



Caractéristiques cliniques, sévérité et mortalité intrahospitalière : Etude de cohorte des cas pédiatriques de Mpox pris en charge dans quelques Centres de Traitement Mpox en République démocratique du Congo

Clinical characteristics, severity, and in-hospital mortality: A cohort study of pediatric mpox cases treated at selected mpox treatment centers in the Democratic Republic of Congo, 2024–2025

“Clinical characteristics, severity, and in-hospital mortality of pediatric mpox cases treated at selected mpox treatment centers in the Democratic Republic of Congo, 2024–2025: A cohort study”.

Bédie Luta Mbala¹, Christian Ngandu²,
Philippe Manzeyi Masidi¹, Bienvenu Ilunga
Kabasele², Yves Makongo Mboloko³, Joelle
Nzuzi Bemba¹, Héritier Bukasa Nganga¹,
Rosette Kevaani

Lepira¹, Gloria Mavinga Bundutidi¹, Célestin
Nseka Mbuila¹, Loukia Paizanos Aketi¹

Auteur correspondant

Bédie Luta Mbala

Courriel : bediembala3@gmail.com

Tél : +243816831700

Département de pédiatrie, Cliniques
universitaires de Kinshasa, Université de
Kinshasa, Kinshasa, RD Congo.

Summary

Context and objective. Mpox remains a public health problem in the Democratic Republic of Congo, where the paediatric burden remains high, while analytical data specific to children remain limited. The objective of this study was to describe the sociodemographic and clinical characteristics of paediatric Mpox cases, as well as to identify factors associated with severity and in-hospital mortality.

Methods. This was a retrospective analytical cohort study based on secondary analysis of the consolidated national CTMpox database from January 2024 to August 2025. *Results.* Of the 37,567 records extracted, 25,232 concerned patients aged 0 to 19 years, representing a paediatric proportion of 67.2%. After data cleaning, 750 patients were involved. Their median age was 8 years (IQR: 3.3–13). The 0–4 age group was the most represented (32.7%). Severe cases accounted for 37.5%, and in-hospital mortality was 4.8%. The clinical presentation was dominated by fever, rash, myalgia, asthenia, lymphadenopathy, dysphagia, and pruritus. Female patients (ORa = 0.6; p = 0.015) and those with good nutritional status (ORa = 0.3; p = 0.002) were less likely to develop the severe form.

Résumé

Contexte et objectif. La Mpox demeure un problème de santé publique en République Démocratique du Congo, où la charge pédiatrique reste importante, alors que les données analytiques spécifiques aux enfants demeurent limitées. L'objectif de la présente étude était de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas pédiatriques de Mpox, ainsi que d'identifier les facteurs associés à la sévérité et à la mortalité intrahospitalière. *Méthodes.* Il s'agissait d'une cohorte rétrospective et analytique basée sur l'exploitation secondaire de la base nationale consolidée des CTMpox de janvier 2024 à août 2025. *Résultats.* Sur 37 567 enregistrements extraits, 25 232 concernaient les patients de 0 à 19 ans, soit une proportion pédiatrique de 67,2 %. Après nettoyage, 750 patients ont été retenus. Leur âge médian était de 8 ans (EIQ : 3,3–13). Les formes sévères représentaient 37,5 % et la mortalité intrahospitalière 4,8 %. La clinique était dominée par la fièvre, l'éruption cutanée, la myalgie, l'asthénie, les adénopathies, la dysphagie et le prurit. Les patients de sexe féminin (ORa = 0,6 ; p = 0,015) ainsi que ceux avec bon état nutritionnel (ORa = 0,3 ; p = 0,002) avaient moins de probabilité de présenter



Comorbidities (HRa = 10; $p < 0.001$) and severity (HRa = 20.5; $p < 0.001$) were associated with death.

Conclusion. Paediatric Mpox remains characterized by a high frequency of severe forms and a significant in-hospital mortality rate

Keywords: Mpox, Children, Severity, In-hospital mortality, Democratic Republic of the Congo

Received March 3, 2026

Accepted May 5, 2026

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i4.6>

1. Département de pédiatrie, Cliniques universitaires de Kinshasa, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo
2. Institut National de Santé Publique, Kinshasa, RD Congo
3. Département d'Anesthésie-Réanimation, Cliniques universitaires de Kinshasa, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, Kinshasa, RD Congo.

