

# Cas clinique

- Un jeune homme de 19 ans, étudiant en résidence universitaire, se présente aux urgences pour une fièvre brutale à 40°C associée à des céphalées intenses et une photophobie. À l'examen, il est obnubilé, présente une raideur de la nuque et une purpura fulminans sur les membres inférieurs.

**Question 1 : Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable ?**

- A. Méningite virale
- B. Méningite tuberculeuse
- C. Méningite bactérienne à méningocoque
- D. Encéphalite herpétique

Le patient est rapidement mis en isolement et une ponction lombaire est réalisée. L'analyse du liquide céphalorachidien (LCR) montre :

- Aspect trouble
- Hyperleucocytose à prédominance de polynucléaires neutrophiles
- Hypoglycorachie
- Hyperprotéinorachie
- Présence de diplocoques à Gram négatif

• **Question 2 : Quelle est la prise en charge initiale recommandée ?**

A. Corticothérapie seule

B. Antibiothérapie probabiliste intraveineuse + mesures d'isolement

C. Antiviraux en urgence

D. Surveillance simple avec réhydratation

- Une enquête épidémiologique révèle que trois autres étudiants de la même résidence universitaire présentent une fièvre avec céphalées.

• **Question 3 : Quelle mesure de santé publique est indiquée ?**

- A. Aucune mesure, la situation n'est pas alarmante
- B. Vaccination des cas contacts et antibioprophylaxie
- C. Fermeture immédiate de l'université
- D. Mise en quarantaine des cas suspects uniquement

# **Conduite à tenir devant une méningite à méningocoque**

**H.Benaldjia**

# Introduction

- Les méningites bactériennes communautaires (MBC) représentent un problème de santé publique dans le monde.
- Potentiellement graves □ taux de létalité élevé et séquelles graves.
- Elles constituent une urgence **diagnostique et thérapeutique** majeure.
- En Algérie, les MBC sévissent à **l'état endémique** dans toutes les régions.
- Elles sont à déclaration obligatoire.
- Contrôlées par la vaccination □ elles demeurent une préoccupation en pathologie infectieuse : par leur gravité en terme de complications, de séquelles qu'elles engendrent et de mortalité;



# Introduction

Quatre principales bactéries sont à l'origine des MBC :

- **Neisseria meningitidis** (méningocoque),
- *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque),
- *Haemophilus influenzae* et
- *Listeria monocytogenes*.

Seuls les examens microbiologiques peuvent **confirmer** l'étiologie d'une méningite bactérienne.

