

<http://www.infectiologie.com/fr/liste-de-discussion.html>



Sinon directement la

<http://lists.infectiologie.com/listinfo/infectio-flash>



Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires (à l'exclusion du nouveau-né)



**17ème Conférence de Consensus
19 Novembre 2008
Et
Actualisation 2018**

Infection invasive à méningocoque (IIM)

Incidence annuelle 1,2 cas/100 000 habitants



- Définition

1. Isolement bactériologique de méningocoque ou PCR + à partir d'un site normalement stérile (sang, LCS, liquide articulaire, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide péricardique, liquide de la chambre antérieure de l'œil) ou à partir d'une lésion cutanée purpurique

2. Présence de diplocoques Gram - à l'examen microscopique du LCS

3. LCS évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET présence d'éléments purpuriques cutanés, quel que soit le type

4. Présence d'un *purpura fulminans*

Fiche 6 : Prise en charge d'un cas d'IIM en préhospitalier et à l'hôpital

1. Conduite à tenir 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 qui ne doit pas être retardée par la réalisation d'une hémoculture ou d'un prélèvement sanguin.

Tout malade présentant des signes infectieux avec à l'examen clinique, pratiqué chez un sujet totalement dénudé, la présence d'un *purpura ne s'effaçant pas à la vitro pression*⁸ et comportant au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de diamètre supérieur ou égal à 3 millimètres, doit immédiatement recevoir une première dose d'un antibiotique, administrée si possible par voie intraveineuse (IV), à défaut par voie intramusculaire (IM), quel que soit l'état hémodynamique du patient⁹. *L'important est d'administrer en urgence un antibiotique de la classe des céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G) : de préférence ceftriaxone ou, en cas d'indisponibilité, céfotaxime*¹⁰.

Tableau I : Antibiotiques à administrer en urgence (première dose)

Antibiotiques	Posologie – Mode d'administration	
	Adulte	Nourisson et enfant
	voie IV en utilisant une présentation pharmaceutique appropriée (sans lidocaïne) ou à défaut voie IM	
ceftriaxone	1g	50 mg/kg sans dépasser 1g
céfotaxime	1g	50 mg/kg sans dépasser 1g

Le malade doit être transféré *en urgence* à l'hôpital, en privilégiant les établissements dotés d'un service de réanimation adapté à l'âge du malade. L'intervention sur place d'une équipe médicalisée expérimentée SMUR est justifiée sous réserve que son *délai d'intervention soit inférieur à 20 minutes* et que l'établissement soit à proximité du lieu d'appel. Dans les autres cas, le transport sera effectué par le moyen le plus rapide, le médecin ayant au préalable alerté les urgences de l'hôpital de l'arrivée d'un cas suspect de *purpura fulminans* afin que son accueil puisse être préparé.

Retard à la PL = initiation antibiothérapie probabiliste

- **Antibiothérapie débutée avant la PL dans 3 situations :**
 - *purpura fulminans*
 - prise en charge hospitalière ne pouvant être réalisée dans les 90 min
 - CI à la réalisation de la PL :

Lieu de prise en charge?



- Admission en réanimation si:

- * purpura extensif

- * Glasgow ≤ 8

- * signes neuro. focaux

- * signes de souffrance du TC (HTIC)

- * état de mal convulsif

- * instabilité hémodynamique

=> Concertation avec équipe de réa. quel que soit état clinique initial +++

Pathogènes	Période d'incubation de la maladie	Période de contagiosité	Précautions G ou A	Levée des précautions complémentaires	Commentaires ou mesures spéciales
<i>Neisseria meningitidis</i> Méningite Infection invasive	En moyenne 7 jours	10 jours avant les signes cliniques et 24 heures après le début du traitement antibiotique (cf. Instruction 2011)	G	24 heures après le début du traitement antibiotique actif sur le portage nasopharyngé	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration obligatoire • Prophylaxie des sujets contact (cf. Instruction 2011)

Modalités de prise en charge

RECOMMANDATIONS

HYGIENES

Recommandations nationales

Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire :
Air ou Gouttelettes

Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Mars 2013

SF2H

Type de précautions complémentaires		Chambre individuelle*	Masque chirurgical	Hygiène des mains/ Gants	Surblouse tablier	Masque	Protection oculaire/ masque visière	
Gouttelettes	Grippe, VRS, coqueluche, méningocoque...	Oui	Oui	PS	PS	Masque chirurgical	PS	Restriction du nombre de visiteurs + Masque chirurgical + Hygiène des mains

Quelle ATBttt initiale ?



ED +	ATB	Dose
Cocci G +	CFX Ou CEF	300 mg/kg/j 100 mg/kg/j
Cocci G -	CFX Ou CEF	200 mg/kg/j 75 mg/kg/j
BG +	Amox + Genta	200 mg/kg/j 5 mg/kg/j
BG -	CFX Ou CEF	200 mg/kg/j 75 mg/kg/j
Si enf < 3 mois	+ Genta	5 mg/kg/j
ED -	CFX Ou CEF	300 mg/kg/j 100 mg/kg/j
Si enf < 3 mois	+ Genta (48h)	5 mg/kg/j

Quelle ATBttt initiale ?



