

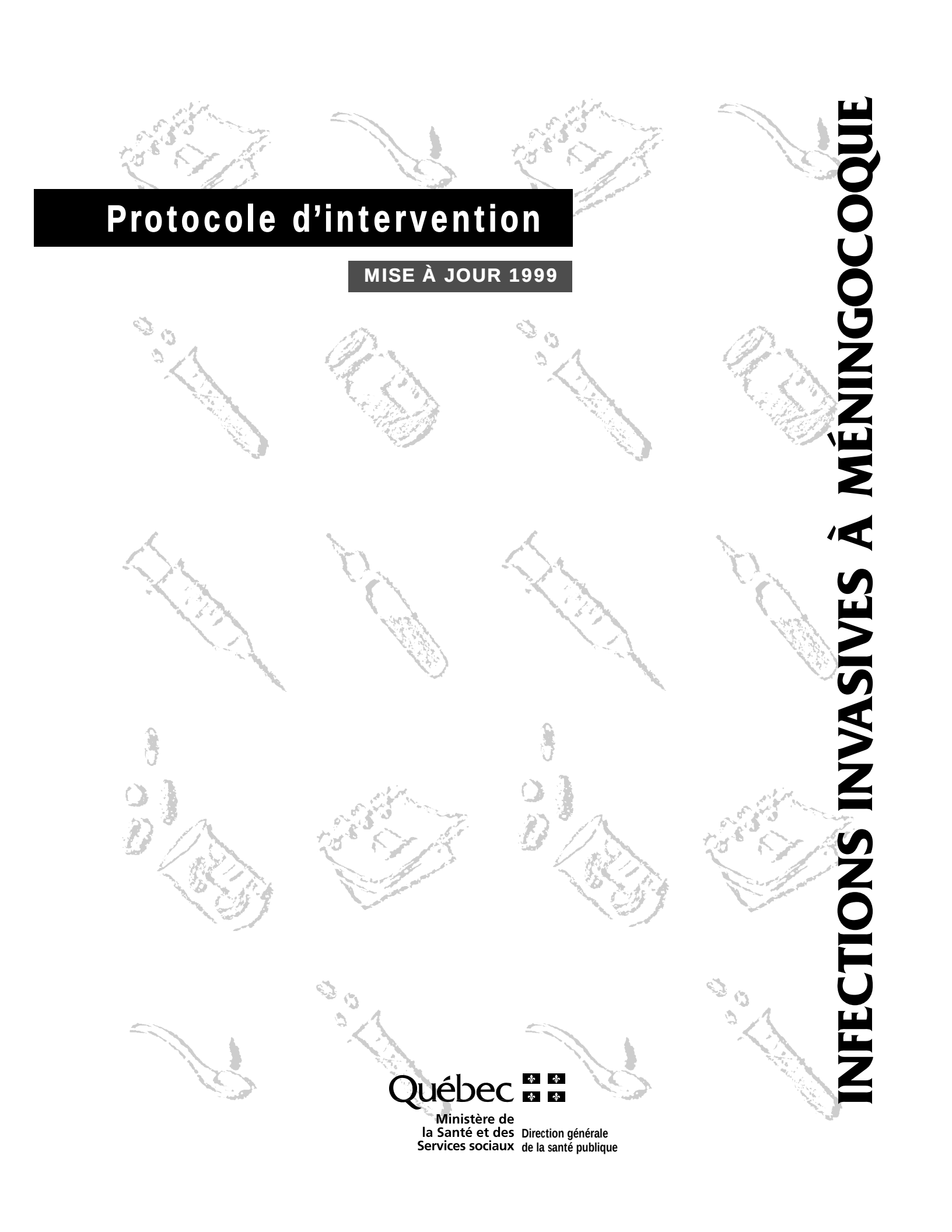
Protocole d'intervention

MISE À JOUR 1999

INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE

Québec

Ministère de
la Santé et des
Services sociaux



Protocole d'intervention

MISE À JOUR 1999

INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE

Québec 

Ministère de
la Santé et des Services sociaux Direction générale
de la santé publique

Cette mise à jour a été rédigée par :

Lina Perron, médecin-conseil

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation
Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Décembre 1999

Édition produite par :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications

