



Quelle prophylaxie des infections invasives à méningocoque ?

Toute méningite à méningocoque est médiatisée; de ce fait l'incidence semble en augmentation. Une panique en résulte dans la population : toute fièvre avec céphalées chez un enfant dans une zone où un cas a été diagnostiqué devient une urgence. L'augmentation de l'incidence est-elle réelle ? Quelle prophylaxie mettre en place et pour qui ? Doit-on vacciner ? Une circulaire de la DGS, dont nous résumons les données les plus utiles au généraliste, apporte des réponses. [1]

Histoire naturelle et épidémiologie :

Le méningocoque est strictement humain et ne survit pas en milieu extérieur. La contamination est donc essentiellement interhumaine, directe de personne à personne par les sécrétions oro-pharyngées. Dans la majorité des contaminations, seul l'oropharynx est colonisé sans autre atteinte. Le taux de porteurs asymptomatiques varie selon les populations, de 5 à 50% en cas de grande promiscuité. La dissémination systémique reste un accident ponctuel mais gravissime (septicémie, méningite). Les raisons pour qu'un isolât devienne pathogène sont inconnues. Les principaux séro groupes sont A,B,C, Y et W 135.

L'incidence qui était de 4 /100 000 en 1977 s'est abaissée au fil des ans pour tomber à 1/100 000 depuis 1987 et remonter à 1,16/100 000 en 2000. Les enfants sont les plus touchés. Les cas secondaires, ceux qui ont été en relation avec un autre cas de méningococcie, représentent 1 à 2% de l'ensemble des cas déclarés soit 3 à 7 cas par an: 46% sont issus du milieu familial, 23% du milieu scolaire, les 31% restant ne sont pas précisés.

Prise en charge à domicile d'un cas d'infection massive à méningocoque: Tout patient avec syndrome infectieux clinique et ayant au moins un élément purpurique nécrotique d'un diamètre supérieur à 3 mm doit recevoir d'emblée, si possible en IV, sinon en IM, un traitement antibiotique approprié sans délai, quelque soit son état hémodynamique. La médicalisation du transfert à l'hôpital se fait en concertation avec le médecin du SMUR, informé d'une suspicion de purpura fulminans.

Chimioprophylaxie : Son objectif est la prévention des cas secondaires en éliminant un éventuel portage chez les sujets contact. Malgré son extension la proportion de cas secondaires reste stable depuis 1990. Mais cette extension risque d'entraîner des résistances à *Neisseria meningitidis*, au pneumocoque et au bacille de Koch.

Il est donc nécessaire de bien définir les sujets contacts devant en bénéficier. Le sujet contact est celui qui a pu avoir un contact direct avec les sécré-

tions oropharyngées. Favorisent la contamination: la proximité (inférieure à un mètre entre les deux personnes), la durée du contact (qui importe peu en cas de bouche à bouche). Doivent bénéficier d'une chimioprophylaxie : les personnes vivant avec le cas : famille, flirt, amis intimes, enfants et personnels de la même section en crèche ou à l'école préélémentaire, enfants ayant partagé les mêmes activités, voisins de classe pour l'école et le lycée, voisins lors d'un voyage. Il faut évaluer les conditions de contact en cas de réunion familiale, de la pratique de sports en particulier sport de combat ou de contact, soirée dansante, personnes ayant un contact proche et prolongé. Tout ceci sera fait en liaison avec la DDASS.

Ne relèvent pas de la chimioprophylaxie les enfants et personnel de classes voisines, les voisins de réfectoire ou fréquentant la même cour de récréation.

Elle doit être administrée dans les plus brefs délais. Le délai d'incubation étant de 2 à 10 jours, la chimioprophylaxie doit se faire dans les 24 à 48h, et est sans nécessité au delà de 10 jours. Elle doit utiliser la rifampicine (600 mg deux fois par jour pendant 2 jours pour l'adulte; 10mg/kg 2 fois par jour pendant 2 jours chez l'enfant). En cas de contre indication la spiramycine est recommandée pendant 5 jours à 3 millions d'UI chez l'adulte et 75 000 UI/kg chez l'enfant 2 fois par jour. Cette prévention réduit le portage de 75 à 98% une semaine après le traitement.

La vaccination n'est utile que pour se prémunir contre les souches A,C,Y et W135. Elle doit être proposée aux sujets contact du malade et à ceux se retrouvant régulièrement et de façon répétée dans la collectivité qu'il fréquentait, dans les semaines qui suivent. Elle doit être faite dans un délai maximum de 10 jours, compte tenu de la durée de 10 jours nécessaire à l'acquisition de l'immunité.

Mesures inefficaces et inutiles :

- la désinfection et le prélèvement rhinopharyngé
- l'éviction scolaire des frères et soeurs
- l'isolement des sujets contacts
- la désinfection ou la fermeture d'un établissement.

Le médecin suite à la découverte d'un cas de méningococcie, va avoir à gérer une panique compréhensible. Dans ce climat, il sera parfois difficile de faire comprendre, en cas de sujets non à risque, l'inutilité et les inconvénients immédiat et lointain de l'antibioprophylaxie : le risque immédiat tel qu'il est perçu, l'emporte sur les autres risques. Il faut nous habituer à gérer ces questions où s'affrontent intérêt immédiat perçu par l'individu et intérêt lointain de la collectivité, et dans ce contexte à informer et rassurer nos patients.

1- Collectif. Prophylaxie des infections invasives à méningocoque. BEH. 2001; 51: 229-36

Mots-clé: méningite, méningocoque, prophylaxie, antibioprophyllaxie, vaccination

Numéro 262 du 18 avril 2002