

Infection invasive à Méningocoque

Juillet 2024



Bactérie *Neisseria meningitidis* (sérogroupes B et C les plus fréquents en France)



Transmission par les sécrétions nasopharyngées lors d'exposition < 1m, en face à face
Portage nasopharyngé asymptomatique temporaire chez 5 à 50% de la population, qui ne nécessite pas de CAT particulière



PC Gouttelettes jusqu'à 24h après début du traitement ATB



Incubation en moyenne 5 jours (de 2 à 10 jours)

Contagiosité 10 jours avant et 24h après administration d'un ATB efficace sur le portage



Méningite : début brutal, céphalées violentes, diffuses, en casque, photophobie, phonophobie, nausées, vomissements, raideur méningée, fièvre, frissons

Purpura fulminans (≥ 1 élément nécrotique ou ecchymotique Ø > 3 mm, ne s'effaçant pas à la vitropression)



Ponction lombaire : LCR en faveur méningite bactérienne si leucocytes > 1000/mm³, dont plus de 50 % de PNN, glycorachie ≤ 2 mmol/l et protéinorachie > 1g/l). Examen direct positif dans 70% des cas en l'absence d'antibiothérapie préalable : diplocoques gram négatif.

Hémocultures



Déclaration obligatoire sans délai auprès de l'ARS en mentionnant le séro groupe : par téléphone puis envoi de la fiche Cerfa complétée par mail ou par fax

0800 301 301
05 34 30 25 86

ars-oc-alerte@ars.sante.fr



Traitement

C3G injectables : **ceftriaxone** de préférence ou **céfotaxime**

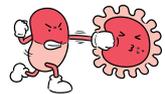


Sujet contact = toute personne ayant été en contact direct (face à face), **proche** (< 1m) et **pendant au moins 1h d'affilée** (ou moins si toux/éternuements du cas) avec les sécrétions oropharyngées d'un sujet infecté dans les 10 jours précédant le début de l'ATB



Pour les soignants = est contact toute personne ayant réalisé le bouche à bouche, une intubation ou une aspiration endotrachéale sans masque de protection

Conduite à tenir pour les sujets contacts



Antibioprophylaxie

Sans délai : autant que possible dans les  suivant le diagnostic et jusque  après le dernier contact

1ère intention : Rifampicine 600 mg/12h PO pendant 2 jours



Interactions médicamenteuses (ex: pilule oestro-progestative chez la femme en âge de procréer)

Avril 2024 : alerte rupture Rifampicine, ne plus utiliser dans cette indication, privilégier une seconde intention

2ème intention si CI : Ceftriaxone 250 mg 1 injection IV OU Ciprofloxacine 500 mg PO en dose unique

Vaccination

Vaccination des personnes-contacts, en plus de l'antibioprophylaxie, s'il s'agit d'un séro groupe concerné par la vaccination (A, C, Y, W) (non recommandé si un seul cas d'infection à méningocoque du groupe B)
Pour les personnes déjà vaccinées, selon le type de vaccin conjugué ou non, ou si dernière vaccination > 3 ou 5 ans, une nouvelle vaccination est préconisée

→ dans les  suivant l'apparition du cas

Rappel vaccinal pour tous les contacts éligibles à la vaccination



Outils : Infection invasive à Méningocoque



Ministère des solidarités et de la santé

Instruction N°DGS/SP/2018/163 du 27 juillet 2018 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque

Pour les professionnels prenant en charge le cas



Ministère de la santé et de la prévention

Aide-mémoire sur les infections invasives à méningocoque (IIM), juin 2022

Pour les professionnels prenant en charge le cas



Haute Autorité de Santé

Stratégie de vaccination contre les infections invasives à méningocoque, 7 mars 2024

Pour les professionnels prenant en charge le cas



Haut Conseil de la Santé Publique

Vaccination contre les infections invasives à méningocoque B, Place du vaccin Bexsero®, octobre 2013

Pour les professionnels prenant en charge le cas



Maladie à déclaration obligatoire

Cerfa maladie à déclaration obligatoire : infection invasive à méningocoque

Pour les professionnels prenant en charge le cas



Signalement si cas groupés ou acquisition nosocomiale

Pour les responsables signalement



N'hésitez pas à nous contacter :

- cpias-occitanie@chu-toulouse.fr / 05 61 77 20 20
- cpias-occitanie@chu-montpellier.fr / 04 67 33 74 69