Vous devez payer des frais d'administration pour obtenir d'autres exemplaires de ce document : 5,00 \$ pour le premier exemplaire et 1,00 \$ pour chaque exemplaire additionnel. Faites parvenir votre commande soit par télécopieur, au numéro **(418) 644-4574**, soit par la poste, accompagnée d'un chèque ou d'un mandat-poste à l'ordre du ministre des Finances du Québec, à l'adresse suivante :

**Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Pour information additionnelle :

**Région de Québec : (418) 643-5573
Ailleurs au Québec : 1 800 707-3380 (sans frais)**

Le présent document est disponible à la section documentation du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : **www.msss.gouv.qc.ca**

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-35454-0

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

1. ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE	1
1.1. Confirmation du diagnostic	1
1.2. Enquête épidémiologique	1
2. INTERVENTIONS	1
2.1. Interventions auprès du cas.....	1
2.2. Interventions auprès des contacts étroits	2
2.2.1. Chimio prophylaxie	2
2.2.2. Vaccination.....	2
BIBLIOGRAPHIE.....	5
ANNEXES	7
ANNEXE 1.....	9
Formulaire d'enquête provincial auprès du cas index	9
ANNEXE 2.....	17
Définition nosologique d'une infection à méningocoque	17
ANNEXE 3.....	19
Définition d'un contact étroit	19
ANNEXE 4.....	20
Médicaments pour la chimio prophylaxie.....	20

1. ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

1.1. Confirmation du diagnostic

Pour tout cas d'infection à méningocoque signalé ou déclaré, la confirmation du diagnostic doit être faite auprès du médecin traitant. Si le diagnostic d'une infection invasive à méningocoque est confirmé par le médecin traitant, une enquête épidémiologique sera réalisée.

Toute souche de méningocoque isolée d'un site normalement stérile ou de lésions cutanées sera acheminée au Laboratoire de santé publique du Québec pour caractérisation, ce qui inclut l'identification du sérogroupe, du sérotype, du sous-type et du profil électrophorétique.

1.2. Enquête épidémiologique

L'enquête épidémiologique est réalisée au moyen du formulaire d'enquête provincial auprès du cas index d'infection invasive à méningocoque (annexe 1). Les informations recueillies portent sur l'identification de la personne malade, les renseignements cliniques, le statut vaccinal, l'histoire médicale antérieure et l'identification des contacts étroits.

Si le cas répond aux critères d'un cas confirmé ou d'un cas clinique, tels que décrits dans la définition nosologique (annexe 2), le cas doit être déclaré dans le fichier provincial des maladies à déclaration obligatoire et des interventions en vue du contrôle de la maladie doivent être entreprises.

2. INTERVENTIONS

2.1. Interventions auprès du cas

Il est recommandé de donner une chimioprophylaxie complémentaire au traitement régulier à l'aide de la rifampicine. Toutefois, il n'est pas nécessaire d'administrer la chimioprophylaxie à la

personne qui a déjà reçu une dose de ceftriaxone ou d'autres céphalosporines de troisième génération pour le traitement de sa maladie.

2.2. Interventions auprès des contacts étroits

2.2.1. Chimio prophylaxie

Une chimio prophylaxie doit être administrée aux contacts étroits (annexe 3) identifiés au cours de l'enquête épidémiologique, quel que soit leur statut vaccinal. Si la rifampicine est le premier choix pour la chimio prophylaxie d'une infection à méningocoque, la ciprofloxacine et la ceftriaxone sont également efficaces et représentent une solution de remplacement. La posologie, les précautions et les contre-indications relatives à chacun de ces médicaments sont présentées à l'annexe 4.

La chimio prophylaxie doit être administrée le plus rapidement possible et simultanément à tous les contacts. Elle demeure indiquée même si elle est entreprise dans les dix jours qui suivent le dernier contact. Cette période peut être prolongée jusqu'à trente jours pour les contacts très étroits, comme les personnes qui vivent sous le même toit.

Normalement, le coût de la chimio prophylaxie doit être assumé par les patientes et les patients. Toutefois, étant donné que la chimio prophylaxie est nécessaire pour protéger les contacts à risque, s'il s'avérait que le coût du médicament soit un obstacle à son achat pour certaines personnes, les responsables de la santé publique devraient s'assurer que le médicament est offert à celles-ci gratuitement. Il n'est pas recommandé d'exclure d'un milieu de vie une personne qui refuse la chimio prophylaxie.

