

Conseil supérieur d'hygiène publique : Avis et Recommandations

Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France du 10 mars 2000

Sur la conduite immédiate à tenir en cas de suspicion clinique de purpura fulminans et sur la définition des cas de méningite à méningocoque et de méningococcémie dans l'entourage desquels une prophylaxie doit être envisagée et qui doivent être notifiés à l'autorité sanitaire.

CONSIDERANT :

qu'en France, on dénombre chaque année une trentaine de décès par infection méningococcique et que la létalité de cette affection ne diminue plus depuis plusieurs années ;
qu'il ressort de la littérature scientifique qu'en cas de suspicion clinique d'infection méningococcique invasive, la mise en œuvre immédiate d'une antibiothérapie parentérale adaptée au méningocoque, au domicile du malade et sans attendre la réalisation de prélèvements, est de nature à réduire la létalité liée à certaines formes d'infections méningococciques invasives ;
que l'antibiothérapie parentérale immédiate en cas de suspicion d'infection méningococcique invasive doit cependant être réservée à des situations cliniques bien définies pour lesquelles le bénéfice qu'on peut en attendre est supérieur aux risques de décapiter une infection, qu'elle soit méningococcique ou d'une autre origine bactérienne, et de favoriser l'émergence et la diffusion de la résistance bactérienne aux antibiotiques ;
que l'existence d'un purpura fulminans ou d'un délai excessif de prise en charge sont les principaux facteurs associés au décès par infection méningococcique et qu'à ce titre ils constituent des situations cliniques pour lesquelles le bénéfice attendu d'une antibiothérapie parentérale présomptive n'est pas contestable ;

CONSIDERANT D'AUTRE PART :

que les critères de déclaration des méningites à méningocoque et des méningococcémies actuellement en vigueur sont l'isolement du méningocoque dans le sang ou le L.C.R. ou bien la présence d'antigène soluble dans le L.C.R., le sang ou les urines ;
que cette définition de cas repose exclusivement sur des tests biologiques de sensibilité limitée, entraînant une sous-estimation de l'incidence réelle des méningites à méningocoque et des méningococcémies ;
que l'isolement du méningocoque est de plus en plus fréquemment empêché par un traitement antibiotique préalable ;
qu'il en résulte que des mesures de prophylaxie sont ou non mises en œuvre dans l'entourage des cas qui ne répondent pas à la définition officielle et qu'il convient d'harmoniser ces pratiques ;
que la spécificité des tests de détection des antigènes solubles est trop faible pour qu'un résultat positif soit à lui seul suffisant pour définir un cas de méningite à méningocoque ou de méningococcémie ;

la section des maladies transmissibles du Conseil supérieur d'hygiène publique de France émet l'avis suivant :

SUR LA CONDUITE IMMEDIATE A TENIR EN CAS DE SUSPICION CLINIQUE DE PURPURA FULMINANS :

En dehors du milieu hospitalier, tout malade présentant des signes infectieux et à l'examen clinique, lorsqu'il a été totalement dénudé, un purpura comportant au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de diamètre supérieur ou égal à 3 millimètres, doit immédiatement recevoir une première dose d'un traitement antibiotique approprié aux infections à méningocoques, administrée si possible par voie intraveineuse, sinon par voie intramusculaire, et ce quel que soit l'état hémodynamique du patient.

Il est recommandé d'utiliser :

soit la ceftriaxone

* par voie intraveineuse en utilisant une forme appropriée (sans lidocaïne)

* ou par voie intramusculaire

à la posologie de : 50 à 100 mg/kg chez le nourrisson et l'enfant sans dépasser 1 g

1 à 2 g chez l'adulte

soit le céfotaxime (SAMU, SMUR)

* par voie intraveineuse en utilisant une forme appropriée (sans lidocaïne)

* ou par voie intramusculaire

à la posologie de : 50 mg/kg chez le nourrisson et l'enfant sans dépasser 1 g

1 g chez l'adulte

ou à défaut l'amoxicilline

* par voie intraveineuse

* ou par voie intramusculaire

à la posologie de : 25 mg/kg ou 50 mg/kg (selon la voie d'administration) chez le nourrisson et l'enfant, sans dépasser 1 g

1 g chez l'adulte

dose à répéter dans les 2 heures qui suivent cette première administration.

Le malade doit être transféré d'urgence à l'hôpital. L'intervention d'une équipe médicalisée expérimentée (SMUR) est justifiée sous réserve que son délai d'intervention soit inférieur à 20 minutes. Dans tous les cas, les urgences de l'hôpital doivent être alertées de l'arrivée d'un cas suspect de purpura fulminans, afin que son accueil puisse être préparé.

SUR LA DEFINITION DES CAS DE MENINGITE A MENINGOCOQUE ET DE MENINGOCOCCÉMIE DANS L'ENTOURAGE DESQUELS UNE PROPHYLAXIE DOIT ETRE ENVISAGÉE ET QUI DOIVENT ETRE NOTIFIÉS A L'AUTORITÉ SANITAIRE :

Dans le cadre de la notification des méningites à méningocoques et des méningococcémies, tout cas remplissant l'une au moins des cinq conditions suivantes doit être notifié à l'autorité sanitaire :

1. Isolement bactériologique de méningocoques dans un site normalement stérile (sang, L.C.R., liquide articulaire, liquide pleural, liquide péricardique) OU à partir d'une lésion cutanée purpurique.
2. Présence de diplocoque à Gram négatif à l'examen direct du L.C.R.
3. L.C.R. évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET présence d'éléments purpuriques cutanés quel que soit leur type.
4. L.C.R. évocateur de méningite bactérienne purulente (à l'exclusion de l'isolement d'une autre bactérie) ET présence d'antigène soluble méningococcique dans le L.C.R., le sang ou les urines.
5. Présence d'un purpura fulminans (purpura dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, associé à un syndrome infectieux sévère, non attribué à une autre étiologie).

Dans l'entourage d'un cas répondant à cette définition, une prophylaxie doit être envisagée conformément aux recommandations en vigueur (actuellement circulaire DGS/PGE/1 C du 5 février 1990).

Quel que soit le diagnostic évoqué et le traitement mis en œuvre par le médecin traitant, il n'y a pas lieu de réaliser une prophylaxie dans l'entourage d'un cas ne répondant pas à cette définition même si le diagnostic retenu est celui de méningite bactérienne et qu'une antibiothérapie préalable aux prélèvements a été pratiquée.

Afin d'assurer la cohérence de la surveillance épidémiologique de la méningite à méningocoque et des méningococcémies, l'actuelle fiche de notification devra rester en vigueur, notamment en ce qui concerne les critères de déclaration, jusqu'à son remplacement par une fiche conforme à la définition ci-dessus.