Introduction

La Mpox, anciennement appelée variole du singe, est une zoonose virale causée par un Orthopoxvirus, endémique en Afrique centrale et occidentale depuis des décennies, et qui a connu une résurgence mondiale depuis 2022 (1–3). L'épidémie mondiale récente a concerné principalement les adultes dans un contexte de transmission interhumaine avec une prédominance des lésions anogénitales et des formes atypiques. C'est durant cette période que la Mpox a été reconnue comme urgence de santé publique internationale (4). La situation demeure différente dans les pays endémiques, où la transmission communautaire et domestique persiste (1,5,6). Certains auteurs ont rapporté des cas pédiatriques de Mpox, en décrivant leurs manifestations cliniques, leurs complications, ainsi que les aspects diagnostiques, thérapeutiques et préventifs (7–10). Toutefois, ces travaux proviennent surtout de contextes non endémiques ou de séries limitées. Ils ne permettent pas toujours une analyse détaillée des profils cliniques, des complications, des issues hospitalières et des déterminants de sévérité chez les enfants vivant en zone d'endémie (11,12). En République Démocratique du Congo (RDC), la Mpox est un enjeu de santé publique. Le pays rapporte un

la forme sévère. Les comorbidités (HRa = 10 ; $p < 0,001$) et la sévérité (HRa = 20,5 ; $p < 0,001$) étaient associées au décès. **Conclusion.** La Mpox pédiatrique reste marquée par une fréquence importante de formes sévères et une mortalité intrahospitalière non négligeable.

Mots-clés : Mpox, Enfants, Sévérité, Mortalité, République Démocratique du Congo

Reçu le 10 mars 2026

Accepté le 30 mai 2026

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i4.6>

nombre important de cas en Afrique, avec une transmission soutenue dans plusieurs provinces et une charge pédiatrique historiquement élevée (13–16). Contrairement aux pays non endémiques, les enfants y représentent une proportion importante des cas rapportés et peuvent présenter des formes sévères de la maladie, notamment les enfants en âge préscolaire, les malnutris et les immunodéprimés (11,15).

Face à cette situation, le pays a renforcé les mesures de riposte par la mise en place de Centres de Traitement Mpox (CTMpox) dans les provinces les plus touchées. Les données collectées dans ces structures sont centralisées au niveau national dans le cadre du système de surveillance et constituent une source essentielle d'information sur les cas pris en charge. Leur exploitation permet d'apporter une meilleure compréhension du profil particulier des patients pédiatriques atteints de Mpox.

En dépit de l'importance épidémiologique reconnue de la Mpox pédiatrique en RDC, les données publiées sur cette population spécifique demeurent limitées, en particulier, dans le contexte épidémiologique récent depuis 2023 marquée par une recrudescence des cas notifiés (17). Ainsi donc, la présente étude avait pour objectifs spécifiques de décrire les caractéristiques



sociodémographiques et cliniques, puis d'identifier les facteurs associés à la sévérité et à la mortalité intrahospitalière.

Méthodes

Type et période d'étude

Il s'agissait d'une cohorte rétrospective basée sur des données secondaires, qui s'étendait de janvier 2024 à août 2025.

Cadre et source des données

Les données analysées proviennent de la base nationale consolidée des CTMpox, alimentée de manière routinière à partir des fiches cliniques et des outils de surveillance utilisés dans les sites. Les informations ont été extraites directement de cette base après autorisation administrative. Elle inclut les variables sociodémographiques, épidémiologiques et cliniques, et constitue un outil programmatique de surveillance et de gestion opérationnelle.

Population d'étude

La population cible incluait les enfants et adolescents âgés de 0 à 19 ans. Ont été inclus dans l'analyse tous les cas pédiatriques répondant à la définition nationale de cas de Mpox durant la période d'étude, qu'ils soient confirmés biologiquement par PCR ou classés comme cas suspects et disposant d'une date d'admission, d'une issue hospitalière exploitable ainsi que de d'une documentation sur la charge lésionnelle. N'ont pas été inclus les doublons, les dossiers comportant des données manquantes sur ces variables essentielles, ainsi que les patients dont l'issue hospitalière ne permettait pas leur prise en compte dans les analyses retenues.

Procédure d'extraction et de préparation des données

L'analyse a été conduite en plusieurs étapes successives : extraction de la base nationale brute consolidée des CTMpox pour la période de janvier 2024 à août 2025 ; sélection des patients âgés de 0 à 19 ans ; vérification de la cohérence des variables et suppression des doublons éventuels ; harmonisation des libellés et recodage des variables analytiques ; puis constitution de la base analytique finale à partir des dossiers disposant des informations nécessaires aux analyses de la sévérité et de la mortalité intrahospitalière.

Variables d'intérêt

Les variables étudiées englobaient les paramètres sociodémographiques (âge, sexe et la province), cliniques (comorbidités, symptômes, signes physiques, sévérité), ainsi que l'évolution (issue vitale, durée d'hospitalisation et la survie).

