

Premier cas confirmé de Mpox diagnostiqué à Bamako, Mali : à propos d'un cas clinique**First confirmed case of Mpox in Bamako, Mali: a case report**

Ali F^{1,2,*}, Coulibaly B¹, Cissoko Y^{1,2}, Sylla O³, Doumbia Y¹, Dicko M¹, Guindo I⁴, Konaté I^{1,2}, Dao S^{1,2}.

1- Service des Maladies Infectieuses, CHU du Point G, Bamako, Mali.

2- Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Université des Sciences, des Techniques et de Technologies de Bamako, Mali.

3- CHU de Dermatologie, Bamako, Mali

4- Institut National de Santé Publique (INSP) du Mali

***Auteur correspondant :** Farhan Ali, Service des Maladies Infectieuses, CHU du Point G, Bamako, Mali ; e-mail : farhangyno@hotmail.fr

Résumé

La Mpox constitue une zoonose émergente dont la détection précoce est un défi dans les pays d'Afrique de l'Ouest. Nous rapportons le premier cas confirmé d'infection par le virus Mpox (anciennement virus de la variole simienne) à Bamako, Mali. Le patient était un homme de 35 ans, de nationalité burkinabé, travaillant comme orpailleur et résidant à Kouremale (Koulikoro), ville frontalière avec la Guinée. Il a présenté une fièvre associée à une éruption vésiculo-pustuleuse disséminée. Le diagnostic initial posé en soins primaires n'avait pas suspecté une infection par le virus Mpox. Le diagnostic a été évoqué grâce à une consultation de télémedecine avec un dermatologue, et confirmé après prélèvements cutanés par écouvillonnage et réalisation d'un test par PCR à l'Institut National de Santé Publique. Le patient a été hospitalisé en isolement au service des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Point G. La prise en charge a été symptomatique. Ce cas souligne l'importance de maintenir une vigilance clinique élevée face aux maladies émergentes, met en évidence l'apport de la télémedecine dans l'orientation diagnostique spécialisée et rappelle la nécessité de renforcer les capacités de surveillance et de diagnostic des maladies émergentes en Afrique de l'Ouest

Mots clé : Mpox ; Diagnostic moléculaire ; Télé expertise ; Mali

Abstract

Mpox is an emerging zoonotic disease, and its early detection poses a challenge in West African countries. We report the first confirmed case of infection with the Mpox virus (formerly known as monkeypox virus) in Bamako, Mali. The patient was a 35-year-old man, a national of Burkina Faso, who worked as a gold panner and lived in Kouremale (Koulikoro), a town on the border with Guinea. He presented with a fever associated with a widespread vesicular-pustular rash. The initial diagnosis made in primary care had not suspected infection with the Mpox virus. The diagnosis was raised following a telemedicine consultation with a dermatologist, and confirmed after skin swab samples were taken and a PCR test carried out at the National Institute of Public Health. The patient was admitted to isolation in the infectious and tropical diseases department of the Point G University Hospital. Treatment was symptomatic. This case highlights the importance of maintaining a high level of clinical vigilance regarding emerging diseases, demonstrates the value of telemedicine in guiding specialist diagnosis, and underscores the need to strengthen surveillance and diagnostic capabilities for emerging diseases in West Africa.

Keywords: Mpox; Molecular diagnosis; Medical remote expert; Mali

INTRODUCTION

Le Mpox, anciennement dénommé variole du singe, est une zoonose virale causée par un orthopoxvirus. La maladie est endémique dans les régions forestières d'Afrique centrale et de l'Ouest, où elle se manifeste par des flambées sporadiques. On distingue deux clades génétiques principaux : le clade I, subdivisé en Ia et Ib, historiquement associé à une virulence plus élevée et à une transmission interhumaine plus soutenue et le clade II, également subdivisé en IIa et IIb, considéré comme moins sévère mais responsable de l'épidémie mondiale de 2022-2023 [1]. Le clade IIb est celui responsable de l'épidémie mondiale de 2022-2023, tandis que le clade Ib est impliqué dans l'épidémie de 2025 en Afrique centrale [1]. Cette épidémie mondiale, touchant principalement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, a démontré le potentiel de diffusion internationale du virus au-delà des zones endémiques traditionnelles [2]. Les modes de transmission incluent le contact direct avec des lésions cutanées, des fluides corporels ou des gouttelettes respiratoires, ainsi qu'un contact avec des animaux infectés (rongeurs, écureuils) [3]. L'Afrique de l'Ouest a connu une résurgence des cas ces dernières années, notamment au Nigeria depuis 2017, avec une propagation dans d'autres pays de la région [4]. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Africa CDC, plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest ont rapporté des cas en 2024-2025 [5]. Cependant, aucun cas n'avait encore été officiellement confirmé au Mali. Ce rapport décrit le premier cas documenté de Mpox à Bamako, soulignant les enjeux épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques associés à l'émergence de cette maladie dans un pays non endémique.

OBSERVATION

Il s'agit d'un homme de 35 ans, de nationalité burkinabé, à Kouremale (Koulikoro), orpailleur de profession, marié et père de trois enfants de moins de 15 ans. Aucun antécédent médico-chirurgical notable n'était notée.

❖ Histoire de la maladie :

L'épisode a débuté le 10 novembre 2025 par une symptomatologie associant une fièvre et une éruption cutanée prurigineuse, ayant conduit le patient à consulter le 13 novembre 2025, un médecin généraliste au centre de santé de référence (CSRéf) de Koulikoro. Une prise en charge symptomatique par voie orale a alors été

instaurée, associant de l'amoxicilline-acide clavulanique, un antihistaminique et du paracétamol. Devant l'absence d'amélioration clinique et la persistance des symptômes, le patient a de nouveau consulté au sein de la même structure le 20 novembre 2025.

Afin d'étayer le diagnostic, l'équipe médicale a sollicité une télé-expertise dermatologique via la plateforme nationale de télémedecine. Le 21 novembre 2025, L'analyse visuelle à distance des photographies cliniques a mis en évidence un exanthème vésiculo-pustuleux disséminé touchant de manière notable les régions palmo-plantaires. Face à ce tableau dermatologique évocateur, une infection virale systémique, et plus particulièrement une infection par le virus Mpox, a été fortement suspectée. Le patient a été transféré le même jour vers le service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du centre hospitalier universitaire (CHU) du Point G pour une prise en charge spécialisée en secteur d'isolement strict (Fig. 1a et 1b).



Fig.1



Fig.1

Figures 1a et 1b : L'équipe du SMIT du CHU du Point G à l'admission du patient

L'anamnèse et l'examen clinique d'admission ont mis en évidence, un syndrome infectieux marqué par une fièvre, un syndrome bronchique aigu, un syndrome tumoral (adénopathies et splénomégalie), ainsi qu'un exanthème vésiculo-pustuleux disséminé, avec une prédominance nette des lésions sur les régions palmo-plantaires. Un bilan paraclinique complet incluant des examens étiologiques, une recherche de comorbidités de terrain et des prélèvements à visée diagnostique a été immédiatement initié. Ce bilan comprenait aussi des prélèvements sanguins ainsi que des écouvillonnages du liquide des vésicules et du plancher des pustules. Ces échantillons biologiques ont été acheminés à l'Institut National de Santé Publique (INSP) dans le strict respect des protocoles de biosécurité. L'analyse moléculaire par RT-PCR a finalement permis de confirmer l'infection par le virus Mpox de clade IIb G1.

❖ **Investigations diagnostiques :**

Le patient ne rapporte aucun voyage récent en zone endémique, de consommation de viande de brousse ni d'exposition connue à un cas confirmé. L'interrogatoire met toutefois en évidence une notion de rapports sexuels non protégés avec sa partenaire.

❖ **Examen clinique à l'admission :**

À l'examen général :

Le patient se présente avec un bon état de conscience, caractérisé par un score de Glasgow à 15/15, et un état d'hydratation globalement préservé. À l'examen des muqueuses, les conjonctives étaient

normalement colorées et ne présentent aucun signe d'ictère. L'évaluation des fonctions vitales met en évidence un état fébrile avec une température corporelle s'élevant à 38,6°C, associée à une discrète tachycardie mesurée à 99 battements par minute. La pression artérielle est stable à 111/87 mmHg. Sur le plan respiratoire, la fréquence est à 20 cycles par minute et la saturation en oxygène est satisfaisante à 98% en air ambiant. La fonction rénale est cliniquement conservée, comme en témoigne une diurèse de 1,5 litre par vingt-quatre heures. Les paramètres anthropométriques révélaient un indice de masse corporelle évalué à 19 kg/m².

L'examen cutanéomuqueux avait objectivé un exanthème vésiculo-pustuleux profus, à la fois disséminé et prurigineux, bien que les lésions cutanées soient elles-mêmes indolores (Fig. 2a). Ces dernières se caractérisent par une apparition synchrone, se situant actuellement à un stade de vésicules ombiliquées et de pustules, sans qu'aucune croûte ne soit visible à ce jour (Fig. 2b).

Leur taille varie de quelques millimètres à deux centimètres de diamètre pour les éléments les plus volumineux. Cette atteinte cutanée présente une topographie ubiquitaire puisqu'elle affecte le visage, le thorax, l'abdomen et la région anale, tout en touchant de manière notable les régions palmo-plantaires (Fig. 2c). L'examen met en évidence aussi une ulcération génitale unique localisée au niveau des deux tiers du gland (Fig. 2d).





Figures 2a à 2d. Lésions cutanées à l'admission

L'examen pleuro-pulmonaire met en évidence des signes évocateurs d'un syndrome bronchique cliniquement traduit par une toux productive avec des expectorations claires et des râles bronchiques.

Enfin, l'exploration du système spléno-ganglionnaire montre une splénomégalie de consistance ferme et indolore, dont la flèche splénique est mesurée à 13 centimètres. Cette atteinte s'accompagne d'adénopathies inguinales bilatérales mobiles, de consistance ferme et se révèlent douloureuses lors de la palpation, la plus volumineuse d'entre elles atteignant un diamètre de 5 centimètres.

Le reste de l'examen des autres appareils et systèmes s'avère strictement sans particularité. Les résultats des examens paracliniques demandés objectivent : une numération formule sanguine normale (leucocytes à $8\,300/\text{mm}^3$, hémoglobine à 15,2 g/dL et plaquettes à $346\,000/\text{mm}^3$), ainsi qu'un bilan de coagulation normal (taux de prothrombine à 96% pour une INR à 1,04, et un temps de céphaline activée à 44,6 secondes). Les bilans rénal et hépatique étaient également dans les limites de la normale avec une glycémie à 4,4 mmol/L, une créatininémie à $85\,\mu\text{mol/L}$, et des taux de transaminases corrects (ALAT à 28 UI/L et ASAT à 34 UI/L). Par ailleurs, la radiographie de thorax est normale. Enfin, le bilan des comorbidités, incluaient les sérologies VIH et des hépatites B et C qui étaient revenus négatifs. Enfin, la confirmation diagnostique a été apportée par PCR, mettant en évidence une infection par le virus Mpox du clade IIb, lignée G1.

❖ Prise en charge et évolution

Sur le plan thérapeutique, les mesures barrières ont immédiatement été appliquées, associant un isolement strict du patient, un renforcement de l'hygiène des mains pour le personnel soignant et l'utilisation rigoureuse d'équipements de protection individuelle. Un traitement symptomatique a été instauré, comprenant du paracétamol 1g/6h, de la Deslorectadine 1cp/12h, Chlorhexidine aqueuse 0,5% 2 fois par jour (matin et soir) et Eludril (Digluconate de chlorhexidine/Chlorobutanol hémihydraté) 0,5 ml/0,5 g, bain de bouche 10 ml 3 fois/j. Il s'y associait une antibiothérapie avec de l'Amoxicilline Acide clavulanique à raison de 3g/j. Une prophylaxie antitétanique avait été administrée également sous la forme d'une dose de vaccin (VAT) et de sérum antitétanique (SAT). La surveillance clinique a montré une évolution favorable, marquée par l'obtention d'une apyrexie durable et le maintien d'un état stable sur les plans neurologique, hémodynamique et respiratoire. Au niveau dermatologique, l'examen au huitième jour (J8) d'hospitalisation objectivait une régression des lésions cutanées vers le stade de croûtes (Fig.3a et 3b). Au quinzième jour (J15), la cicatrisation était complète sans apparition de nouvelles poussées vésiculeuses (Fig.4a et 4b). Enfin, le contrôle post-traitement par RT-PCR à la recherche d'ADN du virus Mpox à ce quinzième jour d'hospitalisation est revenu négatif, permettant de déclarer le patient officiellement guéri de la variole simienne.



