

Histoire naturelle de l'infection à méningocoque

Le méningocoque (*Neisseria meningitidis*)

- Bactérie strictement humaine, présente le plus souvent en tant que commensale du rhinopharynx
- Sérogroupes les plus répandus dans les IIM : A, B, C, Y et W135 [B et C les plus fréquents en France]
- Bactérie fragile qui ne survit pas dans le milieu extérieur

Transmission du méningocoque, maladie et diagnostic bactériologique

- Transmission aérogène par les sécrétions rhinopharyngées
- Risque de transmission fonction de la nature de l'exposition : une exposition à courte distance, moins d'un mètre, en face à face et d'une durée de plus d'une heure
- L'acquisition conduit le plus souvent au portage asymptomatique avec colonisation du rhinopharynx
- L'acquisition d'un méningocoque et la colonisation du rhinopharynx sont rarement suivies d'IIM [facteurs de survenue liés à la virulence de la souche et/ou à la susceptibilité de l'hôte]
- IIM → principalement méningites et méningococcémies (septicémies) pouvant se compliquer de *purpura fulminans* et de choc septique mortel
- La période de contagiosité débute 10 jours avant l'hospitalisation et se termine à la première administration parentérale de *ceftriaxone* ou d'un autre antibiotique efficace sur le portage
- IIM → présence du méningocoque dans un site anatomique normalement stérile. La confirmation est établie par l'isolement en culture, la présence d'antigènes solubles méningococciques ou une PCR positive. La détermination du séro groupe et le typage de la souche permettent d'adapter les mesures préventives.

Conduite à tenir devant un cas d'IIM

En cas de suspicion clinique de *purpura fulminans* en préhospitalier

- Prise en charge immédiate avec appel systématique au SAMU-Centre 15
- Reconnaissance et traitement de l'état de choc avec mise en place d'une voie veineuse et remplissage vasculaire
- Mise en route en urgence d'une antibiothérapie appropriée aux IIM : de préférence *ceftriaxone* ou, en cas d'indisponibilité, *céfotaxime* ou à défaut *amoxicilline*
- Réalisation d'une hémoculture ou d'un prélèvement sanguin, si possible et sans retarder la mise en route de l'antibiothérapie

Vis à vis du malade suspect d'IIM à l'hôpital

- Réalisation des prélèvements indispensables au diagnostic : PL *en l'absence de contre-indication*, prélèvement sanguin ou de lésion purpurique cutanée, etc. (en fonction de la clinique).
- Antibiothérapie à but curatif par C3G injectable, *ceftriaxone* ou *céfotaxime*.

Signalement, sans délai et par téléphone, à l'Agence régionale de santé (ARS) puis notification (fiche de déclaration obligatoire) de tout cas remplissant l'un au moins des critères suivants :

1. Isolement bactériologique de méningocoques ou PCR positive à partir d'un site normalement stérile [sang, LCR, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide péricardique] **OU** d'une lésion cutanée purpurique
2. Présence de diplocoques gram négatif à l'examen direct du LCR
3. LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) **ET**
 - Soit, présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type
 - Soit, présence d'antigènes solubles méningococciques dans le LCR, le sang ou les urines
4. Présence d'un *purpura fulminans* (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).

Définition des sujets contacts devant bénéficier d'une prophylaxie

- Un sujet contact est une personne ayant été exposée directement aux sécrétions rhino-pharyngées d'un cas dans les 10 jours précédant son hospitalisation. Il s'agit principalement des personnes qui vivent ou sont gardées sous le même toit que le cas index pendant sa période de contagiosité
- Dans les autres circonstances, l'évaluation du risque doit tenir compte de l'ensemble des critères suivants :
 - **La proximité** : transmission des sécrétions facilitée par une distance de moins d'un mètre
 - **Le type de contact** : uniquement contact en « face à face »
 - **La durée** : à moins d'un mètre, la probabilité de transmission des sécrétions augmente avec la fréquence et la durée du contact
 - **Lors d'un contact « bouche à bouche », le temps importe peu**

Mise en route de l'antibioprophylaxie autour d'un cas d'IIM

- Dans les plus brefs délais, si possible dans les 24 à 48 heures suivant le diagnostic – l'antibioprophylaxie n'a plus d'intérêt au-delà de 10 jours après le dernier cas contact avec le cas index
- *Rifampicine* (per os - 48h)
Ou, en cas de contre-indication ou de résistance documentée et confirmée à la rifampicine, *ceftriaxone* (voie injectable - dose unique) ou *ciprofloxacine* (per os - dose unique)

Vaccination des sujets contacts autour d'un cas d'IIM

- Complète l'antibioprophylaxie lorsque la souche responsable du cas est d'un sérotype contre lequel existe un vaccin [vaccin conjugué C si IIMC ; vaccin bivalent A + C ou tétravalents A, C, Y, W135 ⇔ si IIM A, IIM Y ou IIM W135 dans le cadre de l'AMM des vaccins et des recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP)]
- Vaccination des sujets contacts se retrouvant de façon régulière et répétée dans l'entourage proche du cas, même si le malade est décédé (communauté de vie du cas : famille et personnes vivant sous le même toit, amis, etc.)
- Réalisation le plus rapidement possible après connaissance du sérotype et dans un délai de 10 jours après le dernier cas contact avec le cas index (acquisition d'une immunité ~ 10 jours)
- **La survenue d'une IIM C doit être l'occasion de la mise à jour des vaccinations de l'entourage selon les recommandations du HCSP. Cette vaccination de rattrapage peut être effectuée sans considération de délai.**

Situation inhabituelles impliquant plusieurs cas d'IIM

Les situations inhabituelles impliquant plusieurs cas d'IIM, en particulier la survenue de cas anormalement regroupés dans le temps ou l'espace, nécessitent des investigations mises en œuvre par l'ARS et la Cire, avec un appui du niveau national, InVS et CNR (cf. *instruction relative à la prophylaxie des IIM du 23 décembre 2010*)

Avis du HCSP relatifs à la vaccination antiméningococcique

Avis relatif à la vaccination par le vaccin méningococcique conjugué C

Disponible : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20090424_meningC.pdf

↳ Une seule dose de vaccin de 12 mois à 24 ans révolus

Trois vaccins conjugués C sont disponibles et remboursés par la sécurité sociale : NEISVAC® (Baxter), MENJUGATE KIT® (Novartis Vaccines) et MENINGITEC® (Pfizer Holding France)

Avis relatif à l'utilisation du vaccin méningococcique conjugué tétravalent A/C/Y/W135 Menveo® (25 juin 2010 et 17 décembre 2010)

Disponible : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspa20100625_vaccmeninMenveo.pdf

Rappels pratiques pour la gestion d'un cas d'IIM

Mesures, inefficaces et inutiles, à proscrire :

L'éviction de la collectivité, en particulier scolaire, des sujets contacts et/ou de la fratrie
La désinfection ou la fermeture d'un établissement (structure scolaire par exemple)

Envoi au CNR des méningocoques de toute souche ou tout matériel positif pour le méningocoque (échantillon clinique ou extrait d'ADN)

Instructions à consulter site du CNR : <http://www.pasteur.fr/sante/clre/chap/envois/accueil.html>

Documents et sites à consulter

- ↳ Circulaire DGS N°33 du 27 janvier 2011 relative à la prophylaxie des IIM, sur le site ministériel : <http://www.sante.gouv.fr/liste-des-dossiers-de-a-a-z.html>
- ↳ Dossier thématique « Infection invasive à méningocoque » de l'Institut de veille sanitaire (InVS) : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/iim/default.htm>