

**JNI** 16<sup>es</sup> Journées Nationales d'Infectiologie  
Nancy et l'interrégion Est

du mercredi 10 au vendredi 12 juin 2015  
Grand Nancy Congrès Evénement

**CHU NANCY**  
www.chu-nancy.fr

pôle des spécialités médicales

**UNIVERSITÉ DE LORRAINE**

**16<sup>es</sup> JNI - Nancy et l'interrégion EST**

**Eliette Jeanmaire**  
Service des Maladies Infectieuses et Tropicales  
CHU Nancy

16<sup>es</sup> JNI, Nancy, du 10 au 12 juin 2015 1

## Anamnèse

- Homme de 29 ans
- Pas d'antécédents particuliers
- Pas de traitement habituel
- Tabagisme actif à 15 PA
- Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)
- Notion de partenaires multiples

16<sup>es</sup> JNI, Nancy, du 10 au 12 juin 2015 2

## Anamnèse

- Le 30/09 apparition d'un syndrome pseudo-grippal avec fièvre, myalgies diffuses et lésions purpuriques
- Le 01/10 consulte son médecin traitant qui le met sous Clamoxyl puis retour à domicile
- Le 03/10 passage au SAU devant la persistance des symptômes

16<sup>es</sup> JNI, Nancy, du 10 au 12 juin 2015 3

## A l'admission au SAU



- **Hémodynamique :**
  - TA : 140/85 mmHg, FC : 78/min, FR : 24 cycles/min
  - Température : 38,5° C
  - Saturation 95 % en air ambiant
- **Examen clinique :**
  - Absence de marbrures. Multiples tâches purpuriques ne disparaissant pas à la vitropression  $\leq 2$  mm au niveaux des 2 membres inférieurs.
  - Le patient en aurait eu au niveau abdominal le 30/09, absence de lésion ce jour.
  - Cervicalgies et douleur à la flexion de la tête
  - Reste de l'examen clinique sans particularité

16<sup>es</sup> JNI, Nancy, du 10 au 12 juin 2015 4

- NFS : Hb = 14,7g/dL , GB = 11,8G/L, PNN = 10,1G/L, plaquettes= 127G/L, TP 88%, TCA 39/28s, Fg = 6,6g/L
- Ionogramme sanguin normal
- Hémocultures stériles
- Ponction lombaire
  - liquide clair
  - $< 5$  cellules
  - normoprotéinorachie
  - normoglycorachie
  - ED négatif
  - culture bactériologique négative

16<sup>es</sup> JNI, Nancy, du 10 au 12 juin 2015 5

Le patient « se souvient » subitement avoir eu un rapport sexuel le samedi précédent, soit le 27/09, lors d'une soirée en boîte de nuit avec un homme, décédé le 02/10 d'une méningite à méningocoque. Il se dit que cela pourrait nous être utile de le savoir...



Le Doc a quelque chose à vous dire...

16<sup>es</sup> JNI, Nancy, du 10 au 12 juin 2015 6

**estpublicain.fr**

**NANCY : VICTIME D'UNE MÉNINGITE FODROYANTE ET MORTELLE**

L'Agence régionale de santé (ARS) de Lorraine appelle au calme et à ne surtout pas céder à la panique après la disparition brutale d'un jeune pharyngien nancéen. Admis hier à 16 h 30 au CHRU de Nancy, le jeune homme de 27 ans aurait rapidement sombré dans le coma avant de succomber en fin de journée. Selon les premiers éléments de l'enquête sanitaire, il aurait contracté une méningite de type C, indiquée hier, à 20 h, le Docteur Amalick Datzelberg, directrice du Service public de l'ARS. Ce type de méningococcose est particulièrement rare. Le plus fréquent est le B, confirme le médecin qui précise de préciser qu'il existe une vaccination pour le type C - SII y a un message de santé public à faire passer.

**« Les prélèvements rhinopharyngés ne permettent pas de confirmer le diagnostic d'infection invasive à méningocoque »**

**Instruction n° DGS/RI 01/2011/33 du 27 janvier 2011**

16-JN, Nancy, du 10 au 12 juin 2015

Alexandre POPLAVSKY

Q1

**Portage pharyngé**

**« Les prélèvements rhinopharyngés ne permettent pas de confirmer le diagnostic d'infection invasive à méningocoque »**

**Instruction n° DGS/RI 01/2011/33 du 27 janvier 2011**

16-JN, Nancy, du 10 au 12 juin 2015

8

**Evolution**

- Biopsies cutanées des lésions purpuriques mettent en évidence du méningocoque génogroupe C par PCR, cultures malheureusement stériles
- Bilan IST négatif
- Traitement par Cefotaxime IV pendant 4 jours
- Apyrexie en 48h, régression des lésions purpuriques
- Bilan immunologique de 1<sup>ère</sup> ligne sans particularité
- Signalement au médecin en charge de la veille sanitaire à l'ARS et fiche de notification transmise à l'ARS qui l'adresse ensuite à l'InVS

16-JN, Nancy, du 10 au 12 juin 2015

Q2

9

**Définition des sujets contacts devant bénéficier d'une prophylaxie**

Instruction DGS/RI1/DUS/2014/301 du 24 octobre 2014

- Sujet contact = personne ayant été exposée **directement aux sécrétions rhino-pharyngées d'un cas dans les dix 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 prendre en compte l'ensemble des critères suivants :
  - La **proximité** : la transmission des sécrétions rhino-pharyngées facilitée par une distance de **moins d'un mètre**
  - Le **type de contact** : **uniquement des contacts en face à face**
  - La **durée** : à moins d'un mètre, la probabilité de transmission des sécrétions rhino-pharyngées augmente avec la durée du contact (à risque, **plus d'une heure d'affilée**)
  - Lors d'un contact « bouche à bouche », le temps importe peu

