

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
 وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière

**Direction Général de la Prévention
 et de la Promotion de la Santé**

**CIRCULAIRE N° 02 DU 21 NOV 2011 RELATIVE A LA CONDUITE A
 TENIR DEVANT UNE MENINGITE PURULENTE COMMUNAUTAIRE**

Destinataires:	▪ Madame et Messieurs les Walis	Pour information
	▪ Monsieur le Directeur Général de l'Institut Pasteur d'Algérie	Pour information
	▪ Monsieur le Directeur Général de l'Institut National de Santé Publique	Pour exécution
	▪ Monsieur le Directeur Général de l'EHU d'Oran	Pour exécution
	▪ Mesdames et messieurs les Directeurs Généraux des CHU	Pour exécution et suivi
	▪ Madame et Messieurs les Directeurs de la Santé et de la Population/DSP). En communication avec Mesdames et Messieurs les : - Les Directeurs des EH - Les Directeurs des EPH - Les Directeurs des EHS - Les Directeurs des EPSP	Pour exécution

La dernière flambée épidémique de méningite cérébrospinale ou méningite à méningocoques dans notre pays, remonte à 1998. L'évolution cyclique tous les 8 à 10 ans de cette affection impose une vigilance constante des services de santé compte tenu du risque potentiel de nouvelles flambées.

C'est la raison pour laquelle il est impératif d'actualiser et renforcer le système de surveillance et de la lutte contre les méningites purulentes communautaires, en général, et la méningite à méningocoques, en particulier afin de mieux réagir aux différentes situations épidémiologiques. Il est à rappeler que parmi les méningites purulentes communautaires, la méningite à méningocoques est la seule méningite à potentiel épidémique.

La présente instruction, résulte des recommandations du dernier consensus national (Mostaganem mars 2008) sur la lutte contre les méningites purulentes communautaires, elle définit les principes généraux du diagnostic, les protocoles thérapeutiques et les mesures préventives qu'il importe de suivre scrupuleusement.

1. RAPPELS CLINIQUES FONDAMENTAUX

Une méningite purulente communautaire se définit comme l'association aiguë d'un syndrome méningé avec un état infectieux et une perturbation du liquide céphalo-rachidien (LCR) : trouble ou purulent, en règle générale. Les principaux germes en cause sont: *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae type b*.

Elle constitue une urgence thérapeutique, qui impose le strict respect des recommandations pratiques suivantes :

1. La ponction lombaire (PL) doit être pratiquée dans les circonstances cliniques suivantes :
 - syndrome infectieux d'apparition brutale par des céphalées violentes, des frissons, une élévation thermique, des vomissements en jet.
 - raideur méningée,
 - purpura aigu fébrile,
 - troubles de la conscience accompagnée de fièvre,
 - chez le nourrisson, devant des troubles divers non expliqués : altération de l'état général avec fièvre inexpliquée, bombement de la fontanelle (non battante), nuque molle, troubles vasomoteurs et du comportement,
 - chez le nouveau-né, la ponction lombaire est systématique devant toute infection néonatale: altération de l'état général avec ou sans fièvre, cyanose, convulsions, cris plaintifs, anomalies respiratoires,
 - chez le sujet âgé, des troubles psychiques dans un contexte fébrile aigu imposent la pratique d'une PL.
2. La pratique du fond d'œil ne doit pas être un préalable absolu, compte tenu de l'urgence et de la gravité des méningites purulentes communautaires. En effet, la ponction lombaire ne doit jamais être différée car les risques de laisser évoluer une méningite bactérienne sont incomparablement plus grands que ceux de pratiquer une ponction lombaire au cours d'un processus expansif intracrânien dont un fond d'œil normal ne suffirait pas de toute façon à éliminer l'éventualité.
3. Le scanner cérébral est indiqué, avant la PL, devant :
 - des signes de localisation neurologique
 - des troubles de vigilance mesurés par un score de Glasgow inférieur ou égal à 11
 - des crises épileptiques récentes ou en cours.
4. En cas de risque d'engagement cérébral qui est une contre indication de la PL ou en cas de purpura fulminans ou d'instabilité hémodynamique, il y a lieu de s'abstenir de faire immédiatement la PL et d'instaurer rapidement le traitement probabiliste de première intention.
5. La recherche des signes d'orientation étiologique, devant cette situation d'urgence, garde toute son importance d'autant que seuls les examens bactériologiques peuvent affirmer l'étiologie d'une méningite bactérienne, cependant ils peuvent, parfois, demander plusieurs jours :

- l'existence de cas similaires dans l'entourage du malade et/ou la notion de purpura orientent vers l'étiologie méningococcique.
- un terrain d'immunodépression, la notion de récurrence, d'une porte d'entrée ORL, d'un traumatisme crânien et des troubles neurologiques d'apparition brutale militeront fortement en faveur d'une origine pneumococcique.
- le bas âge du malade (de 3 mois à 5 ans), le début insidieux du tableau infectieux et l'existence d'un syndrome d'allure grippal associé feront suspecter *l'Haemophilus influenzae*.