- Modes d'administration:
 1. Céfotaxime: IVSE (+ dose de charge concomittante de 50 mg/kg/j sur 1h) ou en 4 (à 6) injections/j ; enf<15 ans : dose/j <12g
 2. Ceftriaxone: 1 à 2 injections par jour; enf<15 ans : dose/j <4g

Quelle ATBttt initiale ?



- **Allergie aux bêta-lactamines:**

- Suspicion pneumocoque : Vanco + fosfo +/- rifampicine
- Suspicion de méningocoque: lévofloxacine ou rifampicine
- Suspicion de listériose: monothérapie par cotrimoxazole
- Suspicion d'*H. influenzae* ou *E. coli*: lévofloxacine

Corticothérapie ?



- Dexaméthasone : seul adjuvant évalué dans le ttt des méningites bactériennes; réduction de l'inflammation des espaces sous-arachnoïdiens et de l'œdème vasogénique
 - Action anti-inflammatoire si administré avant ATB
 - Injection de Dexaméthasone immédiatement avant ou concomitamment à la première injection d'ATB :
 - Pneumocoque
 - Méningo. : adulte
 - Haemophilus : enfant et nourrisson
 - examen direct **néгатif** mais
 - **aspect trouble** du LCR
 - ou données fournies par les autres examens biologiques du LCR et du sang permettant de retenir le diagnostic de méningite bactérienne chez l'adulte et chez le nourrisson de 3 à 12 mois
-
- 10 mg toutes les 6h pdt 4 jours (adulte)
(rattrapage possible jusqu'à 12H)

Quelle est la prise en charge diagnostique initiale d'un patient suspect de méningite bactérienne?

- PL et au moins 1 hémoc.
- Si ED positif : antibiogramme à partir du LCR
- PCR sur LCR si forte suspicion MB avec ED négatif (méningo, pneumo ou universelle)
- PCR méningo. sur sang (EDTA) si ttt ATB < 18h
- Biopsie cutanée si purpura pour PCR méningo, ED et culture (+ jusqu'à 24h après dbt ttt)
- Dosage lactates LCR (si < 3,2mM, diagnostic de MB peu probable; VPN de 100%)
- Dosage PCT (si < 0,5ng/ml: diagnostic de MB peu probable; Se = 99%)

Conduite à tenir devant un ou plusieurs cas d'infection invasive à méningocoque (IIM)

Diapositives adaptées à partir de l'instruction de la DGS/SP/2018/163
du 27 Juillet 2018
relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque

- Les cliniciens et les biologistes qui suspectent ou diagnostiquent un cas d'IIM doivent le signaler sans délai par téléphone à la plateforme de veille et de gestion sanitaires de l'ARS, avant transmission écrite.
- Ce signalement permet à l'ARS d'évaluer les mesures de prophylaxie à prévoir, d'organiser leur mise en œuvre ou de s'assurer qu'elles ont été prises. Il revient à l'ARS d'organiser en interne la permanence du dispositif de signalement et de gestion.

Infection invasive à méningocoque (IIM)



- Déclaration obligatoire de tout cas d'IIM sans délai à l'ARS (signalement et notification) pour mise en œuvre des mesures prophylactiques autour du cas index
- Diagnostic microbiologique
 - Mise en culture indispensable
 - Tout matériel + doit être envoyé au CNR pour génotypage complet
 - Antibiogramme par E-test (pénicilline, céphalosporine injectable, chloramphénicol, rifampicine, ciprofloxacine)

Antibioprophylaxie autour d'un cas d'IIM



- Sujet contact

Personne ayant été exposée directement aux sécrétions rhinopharyngées du cas dans les 10 jours précédant le début des symptômes (personnes qui vivent/sont gardées sous le même toit que la cas index pendant sa période de contagiosité)

- Autres circonstances, évaluation du risque dépend de :

- la proximité : distance < 1m
- le type de contact : face à face
- la durée > 1h
- contact « bouche à bouche » : la durée importe peu

La transmission sexuelle est possible

- Pour le personnel soignant : sont considérés comme contact les personnes ayant réalisé le bouche à bouche, une intubation ou une aspiration endo-trachéale sans masque