16-JN, Nancy, du 10 au 12 juin 2015

Q3

10

**L'utilisation abusive des antibiotiques en prophylaxie comporte un risque élevé de sélectionner des bactéries résistantes.**

1. **Rifampicine par voie orale, pendant deux jours à la dose suivante :**
  - Adulte : 600 mg (2 gélules de 300 mg), deux fois par jour.
  - Nourisson et enfant (1 mois à 16 ans) : 10 mg/kg (sans dépasser 600 mg), deux fois par jour.
  - Nouveau-né (moins de 1 mois) : 5 mg/kg, deux fois par jour.
  - Femme enceinte : la rifampicine peut être utilisée. En cas d'utilisation de la rifampicine dans les 3-4 jours précédant l'accouchement, des troubles de la coagulation peuvent apparaître chez le nouveau-né. Aussi afin de prévenir leur apparition, une dose de 0,5 à 1 mg de vitamine K1 doit être administrée par voie injectable (IM ou IV lente) au nouveau-né dès la naissance.
  - Jeunes filles et femmes en âge de procréer : du fait d'une diminution de l'efficacité de contraceptifs oraux par la rifampicine lorsque les deux médicaments sont associés, une contraception de type mécanique doit être envisagée pendant la durée du traitement par rifampicine ainsi que pendant la semaine qui suit, surtout si le contraceptif oral habituel est micro-dosé.
2. **En cas de contre-indication ou de résistance documentée et confirmée à la rifampicine<sup>18</sup> ou en cas d'infection répétée dans une même communauté<sup>15</sup> (voir détail en fiche 7 ou fiche 10 ?)**
  - 18 **Ceftriaxone par voie injectable, en dose unique :**
    - Adulte : injection unique de 250 mg
    - Enfant, nourrisson, nouveau-né : injection unique de 125 mg
  - 15 **NB :** chez le nouveau-né, un avis spécialisé peut être requis compte tenu de certaines contre-indications de la ceftriaxone dans cette classe d'âge.
  - Femme enceinte : la ceftriaxone peut être utilisée.
- OU
- 18 **Ciprofloxacine par voie orale, en dose unique :**
  - Adulte : dose unique de 500 mg.
  - Enfant : compte tenu du contexte particulier de cette prophylaxie, la ciprofloxacine peut être utilisée à dose unique de 20 mg/kg (sans dépasser 500 mg)<sup>19</sup>.
  - Femme enceinte : compte tenu du contexte particulier de cette prophylaxie, la ciprofloxacine peut être utilisée.<sup>20</sup>

16-JN, Nancy, du 10 au 12 juin 2015

Instruction DGS/RI1/DUS/2014/301 du 24 octobre 2014

Q4

11

**Vaccination des sujets contacts**

1. **Population cible de la vaccination**  
Compte tenu de la durée nécessaire à l'acquisition de l'immunité (environ dix jours) par la vaccination anti méningococcocque, la vaccination doit être réalisée le plus rapidement possible après connaissance du séro-groupe et dans un délai fixé, pour des raisons pratiques et en l'absence de données scientifiques validées, à **dix jours après le dernier contact avec le cas index pendant sa période de contagiosité**. Au-delà de ce délai, il n'y a plus lieu de pratiquer une vaccination à visée prophylactique du fait d'un retour à un niveau de risque équivalent à celui en population générale.
2. **Délai pour la mise en place de la vaccination**  
Compte tenu de la durée nécessaire à l'acquisition de l'immunité (environ dix jours) par la vaccination anti méningococcocque, la vaccination doit être réalisée le plus rapidement possible après connaissance du séro-groupe et dans un délai fixé, pour des raisons pratiques et en l'absence de données scientifiques validées, à **dix jours après le dernier contact avec le cas index pendant sa période de contagiosité**. Au-delà de ce délai, il n'y a plus lieu de pratiquer une vaccination à visée prophylactique du fait d'un retour à un niveau de risque équivalent à celui en population générale.
3. **Rappel concernant la vaccination anti méningococcocque C**  
Dans la mesure où la vaccination anti méningococcocque C fait l'objet d'une recommandation pour tous les sujets âgés de 1 à 24 ans révolus, la survenue d'une IIM C doit être l'occasion de la mise à jour des vaccinations de l'entourage, selon les recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP)<sup>21</sup>. Cette vaccination de rattrapage autour d'un cas d'IIM C peut être effectuée sans considération de délai.

16-JN, Nancy, du 10 au 12 juin 2015

Instruction DGS/RI1/DUS/2014/301 du 24 octobre 2014

Q5

Q6

12

 **Haut Conseil de la santé publique**

---

**AVIS**

relatif aux recommandations de vaccination contre les infections invasives à méningocoque C au-delà de 24 ans, notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH)

---

7 novembre 2014

---

 HP-HH, Nancy, le 10 au 12 juin 2015

13

**Vaccin méningocoque C conjugué recommandé pour**

- les HSH et autres personnes
- âgés de plus de 25 ans résidant en France
- qui fréquentent les lieux de rencontres gay ou qui souhaitent s'y rendre



 HP-HH, Nancy, le 10 au 12 juin 2015

14