Tout cas de méningite suspecté ou confirmé, diagnostiqué dans une structure de santé doit être admis en milieu hospitalier pour être pris en charge.

2. EXAMENS COMPLEMENTAIRES A ENTREPRENDRE

- La ponction lombaire doit être pratiquée, en urgence, dans des conditions rigoureuses d'asepsie. Il y a lieu de :
 - prélever 2 à 5 ml de LCR dans 3 tubes stériles : le 1^{er} tube permettra l'étude de la numération cellulaire, de l'examen direct et des antigènes solubles, le 2^{ème} tube servira à l'ensemencement des différents milieux de culture, le 3^{ème} tube servira à l'étude biochimique : glycorachie et protéinorachie,
 - ensemer 5 gouttes de LCR directement dans le tube de gélose au sang inclinée (GSC) ou dans le milieu de transport pour germes vivants (TGV) ou (GSC) : les tubes de GSC habituellement conservés au réfrigérateur doivent être à la fois préalablement réchauffés à l'étuve à 35° et indemnes de toute contamination avant leur utilisation,
 - transporter rapidement ces prélèvements enveloppés dans du coton cardé au laboratoire pour être immédiatement analysés ; ils ne doivent pas être conservés au froid. En cas d'analyse différée, les prélèvements doivent être conservés à température ordinaire.
- La recherche d'antigènes solubles, dans le cadre de l'urgence, constitue un complément pour le diagnostic rapide. En effet, les antigènes bactériens sont libérés dans le LCR, et du fait de leur caractère soluble et diffusible, ils peuvent être retrouvés dans d'autres compartiments (sérum, urines). Ce test permet de rechercher dans le LCR les antigènes solubles de *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus* du groupe B et *E.Coli K1*.
- L'hémoculture doit être pratiquée parallèlement au prélèvement du LCR. Il est recommandé d'ensemencer 1 à 5 ml de sang par flacon chez l'enfant et 5 à 10 ml par flacon chez l'adulte.
- Les prélèvements bactériologiques au niveau d'une éventuelle porte d'entrée et des localisations secondaires sont nécessaires pour asseoir le diagnostic.

3. CONDUITE THERAPEUTIQUE

La méningite purulente est une urgence thérapeutique qui impose d'entreprendre immédiatement, le traitement antibiotique de première intention, selon les protocoles suivants :

4.1. Première situation : Examen direct positif et/ou antigènes solubles positifs

4.1.1. Traitement de première intention

Tableau 1: Cocci Gram négatif en faveur de *N. meningitidis*

Antibiotique de première intention	Alternatives
-Amoxicilline ou Ampicilline	- Pénicilline G -Thiamphenicol (en cas d'allergie aux bêta-lactamines)

Tableau 2: Cocci Gram positif en faveur de *S. pneumoniae*

1/ méningite sans signes de gravité et sans facteurs prédictifs d'un PSDP*

Antibiotique de première intention	Alternatives	Traitement associé :
Cefotaxime ou Ceftriaxone	Amoxicilline ou Ampicilline Thiamphenicol (en cas d'allergie aux bêta-lactamines)	corticothérapie de 4 jours : Dexaméthasone - 0,15 mg/ kg toutes les 06 heures chez l'enfant - 10 mg toutes les 06 heures en IVD chez l'adulte

2 / méningite avec signes de gravité et/ ou facteurs prédictifs d'un PSDP*

Antibiotique de première intention	Alternatives	Traitement associé :
Cefotaxime ou Ceftriaxone + Vancomycine (association)	Rifampicine + Vancomycine ou Fosfomycine Thiamphenicol (en cas d'allergie aux bêta-lactamines)	corticothérapie de 4 jours : Dexaméthasone - 0,15 mg/ kg toutes les 06 heures chez l'enfant - 10 mg toutes les 06 heures chez l'adulte en IVD

