

A39 Infection à méningocoques
Méningite à méningocoques A39.0
Méningococcémie A39.4)

JUSTIFICATION DE LA SURVEILLANCE

Les infections à méningocoques surviennent sporadiquement ou au cours d'épidémies de méningite, chez des enfants de moins de 5 ans dans la majorité des cas. La méningite à méningocoques est la seule forme susceptible de provoquer des épidémies. Le taux de létalité est de 5% à 15%. Si ces infections touchent principalement l'Afrique subsaharienne, des épidémies peuvent se produire dans n'importe quel pays. Il existe des vaccins bivalents pour les sérogroupes A, C et des vaccins quadrivalents A, C, W135, Y ; on doit envisager l'utilisation des vaccins pour les populations dans leur ensemble en cas d'épidémie à méningocoques de séro groupe A ou C. Dans certains pays, pour éviter les cas secondaires, on vaccinera les proches contacts des malades présentant une maladie méningococcique de séro groupe A, C, W135 ou Y. On conseillera aussi la vaccination aux personnes se rendant dans les zones d'endémie. La surveillance est nécessaire pour mesurer et détecter les épidémies ainsi que pour mesurer l'impact de la maladie, sous sa forme épidémique ou non.

DÉFINITION DE CAS RECOMMANDÉE

Définition du cas clinique

Maladie avec une soudaine apparition de fièvre (rectale supérieure à 38,5°C ou axillaire supérieure à 38°C) **et 1 au moins des symptômes suivants :**

- raideur du cou
- troubles de la conscience
- autres signes méningés **ou** éruption cutanée (pétéchies ou purpura).

On soupçonnera une méningite chez les enfants de moins d'un an lorsque la fièvre s'accompagne d'un bombement de la fontanelle.

Critères de laboratoire pour le diagnostic

- détection des antigènes dans le LCR **ou**
- culture positive.

Classification des cas

Suspect : Cas répondant à la définition du cas clinique.

Probable : Cas suspect tel que défini ci-dessus **et** LCR trouble (positif ou non à la coloration de Gram) **ou** épidémie en cours et lien épidémiologique avec un cas confirmé.

Confirmé : Cas suspect **ou** probable avec confirmation du laboratoire.

SURVEILLANCE RECOMMANDÉE

Conserver au niveau périphérique les dossiers médicaux individuels (notamment pour pouvoir rechercher les contacts).

Notifier immédiatement tous les cas suspects ou probables du niveau périphérique vers le niveau intermédiaire.

Tous les cas doivent faire l'objet d'une enquête.

Le niveau intermédiaire doit chercher à obtenir toutes les données concernant les organismes identifiés et l'issue de la maladie.

Notification hebdomadaire/ mensuelle systématique des données cumulatives ou individuelles, du niveau intermédiaire vers le niveau central.

Une surveillance parallèle faisant appel à des laboratoires de référence pour les infections à méningocoques peut fournir, de manière centralisée, des renseignements microbiologiques détaillés sur les sérogroupe et les génotypes. Ils sont très utiles pour l'analyse épidémiologique.

Remarque 1 : Dans les pays ayant une infrastructure insuffisante, il est possible d'intégrer deux méthodes de surveillance clinique :

- tous les services de santé peuvent notifier une quantité limitée de données (par exemple les nouveaux cas et les décès chaque semaine)
- certains centres de santé sélectionnés, servant pour les orientations-recours, pourront notifier des renseignements plus complets.

Remarque 2 : Il est possible d'entreprendre une surveillance de la couverture vaccinale dans les zones où ont lieu des campagnes de vaccination ou dans les zones où la vaccination contre les infections à méningocoques est systématique.

MINIMUM D'INFORMATIONS À RECUEILLIR

SURVEILLANCE CLINIQUE

Données relatives aux cas pour les dossiers médicaux individuels et la notification

- classification du cas (suspect/ probable/ confirmé), code d'identification unique, âge, sexe, informations géographiques, date du début de la maladie, date de la consultation, statut vaccinal, traitement reçu, antécédents d'exposition à un cas, contacts rapprochés.

Données cumulatives à notifier

- classification cas par cas (suspect/ probable/ confirmé), groupe d'âge, semaine, zone géographique et issue.

SURVEILLANCE DE LABORATOIRE

Notification des données concernant les isolats

- code d'identification unique, âge, sexe, date du début, date de l'échantillon, type d'échantillon, sérogroupe
- génotype.

Données cumulatives à notifier

- nombre de cas par groupe d'âge, type d'échantillon, sérogroupe et génotype.

ANALYSE DES DONNÉES, PRÉSENTATION ET RAPPORTS RECOMMANDÉS

- incidence en fonction de la semaine, du mois, de la zone géographique et du groupe d'âge
- utilisation des données sur l'incidence pour fixer des seuils épidémiques par rapport aux taux d'incidence hebdomadaires et à ceux observés au cours de la même période dans les 3 à 5 dernières années exemptes d'épidémies
- incidence des sérogroupe et des génotypes (si disponible)
- couverture vaccinale (si disponible).

PRINCIPALES UTILISATIONS DES DONNÉES DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL

- détecter les épidémies d'infections à méningocoques et lutter contre elles dès que possible, notamment dans certains pays en développement où les épidémies de méningites suscitent des problèmes particuliers
- renforcer les moyens de riposte urgente contre les épidémies d'infections à méningocoques
- se mobiliser pour les activités de vaccination
- contrôler la couverture vaccinale dans chaque zone géographique afin de surveiller les progrès et d'identifier les zones de résultats insuffisants
- suivre l'impact de la vaccination sur l'incidence de la maladie et l'efficacité du vaccin au cours des épidémies.

ASPECTS SPÉCIFIQUES

Quand décider qu'une épidémie se produit (seuils épidémiques)

Dans les zones d'hyperendémie : La valeur-seuil généralement acceptée est de 15 cas pour 100 000 habitants en moyenne pendant deux semaines consécutives. Une fois l'épidémie détectée dans une zone donnée, on fixera une valeur seuil moins élevée pour les zones contiguës (par exemple 5 cas par semaine pour 100 000 habitants).

Dans les autres situations : Un triplement ou un quadruplement du nombre des cas par rapport à une période similaire les années précédentes, **ou** un doublement des cas d'une semaine à l'autre pendant trois semaines consécutives.

PERSONNES/SERVICES À CONTACTER

Dans les bureaux régionaux

Voir en pages 20 à 25 les personnes ou les services à contacter dans les régions

Au Siège : 20 avenue Appia CH-1211 Genève 27, Suisse

Département des Maladies transmissibles - Surveillance et Action (CSR)

Courrier électronique : tikhomirove@who.ch / outbreak@who.ch

Téléphone : (41 22) 791 2656 / 2850 / 2111

Télécopie : (41 22) 791 4893 / 0746 attn CSR.