

Méningite à méningocoques

<i>Neisseria meningitidis</i>	Les méningocoques ou <i>N. meningitidis</i> sont subdivisés en 12 sérogroupes. La plupart des infections invasives sont causées par des méningocoques appartenant aux sérogroupes A, B, C, Y et W135. Les épidémies sont principalement provoquées par les sérogroupes A, B et C. En Belgique, les méningocoques se répartissent essentiellement en 2 sérogroupes, le séro groupe B et le séro groupe C. Ensemble, ces sérogroupes totalisent plus de 90% des cas.
Incubation	De 2 à 10 jours, en moyenne 3 à 4 jours.
Diagnostic clinique	La forme invasive se manifeste le plus souvent par une méningite ou par une septicémie (y penser en cas de fièvre accompagnée d'un rash pétéchial et d'une leucocytose) ou encore par l'association des deux. L'association d'un état de choc, de purpura et d'éléments nécrotiques (purpura fulminans) évoque la forme fulminante, à évolution rapidement fatale (taux de létalité autour de 50%). D'autres manifestations possibles mais rares sont les arthrites, myocardites, péricardites, pneumonies, etc.
Labo.	Les échantillons doivent être prélevés avant le début du traitement. Les examens offrant le maximum de chance d'isoler et d'identifier la bactérie doivent être effectués : examen direct du LCR (recherche de diplocoques Gram négatif), cytologie et culture du LCR, hémoculture, recherche d'antigènes solubles dans le LCR, le sang et les urines, mise en évidence de l'ADN bactérien par la PCR (Polymerase Chain Reaction) etc. Chaque germe isolé doit être envoyé au laboratoire de référence pour typage.
Cas probable	Tableau clinique compatible avec une maladie invasive à méningocoques sans confirmation en laboratoire ou avec mise en évidence de <i>N. meningitidis</i> à partir d'un site non stérile ou avec des niveaux élevés d'anticorps anti-méningococciques dans le sérum de convalescent.
Cas confirmé	Cas compatible avec la description clinique et confirmé en laboratoire: isolement de <i>N. meningitidis</i> (par culture) ou détection d'acide nucléique (PCR - Polymerase Chain Reaction) de <i>N. meningitidis</i> à partir d'un site normalement stérile (sang ou LCR principalement). La définition européenne de cas inclut aussi la détection de l'antigène et la mise en évidence par microscopie de diplocoques Gram négatifs à partir d'un site normalement stérile.
Réservoir	Stricte ment humain : le méningocoque colonise la paroi postérieure du rhinopharynx. Les porteurs asymptomatiques représentent 5 à 10% de la population générale et 20 à 30% des enfants scolarisés.

Transmission	<p>La transmission du méningocoque a lieu de personne à personne, par contact direct ou par aérosolisation des sécrétions nasales ou oro-pharyngées émises par une personne contaminée (malade mais aussi les porteurs sains). La transmission peut donc se faire en parlant, en toussant, en éternuant, en échangeant des baisers ou des objets récemment portés à la bouche.</p> <p>La propagation de la méningite est surtout observée entre le malade et les proches partageant le domicile du malade (famille, cohabitants, compagnons de chambre) ou toute personne avec laquelle il a eu des contacts fréquents et étroits dans les 10 jours précédant son hospitalisation (camarades habituels de jeux, de classe, d'étude, flirts, collègues les plus proches).</p>
Saison	Haute incidence en hiver et au printemps.
Age	La méningite affecte surtout les jeunes enfants, (40 % des cas dans la tranche d'âge de 0 à 4 ans) et les jeunes gens (18% des cas dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans).
Incidence	Ces dernières années, en Belgique, l'incidence a progressivement augmenté : elle est passée de 1 cas par 100.000 habitants en 1991 à 3,7 cas par 100.000 habitants en 2001. En 2002, l'incidence est de 2,5 cas par 100.000 habitants, tous sérogroupes confondus.
Facteurs de risque	Age et promiscuité : enfants/jeunes adultes en communautés fermées (crèche, école gardienne, institutions spécialisées, casernes, pensionnats) Infections respiratoires concomitantes, pathologies débilitantes chroniques.
Contagiosité	Aussi longtemps que le méningocoque est présent dans les sécrétions.
Immunité	Immunité spécifique à un sérotype, pour une durée inconnue. Se développe avec l'âge (90% des individus sont immunisés à partir de 25 ans).
Traitement	Pénicilline et céphalosporines de la 3 ^{ème} génération (ex.: Ceftriaxone) selon le résultat de l'antibiogramme. Ne pas attendre celui-ci pour initier le traitement.
Déclaration	Oui.
Autorité à alerter	Médecin responsable de l'inspection d'hygiène et service de Promotion de la Santé à l'école.
Santé publique	<p>On parle d'épidémie en cas de doublement ou triplement du nombre des cas par rapport à une période similaire des années précédentes ou un doublement des cas d'une semaine à l'autre pendant 3 semaines consécutives (OMS).</p> <p>Mais si un deuxième cas apparaît endéans un mois dans une communauté, il faut considérer toute la collectivité comme étant à haut risque et certaines mesures de contrôle s'imposent : informer l'entourage, rechercher d'autres cas, instaurer un traitement préventif.</p>