*PSDP = Pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline. : Facteurs prédictifs i) âges extrêmes ii) prescription de bêta-lactamines dans les 03 mois précédents et/ou hospitalisation antérieure récente, iii) pathologie immunodépressive (bronchopathie chronique, cancer, splénectomie, infection VIH) iv) antécédents de pneumopathie v) pneumopathie nosocomiale

Tableau 3: Bacille Gram négatif en faveur d' *Haemophilus influenzae*

Antibiotique de première intention	Alternatives	Traitement associé
Cefotaxime ou Ceftriaxone	Amoxicilline ou Ampicilline Thiamphenicol (en cas d'allergie au bêta-lactamines)	corticothérapie de 4 jours Dexaméthasone 0,15 mg/kg/j IVD toutes les 06 heures

4.1.2. Réévaluation au bout de 48 heures de traitement

Il doit être systématiquement procédé à une réévaluation en fonction des résultats de la P.L

- **Si l'évolution est favorable:** il y a lieu de maintenir le traitement de première intention.
- **Si l'évolution est défavorable et/ou si les résultats bactériologiques indiquent une résistance du germe:** il y a lieu de changer le traitement de première intention (*Amoxicilline ou Ampicilline*) par le *Cefotaxime* (ou *Ceftriaxone*) ou l'association *Rifampicine + Vancomycine*

4.2. Deuxième situation : Examen direct négatif - antigènes solubles négatifs – pas de signes d'orientation :

4.2.1. Traitement de première intention

Tableau 4: Examen direct négatif - antigènes solubles négatifs – pas de signes d'orientation :

<i>Chez l'enfant de plus de 3 mois et de moins de 5 ans</i>		= <i>H. influenzae type b probable</i>
Antibiotique de première intention	Alternatives	
- Cefotaxime ou Ceftriaxone	- Amoxicilline ou Ampicilline - Thiamphenicol (en cas d'allergie aux bêta-lactamines)	
<i>Chez l'enfant de plus de 5 ans et chez l'adulte</i>		= <i>Pneumocoque ou méningocoque probable</i>
Voir le tableau 2 : méningite à pneumocoque avec ou sans signes de gravité		

4.2.2. Réévaluation au bout de 48 heures de traitement

Il doit être systématiquement procédé à une réévaluation en fonction des résultats de la P.L

- Si l'évolution est favorable: il y a lieu de maintenir le traitement de première intention,
- Si l'évolution est défavorable: il y a lieu de changer le traitement de première intention par l'association *Cefotaxime (ou Ceftriaxone) + Vancomycine* ou l'association *Rifampicine + Vancomycine (ou Fosfomycine)*

4.3. Posologie des antibiotiques utilisés

Il est impératif de respecter les posologies figurant dans le tableau suivant :

Tableau 5 : Posologie des antibiotiques recommandés

Antibiotique	Posologie	Mode et rythme d'administration
Amoxicilline ou Ampicilline	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant: 200-300 mg/kg/jour • Adulte: 8-12 g/ jour 	En IVD toutes les 06 heures
Pénicilline G	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant: 500.000 UI/kg/jour • Adulte: 20 MUI/jour 	En perfusion lente toutes les 04 heures
Cefotaxime	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant: 200-300 mg/kg/jour • Adulte: 6-12 g /jour 	En IVD toutes les 06 heures
Ceftriaxone	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant: 100 mg/kg/jour • Adulte: 2-4 g/jour 	En perfusion lente par 24 heures en 01 ou 02 prises
Thiamphenicol	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant: 75 à 100 mg/kg/ jour • Adulte: 3 g/ jour 	En IVD toutes les 06 heures
Vancomycine	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant: 40-60 mg/kg/jour • Adulte: 2 g/jour 	En perfusion lente de 60 minutes toutes les 06 heures
Rifampicine	<ul style="list-style-type: none"> • Adulte et enfant : 20 -30 mg/kg/j 	En 2 prises à prendre en dehors des repas
Fosfomycine	<ul style="list-style-type: none"> • Enfant : 200 mg/kg/j • Adulte : 8 à 12 g / j 	En perfusion lente de 4 heures toutes les 6 heures

4.4. Durée de traitement

La durée du traitement recommandée est la suivante :