Définitions opérationnelles

Les définitions des concepts sont celles du guide national de prise en charge de la Mpox en RDC :

- Cas suspect : Enfant présentant une éruption cutanée aigue typique associée à un ou plusieurs des signes suivants : fièvre supérieure à 38,5°C, céphalées, myalgies, arthralgies, asthénie, adénopathies en l'absence d'une autre étiologie évidente (varicelle, rougeole, réactions médicamenteuses...).
- Cas probable : Enfant répondant aux critères d'un cas suspect : Et qui a eu un contact avec un cas confirmé ou probable dans les 21 jours précédant l'apparition des symptômes ; ou il a des antécédents de voyage dans une zone endémique ; ou il présente des lésions cutanées typiques et une évolution clinique évocatrice de la Mpox.
- Cas confirmé : individu ayant bénéficié d'une confirmation biologique de l'infection Mpox par test PCR.
- Comorbidités : présence de pathologies associées documentées dans la base.
- Sévérité : la sévérité de la Mpox a été définie de manière opérationnelle à partir de la charge lésionnelle, selon la classification de sévérité cutanée reprise par l'OMS : légère <25 lésions, modérée 25–99 lésions, sévère 100–250 lésions et très sévère/grave >250 lésions. Et pour les analyses, ces catégories ont été regroupées en deux classes : « non sévère » pour les patients présentant moins de 100 lésions, et « sévère » pour ceux présentant 100 lésions ou plus.

Critère de Jugement

Le critère de jugement principal était la survie qui a été définie comme le délai en jours entre la date de diagnostic du Mpox et la date de l'issue.

Analyses statistiques

Les données collectées ont été importées et analysées dans les logiciels SPSS 26.0 et R 4.3.0. Les variables catégorielles ont été présentées comme des fréquences et des pourcentages. Les associations entre les variables catégorielles ont été déterminées à l'aide du test exact de Fisher ou du Chi carré selon les effectifs. Les facteurs associés à la sévérité ont été recherchés à l'aide d'une régression logistique multivariée avec estimation des odds ratios ajustés (ORa) et de leurs intervalles de confiance à 95 %.

La mortalité intrahospitalière a été analysée en temps jusqu'à l'événement. L'événement d'intérêt était le décès au cours de l'hospitalisation ; les patients sortis vivants étaient censurés à la date de



sortie. La survie a été analysée à l'aide de la courbe de Kaplan Meier. Les facteurs associés à la mortalité ont été étudiés à l'aide d'un modèle de Cox avec estimation des hazard ratios ajustés (HRa) et de leurs intervalles de confiance à 95 %. Le seuil de signification était fixé à 5%.

Considérations éthiques

L'analyse a été réalisée sur une base anonymisée, sans utilisation d'informations nominatives, et dans le respect de la confidentialité des données. Une autorisation administrative d'accès et d'exploitation de la base a été obtenue, et l'étude a été approuvée par le comité éthique de l'École de Santé Publique de Kinshasa sous le numéro ESP/CE/24B/2026.

Résultats

Sélection des cas

Sur les 37 567 enregistrements 25 232 concernaient des enfants et adolescents de 0 à 19 ans, soit une fréquence pédiatrique de 67,2 % tel qu'il ressort de la figure 1 ; 18 provinces sur 26 étaient représentées, soit 69,2 % des provinces du pays. Après sélection des patients pédiatriques, les dossiers ont été vérifiés selon les critères nécessaires aux analyses notamment la date d'admission, la date d'issue, l'issue hospitalière exploitable et la charge lésionnelle. À l'issue de ce processus, la base analytique finale comprenait 750 patients. Les résultats biologiques étaient disponibles pour une proportion limitée de patients et n'ont donc pas pu être exploités.

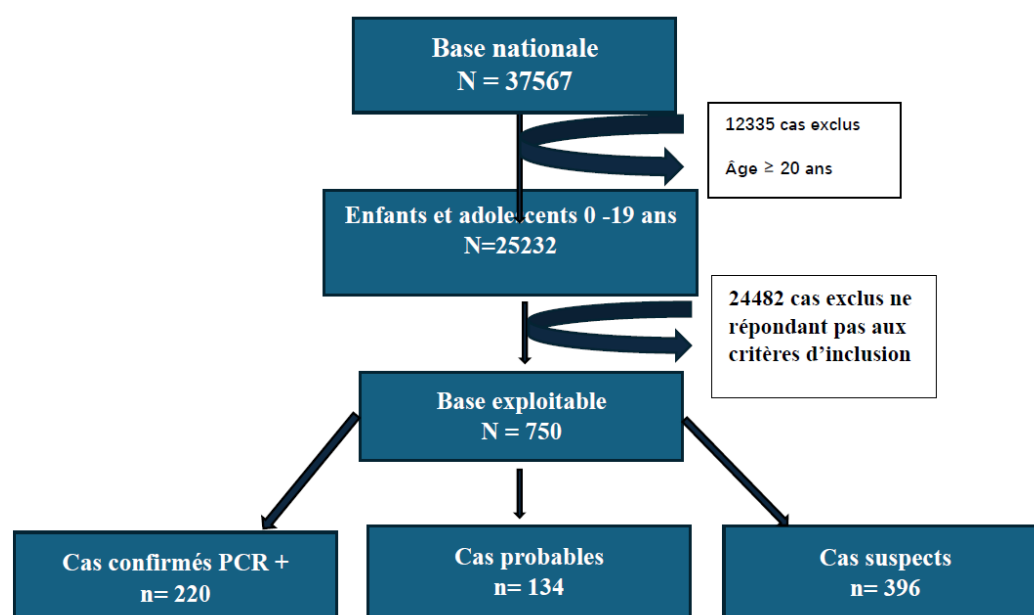


Figure 1 : Diagramme de flux de la population d'étudiée

Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques des patients sont présentées dans le tableau 1. La tranche d'âge de 0–4 ans représentait la proportion la plus élevée avec 245 cas (32,7 %), suivie des groupes 10–15 ans et 5–10 ans. Le sexe était renseigné chez 728 patients, avec une répartition

