

INFECTIONS INVASIVES A MENINGOCOQUE

Neisseria meningitidis

L'infection à méningocoque est une infection grave, qui met en jeu le pronostic vital. Elle est causée par la bactérie *Neisseria meningitidis*, diplocoque gram Négatif. Il existe plusieurs sérogroupes répartis différemment dans le monde : A (surtout en Afrique et en Asie), B (le plus fréquent en France), C, le W135 qui émerge dans le monde. D'autres sérogroupes ont été identifiés (D, X, Y, Z, 29E). Cette maladie provoque une inflammation des membranes qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière. Elle nécessite la mise en route d'un traitement en extrême urgence.



Réservoir :

Strictement humain (*rhinopharynx*).



Transmission :

Interhumaine directe, par voie aérienne à partir de gouttelettes de salive et des mucosités naso-pharyngées provenant de porteurs sains ou de malades.



Incubation :

De 2 à 10 jours. En moyenne de 3 à 4 jours.

Conduite à tenir concernant le malade, les sujets-contacts et le milieu immédiat

1) Signalement sans délai à la DASS des cas probables, confirmés et notification des cas probables et confirmés.

2) Isolement : hospitalisation dans le service de réanimation avec isolement respiratoire pendant 24 h après le début de l'antibiothérapie.

3) Traitement spécifique : céphalosporines de 3^{ème} génération (*céfotaxime, ceftriaxone*) en première intention.

4) Investigation des sujets-contacts : recherche et classification des contacts pour prophylaxie.

5) Traitement des sujets-contacts : détermination des contacts étroits et chimioprophylaxie préventive par rifampicine (*ceftriaxone* ou *ciprofloxacine* en cas de contre-indication) dans un délai de 10 jours au maximum après contact avec le cas.

6) Prévention épidémique : surveillance attentive, diagnostic précoce, traitement immédiat des cas suspects. Prophylaxie de masse. Vaccination si besoin selon le sérotype.



Contagiosité :

Jusqu'à ce que les méningocoques ne soient plus présents dans les sécrétions du nez et de la bouche.

Elle persiste jusqu'à 24 heures après le début du traitement antibiotique.



Tableau clinique :

La méningococcie invasive se manifeste habituellement sous forme de méningite (fièvre, céphalées intenses, nausées, vomissements, raideur de la nuque, rash pétéchial) et/ou de septicémie, bien que d'autres manifestations puissent être observées. La maladie invasive peut évoluer rapidement jusqu'au purpura fulminans, à l'état de choc et au décès.



Critères de signalement et de notification :

Cas confirmé

Maladie invasive avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement bactériologique ou PCR positive de *N. meningitidis* dans un prélèvement normalement stérile (sang, liquide céphalorachidien, liquide articulaire, liquide pleural, péritonéal, péricardique) ou à partir d'une lésion purpurique

ou

- mise en évidence de l'antigène soluble *N. meningitidis* dans le liquide céphalorachidien, le sang ou les urines.

Cas probable

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 3 mm de diamètre associé à un syndrome infectieux sévère non attribué à une autre étiologie) ou pétéchies en l'absence d'une culture sanguine positive et sans autre cause apparente.

ou

Présence de diplocoque Gram négatif à l'examen microscopique du LCR avec LCR évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie).