant suspecter une possible infection à Monkeypox virus (MKP). Elle propose une aide pour différencier MKP d'une varicelle (principal diagnostic différentiel), d'un syndrome pied-main-bouche (coxsackie virus) d'une syphilis, une infection herpétique ou une dermatose bulleuse non-infectieuse - dermatoses bulleuses auto-immunes (DBAI), érythème polymorphe, toxidermies bulleuses comme l'érythème pigmenté fixe (EPF). Ne sont pas abordées dans ce document les éventuelles spécificités de pathologies dermatologiques de patients immunodéprimés (cryptocoques, molluscum diffus etc.). Au vu de la complexité sémiologique des diagnostics différentiels présentés, un avis dermatologique, quand il est possible, est indiqué.

MKP - Aide au diagnostic dermatologique : sémiologie de l'éruption

	Monkeypox	Varicelle	Coxsackie virus (syndrome pied-main-bouche : PMB)	Syphilis secondaire	Herpès	Dermatose bulleuse non infectieuse
Âge préférentiel	Epidémie actuelle : principalement hommes adultes	Petit enfant Attention, varicelle de l'adulte plus fréquente en population d'Afrique, peu immunisée dans l'enfance	6 mois – 4 ans Quelques formes adultes	Adultes ayant rapports sexuels non protégés	Enfants Jeunes adultes (en général sur eczéma atopique : Sd de Kaposi-Juliusberg, Fig 23)	Adultes souvent âgés (pemphigoïde bulleuse) Enfants-adulte pour dermatite herpétiforme et IgA linéaire
Antécédents	Indifférent	Pas d'ATCD de Varicelle	ATCD de PMB possibles			
Contage	Cas adulte le plus souvent	Contage familial ou scolaire, par enfant	Contage scolaire ou famille, enfant			
Incubation	7 à 14 jours en moyenne, maximum 21 jours	10-21 jours	3-7 jours	>6 semaines	3-6 jours (primo-infection)	NA Contexte de prise médicamenteuse pour EPF (bulleux généralisé et toxidermies bulleuses)
Signes cliniques associés	Fièvre inconstante, parfois intense, Sd grippal Peu de prurit Polyadénopathies cervicales et inguinales fréquentes Odynophagie selon mode d'entrée du virus	Fièvre d'intensité variable Prurit intense	Fièvre Douleurs abdominales, céphalées Pas de prurit sauf au stade vésicules	Aucun	Fièvre AEG	Pour les DBAI Prurit si pemphigoïde bulleuse, Fig 24

	Monkeypox	Varicelle	Coxsackie virus (syndrome pied-main-bouche : PMB)	Syphilis secondaire	Herpès	Dermatose bulleuse non infectieuse
Caractéristiques Topographiques	Tout le corps peut être atteint notamment paumes et plantes de pieds, visage, cuir chevelu ; selon mode de contamination : région ano-génitale (Fig 1), muqueuse buccale	Répartition des lésions aléatoires (Fig 9 à 15) Atteinte cuir chevelu	Pharynx Langue et joues Doigts notamment autour des ongles, (Fig 17) Mains (dos et paumes) et plantes Région péri-anale (Fig 16)	Visage, tronc, (Fig 18), membres ; atteinte palmo-plantaire évocatrice (Fig 19) (papules cuivrées avec collerette de Biett)	Visage Tronc Doigts, Fig 21 Atteinte génitale, Fig 22	Pemphigoïde : racine des membres, paumes et plantes, Fig. 28 Dermatite herpétiforme et à IgA linéaire : vésicules, bulles regroupées en bouquets ou anneaux, face extension coudes, genoux, région lombosacrée, périnée (enfant ++), Fig. 29 Erythème polymorphe : atteinte en cocardes mains et pieds
Atteinte muqueuse	OUI (région génitale et anale douloureuse)	OUI (inconstante)	OUI	OUI (chancres, plaques fauchées orales, syphilides génitales papuleuses) Fig 20	OUI (atteinte muqueuses buccale, génitale, ophtalmologique par contiguïté)	OUI pour les toxidermies (Fig 25), l'érythème polymorphe, le pemphigus
Caractéristiques descriptives	Macules- vésicules (Fig 3), pustules (Fig 1, 2, 4- 6 et 8), parfois de grande taille (Fig 4), ombilication centrale (Fig 2 et 5), parfois nécrotique (Fig 4 et 8), pseudofolliculites (Fig 7), inflammation périlésionnelle (Fig 2, 4 et 7)	Macules- vésicules d'âges différents, vésicules claires sur peau saine Lésions croûteuses	Papules- vésicules	Exanthème roséoliforme (1ere floraison) ou maculopapuleux (2e floraison); peut ressembler à roséole, acné, varicelle, psoriasis Les lésions ne sont jamais vésiculeuses ou vésiculo-bulleuses dans la syphilis secondaire	Vésicules puis croûtes jaunâtres ou hémorragiques (plus noires)	Bulles flasques et érosions pour pemphigus Bulles tendues sur peau urticarienne ou eczématiforme pour pemphigoïde bulleuse Cocardes pour l'érythème polymorphe (Fig 26-27)