relativement équilibrée entre filles et garçons. La distribution variait également selon la province, avec une prédominance de l'Équateur, de la Tshopo et de Kinshasa. La sévérité différait significativement selon le sexe et selon la province, alors que l'association avec l'âge n'était pas statistiquement significative.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques

Variable	Tous n=750	Sévérité		p	Issue		P
		Non n ₁ =469	Oui n ₂ =281		Vivant n ₁ =714	Décédé n ₂ =36	
Age (ans)				0,202			0,150



< 5	245	146	99	231	14
5 - 10	190	112	78	180	10
10 - 15	195	130	65	191	4
≥ 15	120	81	39	112	8
Sexe (n=728)				<0,001	0,636
Féminin	350	242	108	331	19
Masculin	378	227	151	361	17
Province				<0,001	< 0,001
Equateur	194	148	46	190	4
Kinshasa	161	100	61	152	9
Maindombe	16	12	4	15	1
Sankuru	78	76	2	78	0
Sud Ubangi	89	4	85	89	0
Tanganyika	43	15	28	43	0
Tshopo	169	114	55	147	22

Caractéristiques cliniques, comorbidités et complications

Les manifestations cliniques et les complications des patients selon la sévérité sont présentées dans le tableau 2. Les signes les plus fréquemment rapportés étaient la fièvre, les éruptions cutanées, la myalgie, l'asthénie, les adénopathies, la dysphagie et le prurit. Le type de lésions

dermatologiques variait selon la sévérité, avec une fréquence plus élevée des pustules parmi les cas sévères. Parmi les complications, la déshydratation et l'anémie étaient significativement plus fréquentes chez les patients présentant une forme sévère. La malnutrition était également plus fréquente chez les enfants classés comme sévères.

Tableau 2. Caractéristiques cliniques, comorbidités et complications

Variables	Tous n=750	Sévérité		p	Issue		P
		Non n ₁ =469	Oui n ₂ =281		Vivant n ₁ =714	Décès n ₂ =36	
Fièvre	665	402	263	0,002	631	34	0,023
Myalgie	471	269	202	<0,001	459	12	<0,001
Asthénie	462	273	189	<0,001	450	12	<0,001
Adénopathies	439	231	208	<0,001	409	30	<0,001
Dysphagie	390	227	163	0,006	370	20	<0,001
Vomissements	15	11	4	0,093	15	0	<0,001
Diarrhée	16	7	9	0,172	13	3	<0,001
Eruption cutanée	748	468	280	0,609	713	35	0,094
Type d' éruption				<0,001			<0,001
Vésicules	368	227	141		361	7	



Croûtes	155	101	54		151	4	
Papules	65	50	15		65	0	
Pustules	56	11	45		54	2	
Macules	34	32	2		34	0	
Atteinte des muqueuses							
Anorectale	207	120	87	0,070	202	5	<0,001
Ulcération	21	17	4	0,037	20	1	<0,001
Oculaire	12	7	5	0,817	12	0	<0,001
Prurit	409	229	180	<0,001	396	13	<0,001
Comorbidités							
Diabète	9	3	6	0,114	8	1	<0,001
	3	3	0	0,026	3	0	<0,001
TBC	1	1	0	0,044	1	0	<0,001
VIH	5	2	3	0,049	5	0	<0,001
Malnutrition	70	39	31	<0,001	69	1	0,426
Complications							
Surinfection	143	98	45	0,171	135	8	<0,001
DR	136	90	46	0,480	123	13	<0,001
Atteinte neurologique	55	4	51	<0,001	55	0	<0,001
Déshydratation	16	1	15	<0,001	3	13	<0,001
Anémie	8	0	8	<0,001	2	6	<0,001

TBC : Tuberculose ; VIH : Virus de l'immunodéficience humaine ; DR : Détresse respiratoire

Facteurs associés à la sévérité

Les facteurs associés à la sévérité sont résumés dans le tableau 3. Parmi les 750 cas analysés, 281 (37,5 %) présentaient une forme sévère. En analyse multivariée, le sexe féminin était associé à une moindre probabilité de forme sévère comparativement au sexe masculin (ORa = 0,6 ; IC95 % : 0,494–0,927 ; p = 0,015). De même, les

patients ayant un bon état nutritionnel présentaient une probabilité plus faible de forme sévère que les patients malnutris (ORa = 0,3 ; IC95 % : 0,163–0,656 ; p = 0,002). L'âge inférieur à 5 ans n'était pas significativement associé à la sévérité. L'association avec les comorbidités ne demeurerait pas significative après ajustement.