2.2.2. Vaccination

En plus de la chimio prophylaxie, la vaccination des contacts étroits est recommandée si la souche appartient à un séro groupe contenu dans le vaccin, c'est-à-dire un séro groupe de type A, C, Y ou W-135. La vaccination doit se faire dans les meilleurs délais après qu'on ait reçu la confirmation

que le groupe en cause est compris dans le vaccin. On vaccinera une femme enceinte ou qui allaite si elle a été en contact étroit avec un cas.

Pour les contacts étroits vaccinés antérieurement, on doit se référer au *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ) pour connaître les intervalles recommandés avant une dose de rappel. Dans la version de 1999 du PIQ, l'intervalle est de six à douze mois si la personne a reçu un premier vaccin alors qu'elle était âgée de 2 ans ou moins, et l'intervalle est de cinq ans si la personne a reçu un premier vaccin alors qu'elle était âgée de 3 ans ou plus.

En ce qui a trait aux contacts familiaux et aux contacts de garderie âgés de 6 mois à moins de 2 ans, il n'y a actuellement pas de preuve qu'un bénéfice ou un risque soit associé à l'administration du vaccin contre le méningocoque du groupe C. Dans un contexte où il y a endémie, comme c'est le cas actuellement au Québec, il faut administrer une chimioprophylaxie aux contacts à risque élevé en cas d'infection invasive par une souche de sérogroupe C et il vaut mieux ne pas administrer le vaccin aux contacts âgés de moins de 2 ans. La possibilité d'administrer le vaccin dès l'âge de 6 mois pourrait cependant être prise en considération dans un contexte épidémique, si le recours à la chimioprophylaxie n'est pas possible et s'il existe un risque élevé de maladie à court terme.

BIBLIOGRAPHIE

ADVISORY COMMITTEE ON IMMUNIZATION PRACTICES. « Control and Prevention of Meningococcal Disease and Control and Prevention of Serogroup C Meningococcal Disease : Evaluation and Management of Suspected Outbreaks », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, n° 46, 1997, p. 1-21.

AMERICAN ACADEMY OF PAEDIATRICS. « 1997 Red Book. Report of the Committee on Infectious Diseases », 24^e éd., Elk Grove Village, American Academy of Paediatrics, 1997, 764 p.

BENENSON. *Control of Communicable Diseases Manual*, 16^e éd., Baltimore, United Book Press, 1995, 577 p.

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE. « Lignes directrices pour la lutte contre les atteintes méningococciques », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 20 n° 3, 1994, p. 17-27.

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DE L'IMMUNISATION. *Guide canadien d'immunisation*, 5^e édition, Ottawa, Santé Canada, 1998, 237 p.

COMITÉ D'IMMUNISATION DU QUÉBEC. *La vaccination des contacts étroits âgés de 6 mois à moins de 2 ans d'un cas d'infection invasive à méningocoque*, (rapport non publié), 1999, 4 p.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Prévenir et enrayer. Situation et orientations. Infections invasives à méningocoque*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994, 32 p.

LORANGE, M., L. JETTÉ ET L. RINGUETTE. *Surveillance des infections envahissantes à Neisseria meningitidis*, rapport annuel, Sainte-Anne de Bellevue, Laboratoire de santé publique du Québec, 1998, 15 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. « *La prévention et les stratégies de contrôle des maladies à méningocoque à l'intention du clinicien* », Paediatric Child Health, vol. 2, 1997, p. 66-75.

ANNEXES

ANNEXE 1

FORMULAIRE D'ENQUÊTE PROVINCIAL AUPRÈS DU CAS INDEX

FORMULAIRE D'ENQUÊTE AUPRÈS DU CAS INDEX **INFECTIONS INVASIVES À MÉNINGOCOQUE**

Entrevue auprès : ☐ Cas
☐ Famille
☐ Médecin traitant/déclarant

CLSC : _____ Code: _____

Dossier : _____

Cas confirmé : ☐ Cas primaire ☐

DSC : _____

(nom)

Cas clinique : ☐ Cas secondaire ☐

CODE LSPQ : _____

Date de début de maladie du cas : ____/____/____
an ms jr

IDENTIFICATION

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : ☐ M ☐ F
an ms jr

Adresse : _____

Tél. : résidence _____

travail _____

Code postal : ____/____/____/____/____

travail/père _____

travail/mère _____

Pays de naissance : ☐ Canada ☐ Autre

Préciser : _____

Fréquente : ☐ École ☐ Garderie familiale ☐ À la maison
☐ Garderie ☐ Maternelle ☐ Travail

