

Les IIM sont des maladies bactériennes aiguës qui se traduisent par un ou plusieurs syndromes cliniques qui vont de la bactériémie à la septicémie en passant par la méningite. La forme la plus grave est la septicémie à méningocoque caractérisée par un purpura extensif dénommé « purpura fulminans » avec hypotension, coagulation intravasculaire disséminée et défaillance multi-organes.

La forme méningée est caractérisée par une fièvre à début brutal, des céphalées sévères, des nausées et des vomissements, une raideur de la nuque et une photophobie.

D'autres formes d'IIM existent mais sont moins fréquentes : pneumonie, arthrite septique et péricardite.

Toute suspicion d'IIM nécessite une hospitalisation en urgence.

HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION A MENINGOCOQUE

> Le méningocoque (*Neisseria meningitidis*)

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

> Transmission du méningocoque, maladie et diagnostic bactériologique

- Transmission aérogène par les sécrétions rhinopharyngées
- IIM → principalement méningites et méningococcémies (septicémies) pouvant se compliquer de purpura fulminans et de choc septique mortel
- 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
- 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
- L'acquisition conduit le plus souvent au portage asymptomatique avec colonisation du rhinopharynx
- 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 sérotype et le typage de la souche permettent d'adapter les mesures préventives.
- 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]

CONDUITE A TENIR DEVANT UN CAS D'IIM

> Vis à vis d'une suspicion de purpura fulminans

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*.



Purpura fulminans

et test de la vitropression



Source InVS, Institut Pasteur

SIGNALEMENT D'UN CAS

• Dans un premier temps :

Signaler, sans délai et par téléphone, à la plateforme de veille et d'urgence sanitaires de l'Agence de santé Océan Indien (ARS OI).

• Dans un deuxième temps :

Notifier par une fiche de déclaration obligatoire accessible sur le site suivant :

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12201.do

de tout cas remplissant au moins l'un des critères suivants. Insérer les éléments pour le signalement à la plateforme:

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).

Plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS océan Indien

• A La Réunion

Tel : 02 62 93 94 15

Fax : 02 62 93 94 56

ars-oi-signal-reunion@ars.sante.fr

• A Mayotte

Tel : 02 69 61 83 20

Fax : 02 69 61 83 21

ars-oi-cvags-mayotte@ars.sante.fr

PRISE EN CHARGE DES CONTACTS

> 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; à titre indicatif, on retiendra une durée d'une heure pour un simple contact en face à face. Cette durée est à minorer en cas d'exposition à de la toux, des éternuements ou des postillons émis par le cas index.

- **Lors d'un contact « bouche à bouche », la durée du contact 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 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 (sérogroupes A, C, Y et W135). Il n'y a aucun vaccin contre le sérotype B majoritairement présent à La Réunion.

> Mesures inefficaces et inutiles, à proscrire :

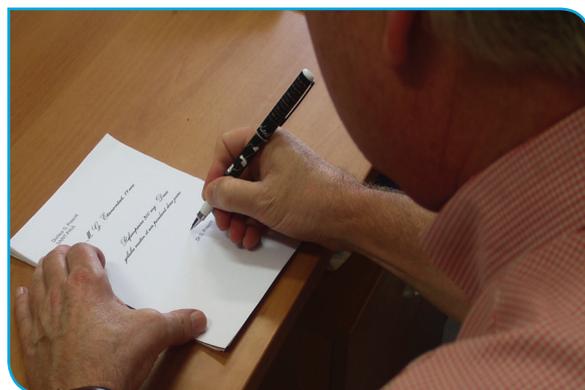
L'éviction de la collectivité, en particulier scolaire, des sujets contacts et/ou de la fratrie

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 sur le site du CNR :

<http://www.pasteur.fr/sante/clre/chap/envois/accueil.html>



Liens utiles

— Institut de veille sanitaire (InVS) :

Dossier thématique "Infection invasive à méningocoque"
<http://www.invs.sante.fr/surveillance/iim/default.html>

— Site du Ministère de la Santé :

Circulaire DGS N°33 du 27 janvier 2011 relative à la prophylaxie des IIM
<http://www.sante.gouv.fr/meningite-accueil.html>