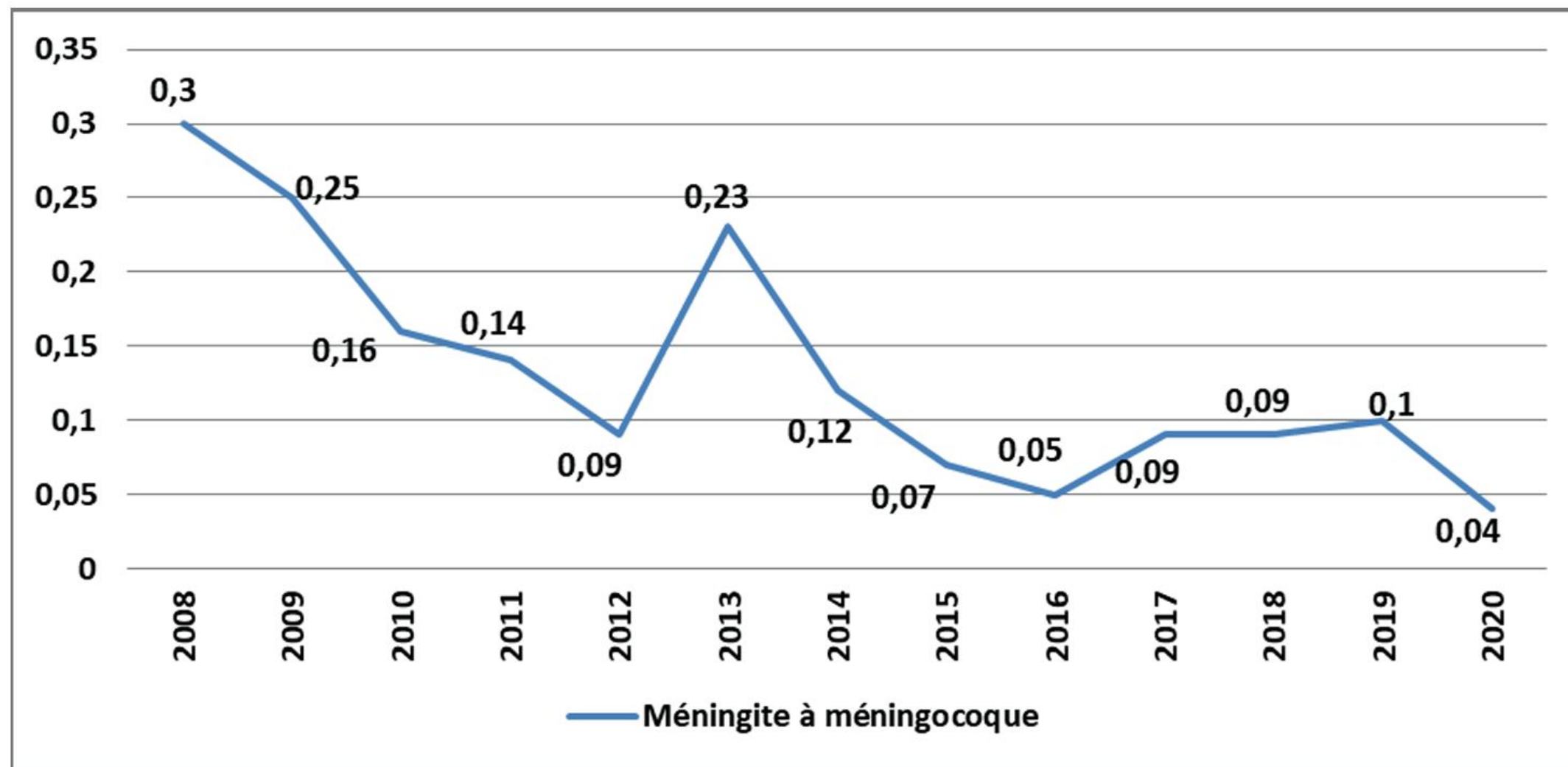
# Tableau 1: Eléments d'orientation étiologique

Bactérie	N.meningitidis	S.pneumoniae	H.influenzae b	L. monocytogenes
Epidémiologie	Cas similaires /épidémie / Saison automno- hivernale, (Enfant, Adulte jeune)	Ages extrêmes	Age moins de 5 ans	-Age adulte
Clinique	-Porte d'entrée Rhinopharyngée -Purpura	-Porte d'entrée : Otite, PFLA, troubles encéphalitique	-Porte d'entrée : Otitique , -Signes digestifs, pulmonaire et conjonctivite	Méningo-encéphalite pseudo tuberculeuse
Terrain	Déficit en complément	-Traumatisme crânien/ brèche ostéoméningée -Récidive de méningite -Asplénisme -Drépanocytose -Hypogammaglobulinémie -Rhinorrhée claire chronique	Absence de vaccination anti Hib	-Immunodépression -Grossesse

# Introduction

- La méningite cérébro spinale (MCS) est la seule méningite bactérienne contagieuse à **caractère épidémique**.
- La lutte contre les épidémies de méningite à méningocoque repose à la fois sur la **vaccination** et sur la **chimio prophylaxie**.
- L'infection à méningocoque peut s'individualiser par la forme **la plus grave, le purpura fulminans**.

**FIGURE 2 :EVOLUTION DE L'INCIDENCE DES MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUE NOTIFIÉES  
EN ALGÉRIE 2008 -**



# Définition du cas

<b>Cas suspect</b>	Tout patient présentant des signes cliniques évoquant une MBC. (Voir paragraphe 1).
<b>Cas probable</b>	<p>Tout cas suspect avec au moins l'un des signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Un LCS d'aspect trouble ou purulent.</li><li>- Leucocytes &gt; 10 éléments/mm<sup>3</sup> (&gt;100 éléments chez le nourrisson).</li><li>- Présence d'une bactérie au GRAM.</li><li>- Test antigénique positif.</li><li>- Hypoglycorachie.</li><li>- Hyperprotéinorachie.</li></ul>
<b>Cas confirmé</b>	Tout cas suspect ou probable, confirmé au laboratoire par culture ou par PCR ( <i>N. meningitidis</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>L. monocytogenes</i> ), dans le LCS, le sang ou la biopsie cutanée ( <i>purpura fulminans</i> ), ou tout autre liquide biologique normalement stérile.

