

## Méningite : conduite à tenir pour un sujet contact

**Une méningite à méningocoque a été diagnostiquée chez un jeune patient résidant en internat. Quelle est la conduite à tenir vis-à-vis de son entourage ?**

(Dr M.../62)

**Réponse du Dr Xavier Roux,**  
service de médecine interne et maladies infectieuses et tropicales, HIA Legouest, Metz

Bien que rare en France (un à deux cas pour 100 000 habitants), les méningites à méningocoque se distinguent des autres méningites bactériennes par leur potentiel épidémique, notamment en collectivité, justifiant la mise en place de mesures prophylactiques vis-à-vis de l'entourage. Cette infection grave provoquée par la bactérie *Neisseria meningitidis*, pour laquelle il existe douze stéréotypes, les stéréotypes A, B et C étant les plus fréquents en France, touche essentiellement l'enfant, l'adolescent et l'adulte jeune, avec un pronostic défavorable dans 10 % des cas.

Devant ce cas rapporté, suspect de méningite cérébrospinale, le diagnostic est affirmé par la mise en évidence de la bactérie (ponction

lombaire et au moins une hémoculture). Il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire devant être notifiée sans délai aux autorités de santé (ARS) par le clinicien et/ou le biologiste.

Une fois le diagnostic de méningite à méningocoque confirmé, des mesures de prophylaxie spécifiques s'imposent (celles-ci ne sont justifiées qu'en cas d'infection à méningocoque) ; le sérotypage de la souche guide la prophylaxie vaccinale des sujets contacts.

Le médecin traitant est chargé de déclarer la maladie à l'ARS et d'identifier les contacts familiaux du malade.

Il appartient au médecin en charge de la veille sanitaire de l'ARS « d'identifier les contacts *extrafamiliaux* ; de coordonner la mise en place de l'antibioprophylaxie dans la collectivité fréquentée par le cas ; de s'assurer que tout a été mis en œuvre pour retrouver et informer les sujets contacts familiaux et extrafamiliaux »<sup>(1)</sup>.

L'antibioprophylaxie des sujets contacts de ce cas d'infection à méningocoque a pour objectif l'éradication du portage rhinopharyngé d'une souche potentiellement virulente, afin d'éviter les cas d'infection secondaire et la dissémination de souches virulentes dans la population : elle doit être commencée en urgence, quel que soit le statut vaccinal des sujets contacts vis-à-vis du méningocoque, mais elle est réservée aux cas contacts confirmés.

Les sujets contacts devant bénéficier d'une prophylaxie sont uniquement les personnes ayant été exposées directement aux sécrétions rhinopharyngées du cas index dans les dix jours précédant les symptômes. Trois paramètres sont à évaluer : la proximité : la transmission des sécrétions rhino-pharyngées requiert une distance de moins de un mètre ; le type de contact (les contacts en face-à-face sont à risque de transmission) ; la durée, car, à moins de un mètre, la probabilité de transmission des sécrétions rhino-pharyngées augmente avec la durée du contact excepté lors d'un contact « bouche-à-bouche », où le temps importe peu. En l'absence de ces critères, une prophylaxie antibiotique n'est pas licite, exposant le patient aux effets secondaires du traitement et augmentant le risque de résistance bactérienne<sup>(2)</sup>.

Votre patient réside dans un internat, et il est le seul cas de sa classe : recevront une pro-

phylaxie les amis intimes, les voisins de classe et les personnes ayant dormi dans la même chambre que lui.

Deux autres cas de figure auraient pu se rencontrer, en fonction du nombre de cas de méningite diagnostiqués : s'il y a deux cas dans une même classe, l'ensemble de la classe bénéficiera d'une prophylaxie ; s'il y a deux cas dans deux classes différentes, chaque malade doit être considéré comme cas isolé et la prophylaxie s'applique comme pour un cas isolé (voisins de classe...). La présence de plus de deux cas dans un établissement est considérée comme une situation épidémique inhabituelle, et fait l'objet d'une prise en charge spécifique par l'ARS qui décidera de la politique prophylactique.

L'antibiotique de référence pour l'éradication du portage du méningocoque est la rifampicine à la dose de 600 mg pendant deux jours. Le traitement peut être utilisé chez la femme enceinte. Il est important d'informer la femme jeune du risque d'inefficacité de la contraception orale, et de la nécessité d'utiliser une contraception mécanique pendant le traitement, et une semaine après. La coloration rouge des sécrétions biologiques doit être expliquée au patient avec le risque de coloration définitive des lentilles de contact. En cas d'intolérance, deux autres antibiotiques peuvent être utilisés : la ceftriaxone à une dose unique de 250 mg en IM ou la ciprofloxacine à la dose unique de 500 mg *per os*.

La vaccination autour d'un cas concerne les méningites à méningocoque avec un sérotype A ou C, plus rarement Y ou W135. Le vaccin mono- ou bivalent sera utilisé pour les deux premiers, le tétravalent en cas de sérotype Y ou W135. D'une manière générale, la vaccination est proposée aux sujets contacts qui se retrouvent de façon régulière et répétée dans l'entourage proche du cas index (la famille et les personnes vivant sous le même toit, les amis, les voisins de classe, etc.). Il n'y a pas lieu de vacciner les sujets contacts qui se sont dispersés après le dernier contact avec le malade. ■

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

1. Instruction n° DGS/R1/2011/33 du 27 janvier 2011 relative à la prophylaxie des infections invasives à méningocoque disponible sur : [circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/02/cir\\_32603.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/02/cir_32603.pdf)

2. <http://www.info-meningocoque.fr/professionnels-de-sante.html>

### Une transmission aérogène

Le méningocoque est une bactérie exclusivement retrouvée chez l'homme, très fragile, commensal du rhinopharynx. Sa transmission est aérogène par les sécrétions rhinopharyngées (gouttelettes de Pflügge). La contamination nécessite donc des contacts rapprochés (moins de un mètre) et prolongé (plus de une heure). La période de contagiosité estimée va de dix jours avant l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la première injection de ceftriaxone ou de tout autre antibiotique efficace sur le portage.

