

EDITORIAL

Mpox surge in West Africa: Unmet maternal health needs

DOI: 10.29063/ajrh2025/v29i7.1

Anne Baber Wallis

Editor, African Journal of Reproductive Health; University of Louisville, School of Public Health and Information Sciences, Department of Epidemiology and Population Health, Louisville, KY USA

*For Correspondence: Email: Anne.wallis@louisville.edu

In the first half of 2025, mpox (formerly known as monkeypox) cases in West Africa appear to have multiplied, straining already-fragile health systems, diverting resources, and raising questions about maternal health implications. In 2024, the World Health Organization (WHO) deemed mpox infections a public health emergency of international concern.¹ With global donor funds at a low due to the withdrawal of the US from the World Health Organization (WHO), a scratched US Agency for International Development (USAID), and US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) cutbacks, it is an inopportune time for new outbreaks.

The Africa Centres for Disease Control and Prevention (ACDC) reports that mpox cases across Africa have surpassed 21,000 in 2025, exceeding total numbers for all of 2024.² West Africa, once on the periphery of mpox outbreaks, is now an epicentre. Sierra Leone has reported over 3,900 cases since January and presently accounts for more than 40% of new infections.^{2,3}

By mid-May, Sierra Leone's confirmed weekly cases increased by 61–71%, Liberia reported hundreds of suspected cases, and some cases are reported in Togo and Nigeria.³ West African health officials are still recovering from the Ebola and COVID-19 pandemics and healthcare remains disrupted and fragmented. Moreover, and despite promises from the WHO and Gavi, the Vaccine Alliance, there is not at present enough supply of the expensive two-dose JYENOS vaccine (for smallpox and mpox) for adequate coverage.⁴

Pregnant women face disproportionate risks from mpox. A meta-analysis of African cases found miscarriage in 39% of mpox-infected pregnancies, fetal demise in 23%, and overall perinatal loss in around 77%.⁶ These outcomes have been observed predominantly in the variants most prevalent in West and Central Africa (Clade I and IIa).

There are two main implications, the first acute and the second structural. The acute impacts are that pregnant women are highly susceptible to the mpox virus and are likely to experience severe outcomes. The structural effects are that maternal-newborn services are already sub-optimal and hinder early case detection and management. Ebola and COVID-19 have also disrupted antenatal care and trust in hospitals across the region; thus, the diversion of staff and supplies to mpox response means an increase in risk for maternal and infant-fetal mortality.

Amid rising cases, the validity of surveillance data warrants scrutiny. Passive surveillance, limited contact tracing (it is estimated that Sierra Leone reaches fewer than one in six cases), and low genomic sequencing (<1%) suggest that reported cases may be late or highly symptomatic.² Positivity rates above 50% indicate that most testing targets symptomatic individuals rather than close contacts.

Sierra Leone's reporting of up to 61% of African mpox cases in mid-May may raise some important questions about how quickly cases may be accumulating, case-fatality rates, and expected outbreaks across the region. As we see cases multiply in Liberia, Togo, and Nigeria, there is a high degree of certainty that the entire West Africa region is at risk and should be prepared.

In this outbreak we can see that mpox will stretch already weakened maternal care systems, underfunding in the wake of lost international support, challenges in accessing and distributing vaccines, and, in rural settings especially, too few isolation beds.

Mpox infections during pregnancy warrant early screening, isolation, and case-specific support – including obstetrical antiviral or immunoglobulin therapy, both of which are in short supply. Finally, high rates of infection among healthcare workers, who are often female and could be pregnant, exacerbates staff shortages, impairs routine maternal healthcare, and risks nosocomial transmission.

Breastfeeding, even in suspected mpox cases, is recommended by many experts because of evidence from the COVID-19 pandemic and other outbreaks that overall, breastfeeding still saves more lives than those that might have been lost due to vertical transmission.⁵⁻⁸ It was found, for example, that COVID-19 did not transmit from pregnant mother to infant through breastfeeding.^{5,8} Consequently, the early recommendation that COVID-positive mothers refrain from breastfeeding proved wrong and likely resulted in lost infant lives.⁵ For now, evidence suggests that breastfeeding be continued unless mpox viral antibodies are found, and even then, breastfeeding may still be recommended.⁶

West Africa's mpox outbreak is a litmus test for the region's public health integrity, particularly maternal and newborn health. At this juncture, it is important to step up diagnoses and sequencing to detect asymptomatic or early cases to allow epidemiologists to estimate true incidence and prevalence and map clade-specific maternal risks. To specifically protect the maternal population, vaccines should be prioritized for healthcare staff and high-risk populations, and maternal and newborn care be separated from mpox-infected patients.

