

MÉNINGOCOCCIE (INVASIVE)

Aperçu de la maladie

La méningococcie est une maladie aiguë, qui peut devenir grave, causée par la bactérie aérobie Gram négatif diplocoque, connue sous le nom de *Neisseria meningitidis*. L'infection invasive de ce type entraîne généralement la méningococcémie, la méningite ou les deux. Il existe 13 sérogroupes (ou souches) de *N. meningitidis*. Au Canada, cinq de ces sérogroupes (A, B, C, W-135 et Y) sont responsables de la plupart des cas de maladie. La méningococcie invasive (MI) est une urgence médicale qui nécessite un diagnostic rapide, l'hospitalisation et un traitement antimicrobien efficace. La forme invasive de la maladie est une grave infection qui se produit lorsque la bactérie atteint des parties du corps où on ne la trouve pas généralement, comme la circulation sanguine et les méninges. Il est possible de prévenir la MI au moyen d'un vaccin.

Symptômes

Les symptômes apparaissent 2 à 10 jours (en général, 3 à 4 jours) après l'exposition et comprennent une fièvre d'apparition brutale, des étourdissements, de l'irritabilité ou de l'agitation, des maux de tête intenses, des vomissements, une raideur de la nuque et un rash caractéristique. Les cas graves peuvent mener au délire et au coma et, en l'absence de traitement, au choc toxique et à la mort.

Mode de transmission

Les méningocoques se transmettent par contact direct avec des gouttelettes respiratoires provenant du nez et de la gorge d'une personne infectée. *N. meningitidis* peut vivre dans le nez ou la gorge d'une personne qui autrement est en santé (porteur asymptomatique). Jusqu'à 5 à 10 % des gens peuvent être porteurs asymptomatiques, mais moins de 1 % de ceux qui sont colonisés seront atteints de maladie invasive.

Réservoir

Humains.

Période d'incubation

La période d'incubation de la méningococcie est de 3 à 4 jours, et peut s'échelonner de deux à dix jours.

Période de transmissibilité

Une personne peut transmettre l'infection à d'autres tant que les bactéries sont présentes dans les sécrétions nasopharyngées. La bactérie est habituellement éradiquée du nez et de la bouche dans les 24 heures suivant le début d'un traitement antimicrobien adéquat.

Facteurs de risque

Risque accru de contracter la maladie :

- Les personnes qui ont eu un contact direct avec les gouttelettes respiratoires provenant du nez et de la gorge d'une personne infectée, par exemple un baiser, un accès de toux, un

éternuement et le partage des ustensiles, verres, bouteilles d'eau ou cigarettes ou en utilisant le rouge à lèvres d'une autre personne.

- Les personnes qui n'ont pas été immunisées ou incomplètement immunisées.
- Les déplacements dans les régions où la MI est endémique ou qui présentent un risque élevé de transmission de la maladie.
- Le personnel de laboratoire qui peut être couramment exposé à *N. meningitidis*.
- Le personnel militaire pendant la formation ou les déploiements.

Définition de cas aux fins de surveillance

Cas confirmé

Manifestations cliniques d'infection invasive¹ et confirmation en laboratoire de l'infection :

- Isolement de *N. meningitidis* à partir d'un prélèvement normalement stérile (sang, liquide céphalorachidien [LCR], liquide articulaire, pleural ou péricardique);

OU

- Mise en évidence de l'ADN de *N. meningitidis* par des tests d'amplification des acides nucléiques (TAN) dûment validés portant sur un prélèvement normalement stérile.

Cas probable

Manifestations cliniques d'infection invasive accompagnée de purpura fulminans ou de pétéchies, sans autre cause apparente, et résultat de laboratoire positif à une épreuve autre qu'un test de confirmation :

- Mise en évidence de l'antigène de *N. meningitidis* dans le LCR.

