

CAS DE MONKEYPOX ACQUIS EN MILIEU DE SOINS CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT

Une revue de la littérature (<https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/monkeypox-transmission-following-exposure-in-healthcare-facilities-in-nonendemic-settings-low-risk-but-limited-literature/98E48E5050C7D97CB2C37CD114F49515>) a été réalisée dans les pays non endémiques et avant l'épidémie actuelle de mai 2022. Elle ne retrouvait sur 12 articles entre 2000 et 2022 qu'1 seul cas possible de transmission de la maladie à un soignant probablement en lien avec l'inhalation de matériel infecté provenant de la réfection du lit d'un patient sans masque.

Actuellement (depuis mai 2022), quelques cas en lien avec une contamination probable et/ou prouvée en milieu de soins ont été rapportés chez les personnels soignants et sont résumés dans le tableau 1.

Ces cas appellent quelques commentaires :

1. Il s'agit dans la majorité des cas d'un accident d'inoculation percutanée de liquide contaminé par piqure du soignant avec un matériel souillé ;

Pour autant, ces accidents sont potentiellement évitables :

2. Il est bien spécifié actuellement que la confirmation microbiologique par PCR sur prélèvement de lésions cutanées et/ou muqueuses n'est plus indispensable au diagnostic, lorsque les cas sont possibles ou probables d'après les données cliniques et/ou épidémiologiques.

3. Si toutefois un prélèvement est indiqué, il doit être réalisé avec un écouvillon et il n'est nullement recommandé de prélever les lésions cutanées à l'aide d'une aiguille.

4. Le système de sécurité d'un matériel piquant doit être activé immédiatement après le geste.

Enfin tout accident d'exposition à un liquide biologique doit être déclaré en accident du travail et doit être évalué par un médecin référent afin d'évaluer la pertinence d'une prophylaxie post exposition (vaccination au mieux dans les 4 jours).

| Auteur/titre/réf | Pays, Mois, Année | Profession | Mécanisme | Port d'équipement de protection | Évolution | Évitabilité/Commentaires |
|---|-----------------------------|---------------------|--|--|---|---|
| Caldas JP et al . Monkeypox after occupational needlestick injury from pustule. Emerg Infect Dis. 2022 Dec https://doi.org/10.3201/eid2812.221374 | Portugal Juillet 2022 | Médecin | Piqûre accidentelle index gauche avec aiguille (probablement creuse) utilisée pour prélever du liquide d'une pustule suspecte de Monkeypox (secondairement prouvée par PCR) | Oui gants | Incubation 4 jours puis apparition d'une lésion de MKP au site d'injection. Puis fièvre, lymphangite et adénopathie axillaire Et lésions cutanées à distance. Guérison en 24 jours | Accident évitable : Oui - car il n'y a aucune indication à utiliser des piquants ou tranchants pour extraire le liquide vésiculaire de suspicion de MKP pour analyse. https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/rep-collection-specimens.html https://www.coreb.infectiologie.com/UserFiles/File/monkeypox/20220713-fichemonkeypox-plvts-coreb.pdf Par ailleurs le soignant n'a pas déclaré l'accident et n'a donc pas eu de proposition de prophylaxie post-exposition |
| R S Salvato et al. Possible occupational infection of healthcare workers with monkeypox virus, Brazil. Emerg Infect Dis. 2022 Dec https://doi.org/10.3201/eid2812.221343 | Brésil, Juillet 2022 | 2 infirmiers | Pas de blessure accidentelle, pas de contact direct avec les lésions du patient sans gant. Manipulation sans gant d'objets potentiellement souillées issus de la chambre du patient | Oui gants, lunettes, surblouse, masques pendant les soins et port du masque par le patient, Mais habillage dans la chambre du patient et pas de gants pour entretien avant les prélèvements Manipulation à main nue de la boîte de transport (extérieur du triple emballage) | Patient 1. Lésion initiale cutanée sur l'annulaire 5 jours après le contact avec le cas puis 5 jours plus tard lymphangite et lésions secondaires cutanées, guérison en 20 jours Patient 2. 2 jours après le contact avec le patient, lésion au niveau de l'avant-bras puis extension des lésions cutanées, guérison en 15 jours | La PCR a identifié le même Virus MKP (séquençage 100% identique chez le patient et les 2 infirmières) Le mécanisme de transmission est peu clair : possible contact avec surfaces inertes souillées. |
| D le Pluart et al. A healthcare-associated infection with Monkeypox virus of a healthcare worker during the 2022 outbreak https://doi.org/10.1093/ofid/ofac520 | France, Juillet 2022 | Interne en médecine | Piqûre accidentelle pouce droit avec aiguille creuse sous cutanée utilisée pour prélever du liquide d'une pustule suspecte de Monkeypox (secondairement confirmée par PCR) | Oui gants, lunettes, surblouse, masques FFP2 Pas de mise en sécurité de l'aiguille après le prélèvement | 4 jours après la piqûre accidentelle apparition d'une vésicule au site de la piqûre accidentelle isolée. La PCR confirme la présence de Monkeypox Evolution de la lésion vers une pustule. Aucuns signes généraux, ni autres lésions. | Prophylaxie post exposition réalisée dans les 03H00 après l'accident (1 ^{ère} dose de vaccin IMVANEX®) Accident évitable par activation de la sécurité de l'aiguille sous cutanée. Aucune indication à prélever par aiguille le liquide vésiculaire pour analyse. |