Figures 3a et 3b. Lésions cutanées à 8 jours de son admission



Figures 4a et 4b. Lésions cutanées à 15 jours de son admission

DISCUSSION

Ce premier cas de Mpox confirmé à Bamako revêt une importance épidémiologique et clinique particulière pour le Mali et la sous-région ouest-africaine. La présentation de ce patient illustre le défi diagnostique que représente le Mpox dans un contexte non endémique, où les cliniciens peuvent initialement l'orienter vers des pathologies plus fréquentes comme la varicelle, des infections bactériennes cutanées ou des réactions médicamenteuses [6]. L'échec du traitement empirique initial (antibiotiques et antihistaminiques) et la persistance des symptômes ont justifié une exploration plus poussée. Cela suggère la nécessité d'une mise à jour continue des connaissances des médecins généralistes sur les maladies émergentes. Dans ce cas, l'intervention en télémedecine a été déterminante. Elle a permis au dermatologue de visualiser les lésions et de suggérer une étiologie virale spécifique et d'orienter ainsi les

prélèvements vers la biologie moléculaire. L'originalité de cette prise en charge repose sur l'intégration de la télémedecine, et plus spécifiquement de la télédermatologie. En permettant une téléexpertise rapide, cet outil a comblé le fossé entre les structures de soins primaires et l'expertise dermatologique spécialisée, s'avérant déterminant pour étayer le diagnostic initial. Dans les pays aux ressources limitées, une telle approche représente un levier précieux et innovant pour optimiser la détection précoce des maladies infectieuses émergentes à manifestation cutanée [7].

D'un point de vue épidémiologique, aucunes notions de voyage récent en zone endémique ni d'exposition connue à un cas confirmé n'ont été rapporté. Le métier d'orpailleur exercé par le patient pourrait l'avoir exposé à des réservoirs animaux dans des zones rurales ou forestières du Burkina Faso ou du Mali, où des rongeurs peuvent être porteurs du virus. Il est également

possible qu'il ait contracté l'infection par contact interhumain lors de ses voyages ou dans son environnement malien. Cette incertitude renforce la nécessité d'une enquête épidémiologique approfondie, incluant le traçage des contacts et l'identification des sources potentielles [8], pour évaluer si une transmission autochtone a pu se produire [9].

La prise en charge hospitalière a reposé en premier lieu sur l'isolement strict du patient afin de prévenir une éventuelle transmission nosocomiale. Des soins symptomatiques adaptés ont été administrés pour contrôler la fièvre et les douleurs cutanées. En raison de son activité professionnelle d'orpailleur l'exposant à des traumatismes cutanés, une prophylaxie standard contre le tétanos associant le vaccin antitétanique (VAT) et le sérum antitétanique (SAT) a été réalisée. Parallèlement, un bilan à la recherche de comorbidités sous-jacentes, incluant systématiquement les infections sexuellement transmissibles et le VIH, a été initié conformément aux directives internationales. Enfin, une surveillance clinique et paraclinique étroite a permis de s'assurer de l'absence de complications systémiques ou de surinfections bactériennes avant sa sortie.

Une telle approche est cruciale pour contenir toute propagation et prévenir l'émergence de foyers locaux. En l'absence de disponibilité locale de vaccins spécifiques contre le Mpox pour initier des stratégies de vaccination en anneau, le contrôle épidémique repose exclusivement sur des interventions de santé publique non pharmaceutiques. Dans ce contexte de ressources limitées, la détection précoce, l'isolement strict des cas confirmés, le traçage rigoureux des contacts et le renforcement des mesures d'hygiène demeurent les seuls piliers efficaces pour briser les chaînes de transmission communautaire et pallier l'absence de couverture vaccinale [10].

Sur le plan clinique, le tableau observé était évocateur du Mpox, avec une éruption vésiculo-pustuleuse disséminée, des adénopathies inguinales douloureuses et une fièvre. La présence d'une lésion ulcéreuse génitale est particulièrement notable. Elle pourrait évoquer un mode de transmission par contact physique étroit, possiblement sexuel, comme cela a été largement décrit dans l'épidémie de 2022 [2]. Les adénopathies inguinales massives (5 cm) et la splénomégalie, bien que classiques dans les infections à orthopoxvirus, soulignent la réponse immunitaire robuste du patient. Cependant, la

splénomégalie peut également témoigner d'une infection concomitante ou d'une réaction systémique importante.