SITUATIONS	Antibioprophylaxie recommandée	Antibioprophylaxie NON recommandée <i>sauf exceptions¹</i>
Entourage proche		
Milieu familial	Personnes vivant ou gardées sous le même toit	Personnes ayant participé à une réunion familiale
Garde à domicile	Personnes vivant ou gardées sous le même toit	
Milieu extra familial	Flirt Amis Intimes	Personnes ayant participé à une soirée ou à un repas entre amis
Collectivité d'enfants		
Structure de garde pour jeunes enfants (crèches, haltes garderies, ...)	Enfants et personnels de la même section	Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
Centre de loisirs Activités péri scolaires	Amis Intimes Enfants ayant fait la sieste dans la même chambre	Voisins de réfectoire Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
Centres ou camps de vacances	Amis Intimes Enfants ayant dormi dans la même chambre	Voisins de réfectoire Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
Milieu scolaire et autres structures apparentées		
Ecole maternelle	Amis Intimes Tous les enfants et personnels de la classe Enfants ayant fait la sieste dans la même chambre	Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités Voisins du bus scolaire Voisins du réfectoire
Ecole élémentaire ²³ Collège Lycée Internat	Amis Intimes Voisins de classe Personnes ayant dormi dans la même chambre	Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités Voisins du bus scolaire Voisins du réfectoire
Université	Amis Intimes	<i>Cf. « Situations impliquant des contacts potentiellement contaminants »</i>
Situations impliquant des contacts potentiellement contaminants		
Prise en charge médicale d'un malade	Personnes ayant réalisé le bouche à bouche, une intubation ou une aspiration endotrachéale sans masque de protection avant le début du traitement antibiotique du malade et jusqu'à la première prise d'un antibiotique efficace sur le portage	Autres personnels ayant pris en charge le malade
Sports	Partenaire(s) du malade (uniquement si le sport pratiqué implique des contacts physiques prolongés en face à face : judo, rugby, lutte)	Autres personnes présentes à l'entraînement
Soirée dansante Boîte de nuit	Personnes ayant eu des contacts Intimes avec le malade (en dehors du flirt ou des amis Intimes déjà Identifiés)	Autres personnes ayant participé à la soirée
Voyage → avion, bus, train	Personne ayant pris en charge le malade pendant le voyage Personnes Identifiées comme ayant pu être exposées aux sécrétions du malade ²⁴	
Milieu professionnel Institutions		Personnes travaillant dans les mêmes locaux Toutes autres personnes de l'Institution
Milieu carcéral	Amis Intimes Personnes partageant la même cellule	Personnes ayant des activités partagées

SITUATIONS	Antibioprophylaxie recommandée	Antibioprophylaxie NON recommandée <i>sauf exceptions¹</i>
Entourage proche		
Milieu familial	Personnes vivant ou gardées sous le même toit	Personnes ayant participé à une réunion familiale
Garde à domicile	Personnes vivant ou gardées sous le même toit	
Milieu extra familial	Flirt Amis intimes	Personnes ayant participé à une soirée ou à un repas entre amis
Collectivité d'enfants		
Structure de garde pour jeunes enfants (crèches, haltes garderies, ...)	Enfants et personnels de la même section	Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
Centre de loisirs Activités péri scolaires	Amis intimes Enfants ayant fait la sieste dans la même chambre	Voisins de réfectoire Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
Centres ou camps de vacances	Amis intimes Enfants ayant dormi dans la même chambre	Voisins de réfectoire Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
Milieu scolaire et autres structures apparentées		
Ecole maternelle	Amis intimes Tous les enfants et personnels de la classe Enfants ayant fait la sieste dans la même chambre	Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités Voisins du bus scolaire Voisins du réfectoire
Ecole élémentaire ²³ Collège Lycée Internat	Amis intimes Voisins de classe Personnes ayant dormi dans la même chambre	Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités Voisins du bus scolaire Voisins du réfectoire
Université	Amis intimes	<i>Cf. « Situations impliquant des contacts potentiellement contaminants »</i>
Prise en charge médicale d'un malade	Personnes ayant réalisé le bouche à bouche, une intubation ou une aspiration endotrachéale sans masque de protection avant le début du traitement antibiotique du malade et jusqu'à la première prise d'un antibiotique efficace sur le portage	Autres personnels ayant pris en charge le malade
Sports	pratiq <u>u</u> é implique des contacts physiques prolongés en face à face : judo, rugby, lutte]	
Soirée dansante Boîte de nuit	Personnes ayant eu des contacts intimes avec le malade (en dehors du flirt ou des amis intimes déjà identifiés)	Autres personnes ayant participé à la soirée
Voyage → avion, bus, train	Personne ayant pris en charge le malade pendant le voyage Personnes identifiées comme ayant pu être exposées aux sécrétions du malade ²⁴	
Milieu professionnel Institutions	Personnes partageant la même chambre	Personnes travaillant dans les mêmes locaux Toutes autres personnes de l'institution
Milieu carcéral	Amis intimes Personnes partageant la même cellule	Personnes ayant des activités partagées

Infection à méningocoque



- *Neisseria meningitidis*
 - Bactérie strictement humaine
 - Bactérie fragile qui ne survit pas dans le milieu extérieur
 - Sérogroupes les plus répandus dans les IIM : A, B, C, Y et W (B et C les plus fréquents en France ; **augmentation d'un W à létalité élevée**)
- Transmission
 - par les sécrétions rhinopharyngées
 - risque de transmission fonction de la nature/durée de l'exposition
 - contagiosité : 10 jours avant le début des symptômes et jusqu'à la 1^{ère} administration parentérale d'un ATB actif sur le portage

mémorables/.

Cas de figure à considérer :

- Cas **co-primaire** qui survient chez un contact dans un délai \leq à 24 h suivant l'installation de la maladie chez le cas index.
- Cas **secondaire précoce** qui survient chez un contact dans un délai $>$ à 24 h et \leq à 10 jours après le dernier contact avec le cas index, pendant sa période de contagiosité⁷.
- Cas **secondaire tardif** : survient chez un contact dans un délai $>$ à 10 jours* après le dernier contact avec le cas index, pendant sa période de contagiosité.
- Cas **lié sans contact direct** qui survient dans un délai $>$ à 24 h après l'installation de la maladie chez le cas index, dans une même communauté ou collectivité mais sans qu'un contact avec le cas index ne soit identifié.