- Méningite à *N. meningitidis*: traitement de 8 à 10 jours avec PL à J1, J3
- Méningite à *S. pneumoniae*: traitement de 15 à 21 jours avec PL à J1, J3, J15
- Méningite à *H. influenzae*: traitement de 21 jours avec PL à J1, J3, J21
- Méningite à *germe indéterminé*: traitement de 10 à 15 jours avec PL à J1, J3, J8
 - si à J8 la PL est normale: arrêt du traitement à J10
 - si à J8 la PL est perturbée: maintien du traitement jusqu'à J15

4. MESURES DE PREVENTION

5.1. Déclaration obligatoire

La déclaration de la maladie est obligatoire. Elle doit se faire, par le médecin traitant et par le chef de laboratoire, conformément à la législation actuellement en vigueur (Arrêté n° 179/MS/CAB du 17 novembre 1990 et circulaire n° 1126 MS/DP/SDPG du 17 novembre 1990) auprès du Service d'Epidémiologie et de Médecine Préventive (SEMEP) territorialement compétent qui devra, à son tour, procéder à la déclaration simultanément à la Direction de la Santé et de la Population de sa Wilaya, la Direction Générale de la Prévention et de la Promotion de la Santé du MSPRH et à l'Institut National de Santé Publique.

La déclaration des cas de méningite purulente, en général, et des cas de méningite à méningocoque, en particulier, doit être journalière, en période épidémique et hebdomadaire, en période inter épidémique, avec et toujours nécessité de déclaration du « Zéro cas ».

- ✓ **Critères de définition d'un cas de méningite à méningocoque :** il y a lieu de considérer, d'enregistrer et de déclarer les cas selon les définitions suivantes :

• **Cas possible :**

- Adulte : tout sujet présentant un accès fébrile brutal dépassant 38°C en mesure rectale associé à une raideur de la nuque ou des pétéchies ou un purpura
- Nourrisson de moins d'un an : existence d'au moins trois des signes suivants : diarrhée, vomissements, hypotonie axiale, bombement de la fontanelle, fièvre supérieure à 38°C en mesure rectale, excitabilité
- Tout cas possible de méningite devra faire l'objet d'une ponction lombaire (PL)

- **Cas probable :** tout cas possible diagnostiqué en période épidémique ou présentant un LCR trouble contenant des cocci gram négatif à l'examen direct

- **Cas certain :** tout cas possible ou probable présentant une culture positive (*Neisseria meningitidis* dans l'hémoculture ou dans le LCR) ou une recherche d'antigènes solubles positive.

- **Cas secondaire :** tous cas de méningite à méningocoque survenant chez un sujet contact, avec un délai supérieur à 24 heures après le contact.

✓ **Critère de définition d'un sujet contact :**

- tout sujet vivant au domicile du malade ou ayant dormi dans la même pièce, institution ou baraquement dans les 10 jours précédant l'hospitalisation du malade,
- tout sujet ne vivant pas au domicile du malade, mais ayant eu des contacts proches et répétés avec le cas dans les 10 jours précédant l'hospitalisation de celui-ci (écoles, crèches.....)

5.2. Enquête épidémiologique autour du cas

L'enquête épidémiologique se fera obligatoirement autour de chaque cas de méningite purulente.

5.3. Détection de l'émergence d'une épidémie de MCS

Le franchissement d'un niveau d'incidence ou « seuil d'alerte » constitue le critère de détection d'une épidémie. Il doit tenir compte du niveau d'endémicité et/ou des conditions épidémiologiques.

• **Au niveau local :**

- La méthode de détection précoce de l'émergence d'une épidémie consiste à déterminer le seuil critique d'incidence ou seuil d'alerte. Ce seuil doit non seulement être sensible mais également spécifique du secteur considéré.
- La surveillance des incidences hebdomadaires des méningites purulentes communautaires permet de déterminer le seuil d'alerte spécifique qui correspond à :
 - l'existence de 01 cas de méningite à méningocoques si 0 cas était enregistré auparavant,
 - au doublement du nombre de cas sur trois (3) semaines consécutives
- Dans les cas où les épidémies de méningites sont inhabituelles, il est nécessaire d'établir le taux d'attaque hebdomadaire et de le comparer à celui des deux (2) semaines précédentes ou à celui de la même semaine des cinq (5) dernières années, ou à défaut les 3 dernières années, en dehors des périodes épidémiques.
- En cas de doublement des taux, le seuil d'alerte est atteint.
- Il y a lieu cependant de tenir compte des cas groupés et du cas particulier des collectivités organisées ou fermées, où 1 cas équivaut au seuil épidémique.