Mesures vis-à-vis du patient	Isolement et désinfection des objets contaminés par les sécrétions nasales et pharyngées du patient. La sortie de l'hôpital ne devrait être autorisée qu'après élimination du portage par un traitement antibiotique prophylactique. La pénicilline, utilisée dans un but curatif, ne supprime pas le portage rhinopharyngé. Arrêt de travail jusqu'à guérison complète.
des proches	Chimioprophylaxie et surveillance de la famille proche vivant sous le même toit, surtout la première semaine suivant le début de la maladie.
de l'entourage	Information, chimioprophylaxie aux collectivités à haut risque parmi lesquelles un cas est survenu (crèches, écoles maternelles, internats..) et aux personnes ayant eu un contact fréquent et rapproché avec le malade pendant les 10 jours précédant son hospitalisation.
Eviction de l'école	Eviction du malade jusqu'à la guérison.
Isolement à l'hôpital. Mesures	Arrêt de l'isolement respiratoire 24 heures après le début du traitement. Chambre privée conseillée. Port de gants pour manipuler les objets infectés, de tablier en cas de risque de contamination, de masque pour les personnes en contact direct avec le malade. Désinfecter le matériel contaminé par les sécrétions respiratoires pendant les 24 heures qui suivent le début du traitement.
Mesures prévent. générales	Il n'existe pas de vaccin contre le séro groupe B qui représente généralement plus de 60% des cas. Par contre, il existe des vaccins conjugués contre le séro groupe C. Eviter le surpeuplement dans les institutions.
Vaccination	La vaccination par le vaccin anti-méningocoque C conjugué est recommandée aux enfants âgés de plus d'un an et aux adolescents jusqu'à 19 ans pour lesquels une seule dose de vaccin suffit ; en dessous de 1 an, trois doses sont nécessaires (recommandations du Conseil Supérieur d'Hygiène, mars 2001. Ce programme est en cours au sein de la Communauté française). Le Mencevax, un vaccin polysaccharidique tétravalent (A, C, Y, W135) est surtout recommandé en cas de voyage en zone épidémique (ex : obligatoire pour le pèlerinage à la Mecque).
Protection passive	Chimioprophylaxie : l'antibiotique de choix est la rifampicine. Le dosage est respectivement de - pour l'adulte : 600 mg, 2 fois par jour pendant 2 jours - pour l'enfant de 1 mois à 12 ans : 10 mg/kg, 2 fois par jour pendant 2 jours - pour l'enfant de moins de 1 mois : 5 mg/kg, 2 fois par jour pendant 2 jours. Pour l'adulte, on peut aussi donner une dose unique de 400 mg d'ofloxacine ou de 500 mg de ciprofloxacine. En cas de contre-indication (p. ex. grossesse) à la rifampicine ou aux fluoroquinolones, le choix se portera sur la spiramycine (pendant 5 jours) ou une dose unique de Ceftriaxone I.M.. L'antibiothérapie de prévention doit être instaurée rapidement et ne doit pas être étendue au-delà des contacts privilégiés (voir transmission). En ce qui concerne le personnel hospitalier, elle ne s'adressera qu'aux personnes ayant pratiqué des manœuvres de réanimation impliquant un contact étroit avec les sécrétions oropharyngées du malade (bouche-à-bouche, intubation trachéale).

Remarques	Aux facteurs de risque déjà évoqués, il faut ajouter la haute densité de population.
Matériel labo.	Tubes stériles pour LCR et tubes pour hémoculture.
Echantillon & Conservation	LCR et sang. Les sécrétions ne sont pas utiles. Au mieux, envoi immédiat vers le laboratoire où il devra être examiné et mis en culture le plus rapidement possible.
Transport : Milieu-Conditions	Un milieu particulier est requis (milieu de Vandekerkove qui est une adaptation du milieu à l'oeuf de Dorset) et peut être obtenu auprès du laboratoire de référence. - Température ambiante.
Remarques Labo.	Les milieux de transport se conservent facilement 6 mois au réfrigérateur (2 à 8°C). Pour l'envoi d'une souche, ensemercer largement la surface du milieu de transport et incuber une nuit à 37°C ; la souche ainsi transportée restera vivante au moins une semaine.
Ressource scient.	Mme F. Carion, ISP Tél. : 02/642 50 89 email : f.carion@iph.fgov.be Dr J. Levy, Hôpital Universitaire Saint-Pierre email : jack_levy@stpierre-bru.be
Labo. de référence	Mme F. Carion, I.S.P. Tél. : 02/642 50 89 email : f.carion@iph.fgov.be