	Monkeypox	Varicelle	Coxsackie virus (syndrome pied-main-bouche : PMB)	Syphilis secondaire	Herpès	Dermatose bulleuse non infectieuse
Caractéristiques évolutives	Poussée unique en général, mais possibilité de lésions d'âges différents Guérison en 2 à 4 semaines, avec formation de croûtes (Fig 8)	Plusieurs poussées Guérison en 10-12 jours	Poussée unique en général Guérison en 10 jours	Guérison après traitement. Possibilité de réinfection	Plusieurs poussées possibles	Chronique pour les DBAI Régression en général après arrêt du médicament (à rechercher ++)

Principe de traitement des formes dermatologiques de MKP :

Le traitement est symptomatique, il repose sur la prévention de la surinfection, du traitement de la douleur, et de la prévention des cicatrices inesthétiques.

SOINS LOCAUX

- N'appliquer aucun produit sur la peau (talc, crème, pommade ou gel) contenant antibiotique, antiviral, antiprurigineux ou anesthésiques. Ces produits sont fortement soupçonnés de favoriser la surinfection des lésions cutanées en raison de leur caractère occlusif et de retarder le diagnostic des lésions surinfectées qui seraient « masquées » par le produit.
- Donner des douches quotidiennes ou biquotidiennes à l'eau tiède avec un soin lavant dermatologique (surgras, syndet, huile de douche), bien rincer.
- Éviter le bain.
- Les crèmes cicatrisantes contenant du sulfate de cuivre et sulfate de zinc évitent la formation de croûtes importantes, donc limitent les cicatrices et la surinfection. Elles sont à appliquer au stade de croûtes uniquement.
- Penser à appliquer un écran solaire pour éviter la pigmentation des cicatrices, après guérison de l'éruption.
- En cas de prurit, penser à couper les ongles courts (gants éventuellement).

MESURES GENERALES

- Antalgie par paracétamol, tramadol voire morphiniques, en cas de lésions anales hyperalgiques ; xylocaïne visqueuse si lésion anale douloureuse empêchant la défécation, possibilité de prescription de laxatifs en cas d'exonération douloureuse liée aux lésions ulcérées anales.
- Des anti-histaminiques peuvent être prescrit en cas de prurit.
- Des co-infections à *Chlamydiae trachomatis* (CT) / *Neisseria gonorrhoeae* (NG) / syphilis avec MKP sont possibles.

Iconographie

Infection Monkeypox, figures 1-8 (crédit photo SMIT Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Sorbonne Université)



Photo 1: lésions pustuleuses, ombiliquées périanales



Fig 2 : Pustule ombiliquée, entourée d'un halo inflammatoire



Fig 3 : lésions vésiculeuses région lombaire et fesse et visage



Fig 4 : Lésion pustuleuse à centre nécrotique



Fig 5 : Pustule avec début d'ombilication centrale



Fig 6 : Lésions pustuleuses lombaires



Fig 7 : Pseudo-folliculite



Fig 8 : Pustule avec évolution vers une croûte nécrotique

Varicelle

Formes nourrisson et adolescent Figures 9-11 (Dr Y. Gillet)



Formes chez l'adulte figures 12-15 (crédit photo SMIT Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Sorbonne Université)



Varicelle : lésions palmo-plantaires vésiculeu

Varicelle : lésions vésiculeuses



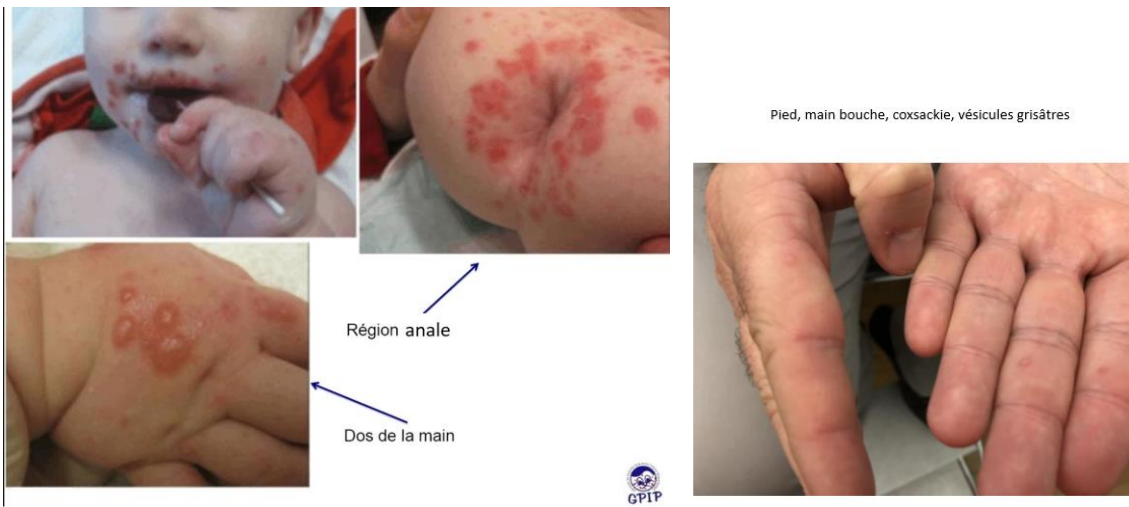
Varicelle : lésions élémentaires:
vésiculeuses, bulleuses, pustuleuses,
ombiliquées et nécrotiques, d'âge différents



Lésions vésiculeuses, bulleuses, pustuleuse, croûteuses d'âges différents dans la varicelle

Varicelle : lésions innombrables,
d'âge différents du tronc

Syndrome pied-mains-bouche, Figure 16 (Dr Y. Gillet), Figure 17 chez l'adulte (Pr N. Dupin)



Syphilis secondaire, figures 18-20 (crédit photo SMIT Pitié-Salpêtrière, AP-HP, Sorbonne Université)



Syphilis secondaire: exanthème papuleux du tronc (2^e floraison syphilitis)

Syphilis secondaire : syphilides palmo-plantaires



Syphilis secondaire : papules des bourses

Infection herpétique (Pr N. Dupin, Pr Chosidow), figures 21-23

Herpès avec vésicules ombiliquées



Bouquet herpétique



Syndrome de Kaposi Juliusberg

Dermatose bulleuse non infectieuse : maladies bulleuses auto-immunes (MBAI), érythème polymorphe, toxidermie bulleuse comme érythème pigmenté fixe, figures 24-27 (Pr N Dupin), figures 28-29 (Pr Beylot Barry)

Pemphigoïde bulleuse



Toxidermie bulleuse (Syndrome de Steven-Johnson)



Érythème polymorphe



Érythème polymorphe



Pemphigoïde : bulles tendues, placards érythémateux
Racines des membres – atteinte acrale / palmo-plantaire



Dermatite herpétiforme/dermatose IgA linéaire (enfant ++)



Groupe de travail :

Coordination Mission COREB nationale

Société Française de Dermatologie et Groupe Infectiologie Dermatologique et Infections sexuellement Transmissibles

Pr Marie Beylot Barry, Dr Romain Blaizot, Pr Olivier Chosidow, Dr Pascal Del Giudice, Pr Nicolas Dupin, Dr Sébastien Fouéré, Dr Camille Hua, Dr Gentiane Monsel (coordination dermatologique)

Société Française de Pédiatrie et Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique

Dr Yves Gillet