Lignes directrices en matière de diagnostic et d'essais en laboratoire

La confirmation en laboratoire de *N. meningitidis* se fait par culture ou par PCR. La culture peut être effectuée sur un échantillon de sang ou de LCR, mais les échantillons de LCR sont souvent testés avec des trousse de PCR rapide. Les trousse PCR rapides fournissent des résultats rapides et peuvent tester plusieurs agents pathogènes à la fois. Les résultats positifs de la PCR rapide sont généralement suivis d'une culture, car un isolat est nécessaire pour le test de résistance aux antibiotiques et tout autre test moléculaire.

La confirmation en laboratoire rapide d'un diagnostic clinique de MI est un élément important de la détection et de la prise en charge des cas, les contacts étroits et les éclosions, de même que la surveillance régionale et nationale et le suivi des tendances épidémiologiques. La santé publique régionale doit communiquer avec le laboratoire pour confirmer le sérotype. Ce test est

¹ L'infection invasive à méningocoques se manifeste habituellement par une méningite et/ou une septicémie, bien que d'autres manifestations puissent être observées (par exemple cellulite orbitaire, arthrite septique). L'infection invasive peut évoluer rapidement vers des pétéchies ou un purpura fulminans, un état de choc et la mort.

nécessaire afin d'établir s'il existe un vaccin contre la souche et le vaccin doit être offert aux personnes qui ont été en contact avec un cas.

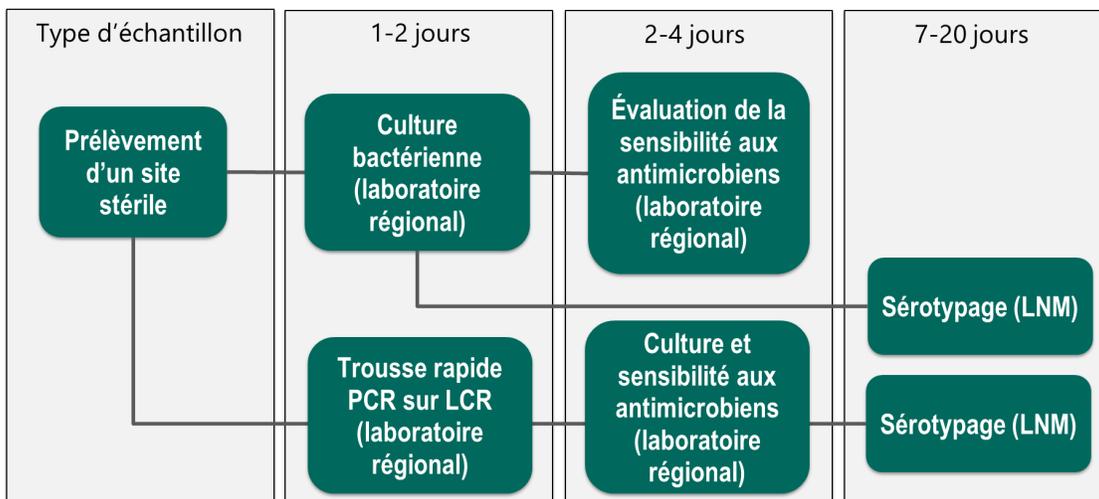
Communiquez avec votre laboratoire régional pour obtenir plus de renseignements sur la collecte d'échantillons et les échéanciers des tests.

Au Nouveau-Brunswick, les isolats méningococciques de tous les cas de MI doivent être envoyés aux laboratoires régionaux afin d'assurer un suivi rapide et adéquat des sérogroupes et pour les épreuves de sensibilité aux antibiotiques.

Les isolats sont envoyés au LNM de l'Agence de la santé publique du Canada pour le sérotype, le typage phénotypique et l'analyse génétique.

Test en laboratoire

Voici un aperçu des délais requis pour tester les échantillons après leur réception au laboratoire. Il s'agit de délais moyens pouvant changer selon l'urgence de la situation.



Déclaration des cas

Conformément à la norme 2.2 – Déclaration des maladies et des événements au BMHC et à la section 3 – Déclaration des maladies et des événements.