*La date de survenue de la maladie est la date de début des signes de l'infection invasive mais c'est la date d'hospitalisation qui est la plus souvent prise en compte.

Antibioprophylaxie autour d'un cas d'IIM



- **Sujet contact**

Personne ayant été exposée directement aux sécrétions rhinopharyngées du cas dans les 10 jours précédant le début des symptômes (personnes qui vivent/sont gardées sous le même toit que la cas index pendant sa période de contagiosité)

- **Autres circonstances, évaluation du risque dépend de :**

- la proximité : distance < 1m
- le type de contact : face à face
- la durée > 1h
- contact « bouche à bouche » : la durée importe peu

La transmission sexuelle est possible

Pour le personnel soignant : sont considérés comme contact les personnes ayant réalisé le bouche à bouche, une intubation ou une aspiration endo-trachéale sans masque

SITUATIONS	Antibioprophylaxie recommandée	Antibioprophylaxie NON recommandée <i>sauf exceptions¹</i>
Entourage proche		
Milieu familial	Personnes vivant ou gardées sous le même toit	Personnes ayant participé à une réunion familiale
Garde à domicile	Personnes vivant ou gardées sous le même toit	
Milieu extra familial	Flirt Amis Intimes	Personnes ayant participé à une soirée ou à un repas entre amis
Collectivité d'enfants		
Structure de garde pour jeunes enfants (crèches, haltes garderies, ...)	Enfants et personnels de la même section	Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
Centre de loisirs Activités péri scolaires	Amis Intimes Enfants ayant fait la sieste dans la même chambre	Voisins de réfectoire Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
Centres ou camps de vacances	Amis Intimes Enfants ayant dormi dans la même chambre	Voisins de réfectoire Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
Milieu scolaire et autres structures apparentées		
Ecole maternelle	Amis Intimes Tous les enfants et personnels de la classe Enfants ayant fait la sieste dans la même chambre	Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités Voisins du bus scolaire Voisins du réfectoire
Ecole élémentaire ²³ Collège Lycée Internat	Amis Intimes Voisins de classe Personnes ayant dormi dans la même chambre	Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités Voisins du bus scolaire Voisins du réfectoire
Université	Amis Intimes	<i>Cf. « Situations impliquant des contacts potentiellement contaminants »</i>
Situations impliquant des contacts potentiellement contaminants		
Prise en charge médicale d'un malade	Personnes ayant réalisé le bouche à bouche, une intubation ou une aspiration endotrachéale sans masque de protection avant le début du traitement antibiotique du malade et jusqu'à la première prise d'un antibiotique efficace sur le portage	Autres personnels ayant pris en charge le malade
Sports	Partenaire(s) du malade (uniquement si le sport pratiqué implique des contacts physiques prolongés en face à face : judo, rugby, lutte)	Autres personnes présentes à l'entraînement
Soirée dansante Boîte de nuit	Personnes ayant eu des contacts Intimes avec le malade (en dehors du flirt ou des amis Intimes déjà Identifiés)	Autres personnes ayant participé à la soirée
Voyage → avion, bus, train	Personne ayant pris en charge le malade pendant le voyage Personnes Identifiées comme ayant pu être exposées aux sécrétions du malade ²⁴	
Milieu professionnel Institutions		Personnes travaillant dans les mêmes locaux Toutes autres personnes de l'Institution
Milieu carcéral	Amis Intimes Personnes partageant la même cellule	Personnes ayant des activités partagées

SITUATIONS	Antibioprophylaxie recommandée	Antibioprophylaxie NON recommandée <i>sauf exceptions*</i>
Entourage proche		
Milieu familial	Personnes vivant ou gardées sous le même toit	Personnes ayant participé à une réunion familiale
Garde à domicile	Personnes vivant ou gardées sous le même toit	
Milieu extra familial	Flirt Amis intimes	Personnes ayant participé à une soirée ou à un repas entre amis
Collectivité d'enfants		
Structure de garde pour jeunes enfants (crèches, haltes garderies, ...)	Enfants et personnels de la même section	Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
Centre de loisirs Activités péri scolaires	Amis intimes Enfants ayant fait la sieste dans la même chambre	Voisins de réfectoire Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
Centres ou camps de vacances	Amis intimes Enfants ayant dormi dans la même chambre	Voisins de réfectoire Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités
Milieu scolaire et autres structures apparentées		
Ecole maternelle	Amis intimes Tous les enfants et personnels de la classe Enfants ayant fait la sieste dans la même chambre	Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités Voisins du bus scolaire Voisins du réfectoire
Ecole élémentaire ²³ Collège Lycée Internat	Amis intimes Voisins de classe Personnes ayant dormi dans la même chambre	Enfants et personnels ayant partagé les mêmes activités Voisins du bus scolaire Voisins du réfectoire
Université	Amis intimes	<i>cf. « Situations impliquant des contacts potentiellement contaminants »</i>
Situations impliquant des contacts potentiellement contaminants		
Prise en charge médicale d'un malade	Personnes ayant réalisé le bouche à bouche, une intubation ou une aspiration endotrachéale sans masque de protection avant le début du traitement antibiotique du malade et jusqu'à la première prise d'un antibiotique efficace sur le pathogène	Autres personnels ayant pris en charge le malade