SI ÉCOLE, GARDERIE OU TRAVAIL :

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Classe (si indiqué) : _____

Niveau scolaire (s'il y a lieu) : _____

Occupation : _____

Absent du travail/école/garderie :

Date de la dernière présence : ____/____/____
an ms jr

Du ____/____/____ au ____/____/____
an ms jr an ms jr

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Classe (si indiqué) : _____

Niveau scolaire (s'il y a lieu) : _____

Occupation : _____

Absent du travail/école/garderie :

Date de la dernière présence : ____/____/____
an ms jr

Du ____/____/____ au ____/____/____
an ms jr an ms jr

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**SYMPTÔMES :**

	OUI	NON	INC.	Si oui, préciser date et heure de début et durée :				
				an	ms	jr	heure	durée
Fièvre °C ____ (max.)	☐	☐	☐	_____	_____	_____	_____	_____
Céphalée	☐	☐	☐	_____	_____	_____	_____	_____
Nausées	☐	☐	☐	_____	_____	_____	_____	_____
Vomissements	☐	☐	☐	_____	_____	_____	_____	_____
Pétéchies	☐	☐	☐	_____	_____	_____	_____	_____
Purpura fulminans	☐	☐	☐	_____	_____	_____	_____	_____
Raideur de la nuque	☐	☐	☐	_____	_____	_____	_____	_____
Maux de jambes	☐	☐	☐	_____	_____	_____	_____	_____
Désorientation/confusion	☐	☐	☐	_____	_____	_____	_____	_____
Délire, coma	☐	☐	☐	_____	_____	_____	_____	_____
Autre (_____)	☐	☐	☐	_____	_____	_____	_____	_____

COMMENTAIRES :**CONSULTATION MÉDICALE :**

Nom du médecin : _____

Tél. : _____

Établissement : _____

Date de la première consultation : ____/____/____
an ms jrHospitalisation : Oui ☐ Non ☐

Lieu de l'hospitalisation : _____

Date : du ____/____/____ au ____/____/____
an ms jr an ms jrIsolement : du ____/____/____ au ____/____/____
an ms jr an ms jr**DIAGNOSTIC (un ou plus) :**

Méningite	☐	Arthrite septique	☐
Méningo-encéphalite	☐	Péricardite	☐
Méningococcémie	☐	Urétrite	☐
Purpura fulminans	☐	Pneumonie	☐
Syndrome de Waterhouse/ Fredericksen	☐	Myocardite	☐

Autres formes invasives ☐ Préciser _____

LABORATOIRE :

Source du prélèvement *	Test**	Résultat (Encercler)	Date an ms jr	Nom du laboratoire
_____	_____	+ - à venir	_____	_____
_____	_____	+ - à venir	_____	_____
_____	_____	+ - à venir	_____	_____

* Prélèvements : 1 : LCR 2 : sang 3 : liq. synovial 4 : liq. pleural 5 : autres
(ou biopsie pleurale) (préciser) _____

** Test : 1 : culture 2 : examen direct et Gram 3 : recherche antigène

Si positif :

☐ antibiogramme : _____	☐ non disponible
☐ sérogroupe : _____	☐ non disponible
☐ sérotype : _____	☐ non disponible
☐ sous-type : _____	☐ non disponible
☐ profil électrophorétique ou iso-enzymatique : _____	☐ non disponible
☐ non sérogroupable	

TRAITEMENT :

PROPHYLAXIE REÇUE :

ÉVOLUTION :

INC. NON OUI

Soins intensifs ☐ ☐ ☐ durée (jrs) : _____

COMPLICATIONS (CIVD, etc.) :

OUI ☐ NON ☐ INC. ☐

Si oui, lesquelles (spécifier) _____

Si oui, durée (jours) _____

SÉQUELLES :

☐ amputation ☐ surdité ☐ retards de développement ☐ autres _____ NON ☐ INC. ☐

Guérison ☐ OUI ☐ NON ☐ INC. Date de sortie de l'hôpital ____/____/____
an ms jr

Décès ☐ OUI ☐ NON ☐ INC. Date : ____/____/____
an ms jr

COMMENTAIRES :