# Cas suspect

Catégorie d'âge	Signes cliniques
<b>Chez le nourrisson &gt; 03 mois</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Altération de l'état général.</li><li>• Fontanelle antérieure bombante non battante, en dehors des cris et position assise.</li><li>• Une hypotonie de la nuque (nuque molle).</li><li>• Des troubles vasomoteurs.</li><li>• Des troubles du comportement : pleurs incessants et refus de téter.</li><li>• Une gastroentérite aigue.</li><li>• Un 1<sup>er</sup> épisode de convulsion fébrile sans foyer infectieux évident chez le nourrisson &lt; 12 mois.</li></ul>
<b>Chez le grand enfant et l'adulte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Syndrome infectieux d'apparition brutale sans foyer évident.</li><li>• Syndrome méningé fonctionnel associant : Vomissements en jet ; Céphalées en casque rebelles aux antalgiques ; Photophobie.</li><li>• Syndrome méningé physique : Raideur méningée ; Signes de Kernig et Brudzinski.</li><li>• Purpura aigu fébrile.</li><li>• Troubles de la conscience dans un climat fébrile</li></ul>
<b>Chez le sujet âgé</b>	Troubles psychiques fébriles. Les signes méningés sont au second plan

# Conduite à tenir

- Hospitalisation et traitement
- La notification des cas de MBC est obligatoire.
  - Acte médical du médecin traitant ainsi que du responsable de laboratoire.
  - Conformément à la législation actuellement en vigueur qui devra, à son tour, procéder à la déclaration simultanément à la DSP de sa Wilaya, à la DGPPS/MS et à l'INSP.
- Investigation épidémiologique

(Arrêté n°179 /MS/CAB du 17 novembre 1990 fixant les modalités de notification, la Circulaire no 1126 MS/DP/SDPG du 17 novembre 1990 relative au système de surveillance des maladies transmissibles et le Décret exécutif no 22-250 du 30 juin 2022 fixant la liste des maladies transmissibles soumises à déclaration obligatoire) au Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP).



# Maladies à déclaration obligatoire

[illegible]



**La déclaration des cas de méningite bactérienne, doit être journalière, en période épidémique et hebdomadaire en dehors de l'épidémie.**

**La déclaration du « Zéro cas » est obligatoire quel que soit la situation épidémiologique.**

# Mesures prophylactiques

- La prophylaxie devant un cas d'infection à méningocoque se fait par la chimio prophylaxie et/ou la vaccination. Elle concerne les sujets contacts suivants :
  - Personnes vivant sous **le même toit** que le malade.
  - Personnes ayant **dormi dans la même pièce** que le malade dans les **10 jours** précédant la date d'apparition des signes cliniques ou l'hospitalisation.
  - Personne **exposée aux sécrétions oropharyngées** du malade dans les 10 jours précédant la date d'apparition des signes cliniques ou l'hospitalisation.
  - Personnes **vivant en collectivité avec le malade** (crèche, établissement scolaire, internat, prison, ...).
  - D'autres **contacts étroits et répétés** avec le cas dans les 10 jours précédant la date d'apparition des signes cliniques ou l'hospitalisation de celui-ci.

# Chimioprophylaxie

- Son but est d'éliminer le portage nasopharyngé et de prévenir la maladie. Elle concerne le patient lui même et les sujets contact et doit être entamé le plus rapidement possible. Elle est basée sur l'utilisation de :
- **Rifampicine** : Per os - Adulte : 600mg 2\*/j (2j). - Enfant : 10mg/kg 2\*/j (2j)
- **Azitromycine** : Per os - Adulte : (cp 500mg), 1 cp en prise unique.
  - Enfant : 10mg/kg en prise unique
- **Spiramycine** : Per os, - Adulte : 3 millions d'UI deux fois /j (5 j).
  - Enfant : 75 000 UI/ Kg deux fois /j (5 j).