Soirée dansante
Boîte de nuit

Personnes ayant eu des contacts intimes avec le malade (en dehors du flirt ou des amis intimes déjà identifiés)

Milieu professionnel		Personnes travaillant dans les mêmes locaux
Institutions	Personnes partageant la même chambre	Toutes autres personnes de l'institution
Milieu carcéral	Amis intimes Personnes partageant la même cellule	Personnes ayant des activités partagées

Antibioprophylaxie autour d'un cas d'IIM



- Schéma

- Rifampicine PO 48h (600mgx2/j chez l'adulte, 10mg/kg 2x/j pour l'enfant ; 5mg/kg 2x/j pour le nouveau-né)

- en cas de contre-indication, de résistance documentée ou d'infections répétées dans une même communauté, ceftriaxone IV dose unique (250 mg) ou ciprofloxacine PO dose unique (500mg chez l'adulte, 20mg/kg chez l'enfant)

- A débiter dans les plus brefs délais, si possible dans les 24 à 48h après le diagnostic

- Inutile au delà de 10 jours après le dernier contact avec le cas index pendant sa période de contagiosité

EPIDEMIOLOGIE

- **1 à 24 ans :**
Méningo., Pneumo.
- **> 24 ans :**
Pneumo., Méningo., Listéria, Haemophilus,
Strepto. B

- Mortalité à la phase aigüe: 20% chez l'adulte; 10% chez l'enfant
- Séquelles : 30% environ (pneumocoque et infections invasives à méningocoque)

Deuxième cas de méningite

Une « connaissance » du pharmacien décédé jeudi d'une méningite foudroyante a été admise hier au CHU. Il est hors de danger.

Un jeune homme de 27 ans « présentant les symptômes de la méningite a été hospitalisé au CHU de Nancy ce vendredi », a-t-on appris auprès de l'ARS (Agence régionale de santé). « Il s'agit d'une connaissance de la victime », le jeune pharmacien de 27 ans décédé jeudi après avoir contracté un méningocoque de type C (notre édition d'hier). « Elle était en contact avec elle ce week-end », a confirmé le Dr Annick Dieterling, directrice de la Santé publique à l'ARS, au cours d'une conférence de presse qui s'est tenue à l'ARS de Lorraine à Nancy hier après-midi.

Le diagnostic vital n'est pas du tout engagé d'autant qu'il est sous antibiotique depuis mardi. « Or, le méningocoque est sensible à la plupart des antibiotiques », explique le Pr Thierry May, chef de service des maladies infectieuses et tropicales. Les analyses ont confirmé que le patient était lui aussi atteint d'une méningite à méningocoque de type C. Il est actuellement sous traitement anti-

biotique et se porte bien a fait savoir l'ARS, hier soir, dans un communiqué. Les personnes ayant eu un contact rapproché avec ce nouveau patient sont en cours d'identification et subiront un traitement antibiotique.

Le jeune pharmacien de 27 ans, décédé jeudi en début de soirée aux urgences de l'hôpital central avait été admis durant l'après-midi avant de sombrer rapidement dans le coma.

Faible risque de contamination

Il avait participé samedi au « Cabaret rouge » du Totem à Maxéville qui rassemble à chaque fois entre 2.000 et 3.000 personnes. L'annonce de sa disparition a donc suscité un vent de panique sur les réseaux sociaux dans un premier temps. La conférence de presse organisée par l'ARS se voulait rassurante.

« Le méningocoque ne survit pas en dehors du corps humain ; il ne reste ni dans l'air, ni sur les objets. Un verre, une bouteille, une cuillère, une cigarette, un instrument de musique, un téléphone, un jouet ne transmettent pas le méningocoque, même en passant rapidement d'une bouche à l'autre ». La « bise sur la joue » est donc sans danger. « La bactérie se transmet par les postillons, lors de contacts étroits, c'est-à-dire directs, proches, prolongés et répétés ».



■ Le Dr Annick Dieterling de l'ARS et le Pr Thierry May, chef de service des maladies infectieuses et tropicales, au CHU de Nancy-Brabois.

Photo DR

Autre élément rassurant : le jeune pharmacien – qui effectuait des remplacements – n'était pas en poste depuis plus de dix jours.

Numéro vert : 0800.25.50.25

L'ARS, en lien avec le service hospitalier et l'entourage familial du jeune homme, identifie actuellement toutes les personnes qui ont pu être en « contact étroit » avec la victi-

me ces dix derniers jours. Pour l'heure, une dizaine de personnes ont été contactées. Elles ont toutes subi un traitement antibiotique de 48 heures. Les « investigations se poursuivent ». Celles et ceux qui pensent avoir croisé la victime ou qui se posent des questions peuvent prendre contact pour conseil au 0800.25.50.25. (numéro vert).

