

Présidente : Dr Thérèse STAUB
Service National des Maladies Infectieuses

Vice-président : Dr Armand BIVER
Société Luxembourgeoise de Pédiatrie

Secrétaire : Dr Françoise BERTHET
Direction de la Santé, Secrétariat Général

Membres :

Dr Vic ARENDT
Service National des Maladies
Infectieuses

Mariette BACKES-LIES
Direction de la Santé,
Division de la Pharmacie et des
Médicaments

Dr Jean FABER
Société Luxembourgeoise de
Pneumologie

Dr Carine FEDERSPIEL
Société Médicale Luxembourgeoise
de Géroto-Gériatrie

Dr André FOLSCHETTE
Association des Médecins-Dentistes

Dr Danielle HANSEN-KOENIG
Direction de la Santé, Directeur

Dr Robert HEMMER
Service National des Maladies
Infectieuses

Dr Monique PERRIN
Laboratoire National de Santé

Dr Jean-Claude SCHMIT
Service National des Maladies
Infectieuses

Dr Jean-Paul SCHWARTZ
Cercle des Médecins Généralistes

Dr Simone STEIL
Direction de la Santé
Division de la Médecine Préventive
et Sociale

Dr Pierre WEICHERDING
Direction de la Santé,
Division de l'Inspection Sanitaire

Expert permanent :

Stéphane GIDENNE
Fédération Luxembourgeoise des
Laboratoires d'Analyses Médicales

Prophylaxie post-expositionnelle en présence d'un ou plusieurs cas d'infection invasive à méningocoque (*Neisseria meningitidis*)

Le présent communiqué explique les mesures de prophylaxie à mettre en œuvre autour d'un cas d'infection invasive à méningocoque. Il s'agit essentiellement de chimio-prophylaxie moyennant des antibiotiques et de vaccination, dans certaines situations.

L'agent infectieux et son réservoir.

Le méningocoque est une bactérie sous forme de diplocoque retrouvée exclusivement chez l'homme. Elle est présente chez certaines personnes comme espèce commensale du rhinopharynx. Le germe est très fragile et ne survit pas dans le milieu extérieur. Il existe 12 sérogroupes différentes dont les groupes A, B, C, Y et W135 sont les plus répandus dans les infections invasives à méningocoque.

La transmission du germe

La transmission entre personnes se fait par voie aérogène : la transmission de l'agent a lieu par des gouttelettes de sécrétions rhinopharyngées. Il y a risque de transmission en cas d'exposition à courte distance (moins d'un mètre) en face à face.

L'infection par *Neisseria meningitidis* se produit par l'acquisition d'une souche au niveau du rhinopharynx et peut persister le plus souvent sous forme de portage asymptomatique par colonisation du rhinopharynx.

Dans de rares cas ce portage asymptomatique peut être succédé par une infection invasive à méningocoque : la colonisation du rhinopharynx est suivie d'une translocation du germe vers le sang. Il se multiplie dans le sang et traverse la barrière hémato-méningée avec multiplication dans le liquide céphalorachidien (LCR).

Les facteurs responsables du passage vers une infection invasive sont multiples : virulence de la souche, altérations des défenses immunologiques, état de la muqueuse respiratoire (après une infection avec virus influenza par exemple !)

Contagiosité

En principe elle commence 7 jours au moins avant le début des signes. Par mesure de sécurité on considère qu'il y a contagiosité 10 jours avant apparition des signes cliniques jusqu'à 24 heures après administration d'un antibiotique efficace contre le portage.

Diagnostic bactériologique

Une infection invasive doit être confirmée aussi rapidement que possible par la détection de méningocoques dans un site anatomiquement stérile.

Il est de toute importance de déterminer rapidement le sérotype afin de pouvoir entamer éventuellement une prophylaxie vaccinale des sujets de contact.

Le Laboratoire National de Santé (LNS) dispose des techniques de diagnostic pour déterminer le sérotype : toute souche est à envoyer au LNS pour déterminer le sérotype et le sous-groupe.

Prise en charge

Le médecin prenant en charge la personne malade avec suspicion d'infection invasive à méningocoque informera sans délais l'Inspection Sanitaire au téléphone 247 85650 aux heures de bureau et directement via le 112 en dehors de ces heures. L'Inspection Sanitaire déclenche une enquête épidémiologique et veille, en collaboration avec le médecin, à ce que les traitements prophylactiques éventuellement nécessaires soient mis en route.