L'atteinte pulmonaire se manifestant ici par un syndrome bronchique caractérisé par une toux productive, des expectorations claires et des râles bronchiques, représente un signe moins fréquent mais à surveiller étroitement. Elle peut en effet précéder une pneumopathie virale, bien que la normalité de la radiographie thoracique dans notre cas ait permis d'écarter une complication respiratoire sévère. Bien que le Mpox soit traditionnellement associé à des manifestations dermatologiques, des données cliniques croissantes confirment sa capacité à induire des complications respiratoires systémiques, que ce soit par invasion virale directe du parenchyme ou par des lésions à médiation immunitaire [11]. Ces atteintes pulmonaires débutent souvent par une toux ou des anomalies auscultatoires avant d'évoluer, dans les cas les plus sévères, vers une pneumonie interstitielle ou un syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) [11]. La vigilance clinique reste donc essentielle, même en présence d'une imagerie initiale rassurante, en particulier chez les profils à risque.

Enfin, ce cas met en lumière les limites persistantes de notre compréhension de la dynamique de transmission et de la caractérisation virologique du virus Mpox en Afrique de l'Ouest. Bien qu'un diagnostic de certitude ait été posé grâce à une collaboration multidisciplinaire et à la biologie moléculaire, la source exacte de l'infection n'a pu être formellement identifiée. Cette zone d'ombre épidémiologique est accentuée par l'absence de suivi et de traçage exhaustif des contacts, une étape pourtant cruciale pour circonscrire les chaînes de contamination transfrontalière [12]. Sur le plan biologique, la caractérisation moléculaire a identifié une souche du clade IIb, lignée G1, présentant 85 mutations par rapport à la séquence de référence NC_063383.1 [14]. Ce résultat montre l'importance du séquençage de nouvelle génération, dont l'accès reste pourtant limité dans le pays, notamment dans les régions isolées ou en situation d'insécurité. Renforcer cette accessibilité est essentiel pour assurer une surveillance phylogénétique efficace et suivre l'évolution du virus.

Cela plaide pour le renforcement des systèmes de surveillance syndromique et virologique dans la région, ainsi que pour une meilleure accessibilité aux tests diagnostiques dans les structures de soins périphériques [15]. La

confirmation de ce premier cas au Mali doit servir de signal d'alarme pour intensifier les campagnes de sensibilisation auprès des professionnels de santé et du public, et pour maintenir un niveau de préparation élevé face à d'autres menaces infectieuses émergentes. En définitive, cette expérience souligne la vulnérabilité des pays non endémiques à l'importation de maladies infectieuses et la nécessité d'une coopération régionale et internationale renforcée en matière de surveillance sanitaire [12-15].

CONCLUSION

Ce premier cas de Mpox au Mali, survenu chez un patient burkinabé, illustre la mobilité transfrontalière des maladies infectieuses ainsi que la difficulté à établir avec certitude l'origine de cette infection. Il souligne également l'importance d'un système de santé résilient, capable d'intégrer des outils tels que la télémédecine pour favoriser un diagnostic précoce et de s'appuyer sur une surveillance épidémiologique rigoureuse. La coordination entre les soins primaires, la téléexpertise, le laboratoire de référence et le service spécialisé a permis la confirmation diagnostique, l'isolement du patient et d'instaurer une prise en charge adaptée.

Ce cas doit aussi être considéré comme un signal d'alarme, appelant au renforcement urgent des capacités diagnostiques des laboratoires et à l'intensification des actions de sensibilisation auprès des professionnels de santé et du grand public.

Consentement éclairé et point de vue du patient :

Le patient a exprimé sa pleine compréhension des enjeux scientifiques et a formellement donné son accord ainsi que sa participation active pour la publication de ce cas clinique. Il a manifesté son souhait que son parcours médical puisse contribuer à l'amélioration des connaissances des professionnels de santé face aux maladies émergentes. Un consentement écrit et éclairé a ainsi été obtenu auprès du patient pour la publication de ce cas clinique, incluant explicitement l'autorisation de reproduire et de publier l'ensemble des photographies médicales associées.