Tableau 3. Facteurs associés à la sévérité

Variables	P	OR [IC _{95%}]	p	ORa [IC _{95%}]
Age (ans)				
< 5	0,247	1,2 [0,880 - 1,646]	0,207	1,2 [0,888 - 1,729]
≥ 5	1	1	1	1
Sexe				
Féminin	0,011	0,7 [0,494 - 0,911]	0,015	0,6 [0,494 - 0,927]
Masculin	1	1	1	1
Etat nutritionnel				
Bon	<0,001	0,3 [0,147 - 0,560]	0,002	0,3 [0,163 - 0,656]
Malnutrition	1	1	1	1
Comorbidités				



Non	0,082	0,3[0,072 - 1,169]	0,056	0,2[0,056 - 1,040]
Oui	1	1	1	1

OR: Odds ratio; ORa: Odds ratio ajusté

Mortalité intrahospitalière

Les facteurs influençant la mortalité et la survie sont renseignés dans le tableau 4 et la figure 2. Parmi les 750 patients inclus dans l'analyse, 36 sont décédés au cours de l'hospitalisation, soit une mortalité intrahospitalière de 4,8 %. Les décès étaient répartis dans toutes les tranches d'âge, avec une prédominance des moins de 10 ans (14 décès chez les enfants de moins de 5 ans et 10 décès chez ceux âgés de 5 à 10 ans). La répartition par sexe était relativement équilibrée, avec 19 filles et 17 garçons. En analyse multivariée de

survie, la présence de comorbidités était associée à une augmentation du risque de décès (HRa = 10 ; IC95 % : 4,568–23,038 ; $p < 0,001$). De même, la sévérité de la Mpox était fortement associée à la mortalité intrahospitalière (HRa = 20,5 ; IC95 % : 6,880–61,141 ; $p < 0,001$). La malnutrition n'était pas significativement associée au décès après ajustement. La courbe de survie montrait une probabilité de survie plus faible chez les enfants présentant une forme sévère et chez ceux ayant des comorbidités.

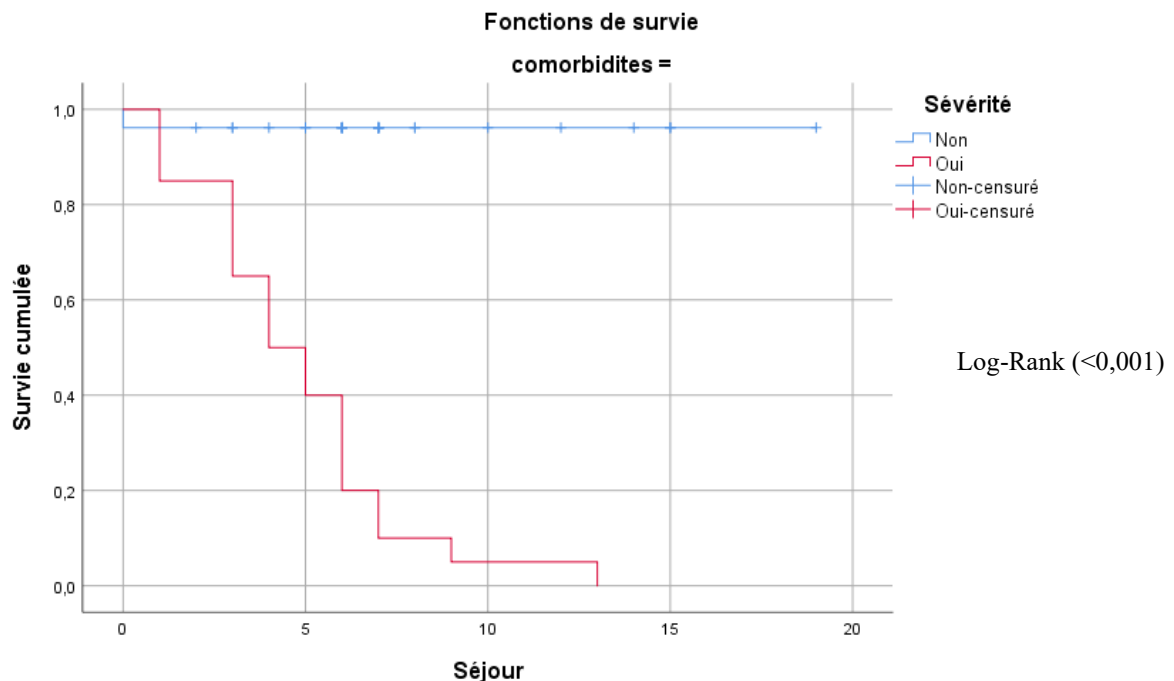


Figure 2. Courbe de survie selon la sévérité

Tableau 4. Prédicteurs de la mortalité intrahospitalière

Variables	P	HR [IC _{95%}]	P	HRa [IC _{95%}]
Malnutrition	0,244	1,6[0,735 - 3,344]	0,273	0,6[0,275 - 1,441]
Comorbidités	<0,001	6,8[3,212 - 14,708]	<0,001	10[4,568 - 23,038]
Mpox sévère	<0,001	15[5,436 - 43,578]	<0,001	20,5[6,880 - 61,141]