| | | | | | | |
|---|------------------------------|-------------------|--|---|---|--|
| <p>Bubach Carvalho et al. Monkeypox virus transmission to healthcare worker through needlestick injury, Brazil. Emerg Infect Dis. 2022 Nov</p> <p>https://doi.org/10.3201/eid2811.221323</p> | <p>Brésil, Juillet, 2022</p> | <p>Infirmière</p> | <p>Piqûre accidentelle pouce droit avec aiguille creuse sous cutanée utilisée pour prélever du liquide d'une pustule d'un patient ayant un Monkeypox</p> | <p>Oui (gants, lunettes, surblouse, masques FFP2)</p> | <p>5 jours après la piqûre accidentelle apparition d'un nodule évoluant en vésicule au point de la piqûre accidentelle puis apparition secondaire de fièvre et d'autres lésions sur la main et la face. La PCR Monkeypox était positive dans la vésicule et dans le sang au 8^{ème} jour prélevés chez l'infirmière (avant l'apparition des lésions cutanées à distance du point d'inoculation)</p> | <p>Absence de prophylaxie post exposition Accident évitable dans la mesure où il n'y a aucune indication à prélever par aiguille le liquide vésiculaire pour analyse.</p> |
| <p>Rafael Mendoza et al. <i>MMWR</i>/2022 / 71(42);1348–1349</p> <p>https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/71/wr/mm7142e2.htm?s_cid=mm7142e2_w</p> | <p>USA Juillet 2022</p> | <p>Infirmier</p> | <p>Piqûre par aiguille (creuse ?) utilisée pour percer une vésicule d'un patient ayant un Monkeypox afin de prélever le liquide avec un écouvillon</p> | <p>OUI Gants</p> | <p>10 jours après la piqûre accidentelle apparition d'une lésion vésiculaire au point de la piqûre accidentelle sans signes généraux ni autres lésions</p> | <p>Prophylaxie post exposition réalisée à J15 après l'accident (1^{ère} dose de vaccin JYNNEOS®) Accident évitable car recapuchonnage de l'aiguille et dans la mesure où il n'y a aucune indication à prélever par aiguille le liquide vésiculaire pour analyse.</p> |

Tableau 1. Cas de Monkeypox rapportés en 2022 chez le personnel soignant et acquis en milieu de soins (au 21 octobre 2022)