HISTOIRE MÉDICALE ANTÉRIEURE**VACCINÉ CONTRE LE MÉNINGOCOQUE :**OUI ☐ NON ☐ INC. ☐

Si oui, date de vaccination : ____/____/____ an ms jr Nom du vaccin : _____ # Lot : _____

Raison de la vaccination : voyage ☐ contact d'un cas ☐ autre ☐
maladie chronique ☐ campagne de vaccination ☐**SOUFFRE D'UNE MALADIE CHRONIQUE POUR LAQUELLE LA VACCINATION EST INDICQUÉE :**OUI ☐ NON ☐ INC. ☐Si oui, préciser : asplénie ☐
déficit du complément ☐

Autre : _____

A SOUFFERT D'UN SYNDROME D'ALLURE GRIPPALE* OU D'INFLUENZA DANS LES QUATRE SEMAINES PRÉCÉDANT LE DÉBUT DES SYMPTÔMES DE L'INFECTION À MÉNINGOCOQUE :OUI ☐ NON ☐ INC. ☐

Si oui, date de début des symptômes : ____/____/____ an ms jr Durée : _____

Si symptômes, analyses de laboratoire effectuées : Oui ☐ Non ☐ Inc. ☐Si oui, analyse de laboratoire effectuée, type : culture virale ☐ sérologie ☐ autres _____

- Fièvre de 38,5 °C ou plus
- ET** un des deux symptômes suivants :
toux/pharyngite;
- ET** deux des quatre symptômes suivants :
céphalées, frissons, courbatures (myalgie, arthralgie), transpiration.

EXPOSITION**Activités dans la région de résidence dans les 7 jours précédant le début des symptômes :**

Activités	Préciser lieu et type d'activités	Dates du	au	Durée (heures)
Sociales	_____	____/____/____	____/____/____	_____
	_____	an ms jr	an ms jr	
Sportives	_____	____/____/____	____/____/____	_____
	_____	an ms jr	an ms jr	
Religieuses	_____	____/____/____	____/____/____	_____
	_____	an ms jr	an ms jr	
Soins médicaux	_____	____/____/____	____/____/____	_____
	_____	an ms jr	an ms jr	
Autres	_____	____/____/____	____/____/____	_____
	_____	an ms jr	an ms jr	
Détails	_____			

Activités hors de la région de résidence dans les 7 jours précédant le début des symptômes :

Activités	Préciser lieu et type d'activités	Dates du	au	Durée (heures)
Sociales	_____	____/____/____	____/____/____	_____
	_____	an ms jr	an ms jr	
Sportives	_____	____/____/____	____/____/____	_____
	_____	an ms jr	an ms jr	
Religieuses	_____	____/____/____	____/____/____	_____
	_____	an ms jr	an ms jr	
Soins médicaux	_____	____/____/____	____/____/____	_____
	_____	an ms jr	an ms jr	
Autres	_____	____/____/____	____/____/____	_____
	_____	an ms jr	an ms jr	
Détails	_____			

CONTACT AVEC UN CAS CONNU :OUI ☐ NON ☐ INC. ☐

Si oui, nom du cas : _____ Lieu de résidence : _____

Date du contact : du ____/____/____ au ____/____/____
an ms jr an ms jrDate de début des symptômes du cas connu : ____/____/____
an ms jr**De quel type était le contact avec le cas connu?**milieu familial ☐ garderie ☐ maternelle ☐milieu fermé : pensionnat, CA, prison, caserne, camp, etc. ☐ préciser : _____milieu ouvert : classe ☐ école ☐ travail ☐act. sociales ☐ préciser : _____
act. sportives ☐ préciser : _____milieu de transport : autobus ☐ avion ☐ autre ☐ préciser : _____**À la suite de ce contact, est-ce que le cas index actuel avait reçu de la chimioprophylaxie?**OUI ☐ NON ☐ INC. ☐

Si oui, laquelle : _____

durée de la chimioprophylaxie chez le cas index : _____

date de début de la prise : ____/____/____
an ms jr**À la suite de ce contact, est-ce que le cas index actuel avait reçu une immunoprophylaxie?**OUI ☐ NON ☐ INC. ☐

Si oui : Nom du vaccin _____ Lot _____

Date : ____/____/____
an ms jr

COMMENTAIRES : _____

Date : ____/____/____
an ms jr

Enquêteur : _____

Tél. : _____

ANNEXE 2

DÉFINITION NOSOLOGIQUE D'UNE INFECTION À MÉNINGOCOQUE

Cas confirmé¹

Personne présentant des manifestations cliniques compatibles avec la maladie et chez laquelle le *Neisseria meningitidis* a été isolé d'un liquide biologique normalement stérile (ex. : liquide céphalorachidien, sang, liquide pleural, liquide péritonéal, liquide articulaire) ou de lésions cutanées.

