

MALADIE MÉNINGOCOCCIQUE

Dossier de pré-décision en vue d'une action de santé publique Haïti Fév. 2010

Recommandations clés

- La surveillance doit être renforcée afin de pouvoir établir les incidences de référence et détecter les augmentations durables des cas pouvant indiquer des épidémies imminentes.
- Les professionnels de la santé doivent être incités à reconnaître et rapporter rapidement les cas de maladie méningococcique afin de : (1) assurer un traitement optimal du cas index et (2) empêcher les cas secondaires par une initiation opportune de la chimioprophylaxie des personnes ayant eu un contact rapproché.
- La vaccination méningococcique préventive des populations touchées par le tremblement de terre et des secouristes n'est pas recommandée actuellement.
- Si on observe une augmentation durable du nombre de cas de la maladie causés par une souche pouvant être empêchée par un vaccin, la vaccination devra être envisagée. Un accès aux tests de laboratoire sera nécessaire afin de soutenir cette décision.

1. Quelle était la situation en Haïti avant le séisme ?

- Un cas de méningococcémie (infection due à un méningocoque dans la circulation sanguine) a été signalé en Haïti en 2008. Les données de répartition des incidences et des sérogroupes ne sont pas disponibles.
- Le potentiel de surveillance de la maladie méningococcique en Haïti n'est pas connu. La capacité à effectuer des cultures et une identification bactérienne au niveau national était limitée avant le tremblement de terre.
- En général, l'incidence de maladie méningococcique est inférieure à 2 cas/100 000 dans la région des OPS. La majorité des cas confirmés sont des infections par les sérogroupes B et C, bien que les sérogroupes W-135 et Y aient également été signalés. Le séro groupe A est en majorité absent de la région et on ignore s'il est présent en Hispaniola.

2. Quelle est la probabilité que des cas/épidémies de cette maladie se développent dans un avenir proche ?

- Bien que des cas sporadiques puissent survenir, la probabilité d'une épidémie est faible. Aucune épidémie de maladie méningococcique n'a été observée récemment auprès des populations suite à des catastrophes naturelles.¹ Même dans les camps de réfugiés connaissant des conditions difficiles et de fortes surpopulations, aucune épidémie causée par des sérogroupes non-A n'a été signalée ; toutefois, de fortes épidémies causées par le séro groupe A ont été signalées dans les camps de réfugiés dans la ceinture méningitique africaine.

3. En cas d'épidémie, comment serait-elle détectée ?

- La maladie méningococcique se manifeste souvent sous forme de méningite (fièvre accompagnée de céphalées, raideur au niveau du cou, ou état mental altéré) et/ou de méningococcémie. Un choc clinique avec une éruption cutanée pétéchiale ou un purpura est un signe de méningococcémie.

- Une épidémie, dans un environnement où la capacité de laboratoire n'est pas optimale et les services de soins de santé sont perturbés, serait sans doute détectée comme étant une augmentation du nombre de personnes présentant une méningite.
- Deux fois plus de cas de méningites d'une semaine à l'autre sur une période de trois semaines consécutives (par ex. 2, 4 et 8 cas au cours des semaines 1, 2 et 3) devrait alerter les responsables de la santé publique de la possibilité d'une épidémie ; toutefois, cette méthode n'est pas totalement validée, et il faut agir avec précaution en interprétant les augmentations basées sur des nombres de cas peu élevés.⁴ D'autre part, si le nombre hebdomadaire moyen de cas de méningites au cours des quatre semaines précédentes est disponible et peut être utilisé comme référence, alors un doublement des cas sur une période de deux semaines consécutives devrait alerter les responsables de la santé publique de la possibilité d'une épidémie.
- Des recherches supplémentaires sur les cas groupés de méningite seront nécessaires pour confirmer une maladie méningococcique et décrire les motifs de transmission. Aucun facteur de risque identifié n'influence l'incidence ou l'ampleur des épidémies de maladie méningococcique.
- La confirmation de l'étiologie et l'identification du sérotype d'infection sont essentiels pour guider la réponse des responsables de la santé publique face à la maladie méningococcique. Un milieu spécialisé (milieu trans-isolat) est disponible pour permettre le transfert de liquide céphalo-rachidien (LCR) à température ambiante vers un laboratoire capable d'effectuer les cultures. Des kits de test d'agglutination au latex sont également utilisés, mais ils exigent un LCR porté à ébullition ; ces kits de tests sont actuellement disponibles auprès du Laboratoire national de santé publique (LNSP). Les tests de PCR (réaction en chaîne par polymérase) en temps réel peuvent identifier le sérotype d'infection dans les cas où la culture est négative, mais ils sont uniquement disponibles dans les laboratoires de référence.