- Surveillance accrue. Pour tous les cas confirmés et probables, il faut remplir un formulaire de rapport de surveillance et envoyer ces renseignements au BMHC dans les 24 heures suivant la tenue de l'entretien.
- Surveillance de routine (SSMDO). Les données sur tous les cas confirmés sont entrées chaque semaine.
- Formulaire de signalement d'urgence d'une MT pour tous les cas confirmés.

Gestion des cas

Éducation

La personne atteinte ou la personne soignante doit être informée des éléments suivants :

- Nature de l'infection, durée de la période de transmissibilité et mode de transmission
- Lavage les mains
- Précautions contre les maladies respiratoires
- Étiquette en matière de toux et d'éternuement

Enquête

Après réception des renseignements d'un clinicien ou d'un laboratoire pour une personne soupçonnée d'être atteinte de MI, il faut amorcer l'enquête sans délai et traiter le patient comme un « cas sous enquête » aux fins de la gestion de la santé publique. La mise en place de mesures de contrôle ne doit pas attendre la confirmation du cas en laboratoire.

Exclusion/éloignement social

Lorsqu'on soupçonne fortement la MI sur le plan clinique et que la confirmation en laboratoire du diagnostic peut être retardée, les patients hospitalisés doivent être placés sous précaution contre la transmission par gouttelettes. Ces précautions pour *N. meningitidis* sont exigées jusqu'à 24 heures après l'instauration d'un traitement antibiotique approprié ou après qu'une autre étiologie a été déterminée. Il est possible que Santé publique doive établir la liaison avec les professionnels de la prévention et de la lutte contre les infections des hôpitaux.

Traitement

Le traitement peut être donné au besoin sous la supervision d'un fournisseur de soins de santé.

Pour garantir l'éradication du portage nasopharyngé de *N. meningitidis*, en plus des antibiotiques thérapeutiques, le cas doit recevoir une chimioprophylaxie avant sa sortie de l'hôpital, à moins que l'infection n'ait été traitée par un antibiotique propre à éliminer efficacement *N. meningitidis*. Consultez la table Agents de chimioprophylaxie pour les contacts étroits d'infection méningococcique pour obtenir plus de renseignements et consultez un médecin spécialisé dans le domaine des maladies infectieuses.

Immunisation

Différents sérogroupes peuvent causer la maladie et la protection conférée par la vaccination est spécifique aux souches vaccinales. Par conséquent, la vaccination est généralement recommandée pour protéger contre d'autres sérogroupes les personnes qui n'ont pas été vaccinées si elles sont admissibles selon le programme d'immunisation du Nouveau-Brunswick.

Gestion des contacts

Éducation

La plupart des cas d'infection méningococcique sont imprévus et ne peuvent être prévenus. Toutefois, il est important d'informer les clients qu'il est possible de réduire le risque en ne partageant pas les boissons, les ustensiles, les rouges à lèvres, les cigarettes, etc., avec quiconque.

Les contacts doivent être informés des symptômes de la MI et être invités à consulter immédiatement un médecin s'ils présentent une maladie fébrile ou toute autre manifestation clinique de la MI.

Enquête

La méningite est transmise de personne à personne par les gouttelettes. Aux fins de la gestion de la santé publique, seuls les contacts qui ont été exposés de façon importante doivent être déterminés.

La pierre angulaire de la prévention de cas secondaires de MI dépend de la recherche active des contacts en vue de cerner les personnes qui présentent un risque accru d'infection (c'est-à-dire contacts étroits).

Les contacts étroits sont les personnes qui ont été exposées de façon importante à un cas de MI au cours de la période pendant laquelle il était contagieux (7 jours avant l'apparition des symptômes à 24 heures après que le traitement adéquat aux antibiotiques a été amorcé).