Cas clinique

En l'absence d'une confirmation par culture, le cas clinique présente une des deux conditions suivantes :

- 1) manifestations cliniques compatibles avec la maladie incluant obligatoirement un *purpura fulminans*;²

ou

- 2) manifestations cliniques compatibles avec la maladie et présence d'antigènes méningococciques sur un prélèvement du liquide céphalorachidien.

NOTES EXPLICATIVES

1. La pneumonie à *Neisseria meningitidis* est une affection très rare dont la confirmation en laboratoire est problématique, compte tenu de la contamination possible des expectorations ou des sécrétions bronchiques par la flore des voies respiratoires supérieures; seule la présence d'une hémoculture ou d'une culture du liquide pleural positive permet de confirmer un cas aux fins de surveillance.
2. Le cas doit présenter des signes hémorragiques cutanés majeurs pour être inscrit comme cas clinique. Un enfant peut présenter un purpura mécanique après avoir subi une ponction lombaire. De plus, d'autres maladies, comme le purpura de Schönlein-Henoch, se caractérisent entre autres par la présence de pétéchies. C'est pourquoi un enfant avec de la fièvre et quelques pétéchies ne doit pas être inscrit comme un cas clinique.

ANNEXE 3

DÉFINITION D'UN CONTACT ÉTROIT

On définit comme contacts étroits les personnes qui sont susceptibles d'avoir été en contact de façon prolongée avec les sécrétions oro-naso-pharyngées du malade moins de 7 jours avant l'apparition des premiers symptômes et dans les 24 heures suivant le début du traitement, soit :

- ◇ les personnes vivant sous le même toit que le malade ;
- ◇ les personnes fréquentant la même garderie ou la même classe maternelle ;
- ◇ les personnes ayant partagé la même chambre ou le même dortoir ;
- ◇ les compagnons de jeux, les flirts ou les partenaires sexuels ;
- ◇ les individus ayant été en contact direct avec les sécrétions oro-naso-pharyngées du cas index, par exemple, les travailleurs de la santé qui auraient eu à faire le bouche-à-bouche.

La chimioprophylaxie n'est généralement pas recommandée pour les travailleurs de la santé, incluant le personnel travaillant à l'urgence, ni pour les contacts scolaires, les contacts en milieu de travail et les personnes ayant pu être en contact avec le cas index au cours d'activités sociales et sportives.

ANNEXE 4

MÉDICAMENTS POUR LA CHIMIOPROPHYLAXIE

	Rifampicine	Ciprofloxacine	Ceftriaxone
Posologie	Adulte : 600 mg aux 12 heures durant 2 jours Enfant > 1 mois : 10 mg/kg aux 12 heures durant 2 jours (maximum 600 mg par dose) Enfant • 1 mois : 5 mg/kg aux 12 heures durant 2 jours	Adulte : 500 mg en 1 dose	Adulte : 250 mg IM Enfant • 15 ans : 125 mg IM
Contre-indications	Allergie de type anaphylactique à la rifampicine Insuffisance hépatique Nouveau-nés prématurés Femmes enceintes	Femmes enceintes ou qui allaitent Personnes de moins de 18 ans Hypersensibilité aux quinolones	Hypersensibilité aux céphalosporines ou aux pénicillines
Précautions*	Enlever les lentilles cornéennes souples Utiliser un autre moyen de contraception jusqu'à la fin du cycle menstruel ou administrer de la ceftriaxone		
Commentaires	la rifampicine peut être administrée au jeune enfant en sirop préparé selon la recette suivante : 3 capsules de rifampicine de 300 mg mélangées à 90 ml de sirop simple et à un peu d'essence de cerise. On obtient ainsi une solution de 10 mg/ml, stable pour 30 jours à la température de la pièce.		

* Effets secondaires de la rifampicine : nausées, vomissements, diarrhée, étourdissements, céphalées dans 20 % des cas, coloration orangée des urines et des larmes, diminution de l'efficacité des contraceptifs hormonaux (oraux ou injectables).