Saïd LABIDI



Questions à Professeur Thierry May

Chef du service des maladies infectieuses et tropicales au CHU

« On dénombre environ 500 cas de méningite par an, 30 à 40 % des méningocoques sont de type C »

Que sait-on de cette maladie ?

Les méningites peuvent être virales ou bactériologiques, de type A, B ou C. 30 à 40 % des méningocoques sont de type C, le taux de survie est de 90 %. Il s'agit d'une infection des enveloppes qui protègent le cerveau.

Quels sont les symptômes ?

Fièvres, mal de crâne, nausée et vomissements. La méningite se manifeste aussi par des raideurs au niveau de la nuque. Ne pas pouvoir toucher son sternum avec son menton, être gêné par la lumière, et l'apparition de « purpura » suite à l'éclatement de vaisseaux sanguins sont des signes évocateurs. Dans 15 à 20 % des cas, l'évolution est foudroyante.

Comment se contracte-t-elle ?

Le méningocoque est un germe fragile qui se transmet uniquement d'une personne à l'autre lors de contacts directs (face à face), proches (moins d'un mètre) et prolongés ou répétés (baiser, relations intimes...). Il y a donc très peu de risques de transmission du méningocoque lors de rassemblement ou fréquentation de supermarché, dans les transports en commun, au cinéma, dans une file d'attente. Faire la bise ou boire un verre avec une personne atteinte ne comporte aucun risque. Aucune mesure particulière comme la fermeture d'établissements fréquentés par le patient n'est nécessaire. On estime entre 2 et 3 % le risque de contamination à une autre personne.

C'est une infection répandue ?

On dénombre environ 500 cas

par an, soit 1/100.000 personnes. Les bactéries colonisent le fond de la gorge et peuvent parfois migrer jusqu'au cerveau en cas de lésion, de grosses fatigues ou de déficit immunitaire, chez les fumeurs nourrissons ou personnes âgées. Elles pouvaient survenir par exemple chez les appelés après les marches forcées de 30-40 km. On les observe surtout en hiver pendant les saisons humides. Elle se traite facilement et la vaccination est efficace et fait l'objet d'ailleurs d'une recommandation vaccinale pour tous les jeunes de 1 à 24 ans. NDLR : une jeune femme de 19 ans est décédée des suites d'une méningite à méningocoque aux urgences de l'hôpital Bel Air de Metz le 2 mars dernier.

Propos recueillis par S.L.

Témoignage Didier Manuel du Totem

« Il avait froid, il est rentré chez lui se coucher »

« Ma compagne avait dîné avec Ben et des amis la veille de sa disparition. Il s'était plaint du froid, il disait qu'il ne se sentait pas bien. Il a alors quitté le groupe pour rentrer chez lui et se coucher », témoigne Didier Manuel, du Totem et organisateur du Cabaret Rouge, meurtri par la mort de son ami.

« Moi-même, j'avais mangé avec lui en tête-à-tête la semaine précédente. Et ma fille était à l'entrée du cabaret rouge... On a donc appelé SOS Médecin ».

« Le médecin qui est venu nous a rassurés sur les risques de transmission et nous a prescrit un traitement préventif. Ensemble, nous avons même appelé l'ARS. J'ai eu quelqu'un en ligne pendant quarante minutes qui a pris le temps de tout m'expliquer sur les différents types de méningocoques, sur leur mode de transmission... »



■ Didier Manuel. Archives ER

« Je sais que les proches de Ben et ses parents sont allés à l'hôpital en observation mais ils en sont ressortis au bout de douze heures »

Propos recueillis par S.L.

Vaccination autour d'un cas d'IIM



- Vaccination uniquement proposée aux sujets contacts qui se retrouvent de façon régulière et répétée dans l'entourage proche du cas
- A réaliser dans un délai de 10 jours après le dernier contact avec le cas index dans sa période de contagiosité
- **Complète l'antibioprophylaxie** lorsque la souche responsable du cas est d'un sérotype A, C, W ou Y,
- Pas de vaccination pour une IIM du sérotype B sauf indication particulière des autorités de santé
- La survenue d'une IIM chez un sujet antérieurement vacciné contre le sérotype en cause doit être signalée et explorée

Schémas de vaccination



- IIM de sérotype C
 - Non vacciné: si âge de 2-12 mois 2 injections, si âge > 12 mois 1 injection de vaccin conjugué C
 - Si vacciné depuis > 5 ans avec un vaccin conjugué, 1 injection de vaccin conjugué C seulement si âge < 5 ans à la 1^{ère} vaccination
 - Si vacciné depuis > 3 ans avec un vaccin non conjugué (A+C ou ACYW135) : 1 dose de vaccin conjugué C
- IIM de sérotype A, Y ou W
 - Si âge > 12 mois non vacciné ou vacciné depuis plus de 3 ans avec un vaccin non conjugué: 1 dose de conjugué tétravalent ACYW135