Les contacts étroits comprennent les personnes suivantes :

- Contacts familiaux du cas.
- Personnes qui partagent l'hébergement du cas.
- Personnes qui ont été contaminées directement par leur nez ou leur bouche par des sécrétions nasopharyngées d'un cas (c'est-à-dire s'embrasser sur la bouche; partager une brosse à dents, des joints, des cigarettes, des ustensiles, des protège-dents, des bouteilles d'eau, l'embouchure d'un instrument musical).
- Enfants et personnel des services de garde et des établissements de garde préscolaire.
- Travailleurs de la santé qui ont eu un contact intensif non protégé (sans porter de masque) avec des patients infectés (par exemple pendant l'intubation, la réanimation ou qui ont examiné de près l'oropharynx des patients).
- Passagers aériens assis immédiatement à côté du cas (mais pas de l'autre côté de l'allée) lorsque le temps total passé à bord de l'avion était d'au moins huit heures.

Exclusion/éloignement social

L'exclusion des contacts étroits n'est pas recommandée.

Prophylaxie

Chimioprofylaxie :

La chimioprofylaxie doit être fournie aux contacts étroits en vue d'éliminer les méningocoques de tout porteur dans le réseau des contacts étroits, ce qui réduit le risque pour les autres personnes sensibles dans le réseau. Avisez les contacts étroits de prendre le traitement complet d'antibiotiques fourni afin d'assurer l'efficacité optimale.

Administrez la chimioprofylaxie dès que possible, de préférence dans les 24 heures du diagnostic du cas. Toutefois, la chimioprofylaxie est recommandée jusqu'à 10 jours (période d'incubation) après le dernier contact avec le cas. Le contact qui se produit une fois que le cas a reçu un

traitement adéquat aux antibiotiques de 24 heures n'est pas préoccupant, car il n'est plus contagieux.

La chimioprophylaxie est indiquée pour les contacts étroits lorsqu'on soupçonne fortement la MI chez le cas de référence et que la confirmation en laboratoire est impossible dans les 24 heures (c'est-à-dire présence de diplocoques Gram négatif et des signes et des symptômes cliniques compatibles de méningococcie).

Chimioprophylaxie des contacts étroits de cas de MI		
Médicament	Posologie	Commentaires
Ciprofloxacine	Adultes (>= 18 ans) : 500 mg x 1 dose PO	Contre-indiquée durant la grossesse et l'allaitement. Seulement approuvée pour les sujets de > 18 ans. Non recommandée pour les enfants prépubertaires.
Rifampicine	Adultes : 600 mg PO toutes les 12 h, 4 doses au total Enfants >= 1 mois : 10 mg/kg (maximum 600 mg) PO toutes les 12 heures, 4 doses au total Enfants de moins de 1 mois : 5 mg/kg PO toutes les 12 heures, 4 doses au total	Ce médicament est contre-indiqué pour les femmes enceintes. Possibilité de coloration rougeâtre de l'urine et des larmes. Recommandez d'éviter de porter de lentilles cornéennes souples, car elles peuvent devenir tachées. Peut réduire l'efficacité des contraceptifs oraux. Recommandez d'utiliser d'autres mesures contraceptives. Peut interférer avec l'efficacité des anticonvulsivants et des anticoagulants.
Ceftriaxone	Adultes : 250 mg IM, 1 dose au total Enfants de < 12 ans : 125 mg IM, 1 dose au total	Médicament recommandé pour les femmes enceintes. Traitement de deuxième intention pour les personnes qui ne tolèrent pas le médicament oral. Diluez dans de la lidocaïne à 1 % pour réduire la douleur au point d'injection.

La chimioprophylaxie n'est pas efficace dans la prévention de la maladie une fois les tissus envahis.

La chimioprophylaxie N'est PAS recommandée pour les contacts occasionnels (c'est-à-dire contacts à l'école ou en classe, transport et contacts en milieu de travail ou contacts sociaux qui ne sont pas des contacts étroits).