Prophylaxie post- expositionnelle (ppe) par antibioprofylaxie

Une telle prophylaxie doit être administrée en urgence aux sujets contacts et a comme buts :

- Éradiquer le portage de la souche virulente chez les sujets contacts du cas index
- Réduire le risque de cas secondaires
- Prévenir la diffusion d'une souche virulente dans la population

Tous les sujets contacts sont à traiter quel que soit leur statut vaccinal. Il importe donc d'identifier rapidement les sujets contacts. Cette ppe est à entamer de préférence dans les 24 à 48 heures suivant le diagnostic ; elle n'a plus d'intérêt au-delà de 10 jours après le dernier contact avec le cas index.

Définition des sujets contacts

Il s'agit des personnes ayant été exposées directement aux sécrétions rhino-pharyngées d'un cas index dans les 10 jours précédant l'apparition des signes de la maladie. Il s'agit principalement des personnes qui vivent ou sont gardées sous le même toit que le cas index pendant sa période de contagiosité.

L'évaluation du risque tient compte des critères suivants :

Proximité : la transmission est facilitée par une distance de moins d'un mètre

Type de contact : contacts face à face uniquement

Durée : en général on considère qu'il faudrait au moins une heure de contact à moins de 1 mètre de distance ; cette durée minimale est plus courte en cas de contact très rapproché, en cas de toux ou d'éternuements

Contact direct: pour un contact direct (bouche à bouche) la durée n'est pas à prendre en considération.

Antibiotique

L'antibiotique choisi doit atteindre des concentrations salivaires supérieures à la concentration minimale inhibitrice (CMI). Son action doit être rapide et prolongée dans le temps et il doit être bien toléré et d'un emploi pratique.

Rifampicine : par voie orale ; surtout pour les enfants ; à prendre pendant 2 jours

Ciprofloxacine : par voie orale ; pour les adultes et enfants à partir de 5 ans; en dose unique.

Prophylaxie à la Rifampicine :

Présentations : flacon de 120ml à 2%

1. **Nouveau-né jusque 1 mois accompli :**
Traitement de 2 jours
2 x 5mg/kg/jour
2. **Nourrissons à partir du 2^e mois, enfants ; adolescents jusque 60kg**
Traitement de 2 jours
2 x 10mg/kg/jour
3. **Adolescents au-delà de 60kg et adultes :**
Traitement de 2 jours
2 x 600mg/j

Prophylaxie à la Ciprofloxacine :

Adultes :
500mg de Ciprofloxacine en dose unique

Enfants à partir de 5ans:
15mg/kg en dose unique (sans dépasser 500mg)

L'Inspection Sanitaire a en réserve deux antibiotiques :

Rifampicine flacons de 120ml à 2%

Ciprofloxaciné comprimés à 500mg

Remarque : l'Azithromycine (*Zithromax*) ne fait plus partie des antibiotiques recommandés pour cette prophylaxie car n'atteignant pas la CMI salivaire nécessaire.

Femmes enceintes

La **Ciprofloxaciné** peut être utilisée en dose unique chez la femme enceinte. En cas d'allergie ou autre contre-indication, une dose unique de **Ceftriaxone** de 250mg peut être injectée en intramusculaire.

Prophylaxie post expositionnelle par vaccination

Une telle vaccination complète l'antibioprophylaxie autour d'un cas d'infection invasive à méningocoque type C. La survenue d'une infection invasive indique qu'une souche pathogène circule dans la cohorte. Il est donc recommandé d'inciter à vérifier le statut vaccinal de l'entourage proche du cas index (communauté de vie, famille, classe) et considérer la mise à jour de la vaccination selon les recommandations en vigueur.

La détection d'une infection invasive au sérogroupe C devrait mener à inciter toute personne de l'entourage entre 2 mois et 24 ans, non-vaccinée contre ce sérogroupe, à se faire vacciner contre la méningite C, indépendamment de tous délais.

Références:

CDC : Control and Prevention of Meningococcal disease

RKI-Ratgeber für Ärzte: Meningokokken-Erkrankungen

Direction Générale de la Santé de la République Française: instruction relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque

Sanford Guide to Antimicrobial Therapy

Ce communiqué a été préparé par le Dr Pierre Weicherding et fait suite à une discussion préliminaire menée par le Conseil supérieur des maladies infectieuses dans sa séance du 13 janvier 2015 et remplace les communiqués antérieurs.