Conflict of interest: None

References

1. WHO Director-General declares mpox outbreak a public health emergency of international concern. <https://www.who.int/news/item/14-08-2024-who-director-general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern>.
2. Sierra Leone Fights Mpox. Africa CDC. <https://africacdc.org/news-item/sierra-leone-fights-mpox/>.
3. Mitjà O, Watson-Jones D, Choi EM, Jalloh MB, Sahr F. Clade IIb mpox outbreak in Sierra Leone. *Lancet*. 2025;405(10497):2274-2275. doi:10.1016/S0140-6736(25)01203-6.
4. Adepoju P. African mpox surges show lack of vaccine access. *The Lancet*. 2024;404(10447):18. doi:10.1016/S0140-6736(24)01393-X.
5. Gribble K, Mathisen R, Ververs MT and Coutoudis A. Mistakes from the HIV pandemic should inform the COVID-19 response for maternal and newborn care. *Int Breastfeed J*. 2020;15(1):67. doi:10.1186/s13006-020-00306-8.
6. Imani-Musimwa P, Ververs M. Mpox and breastmilk: for once, can we act in time? *The Lancet*. 2024;404(10459):1191. doi:10.1016/S0140-6736(24)01881-6.
7. Rollins N, Minckas N, Jehan F, Lodha R, Raiten D, Thorne C, Van de Perre P, Ververs M, Walker N, Bahl R and Victora CG. A public health approach for deciding policy on infant feeding and mother-infant contact in the context of COVID-19. *Lancet Glob Health*. 2021;9(4):e552-e557. doi:10.1016/S2214-109X(20)30538-6.
8. Tomori C, Gribble K, Palmquist AEL, Ververs MT and Gross MS. When separation is not the answer: Breastfeeding mothers and infants affected by COVID-19. *Matern Child Nutr*. 2020;16(4):e13033. doi:10.1111/mcn.13033..

ÉDITORIAL

Augmentation du nombre de cas de variole en Afrique de l'Ouest : des besoins de santé maternelle non satisfaits

DOI: 10.29063/ajrh2025/v29i7.1

Anne Baber Wallis

Editor, African Journal of Reproductive Health; University of Louisville, School of Public Health and Information Sciences, Department of Epidemiology and Population Health, Louisville, KY USA

***Pour la Correspondance:** Courriel: Anne.wallis@louisville.edu

Au premier semestre 2025, les cas de mpox (anciennement variole du singe) en Afrique de l'Ouest semblent s'être multipliés, mettant à rude épreuve des systèmes de santé déjà fragiles, détournant des ressources et soulevant des questions sur les implications pour la santé maternelle. En 2024, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a qualifié les infections à mpox d'urgence de santé publique de portée internationale.¹ Avec la faiblesse des financements des donateurs mondiaux due au retrait des États-Unis de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), à la suppression de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) et aux coupes budgétaires des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis, la période est mal choisie pour l'apparition de nouvelles flambées épidémiques.

Les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (ACDC) signalent que le nombre de cas de mpox en Afrique a dépassé les 21 000 en 2025, dépassant ainsi le nombre total de cas pour l'ensemble de l'année 2024.² L'Afrique de l'Ouest, autrefois à la périphérie des épidémies de mpox, en est désormais l'épicentre. La Sierra Leone a signalé plus de 3 900 cas depuis janvier et représente actuellement plus de 40 % des nouvelles infections.^{2,3} À la mi-mai, le nombre de cas hebdomadaires confirmés en Sierra Leone avait augmenté de 61 à 71 %, le Libéria a signalé des centaines de cas suspects et certains cas sont signalés au Togo et au Nigéria.³ Les responsables de la santé ouest-africains se remettent encore des pandémies d'Ebola et de COVID-19, et les soins de santé restent perturbés et fragmentés. De plus, et malgré les promesses de l'OMS et de Gavi, l'Alliance du Vaccin, l'approvisionnement actuel en vaccin JYENNOS à deux doses, coûteux, (contre la variole et la mpox) est insuffisant pour assurer une couverture adéquate.⁴

Les femmes enceintes sont exposées à des risques disproportionnés liés au mpox. Une méta-analyse de cas africains a révélé une fausse couche dans

39 % des grossesses infectées par le mpox, un décès fœtal dans 23 % des cas et une perte périnatale globale dans environ 77 % des cas.⁶ Ces résultats ont été observés principalement dans les variants les plus répandus en Afrique de l'Ouest et du Centre (Clade I et IIa).

Il existe deux conséquences principales : la première est aiguë et la seconde structurelle. Les conséquences aiguës sont que les femmes enceintes sont très sensibles au virus MPOX et risquent de subir des complications graves. Les conséquences structurelles sont que les services de santé maternelle et néonatale sont déjà sous-optimaux et entravent la détection et la prise en charge précoces des cas. Ebola et la COVID-19 ont également perturbé les soins prénatals et la confiance dans les hôpitaux de la région ; ainsi, le détournement de personnel et de fournitures vers la lutte contre le MPOX entraîne une augmentation du risque de mortalité maternelle et infanto-fœtale.