La chimioprophylaxie N'est PAS recommandée pour les travailleurs de l'urgence ou les contacts des cas en matière de santé, SAUF pour les travailleurs qui ont eu un contact intensif non protégé (sans porter de masque) avec les patients infectés (par exemple pendant l'intubation, la réanimation ou qui ont examiné de près leur oropharynx) avant qu'ils aient reçu leur traitement antimicrobien. Dans ces situations, il est possible que le nez ou la bouche du travailleur de la santé ait été

directement contaminé par les sécrétions buccales ou nasales du cas de MI ou par l'écoulement purulent des yeux d'un cas de conjonctivite méningococcique primaire.

Immunoprophylaxie (Vaccination):

La vaccination ou la revaccination de certains contacts étroits sensibles, en plus de la chimioprophylaxie, doit être envisagée lorsque le sérotype peut être prévenu au moyen d'un vaccin, car il pourrait réduire davantage le risque d'une méningococcie subséquente.

Les contacts étroits considérés pour l'immunoprophylaxie, si le sérotype méningococcique identifié est évitable par le vaccin, sont les suivants :

- Contacts familiaux du cas.
- Personnes qui partagent l'hébergement du cas.
- Personnes qui ont été contaminées directement par leur nez ou leur bouche par des sécrétions nasopharyngées d'un cas (c'est-à-dire s'embrasser sur la bouche; partager une brosse à dents, des joints, des cigarettes, des ustensiles, des protège-dents, des bouteilles d'eau, l'embouchure d'un instrument musical).
- Enfants et personnel des services de garde et des établissements de garde préscolaire.

Le bilan de vaccination des contacts étroits, notamment le type de vaccin méningococcique, le nombre de doses et l'âge au moment de l'administration du vaccin, doit être établi.

Critères de revaccination pour les personnes déjà vaccinées contre la MI

Voici les critères de revaccination pour les contacts étroits qui ont déjà été vaccinés lorsque le cas index a reçu un vaccin qui permet de prévenir la méningococcie du sérotype ou lorsqu'il existe un vaccin pour prévenir une éclosion de MI :

- Les personnes déjà vaccinées avec un sérotype différent du cas index ou de la souche de l'éclosion.
- Les personnes déjà vaccinées du même sérotype :
 - Si elles avaient moins d'un an au moment de la dernière vaccination anti méningococcique et si plus de quatre semaines se sont écoulées depuis l'administration du dernier vaccin méningococcique;
 - Si elles présentent un problème médical sous-jacent les mettant à risque de contracter la maladie et si plus de quatre semaines se sont écoulées depuis l'administration du dernier vaccin méningococcique;
 - Si elles avaient plus d'un an au moment de leur dernière vaccination anti méningococcique, si plus d'une année s'est écoulée depuis l'administration de leur dernier vaccin méningococcique et si elles ne présentent aucun problème médical ou condition les mettant à risque de contracter la maladie.

Si le résultat du sérotype n'est pas disponible au moment de la chimioprophylaxie, informez les contacts étroits que le vaccin pourrait être recommandé lorsque les résultats du laboratoire seront disponibles.

Les contacts étroits qui sont des travailleurs de la santé ou des contacts à bord d'avions n'ont pas besoin d'immunoprophylaxie. En plus, les contacts étroits déjà vaccinés qui ne correspondent pas aux critères de revaccination n'ont pas besoin d'immunoprophylaxie.

Veillez consulter le Guide canadien d'immunisation pour connaître les recommandations en matière de vaccination des contacts étroits dans le cadre de la gestion post-exposition et de la lutte contre les éclosions.

Gestion des situations particulières

Voyageurs dans les régions de grande activité méningococcique

- Si une MI est diagnostiquée chez un sujet qui était contagieux durant un voyage, il faut évaluer la nécessité de rechercher les contacts et de leur administrer une chimioprophylaxie, selon les moyens de transport utilisés, l'intervalle durant lequel d'autres voyageurs peuvent avoir été exposés au sujet et le type d'exposition. Toute décision devrait être prise en collaboration avec le médecin hygiéniste ET l'épidémiologiste provincial.

Gestion des éclosions

Le plan local en cas d'éclosion doit être mis en œuvre lorsqu'une éclosion est déclarée.