Schéma de vaccination autour d'un cas d'IIM de sérogroupe C

Age de l'enfant	Schéma de vaccination
6-7 semaines	<ul style="list-style-type: none"> - 1 dose de Nimenrix[®] - Par la suite, vaccination antiméningococcique selon les recommandations du calendrier vaccinal (1 dose de Neisvac[®] à 5 mois, rappel à 12 mois)
2-3 mois révolus	<ul style="list-style-type: none"> - 1 dose de Neisvac[®] ou de Menjugate[®] <li style="padding-left: 20px;">Seconde dose 2 mois plus tard puis, rappel à 12 mois ²⁹ - <u>Si déjà vacciné avec le Nimenrix[®] (enfant voyageur ou autour d'un cas)</u> : Neisvac ou Menjugate, 2^{ème} dose 2 mois plus tard puis rappel à 12 mois
4 mois	<ul style="list-style-type: none"> - 1 dose de Neisvac[®] ou 2 doses de Menjugate[®] à 2 mois d'intervalle rappel à 12 mois - <u>Si déjà vacciné avec le Nimenrix[®] (enfant voyageur ou autour d'un cas)</u> : Neisvac[®] ou Menjugate[®], 2^{ème} dose 2 mois plus tard puis rappel à 12 mois
5 mois	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Si non vacciné contre le méningocoque C</u> : 1 dose de Neisvac[®] ou 2 doses de Menjugate[®] à 2 mois d'intervalle et rappel à 12 mois - <u>Si déjà vacciné (Neisvac[®])</u> : Pas de vaccination, rappel à 12 mois - <u>Si déjà vacciné avec le Nimenrix[®] (enfant voyageur ou autour d'un cas)</u> : Neisvac[®] ou 2 doses de Menjugate[®] à 2 mois d'intervalle puis rappel à 12 mois.

<p>6 mois à 11 mois révolus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>si non vacciné contre le méningocoque de séro groupe C</u> : 1 dose de Neisvac[®] ou 2 doses de Menjugate[®] à 2 mois d'intervalle Rappel au cours de la 2^{ème} année (délai de 6 mois après la précédente injection) - <u>Si déjà vacciné contre le méningocoque de séro groupe C avec un vaccin monovalent</u> : Pas de vaccination Par la suite rappel (Neisvac[®] ou Menjugate[®]) 6 mois après la précédente injection²⁹. - Si vacciné avec le Nimenrix[®] : 1 dose de Neisvac[®] ou 2 doses de Menjugate[®] à 2 mois d'intervalle. Rappel à au cours de la 2^{ème} année (délai de 6 mois par rapport à la précédente injection)
<p>12 mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Non vacciné avec un vaccin monovalent C : 1 dose de vaccin monovalent même si antérieurement vacciné avec Nimenrix[®] - Vacciné avec un vaccin monovalent C à 1 dose <u>depuis moins de 6 mois</u> : pas de vaccination, 2^e dose à réaliser 6 mois après la précédente injection ; <u>si vacciné depuis plus de 6 mois</u> : vaccination avec un vaccin monovalent C.
<p>➤ 12 mois à 24 ans révolus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vacciné contre le méningocoque de séro groupe C avec un vaccin conjugué³⁰ depuis < 5 ans : pas de rappel - Vacciné contre le méningocoque de séro groupe C avec un vaccin conjugué depuis ≥ 5 ans : rappel C conjugué - Vacciné avec un vaccin polysidique non conjugué contenant la valence C³¹ depuis < 3 ans : pas de rappel - Vacciné avec un vaccin polysidique non conjugué depuis ≥ 3ans : rappel C conjugué - <u>Non vacciné C</u> : 1 dose de C conjugué
<p>25 ans et plus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vacciné contre le méningocoque de séro groupe C avec un vaccin conjugué³⁰ depuis < 5 ans : pas de rappel - Vacciné contre le méningocoque de séro groupe C conjugué depuis ≥ 5 ans : rappel contre avec un vaccin conjugué contre le méningocoque C - Vacciné avec un vaccin non conjugué contenant la valence C³¹ depuis < 3 ans : pas de rappel - Vacciné avec un vaccin non conjugué contenant la valence C depuis ≥ 3ans : rappel C conjugué - <u>Non vacciné C</u> : 1 dose de vaccin monovalent C conjugué

Schéma de vaccination autour d'un cas d'IIM de sérogroupe A, Y ou W

Age de l'enfant	Schéma de vaccination
6 semaines à 4 mois	<ul style="list-style-type: none"> - 1 dose de Nimenrix[®] <p>Par la suite, vaccination antiméningococcique selon les recommandations du calendrier vaccinal (1 dose de Neisvac[®] à 5 mois, rappel à 12 mois)</p> <p>Respecter un délai de 1 mois entre la vaccination avec le Nimenrix[®] et le Neisvac[®]</p>
5 mois	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Si non vacciné contre le méningocoque de sérogroupe C</u> : 1 dose de Nimenrix[®], Neisvac[®] un mois plus tard et rappel Neisvac[®] à 12 mois - <u>Si vacciné contre le méningocoque de sérogroupe C</u> : 1 dose de Nimenrix[®] rappel de Neisvac[®] à 12 mois
6 mois à 11 mois révolus	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Si non vacciné contre le méningocoque de sérogroupe C</u> : une dose de Nimenrix[®], Neisvac[®] un mois plus tard puis rappel Neisvac[®] au cours de la 2^{ème} année (délai de 6 mois entre les 2 doses) - <u>Si vacciné contre le méningocoque de sérogroupe C</u> : 1 dose de Nimenrix[®] rappel de Neisvac[®] à 12 mois
12 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Non vacciné contre le méningocoque de sérogroupe C : une dose de Nimenrix[®] puis rien - Vacciné contre le méningocoque de sérogroupe C à 1 dose : une dose de Nimenrix puis rien