Français Face à l'augmentation des cas, la validité des données de surveillance mérite d'être examinée attentivement. Une surveillance passive, une recherche limitée des contacts (on estime que la Sierra Leone atteint moins d'un cas sur six) et un faible séquençage génomique (< 1 %) suggèrent que les cas signalés pourraient être tardifs ou hautement symptomatiques.² Des taux de positivité supérieurs à 50 % indiquent que la plupart des tests ciblent les personnes symptomatiques plutôt que les contacts étroits.

Le signalement par la Sierra Leone de jusqu'à 61 % des cas de mpox en Afrique à la mi-mai pourrait soulever d'importantes questions quant à la rapidité de l'accumulation des cas, aux taux de létalité et aux épidémies attendues dans la région. Alors que les cas se multiplient au Libéria, au Togo et au Nigéria, il est fort probable que l'ensemble de l'Afrique de l'Ouest soit menacé et qu'elle doive s'y préparer.

Cette épidémie montre que la variole met à rude épreuve des systèmes de soins maternels déjà affaiblis, avec un sous-financement dû à la perte du soutien

international, des difficultés d'accès et de distribution des vaccins et, en particulier en milieu rural, un nombre insuffisant de lits d'isolement.

Les infections à la variole pendant la grossesse justifient un dépistage précoce, un isolement et un soutien spécifique, notamment par un traitement antiviral ou par immunoglobulines obstétricales, deux traitements actuellement rares. Enfin, les taux élevés d'infection parmi le personnel soignant, souvent des femmes et potentiellement enceintes, aggravent les pénuries de personnel, compromettent les soins maternels de routine et présentent un risque de transmission nosocomiale.

L'allaitement maternel, même en cas de suspicion de mpox, est recommandé par de nombreux experts en raison des preuves issues de la pandémie de COVID-19 et d'autres épidémies qui montrent que, globalement, l'allaitement maternel sauve encore plus de vies que celles qui auraient pu être perdues en raison de la transmission verticale.⁵⁻⁸ Il a été constaté, par exemple, que la COVID-19 ne se transmettait pas de la mère enceinte à l'enfant par l'allaitement.^{5,8} Par conséquent, la recommandation initiale selon laquelle les mères positives à la COVID-19 s'abstiennent d'allaiter s'est avérée erronée et a probablement entraîné la perte de vies infantiles.⁵ Pour l'instant, les preuves suggèrent que l'allaitement doit être poursuivi à moins que des anticorps viraux mpox ne soient détectés, et même dans ce cas, l'allaitement peut toujours être recommandé.⁶

L'épidémie de mpox en Afrique de l'Ouest constitue un test décisif pour l'intégrité de la santé publique de la région, en particulier pour la santé maternelle et néonatale. À ce stade, il est important d'intensifier les diagnostics et le séquençage afin de détecter les cas asymptomatiques ou précoces, afin de permettre aux épidémiologistes d'estimer l'incidence et

la prévalence réelles et de cartographier les risques maternels spécifiques à chaque clade. Afin de protéger spécifiquement la population maternelle, la vaccination doit être prioritaire pour le personnel soignant et les populations à haut risque, et les soins aux mères et aux nouveau-nés doivent être séparés de ceux dispensés aux patients infectés par le mpox.

Conflit d'intérêt: None

Références

1. WHO Director-General declares mpox outbreak a public health emergency of international concern. <https://www.who.int/news/item/14-08-2024-who-director-general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern>.
2. Sierra Leone Fights Mpox. Africa CDC. <https://africacdc.org/news-item/sierra-leone-fights-mpox/>.
3. Mitjà O, Watson-Jones D, Choi EM, Jalloh MB, Sahr F. Clade IIB mpox outbreak in Sierra Leone. *Lancet*. 2025;405(10497):2274-2275. doi:10.1016/S0140-6736(25)01203-6.
4. Adepoju P. African mpox surges show lack of vaccine access. *The Lancet*. 2024;404(10447):18. doi:10.1016/S0140-6736(24)01393-X.
5. Gribble K, Mathisen R, Ververs MT and Coutoudis A. Mistakes from the HIV pandemic should inform the COVID-19 response for maternal and newborn care. *Int Breastfeed J*. 2020;15(1):67. doi:10.1186/s13006-020-00306-8.
6. Imani-Musimwa P, Ververs M. Mpox and breastmilk: for once, can we act in time? *The Lancet*. 2024;404(10459):1191. doi:10.1016/S0140-6736(24)01881-6.
7. Rollins N, Minckas N, Jehan F, Lodha R, Raiten D, Thorne C, Van de Perre P, Ververs M, Walker N, Bahl R and Victora CG. A public health approach for deciding policy on infant feeding and mother-infant contact in the context of COVID-19. *Lancet Glob Health*. 2021;9(4):e552-e557. doi:10.1016/S2214-109X(20)30538-6.
8. Tomori C, Gribble K, Palmquist AEL, Ververs MT and Gross MS. When separation is not the answer: Breastfeeding mothers and infants affected by COVID-19. *Matern Child Nutr*. 2020;16(4):e13033. doi:10.1111/mcn.13033.