

Les IIM sont des maladies bactériennes aiguës qui se manifestent sous forme de méningite ou de méningococcémie, plus rarement d'arthrite ou de péricardite septique. La forme la plus sévère, reflétant le syndrome septique, est le purpura fulminans.

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.
- Sérogroupes les plus répandus dans les IIM : A, B, C, Y et W. Le sérotype B est le plus fréquent en France et à la Réunion.
- Bactérie très fragile qui ne survit pas dans le milieu extérieur.

> Transmission du méningocoque, maladie et diagnostic bactériologique

- Transmission aéroportée 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 le risque de transmission augmente avec la durée du contact.
- 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 ou une PCR positive. La détermination du sérotype et le typage de la souche permettent une surveillance épidémiologique et notamment la détection de cas groupés

CONDUITE A TENIR DEVANT UN CAS D'IIM

Mise en place de mesures complémentaires de type gouttelettes (levée des précautions complémentaires 24 h après le début du traitement antibiotique actif sur le portage nasopharyngé).

> Devant une suspicion 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* qui ne doit pas être retardée par la réalisation d'une hémoculture ou d'un prélèvement sanguin.

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

A l'admission :

- Réalisation des prélèvements indispensables au diagnostic étiologique (PL en l'absence de contre-indication, prélèvement sanguin ou de lésion purpurique cutanée).
- Mise en route d'une antibiothérapie à but curatif par C3G injectable, *ceftriaxone* ou *céfotaxime* en tenant compte d'un éventuel traitement en préhospitalier (molécule – heure d'administration).

Dès que l'état clinique le permet :

- Mise en route d'un traitement prophylactique en vue d'éradiquer le portage (s'il n'a pas été traité par *ceftriaxone*).



Purpura fulminans

et test de la vitropression



Source INVS, Institut Pasteur

SIGNALEMENT D'UN CAS

• En urgence :

Doit être considéré comme IIM et signalé sans délai et par téléphone (24 heures/24, y compris les weekends et jours fériés) à la Plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'océan Indien tout cas (bactériémies, méningites, arthrites, péricardites, etc.) remplissant l'un au moins des critères ci-dessous :

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).

• Puis :

Notifier le cas à partir de la fiche de notification permettant le suivi épidémiologique (cf. liens utiles)
Cette fiche peut également servir de support au signalement et être transmise par fax/mail à l'ARS

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 62 31 69 76
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 pendant sa période de contagiosité.

• **Rifampicine** (per os - 48h) ou, en cas de contre-indication ou de résistance documentée et confirmée à la rifampicine ou dans le cas de situations d'IIM consécutives au sein d'une même communauté, **ceftriaxone** (voie injectable - dose unique) ou **ciprofloxacine** (per os - dose unique)

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

• Complète l'antibioprophylaxie (Vise à prévenir le risque d'IIM lié à une ré-introduction de la souche dans la communauté) lorsque la souche responsable du cas est d'un sérotype contre lequel il existe un vaccin (vaccin conjugué C si sérotype C ; vaccin conjugué tétravalent A/C/Y/W135 si sérotype A, Y ou W). La vaccination avec le vaccin Bexsero n'est recommandée que dans des situations particulières (hyperendémie localisée ou foyer de cas liés à une souche couverte par le vaccin) qui peuvent donner lieu à l'organisation de campagne de vaccination.

• A réaliser le plus rapidement possible après connaissance du sérotype et dans un délai fixé à **10 jours après le dernier contact avec le cas index pendant sa période de contagiosité**

• En cas d' IIM C : mise à jour des vaccinations de l'entourage, selon les recommandations du Haut Conseil de la santé publique et le [calendrier vaccinal](#) (cf. liens utiles)

- 1 dose à 5 mois (à partir de 2017), suivie d'un rappel à 12 mois + rattrapage chez les 1-24 ans

> 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)

Dans les meilleurs délais de toute souche ou tout matériel positif pour le méningocoque (échantillon clinique ou extrait d'ADN) pour typage complet : <https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/meningocoques/envoyer-un-echantillon>.

Liens utiles

— [Instruction N° DGS/RI1/DUS/2014301/ du 24 octobre 2014 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque](#)

— [CNR des méningocoques](#)

— [Dossier thématique](#)

— [Fiche de notification Cerfa](#)

— [Site dédié du ministère et de Santé Publique France](#)

— [Avis du HCSP relatif à la vaccination par le vaccin méningococcique conjugué de sérotype C](#)

— [AVIS du HCSP relatif à la vaccination antiméningococcique C c](#)

— [Calendrier vaccinal en vigueur](#)