<p>12 mois à 24 ans révolus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 dose de Nimenrix[®] (ou Menveo[®] après 2 ans)* si la personne n'était pas vaccinée C, elle sera considérée comme à jour après cette dose - Vaccinée avec un vaccin quadrivalent conjugué depuis < 5 ans : pas de rappel - Vaccinée avec un vaccin quadrivalent conjugué depuis ≥ 5 ans : 1 dose de Nimenrix[®] ou Menvéo[®] - Vacciné avec un vaccin quadrivalent polyosidique non conjugué depuis < 3 ans : pas de rappel - Vacciné avec un vaccin polyosidique non conjugué A+C depuis < 3 ans : <ul style="list-style-type: none"> → Si contact avec IIM A : pas de vaccin → Si contact avec IIM Y ou W : 1 dose de Nimenrix[®] ou Menvéo[®] - Vacciné avec un vaccin polyosidique non conjugué (A+C ou ACYW) depuis ≥ 3 ans : 1 dose de Nimenrix[®] ou Menvéo[®] <p><i>* que la personne ait été ou non vaccinée contre le méningocoque de séro groupe C:</i></p>
<p>25 ans et plus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 1 dose de Nimenrix (ou Menveo après 2 ans)* si la personne n'était pas vaccinée C, elle sera considérée comme à jour après cette dose - Vaccinée avec un vaccin quadrivalent conjugué depuis < 5 ans : pas de rappel - Vaccinée avec un vaccin quadrivalent conjugué depuis ≥ 5 ans : 1 dose de Nimenrix[®] ou Menvéo[®] - Vacciné avec un vaccin quadrivalent polyosidique non conjugué depuis < 3 ans : pas de rappel - Vacciné avec un vaccin polyosidique non conjugué A+C depuis < 3 ans : <ul style="list-style-type: none"> → Si contact avec IIM A : pas de vaccin → Si contact avec IIM Y ou W : 1 dose de Nimenrix[®] ou Menvéo[®] - Vacciné avec un vaccin polyosidique non conjugué (A+C ou ACYW) depuis ≥ 3 ans : 1 dose de Nimenrix[®] ou Menvéo[®] <p><i>* que la personne ait été ou non vaccinée contre le méningocoque de séro groupe C:</i></p>

Infections invasives à méningocoque (IIM)

[Sur légifrance](#) – [sur infectiologie.com](#)

Par rapport à l'actualisation précédente, résumée dans le [info-antibio 52 – février 2015](#), ce document apporte des nouveautés sur l'épidémiologie des souches, les traitements probabilistes et la vaccination.

Epidémiologie des infections invasives à méningocoque : Il est mis l'accent sur l'augmentation de fréquence d'une souche du séro groupe W ayant une létalité élevée.

Traitement curatif: les recommandations pour le traitement pré hospitalier ont supprimé l'amoxicilline qui ne doit plus être utilisée en traitement probabiliste (mais peut relayer toujours une C3G sur un méningocoque sensible).

Prise en charge pré-hospitalière d'une IIM:

Antibiotiques	Posologie – Mode d'administration	
	Adulte	Nourrisson et enfant
	De préférence avec la forme IV (sans lidocaïne) ou à défaut voie IM	
Ceftriaxone	1g	50 mg/kg sans dépasser 1g
Céfotaxime	1g	50 mg/kg sans dépasser 1g

On utilisera de préférence la ceftriaxone qui permet d'éradiquer le portage rhinopharyngé du méningocoque après 1 injection)
En cas de suspicion de purpura fulminans, l'administration doit être immédiate (bilan sanguin, hémoculture ou autre examen ne doivent pas retarder le traitement).

Les précautions complémentaires « gouttelettes » sont levées 24h après le début de l'ATB actif sur le portage.

Vaccination des sujets contacts : l'objectif est de procurer une protection rapide (et pas forcément durable):

- Méningo C: vaccin maintenant obligatoire à l'âge de 5 mois avec un rappel à l'âge de 12 mois. Il peut être fait dès l'âge de 2 mois en vaccination autour d'un cas. Poursuivre ou rattraper le schéma vaccinal ensuite.
- Méningo A/Y/W : 0 à 1 seule dose de vaccin quadrivalent A/C/Y/W selon vaccins récents. Possibles à partir de 6 semaines (nimenrix) ou 2 ans (menveo). Poursuite schéma vaccinal C si besoin.
- Méningo B : ne pas utiliser autour des cas d'IIM B sauf situations spécifiques avec expertise multidisciplinaire. Possible à partir de 2 mois.