## Après une splénectomie : antibioprophylaxie, vaccination...

« Mon voisin, chef d'entreprise hyperactif et perpétuellement débordé, est tombé d'une restanque en jardinant et a dû subir une splénectomie en raison d'une rupture traumatique de la rate. Il quitte l'hôpital contre avis médical, en fait sans revoir les médecins, et consulte pour « suite à donner ». Que lui conseiller ? (Dr T.../13)

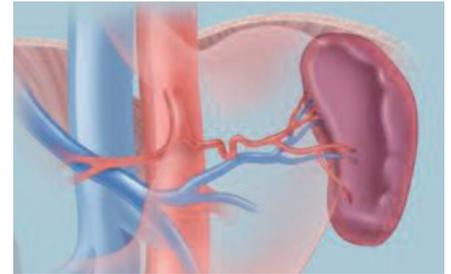
**Réponse du Pr André Chagnon,**  
anc. chef serv. méd. int. HIA Sainte-Anne, Toulon

La défaillance de la rate, principal organe phagocytaire du système réticulo-endothélial, fait courir le risque d'infections graves, impliquant notamment les bactéries encapsulées (pneumocoques surtout ; méningocoques, *Hemophilus influenzae*) et des parasites (paludisme, babésiose\*...). La rate est aussi un organe lymphoïde, avec un rôle im-

munologique majeur. Ceci est particulièrement vrai chez l'enfant, dont la pleine fonctionnalité du système réticulo-endothélial est atteinte tardivement.

Afin de ne pas inquiéter indûment votre patient non plus que son médecin, il convient de les prévenir de l'inflation plus ou moins durable des lignées sanguines observées dans le sillage de l'intervention chirurgicale, lesquelles se corrigent par la suite. La plus caractérisée est la thrombocytose, pour laquelle la plupart des auteurs s'accordent à s'abstenir de tout traitement. L'hyperleucocytose, dont les variations sont relativement moins importantes, peut également soulever, dans ce contexte, des difficultés d'interprétation.

La gravité et la brutalité des accidents infectieux potentiels amènent à mettre en place une prophylaxie reposant sur trois composantes : une antibioprophylaxie contre le pneumocoque (en règle générale pénicilline V [oracilline] 2 M UI/j en deux prises ; macrolide en cas d'allergie) ; une vaccination antipneumococcique, dont le spectre implique une bonne activité sur la plupart des sérotypes de *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* et *Haemophilus influenzae* (rappel tous les cinq ans par PNEUMO 23, à vie) ; une éducation sanitaire consistant en une vigi-



lance et une intervention rapide devant tout phénomène infectieux. Absence de consensus pour les vaccins antigrippe et antihémophilus, mais tendance favorable pour leur emploi.

Chez votre patient, on préconise une durée d'au moins deux ans pour l'antibioprophylaxie, puis la recommandation de la prise d'un traitement préventif en cas de fièvre.

La plus grande difficulté pourrait venir ici davantage du caractère de ce patient que de la méthodologie du traitement... ■

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

\* Les babesia, parasites protozoaires intra-érythrocytaires affectant plusieurs espèces, sont transmis par piqûre de tique. L'infection entraîne généralement une anémie hémolytique par destruction des globules rouges.

1. Lelièvre JD. Splénectomie : prévenir les infections. *Concours Med* 2002;124:1390.

2. Najean Y. Conduite à tenir après splénectomie. *Concours Med* 1995;117:3231.

## Fracture phalangienne et hématome sous-unguéal

n'équivalent pas à une fracture ouverte

« Une enfant de 10 ans a une fracture non déplacée de la troisième phalange du quatrième orteil du pied droit, avec un hématome sous-unguéal. Un hématome avec une fracture sont-ils équivalents à une fracture ouverte, et donc faut-il traiter par antibiothérapie ? En l'absence de fracture, comment traiter un hématome sous-unguéal, faut-il le laisser ? (Dr P.../5)

**Réponse du Pr Michel Levadoux,**  
(m.levadoux@gmail.com), chirurgien orthopédique,  
chirurgien de la main, clinique Saint-Roch, Toulon

Ce problème est somme toute assez simple. En cas de fracture non déplacée de la phalange distale, un seul traitement s'impose : le traitement conservateur avec réalisation d'une simple syndactylie antalgique avec le doigt voisin ; l'appui peut être repris immédiatement, sans prévention de la maladie thromboembolique. L'immobilisation doit être maintenue sept jours au maximum.

L'association d'un hématome sous-unguéal et d'une fracture de phalange fermée ne doit pas être considérée comme une fracture ouverte et ne justifie pas un traitement antibiotique.

L'hématome sous-unguéal est toujours peu important ; il faut le respecter et ne pas y toucher ; pour son traitement, il ne faut envisager la trépanation de l'ongle que si la douleur est vraiment très importante et à l'origine d'insomnies. ■

L'auteur n'a pas transmis de déclaration de conflit d'intérêts.