HR: Hazard ratio; HRa : Hazard ratio ajusté



Discussion

La présente étude rapporte les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et évolutives des cas pédiatriques de Mpox pris en charge dans quelques Centres de Traitement Mpox en RDC. Les résultats obtenus permettent de dégager le profil des enfants hospitalisés, d'apprécier la fréquence des formes sévères et de la mortalité intrahospitalière, ainsi que d'identifier certains facteurs associés à la mauvaise évolution.

Age et sexe

La présente étude a montré que la tranche d'âge de 0-4 ans représentait la proportion la plus élevée des cas. Cette observation est cohérente avec les données historiques et contemporaines rapportées en Afrique centrale, où la Mpox touche particulièrement les jeunes enfants(11,14-16,18). Historiquement, la Mpox a été décrite en RDC avec une forte représentation pédiatrique (19). Les synthèses récentes consacrées à la Mpox de l'enfant en Afrique confirment encore la place importante des plus jeunes dans le fardeau de la maladie (2,11,12). Cela pourrait se justifier par l'exposition intrafamiliale de contamination des enfants.

Dans notre série, la répartition selon le sexe était relativement équilibrée. En revanche, le sexe féminin apparaissait associé à une moindre probabilité de forme sévère en analyse multivariée. Cette association doit être interprétée avec prudence. Dans la littérature, le rôle du sexe dans la gravité de la Mpox chez l'enfant n'est pas constant, et cette différence pourrait dépendre du recrutement hospitalier ou de facteurs confondants non mesurés (8,10).

Données cliniques et complications

Les manifestations cliniques les plus fréquemment rapportées dans la présente étude étaient la fièvre, l'éruption cutanée, les myalgies, l'asthénie, les adénopathies, la dysphagie et le prurit. Ce profil rejoint globalement celui décrit dans la littérature pédiatrique récente (7,8,11,20). L'éruption cutanée et la fièvre restent les manifestations cardinales de la maladie, tandis que les adénopathies et l'atteinte des muqueuses contribuent souvent à renforcer le diagnostic (21). Dans notre série, le type d'éruption variait selon la sévérité, avec une fréquence plus élevée des pustules chez les formes graves. Cette observation suggère qu'une atteinte cutanée plus extensive ou plus inflammatoire peut traduire une maladie plus sévère. Les publications récentes sur la Mpox pédiatrique montrent également que l'infection chez l'enfant ne se limite pas à une atteinte

dermatologique isolée, mais peut s'accompagner d'un retentissement systémique et de complications (7,9).

Dans la présente étude, la déshydratation, l'anémie et certaines autres complications étaient plus fréquemment observées parmi les formes sévères. La surinfection, également retrouvée dans notre série, reste cohérente avec la littérature (12,14,16). Elle peut s'expliquer par l'altération de la barrière cutanée, qui favorise une colonisation bactérienne secondaire. Ces complications montrent que, chez certains enfants, la Mpox peut prendre une dimension systémique et dépasser le simple cadre d'une maladie éruptive.

Sévérité et facteurs associés

Dans le présent travail, plus du tiers des patients présentaient une forme sévère. Cette fréquence peut s'expliquer en partie par le contexte hospitalier de recrutement. En effet, les patients pris en charge dans les CTMpox sont probablement ceux qui présentent les tableaux les plus symptomatiques ou les plus préoccupants, ce qui peut majorer la proportion des formes sévères par rapport à ce qui serait observé en communauté.

Le bon état nutritionnel était associé à une diminution de la probabilité de forme sévère, ce qui revient à dire que la malnutrition était liée à une plus grande gravité clinique. Ce résultat paraît plausible. Les synthèses récentes sur la Mpox pédiatrique insistent sur le fait que les enfants fragilisés sur le plan nutritionnel ou immunologique peuvent être davantage exposés aux formes compliquées (11,12). Sur le plan physiopathologique, la malnutrition peut altérer les barrières de défense, favoriser les surinfections et aggraver l'évolution clinique.

En revanche, l'âge inférieur à 5 ans n'était pas significativement associé à la sévérité après ajustement. Ce résultat contraste partiellement avec certaines données de la littérature africaine, qui soulignent la vulnérabilité particulière des jeunes enfants (11,18,22). Toutefois, cette absence d'association indépendante dans notre série peut s'expliquer par l'effet d'autres variables plus proches de la gravité, ou encore par les limites liées aux données secondaires disponibles.