Dès que le seuil d'alerte est atteint l'EPSP est déclaré en état d'alerte.

• **Au niveau intermédiaire : Wilaya**

- Une wilaya est en alerte si au moins un des territoires de la wilaya atteint le seuil d'alerte.

5.4. Protection des personnes réceptives

La protection des personnes réceptives fait appel à la chimioprophylaxie et à la vaccination anti -méningococcique A+C ou A C Y W135 selon les indications, ci-dessous, édictées :

5.4.1. La chimioprophylaxie

Son but est d'éliminer le portage nasopharyngé et par conséquent de réduire le risque de maladie. Elle doit concerner tous les sujets contacts (cf. définition ci-dessus).

Elle repose sur la prescription de la *Spiramycine* à la dose de 75 000 UI/kg deux (2) fois par jour pendant cinq (5) jours chez l'enfant, et de 3 millions d'UI deux (2) fois par jour pendant 5 jours chez l'adulte.

Elle peut exceptionnellement faire appel à la *Benzathine benzylpenicilline*.

5.4.2. La vaccination anti-méningococcique

Son but est d'arrêter la transmission de la maladie et d'endiguer l'épidémie dans les deux semaines qui suivent sa survenue.

Elle fait appel aux vaccins suivants qui s'administrent par voie intramusculaire ou sous cutanée et leur protection prend effet à partir de 10 jours et dure 03 ans :

- le vaccin anti-méningococcique A+C qui est recommandé aux sujets contacts en cas de cas groupés ou d'épidémies de méningite à méningocoque A et C,
- le vaccin anti-méningococcique A, C, Y W 135 qui est recommandé aux pèlerins se rendant aux lieux saints de l'Islam (Omra - Hadj)), aux personnels des laboratoires de microbiologie et en cas d'épidémie de méningite à méningocoque W135.

Elle doit être entreprise dès qu'un cas de méningite à méningocoque est suspecté au niveau :

- des collectivités fermées telles que les casernes, les prisons, les internats, les établissements de formation, les crèches et les jardins d'enfants,...
- des oasis du Grand Sud (Ksours ...)
- des bidonvilles, des haouch, des baraquements, des camps de toiles, des centres de vacances...

Dès le début de l'épidémie, le personnel de la santé doit être également vacciné, au même titre que la population soumise au risque, soit la population de la tranche d'âge 06 mois à 25 ans pour le vaccin antiméningococcique A+C et à partir de 02 ans pour le vaccin antiméningococcique ACYW135. Les autres tranches d'âge peuvent être également vaccinées en fonction de la situation épidémique.

Il est recommandé de vacciner de façon systématique :

- le personnel de santé exposé, cette vaccination doit être renouvelée tous les 3 ans.
- les jeunes recrues du service national dans les 48 heures suivant leur arrivée en milieu militaire de façon à leur faire développer le plus précocement possible une immunité acceptable contre le méningocoque.

5.4.3. Réglementation et recommandations pour les voyageurs

Un certificat de vaccination international contre la méningite à méningocoque avec le vaccin tétravalent (A-C-YW135) est exigé depuis l'année 2000 pour toute personne âgée de plus de 02 ans se rendant en Arabie Saoudite, soit dans le cadre d'un travail ou pour l'accomplissement de la Omra ou du Pèlerinage aux lieux saints de l'Islam.

La vaccination, qui se fait en dose unique, doit être effectuée au moins une semaine avant l'arrivée en Arabie Saoudite et dater de moins de trois ans. Elle doit être portée sur le certificat international de vaccination avec précision du numéro du lot.

Il est recommandé, pour les voyageurs âgés de plus de 02 ans qui se rendent dans une région où sévit une épidémie de méningite ou dans une zone d'hyper endémie, de se faire vacciner par le vaccin tétravalent par une dose unique de vaccin qui permet une protection au bout de 10 jours et pendant trois ans environ.

5.5 Mesures inutiles

Il est rappelé que les mesures suivantes sont inutiles:

- l'isolement des malades n'est pas nécessaire,
- la fermeture des écoles et des collectivités fermées n'est pas recommandée,
- la chimioprophylaxie de masse est déconseillée,
- la désinfection des locaux est inutile.

Une importance particulière est accordée à la mise en œuvre des mesures édictées dans cette circulaire, téléchargeable sur le site ands@sante.dz, qui doit faire l'objet d'une large diffusion.

Le Directeur Général



مدير عام للوقاية و ترقية
الصحة
الأستاذ: س. مصباح