4. Quelles sont les options de mesures de santé publique à envisager en cas d'épidémie ?

- Une chimioprophylaxie précoce (de préférence dans les 24 heures) des personnes ayant eu un contact rapproché est essentielle pour empêcher des cas secondaires^{1, 2,3}. La prophylaxie ne sera sans doute pas efficace si elle est initiée après 14 jours. Un contact rapproché est défini comme étant la probabilité d'un contact direct avec de grandes gouttelettes respiratoires (par ex., membres de la famille, enfants en garderies, ou personnes ayant subi une exposition directe à des sécrétions orales ou respiratoires).
- De la ciprofloxacine orale en dose unique (pour les adultes) ou de la ceftriaxone en dose unique intramusculaire sont recommandées pour la chimioprophylaxie. Les inquiétudes à propos de l'utilisation de rifampine, y compris le besoin d'avoir deux jours d'administration, l'induction de *N. meningitidis* résistant aux médicaments (et le risque théorique d'une induction de tuberculose résistante aux médicaments), et les interactions avec les médicaments pour le traitement du VIH font de la rifampine le troisième choix pour la chimioprophylaxie.
- Une chimioprophylaxie de masse (c.-à-d. l'administration d'antibiotiques à de vastes populations) n'est pas efficace dans la plupart des contextes d'épidémie.³

- Des vaccins méningococciques qui protègent contre les sérogroupes A, C, Y et W-135 sont disponibles ; la plupart sont des vaccins polysaccharides, toutefois des vaccins à conjugués polysaccharide-protéine sont également disponibles dans certains pays. La disponibilité de produits de vaccin combinés et agréés varie d'un pays à un autre.
- Des vaccins propres à certaines des souches les plus fréquentes au sein du séro groupe B, y compris l'un d'eux provenant d'un fabricant cubain, ont été développés pour les cas d'épidémies clonales. Il est probable qu'ils seront uniquement efficaces contre des souches correspondantes.
- Une confirmation du séro groupe d'infection est nécessaire pour décider du choix du vaccin. Dans le cas du séro groupe B, une caractérisation supplémentaire de la souche est requise afin de déterminer si une protection par les vaccins disponibles est probable.
- La vaccination est une procédure importante dans les cas d'épidémies causées par des souches qui peuvent être prévenues par des vaccins ; elle devrait être envisagée dans le contexte d'une augmentation durable des cas de maladie méningococcique confirmés du même séro groupe, surtout si les cas n'ont pas de lien épidémiologique direct.^{4,5} En l'absence d'épidémie, la vaccination préventive des populations et secouristes touchés par un séisme n'est pas recommandée vu le risque limité.

Références

1. Watson JT, Gayer M, Connolly MA. Epidemics after Natural Disasters. *Emerging Infectious Diseases* 2007; 13:1-5.
2. Bilukha OO, Rosenstein N. Prevention and control of meningococcal disease. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2005; 54(RR-7):1-21.
3. Control and prevention of serogroup C meningococcal disease: evaluation and management of suspected outbreaks: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 1997; 46(RR-5):13-21.
4. World Health Organization. Control of epidemic meningococcal disease. WHO practical guidelines. 2nd edition. Available at http://www.who.int/csr/resources/publications/meningitis/WHO EMC_BAC_98_3_EN/en/.
5. Moore PS, Toole MJ, Nieburg P, et al. Surveillance and control of meningococcal meningitis epidemics in refugee populations. *Bulletin of the World Health Organization* 1990; 68(5):587-96.