Mortalité intrahospitalière et facteurs associés

La mortalité intrahospitalière observée dans notre série était de 4,8 %. Bien qu'elle demeure inférieure à certaines estimations historiques rapportées en Afrique centrale, elle reste non négligeable dans une population pédiatrique. Dans



la présente étude, les décès étaient observés dans toutes les tranches d'âge, mais prédominaient chez les enfants de moins de 10 ans. Cette observation va dans le même sens que les données récentes de la littérature, qui montrent que la létalité de la Mpox diminue avec l'âge. En RDC, l'OMS a rapporté en 2024 une létalité plus élevée chez les plus jeunes enfants, particulièrement chez les moins de 5 ans, tandis que Mercy et al. ont montré que le taux de létalité était maximal chez les nourrissons de moins d'un an et devenait plus faible chez les sujets plus âgés(2,11).

La présence de comorbidités était également fortement associée à la mortalité intrahospitalière. Cette observation rejoint les données de la littérature qui insistent sur la vulnérabilité accrue des enfants présentant un terrain fragilisé, qu'il s'agisse de malnutrition, d'immunodépression, d'infection à VIH ou d'autres affections associées (6,8,12). Néanmoins, le faible nombre de comorbidités documentées dans notre base impose une certaine prudence car une sous-documentation est possible dans cette base programmatique. La malnutrition, en revanche, n'était pas associée à la mortalité après ajustement dans ce travail. Ce résultat ne signifie pas nécessairement qu'elle n'intervient pas dans le pronostic, mais peut refléter un manque de puissance, une mesure incomplète du statut nutritionnel ou un effet de confusion avec d'autres déterminants plus directement liés au décès. Là encore, il faut une interprétation prudente.

Hétérogénéité géographique

L'hétérogénéité provinciale observée dans notre série doit être interprétée avec prudence. La base brute couvrait un nombre plus large de provinces, mais la base analytique finale était plus restreinte, du fait des exigences de complétude des variables nécessaires aux analyses. Cette restriction réduit la possibilité d'extrapoler les résultats à l'ensemble du pays (18,23).

Faiblesses et limites de l'étude

La présente étude doit être interprétée à la lumière de certaines limites. Tout d'abord, l'utilisation de données secondaires issues d'une base programmatique expose à un risque de biais de sélection, à une hétérogénéité du renseignement des variables et à des données manquantes sur certains paramètres cliniques. Ensuite, la base analytique finale a été constituée à partir des dossiers disposant des variables indispensables à l'étude de la sévérité et de la mortalité intrahospitalière, ce qui a réduit la représentativité de l'échantillon. Par ailleurs, le nombre

relativement limité de décès restreint la précision de certaines estimations. Enfin, la sévérité a été définie de manière opérationnelle à partir de la charge lésionnelle, ce qui ne recouvre pas nécessairement toutes les dimensions cliniques de la gravité.

Forces de l'étude

Malgré ces limites, la présente étude présente des forces. Elle repose sur l'exploitation d'une base issue des CTMpox et permet de documenter, dans un contexte endémique, le profil sociodémographique, clinique et évolutif des cas pédiatriques de Mpox. Elle distingue également deux issues analytiques différentes, la sévérité et la mortalité intrahospitalière, étudiées par des méthodes adaptées à chacune. Et surtout, elle apporte des données utiles dans un contexte où les études analytiques spécifiquement centrées sur les enfants congolais restent encore insuffisantes.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

Bédie Luta Mbala a participé à l'exploitation des données, à l'interprétation des résultats et à la rédaction du manuscrit.

Ngandu Christian, Philippe Manzeyi Masidi, Bienvenu Ilunga Kabasele et Héritier Bukasa Nganga ont contribué à la supervision scientifique et méthodologique.

Yves Makongo Mboloko, Joelle Nzuzi Bemba, Rosette Kevaani Lepira, Gloria Mavinga Bundutidi et Célestin Nseka Mbuila ont participé à la relecture critique du manuscrit.

Loukia Paizanos Aketi a assuré la supervision générale du travail.

Références

1. Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, Baer LR, *et al.* The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat? A systematic review. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. 2022 ;**16** (2) :e0010141.
2. World Health Organization. Mpox - Democratic Republic of the Congo [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2026 Apr 23]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON522>
3. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Treatment of Mpox [Internet]. Atlanta: CDC; 2026 [cited 2026 Apr 25]. Available from:



<https://www.cdc.gov/monkeypox/hcp/clinical-care/index.html>

4. Mitjà O, Ogoina D, Titanji BK, Galvan C, Muyembe JJ, Marks M, *et al.* Monkeypox. *The Lancet*. 2023 ;**401** (10370) :60-74.
5. Ogoina D, Dalhat MM, Denué BA, Okowa M, Chika-Igwenyi NM, Oiwoh SO, *et al.* Mpox Epidemiology and Risk Factors, Nigeria, 2022. *Emerg Infect Dis*. 2024 ;**30** (9) :1799-1808.
6. Yinka-Ogunleye A, Aruna O, Dalhat M, Ogoina D, McCollum A, Disu Y, *et al.* Outbreak of human monkeypox in Nigeria in 2017-18: a clinical and epidemiological report. *Lancet Infect Dis*. 2019 ;**19** (8) :872-879.
7. Jiang RM, Zheng YJ, Zhou L, Feng LZ, Ma L, Xu BP, *et al.* Diagnosis, treatment, and prevention of monkeypox in children: an experts' consensus statement. *World J Pediatr*. 2023 ;**19** (3) :231-242.
8. Beeson AM, Haston J, McCormick DW, Reynolds M, Chatham-Stephens K, McCollum AM, *et al.* Mpox in Children and Adolescents: Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, and Management. *Pediatrics*. 2023 ;**151** (2).
9. Mutesi C, Migisha R, Okello EO, Mfitundinda E, Lubega JK, Kwizera P, *et al.* Epidemiology, Clinical Features, and Outcomes of Mpox in Children and Adolescents in Uganda, August 2024–January 2025. *IJID Regions*. 2026 ;100838.
10. Sam-Agudu NA, Martyn-Dickens C, Ewa AU. A global update of Mpox (monkeypox) in children. *Current Opinion in Pediatrics*. 2023 ;**35** (2) :193-200.
11. Mercy K, Ngandu C, Kabwe P, Ejikeme A, Wazih C, Foláyan MO, *et al.* Mpox among children in Africa. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2025 ;**9** (5) :287-290.
12. Sanchez Clemente N, Coles C, Paixao ES, Brickley EB, Whittaker E, Alfven T, *et al.* Paediatric, maternal, and congenital Mpox: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2024 ;**12** (4) :e572-e588.
13. Rimoin AW, Mulembakani PM, Johnston SC, Lloyd Smith JO, Kisalu NK, Kinkela TL, *et al.* Major increase in human monkeypox incidence 30 years after smallpox vaccination campaigns cease in the Democratic Republic of Congo. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010 ;**107** (37) :16262-16267.
14. Jezek Z, Szczeniowski M, Paluku KM, Mutombo M. Human Monkeypox: Clinical Features of 282 Patients. *Journal of Infectious Diseases*. 1987 ;**156** (2) :293-298.
15. Breman JG, Kalisa-Ruti, Steniowski MV, Zanolto E, Gromyko AI, Arita I. Human monkeypox, 1970-79. *Bull World Health Organ*. 1980 ;**58** (2) :165-182.
16. Malembi E, Escrig-Sarreta R, Ntumba J, Beiras CG, Shongo R, Bengheya J, *et al.* Clinical presentation and epidemiological assessment of confirmed human Mpox cases in DR Congo: a surveillance-based observational study. *Lancet*. 2025 ;**405** (10490) :1666-1675.
17. Dsouza VS, Kurian JR, Brand A. Mpox in children: drawing epidemiologic insights from endemic regions. *World J Pediatr*. 2025 ;**21** (3) :216-219.
18. Brosius I, Vakaniaki EH, Mukari G, Munganga P, Tshomba JC, Vos ED, *et al.* Epidemiological and clinical features of Mpox during the clade Ib outbreak in South Kivu, Democratic Republic of the Congo: a prospective cohort study. *The Lancet*. 2025 ;**405** (10478) :547-559.
19. Ladnyj ID, Ziegler P, Kima E. A human infection caused by monkeypox virus in Basankusu Territory, Democratic Republic of the Congo. *Bull World Health Organ*. 1972 ;**46** (5) :593-597.
20. Reynolds MG, Yorita KL, Kuehnert MJ, Davidson WB, Huhn GD, Holman RC, *et al.* Clinical Manifestations of Human Monkeypox Influenced by Route of Infection. *J Infect Dis*. 2006 ;**194** (6) :773-780.
21. Titanji BK, Hazra A, Zucker J. Mpox Clinical Presentation, Diagnostic Approaches, and Treatment Strategies: A Review. *JAMA*. 2024 ;**332** (19) :1652-1662.
22. Bugeme PM, Bugale PK, Mukika TF, O'Driscoll M, Perez-Saez J, Bugwaja L, *et al.* Community transmission of Mpox clade Ib not driven through sexual exposures, Uvira, eastern Democratic Republic of the Congo, June to October



2024. *Eurosurveillance*. 2025 ;**30** (50) :2500280.
23. Wawina-Bokalanga T, Akil-Bandali P, Kinganda-Lusamaki E, Lokilo E, Jansen D, Amuri-Aziza A, *et al.* Co-circulation of monkeypox virus subclades Ia and Ib in Kinshasa Province, Democratic Republic of the Congo, July to August 2024. *Eurosurveillance*. 2024 ;**29** (38) :2400592.

Comment citer cet article : Mbala BL, Ngandu C, Masidi PM, Kabasele BI, Mboloko YM, Bemba JN, *et al.* Caractéristiques cliniques, sévérité et mortalité intrahospitalière: Etude de cohort des cas pédiatriques de Mpox pris en charge dans quelques Centres de traitement Mpox en République Démocratique du Congo. *Ann Afr Med* 2026; **19** (4): e7281-e7290. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v19i4.6>.