



Méningite à méningocoques

19 février 2018

Principaux faits

- La méningite à méningocoques est une forme de méningite bactérienne, une grave infection des fines membranes qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière.
- La méningite à méningocoques est associée à un fort taux de létalité (jusqu'à 50% lorsqu'elle n'est pas traitée) et à une fréquence élevée (supérieure à 10%) des séquelles sévères. Le traitement antibiotique précoce est la principale mesure disponible pour sauver des vies et réduire les complications.
- La méningite à méningocoques est observée partout dans le monde, mais c'est dans la ceinture de la méningite, qui s'étend en Afrique subsaharienne du Sénégal à l'ouest jusqu'à l'Éthiopie à l'est, que le fardeau de la maladie est le plus lourd. Environ 30 000 cas sont encore signalés chaque année dans cette zone.
- Des vaccins ciblant spécifiquement certains sérogroupes sont utilisés en prévention (vaccination systématique) et en réponse aux flambées épidémiques (vaccination réactive rapide).
- Depuis qu'un vaccin antiméningococcique conjugué A a été lancé en 2010 au moyen de campagnes massives de vaccination préventive dans la ceinture de la méningite, la part que représente le séro groupe A a fortement reculé.

La méningite à méningocoques est une forme de méningite bactérienne, une grave infection des méninges qui affecte la membrane du cerveau. Elle peut causer de graves lésions cérébrales et se révèle mortelle dans 50% des cas si elle n'est pas traitée.

Différentes bactéries peuvent causer une méningite. *Neisseria meningitidis* est la plus susceptible de provoquer des épidémies importantes. On a recensé 12 sérogroupes de *Neisseria meningitidis*, dont 6 sont connus pour provoquer des épidémies (A, B, C, W135, X et Y). La répartition géographique et le potentiel épidémique varient d'un séro groupe à l'autre.

Transmission

La transmission bactérienne s'opère de personne à personne par des gouttelettes de sécrétions respiratoires ou pharyngées. Un contact étroit et prolongé (baiser, éternuement et toux rapprochée), ou la promiscuité avec une personne infectée (vie en dortoir, mise en commun des couverts ou des verres) favorise la propagation de la maladie. La période d'incubation est en moyenne de quatre jours mais elle peut être comprise entre 2 et 10 jours.

Neisseria meningitidis ne s'attaque qu'aux humains; il n'y a pas de réservoir animal. Les bactéries peuvent être présentes dans le pharynx et, pour des raisons non encore complètement élucidées, submergent parfois les défenses de l'organisme, permettant ainsi à l'infection de se propager dans la circulation sanguine et d'atteindre le cerveau. On estime qu'entre 10 et 20% des gens sont porteurs de *Neisseria meningitidis* en temps normal. Mais ce taux peut être plus élevé en cas d'épidémie.

Symptômes

Les symptômes les plus fréquents sont: raideur de la nuque, fièvre élevée, photophobie, état confusionnel, céphalées et vomissements. Même lorsque la maladie est diagnostiquée très tôt et qu'un traitement approprié est institué, entre 5 et 10% des malades décèdent, en général dans les 24 à 48 heures qui suivent l'apparition des symptômes. La méningite bactérienne peut entraîner des lésions cérébrales, une perte auditive ou des troubles de l'apprentissage chez 10 à 20% des survivants. La septicémie méningococcique est une forme plus rare mais plus grave (souvent mortelle) de méningococcie qui se caractérise par une éruption hémorragique et un collapsus circulatoire rapide.

Diagnostic

Le diagnostic initial de la méningite à méningocoques peut être posé par un examen clinique suivi d'une ponction lombaire montrant un liquide céphalorachidien purulent. Les bactéries sont parfois visibles à l'examen microscopique du liquide céphalorachidien. Le diagnostic est conforté ou confirmé par la mise en culture de prélèvements de liquide céphalorachidien ou de sang, par des tests d'agglutination ou par amplification génétique (PCR). Il est important d'identifier les sérogroupes et de déterminer la susceptibilité aux antibiotiques pour établir les mesures à prendre.

Traitement

La méningococcie peut être mortelle et doit toujours être considérée comme une urgence médicale. L'admission à l'hôpital ou dans un centre de santé est nécessaire, mais le malade ne doit pas nécessairement être isolé. Un traitement antimicrobien approprié doit être appliqué le plus vite possible, de préférence dès que la ponction lombaire a été pratiquée, si on a pu le faire immédiatement. Si le traitement est entamé avant la ponction, il peut être difficile de cultiver les bactéries sur le liquide céphalorachidien et donc de confirmer le diagnostic.

On peut utiliser toute une série d'antibiotiques pour traiter l'infection, notamment la pénicilline, l'ampicilline, le chloramphénicol et la ceftriaxone. En Afrique, en cas d'épidémie dans des régions disposant d'une infrastructure et de ressources sanitaires limitées, la ceftriaxone est le médicament de choix.