Contribution des auteurs : Tous les auteurs ont contribué à la prise en charge du patient ainsi qu'à la rédaction du manuscrit. Tous les

auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Conflit d'intérêt : aucun

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Principaux repères sur l'orthopoxvirose simienne (mpox) [Internet]. Genève : OMS ; 2024 [mis à jour le 26 août 2024 ; cité le 8 août 2026]. www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mpox
2. Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, Rockstroh J, Antinori A, Harrison LB, et al. Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries — April–June 2022. *N Engl J Med*. 2022 ;387(8):679-691. doi :10.1056/NEJMoa2207323.
3. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Principaux repères sur l'orthopoxvirose simienne (mpox) [Internet]. Genève : OMS ; 2024 [mis à jour le 26 août 2024 ; cité le 25 nov 2025]. Disponible sur : who.int
4. Ogoina D, Izibewule JH, Ogunleye A, Ederiane E, Anebonam U, Neni A, et al. The 2017 human monkeypox outbreak in Nigeria—Report of outbreak experience and response in the Niger Delta University Teaching Hospital, Bayelsa State, Nigeria. *PLoS One*. 2019 ;14(4) : e0214229. doi: 10.1371/journal.pone.0214229
5. Africa Centres for Disease Control and Prevention. Weekly regional communicable disease bulletin : West Africa. Addis Ababa: Africa CDC; 2025 Nov 23 [updated 2025 Nov 23; cited 2026 Aug 6]. Available from: africacdc.org
6. Ruan Y, Chen X, Wang J, Zhang L, Liu H. The dermatological manifestations and differential diagnosis of monkeypox: A narrative review. *J Med Virol*. 2024;96(3):e29541. doi:10.1002/jmv.29541.
7. Zink A, Schäfer MH, Noe S, Spinner CD, Lauffer F. Tele dermatology in mpox: A valuable tool for rapid clinical triage and management. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(4):e482-e484. doi :10.1111/jdv.18780
8. Organisation mondiale de la Santé. Surveillance, recherche des contacts et investigation des cas de mpox (variole du singe) : orientations provisoires. Genève : OMS ; 2024 [cité le 8 août 2026]. Disponible sur : who.int

9. Africa Centres for Disease Control and Prevention. Guide technique pour les investigations épidémiologiques et le traçage des contacts transfrontaliers des infections à virus Mpox en Afrique de l'Ouest. Addis-Abeba : Africa CDC ; 2025 [cité le 8 août 2026]. Disponible sur : africacdc.org
10. Nuzzo JB, Borio LL, Gostin LO. The Mpox Outbreak: A Global Health Emergency Requiring Nonpharmaceutical Interventions and Equitable Resource Distribution. *JAMA*. 2022;328(14):1395-1396. doi:10.1001/jama.2022.17481.
11. Al-Musa A, Al-Tawfiq JA. Monkeypox: A Growing Concern for Pulmonary Health. *Kurd Stud*. 2024;12(5): 231-239.pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1145067
12. Ogoina D, Onyemelukwe GC, Ihekweazu C, et al. Performance and challenges of Mpox surveillance systems in Africa. *Int J Infect Dis*. 2026;134:106-112.
13. Happi CT, Upadhyay BA, Folarin OA, et al. Genomics reveals zoonotic and sustained human mpox spread in West Africa. *Nature*. 2025 ;641(7890):342-349. doi:10.1038/s41586-025-09128-2
14. Keita NY, Abdou M, Ag Baraïka M, Kone CM, Kamena O, Coulibaly E, Sangare MS, Diakite K, Wanjohi DW, Doumbia B, Onywera H, Diagne MM, Guindo I. Caractérisation génomique du cas index d'infection par le virus de la variole du singe chez l'homme au Mali, 2025. *Virus*. 2026 28 février;18(3):294. doi: 10.3390/v18030294. PMID: 41902202.
15. Ndembi N, Tedros Adhanom G, et al. The 2024–2025 upsurge of mpox in Africa: a critical moment to accelerate local health system resilience. *BMJ Glob Health*. 2025 ;10(12):e019553. doi:10.1136/bmjgh-2025-019553