# La vaccination anti-méningococcique

- Éviter la propagation de la **souche pathogène** parmi les **sujets contacts**.
- But : arrêter la transmission de la maladie et d'endiguer l'épidémie dans les **02 semaines** qui suivent sa survenue.
- Vaccin polysaccharidique conjugué tétravalent ACYW.
- Sa protection prend effet à partir du 10<sup>e</sup> jour. Elle doit être entreprise :



# La vaccination anti-méningococcique

1. En cas d'épidémie : Dès le début de l'épidémie, la population soumise à risque, y compris le personnel de santé doivent être vaccinés.

2. Devant un cas suspect de méningite à méningocoque ou à germe indéterminé au niveau :

- **Des établissements scolaires** : - un seul cas : vaccination de toute la classe.  
- 2<sup>e</sup> cas rapproché dans le temps au premier cas, dans la même classe ou dans une autre: vaccination de tout l'établissement.
- **Des collectivités fermées** ex: internats, établissements de formation, crèches, établissements pénitenciers, etc : vaccination de toute la collectivité (un seul cas).
- **Des collectivités organisées**, ex: oasis du Grand Sud (Ksour ...), bidonvilles, haouchs, baraquements, camps de toiles et les centres de vacances...

# La vaccination anti-méningococcique

## 3. Devant un cas confirmé d'infection invasive à méningocoque:

Dans le cas d'un signalement tardif d'une infection invasive à méningocoque, une vaccination du cas confirmé peut être envisagée jusqu'à 03 mois après le diagnostic.

**Dans tous les cas, l'application des précautions standard d'hygiène est de rigueur.**

# Détection de l'émergence d'une épidémie de méningites à méningocoque

- La détection précoce de l'émergence d'une épidémie consiste à déterminer le seuil d'alerte.

## Mise en place d'un système d'alerte précoce

La surveillance des incidences hebdomadaires des méningites bactériennes permet de déterminer le seuil d'alerte spécifique qui correspond à :

1. Au niveau local :
  - L'apparition d'un cas de méningite à méningocoque, si zéro cas était enregistré auparavant.
  - Au doublement de l'apparition de cas sur trois (3) semaines consécutives.
  - Dans les cas où les épidémies de méningites sont inhabituelles, il est nécessaire d'établir le taux d'attaque hebdomadaire et de le comparer à :
    - Celui des 2 semaines précédentes ou
    - A celui de la même semaine des 5 dernières années ou
    - A défaut les 3 dernières années, en dehors des années épidémiques. En cas de doublement des taux, le seuil d'alerte est atteint.

- 2. Au niveau intermédiaire : Wilaya Une wilaya (DSP) est en alerte si **au moins un des territoires** de la wilaya atteint le seuil d'alerte.
- 3. Au niveau central : Le niveau central (INSP, IPA et MS) est mis en alerte **si une wilaya a atteint** le seuil d'alerte.



# Seuils d'incidence pour l'alerte et la réponse aux épidémies de méningite à méningocoque

Intervention	Population	
	30 000-100 000	< 30 000
Seuil d'alerte	3 cas suspects / 100 000 habitants habitants / semaine (Minimum 2 une semaine)	2 cas suspects en une semaine Ou Une incidence plus élevée qu'en année non épidémique
Seuil épidémique	10 cas suspects / 100 000 habitants / semaine	5 cas suspects en une semaine Ou Doublement de l'incidence sur une période de 3 semaines (par exemple, Semaine 1 : 1 cas, Semaine 2 : 2 cas, Semaine 3 : 4 cas)
Pour les populations de plus de 100 000 habitants, il est recommandé de calculer les taux d'attaque par sous-districts de 30 000 à 100 000 habitants.		
Dans certaines situations, comme les rassemblements de masse, les camps de réfugiés ou de personnes déplacées, les institutions fermées, comme les écoles ou les casernes, on recommande une vaccination de masse dès que 2 cas de méningite à méningocoque sont confirmés en 1 semaine.		

Merci