Prévention

Trois types de vaccins sont disponibles:

- **Les vaccins polysidiques sont disponibles depuis plus de 30 ans pour prévenir la maladie. Les vaccins antiméningococciques polysidiques existent sous forme soit bivalente (groupe A et C), soit trivalente (groupes A, C et W), soit tétravalente (groupes A, C, Y et W135) pour lutter contre la maladie.**
- **Concernant le sérotype B, il n'est pas possible de préparer des vaccins polysidiques en raison d'une homotypie antigénique avec les polysides présents dans les tissus nerveux humains. Le premier vaccin contre *Neisseria meningitidis* du groupe B (NmB), composé de quatre protéines, a été mis sur le marché en 2014.**
- **Depuis 1999 des vaccins antiméningococciques conjugués sont disponibles et largement utilisés contre le groupe C. Des vaccins conjugués tétravalents contre les sérotypes A, C, Y et W135 sont homologués depuis 2005 pour utilisation chez les enfants et les adultes aux États-Unis d'Amérique et au Canada et en Europe.**

La méningococcie frappe le plus lourdement une zone de l'Afrique subsaharienne connue pour être la «ceinture de la méningite», qui s'étend du Sénégal à l'ouest jusqu'à l'Éthiopie, à l'est (26 pays).

Ces pays sont les suivants: Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Soudan, Soudan du Sud, Tanzanie, Tchad et Togo. Le risque d'épidémie de méningite méningococcique diffère à l'intérieur de ces 26 pays et entre eux.

En décembre 2010, un nouveau vaccin antiméningococcique A conjugué a été introduit au Burkina Faso et dans certaines régions du Mali et du Niger (les autres régions ont été couvertes en 2011), ciblant les personnes de 1 à 29 ans. En janvier 2015, 217 millions de personnes avaient été vaccinées au moyen de ce nouveau vaccin dans 15 pays (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gambie, Ghana, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal, Soudan, Tchad et Togo).

Le vaccin antiméningococcique A conjugué présente plusieurs avantages par rapport aux vaccins polysidiques existants:

- **il provoque une réponse immunitaire plus forte et plus durable contre le méningocoque du groupe A;**
- **il réduit le portage de la bactérie dans la gorge et donc sa transmission;**
- **il devrait conférer une protection à long terme non seulement aux personnes vaccinées, mais aussi aux membres de leur famille et autres personnes qui auraient sinon été exposées à la méningite;**
- **son coût est par ailleurs plus faible que celui des autres vaccins**

- **antiméningococciques (autour de 0,60 dollar (US \$) la dose, les prix des autres vaccins antiméningococciques étant compris entre 2,50 et 117 dollars (US \$) la dose; enfin, il devrait être particulièrement efficace pour protéger les enfants de moins de deux ans chez lesquels les vaccins polysidiques classiques ne provoquent aucune réponse.**

En outre, la thermostabilité du vaccin permet de l'utiliser en chaîne de température contrôlée (CTC). Plus de deux millions de personnes dans quatre pays ont été vaccinées sans que l'on dispose de glace sur le lieu de la vaccination.

On espère que les 26 pays africains considérés comme exposés à des épidémies de méningite et visés par ce vaccin l'auront introduit en 2016. On s'attend à ce qu'une couverture vaccinale élevée de la tranche d'âge cible (les 1 à 29 ans) élimine les épidémies de méningocoque A de cette région d'Afrique.

Tendances épidémiques

La méningite à méningocoques apparaît sporadiquement dans le monde entier sous forme de petits groupes de cas, avec des variations saisonnières, et représente une proportion variable de la méningite bactérienne épidémique.

La méningococcie frappe le plus lourdement une zone de l'Afrique subsaharienne connue pour être la «ceinture de la méningite», qui s'étend du Sénégal à l'ouest jusqu'à l'Éthiopie, à l'est. Pendant la saison sèche, entre décembre et juin, les vents chargés de poussières, les nuits froides et les infections des voies respiratoires supérieures se conjuguent pour endommager la muqueuse rhinopharyngienne, augmentant ainsi le risque de méningococcie.

Par ailleurs, la transmission de *Neisseria meningitidis* est favorisée par la promiscuité et les grands déplacements de population qu'engendrent les pèlerinages et les marchés traditionnels régionaux. Cette conjonction de facteurs explique les grandes épidémies qui se produisent au cours de cette saison dans la ceinture de la méningite.

Suite à l'introduction avec succès du vaccin antiméningococcique A conjugué, les épidémies dues à *N. meningitidis* sérotype A sont en voie de disparition, mais d'autres sérotypes tels que NmW, NmX and NmC sont encore responsables d'épidémies, bien que moins fréquentes et plus limitées.

Action de l'OMS

Avec l'introduction du nouveau vaccin antiméningococcique A conjugué, l'OMS encourage une stratégie qui comprend la préparation aux épidémies, la prévention et la riposte. La préparation se concentre sur la surveillance, depuis le dépistage des cas à l'investigation et à la confirmation en laboratoire.

La prévention consiste à vacciner toutes les personnes âgées de 1 à 29 ans dans la ceinture africaine de la méningite avec ce vaccin. L'OMS fournit régulièrement un appui technique sur le terrain dans les pays qui doivent faire face à des épidémies.

La lutte contre les flambées épidémiques consiste à prendre les cas en charge de manière rapide et appropriée en les traitant à l'aide de ceftriaxone, ainsi qu'à procéder à des campagnes réactives chez les personnes qui ne sont pas encore protégées par la vaccination.

- **Révision des orientations pour la riposte aux flambées de méningite en Afrique subsaharienne**

Relevé épidémiologique hebdomadaire - 19 décembre 2014

Les épidémies de méningite dans la ceinture africaine de la méningite font peser une charge énorme sur la santé publique. L'OMS est déterminée à éliminer la méningococcie en tant que problème de santé publique.