



PRÉVENTION DE LA TRANSMISSION DES DES MÉNINGITES

AGENTS
SYMPTÔMES/
PATHOLOGIES
DIAGNOSTIC
CONTAGIOSITÉ
PROPHYLAXIE
SECONDAIRE
PRÉCAUTIONS
D'HYGIÈNE

	 Méningite à méningocoque	 Méningite à Haemophilus influenzae	 Autres méningites bactériennes	 Méningites virales ou méningite lymphocytaire aigue
AGENTS	<p><i>Neisseria meningitidis</i> (méningocoque), bactérie commensale du rhinopharynx. Les sérogroupes B, W et Y sont les plus répandus en France. Très fragile, il ne survit pas dans le milieu extérieur.</p>	<p><i>Haemophilus influenzae</i> bactérie commensale du rhinopharynx.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Streptococcus pneumoniae</i> ▪ <i>Listeria monocytogenes</i> ▪ <i>Enterobactérie</i> ▪ ... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Méningite accompagnant une virose connue : Zona, oreillons, varicelle ▪ Méningite expression d'une maladie virale : entérovirus, poliovirus, HSV (herpès) et VIH
SYMPTÔMES/ PATHOLOGIES	<p>■ Le plus souvent : portage asymptomatique avec colonisation du rhinopharynx. Rarement suivie d'une infection (dépend de la virulence de la souche bactérienne et des facteurs liés à l'hôte).</p> <p>➔ infection invasive : méningite, septicémie – choc septique.</p> <p>■ Signes cliniques fréquemment rencontrés (mais non systématiques) : céphalée intense, raideur de la nuque avec signe de Kernig, forte fièvre, troubles de la conscience, vomissements, photophobie.</p> <p>Purpura en cas d'infection à méningocoque ou pneumocoque.</p>			<p>Le tableau clinique est souvent intense et hautement fébrile. La conscience est conservée. Nombreux autres signes possibles en fonction de l'agent causal.</p> <p>Le HSV peut conduire à une meningo-encéphalite.</p>
DIAGNOSTIC	<p>Hémocultures, procalcitonine</p> <p>Ponction lombaire avec analyse cyto- bactériologique, chimique, +/- anapath.</p>			
CONTAGIOSITÉ	<p>En cas de contact :</p> <ul style="list-style-type: none"> • direct au niveau de la sphère ORL avec les sécrétions oropharyngées d'un sujet infecté, • ou à courte distance, (moins d'un mètre) et prolongé (d'une durée de plus d'une heure). 		<p>Pas de transmission interhumaine.</p>	<p>■ Méningite accompagnant une virose connue : en fonction de l'agent étiologique et des signes associés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ varicelle/zona ▪ oreillons <p>Transmission par voie respiratoire</p> <p>■ Méningite expression d'une maladie virale : pas de transmission inter humaine hors contact très étroit (transmission salivaire).</p>
PROPHYLAXIE SECONDAIRE	<p>■ Période de contagiosité :</p> <p>10 jours avant les signes cliniques et 24h après le début du traitement ATB.</p> <p>■ Période d'incubation :</p> <p>de 2 à 10 jours, avec une moyenne de 7 jours.</p> 	<p>■ Période de contagiosité :</p> <p>début variable et jusqu'à 24h après le début du traitement ATB.</p> <p>■ Période d'incubation :</p> <p>variable.</p> 	<p>Pas de prophylaxie secondaire.</p>	<p>Pas de prophylaxie secondaire.</p>
PRÉCAUTIONS D'HYGIÈNE	<p>■ Idéalement, dans les 24 à 48 heures suivant le diagnostic du patient index, n'a plus d'intérêt au-delà de 10 jours après le dernier contact avec le patient index :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rifampicine pendant 2 jours : chez l'adulte 600 mg PO toutes les 12h, chez l'enfant de 1 mois à 15 ans : 10 mg/kg (max 600mg) toutes les 12h. ▪ Vérification du statut vaccinal et vaccinations des sujets contacts non immunisés (en fonction du sérotype et sur demande de l'ARS). 	<p>■ Sujet contact adulte non vaccinés :</p> <p>Rifampicine pendant 4 jours à raison de 10 mg/kg (sans dépasser 600 mg) toutes les 12h.</p> 		<p>■ Chambre individuelle Précautions standard SAUF varicelle et oreillons : PS + PCRe</p> 
	<p>Précautions standard (PS) + Précautions complémentaires Respiratoires (PCRe)</p> 		<p>PS Précautions standard</p> 	

SITUATION

Méningite à méningocoque ou *haemophilus influenzae*

TRANSMISSION (MÉNINGITE À MÉNINGOCOQUE ET MÉNINGITE À H. INFLUENZAE)

- L'homme est le seul réservoir naturel
- La transmission est principalement aéroportée, par les sécrétions rhino-pharyngées



Durée : Durée précautions = jusqu'à 24 heures après la mise en place d'un traitement (Cefotaxime cf. Antibioguide)

INFORMATION

CHAMBRE

TENUE

MAINS

GESTION MATÉRIEL
ET ENVIRONNEMENT



- Informer immédiatement l'EOH/EMH, l'IDEC et le médecin coordonnateur.
- Tout cas d'infection invasive à **méningocoque** doit être signalé sans délai à l'ARS.

➔ **maladie à déclaration obligatoire : formulaire Cerfa n° 12201**



Accès page internet ARS
Grand Est signalement

L'information de la mise en place des Précautions Complémentaires Respiratoire doit figurer dans le dossier de soins, sur le planning mural, sur la porte de la chambre, et le cas échéant, sur les fiches de liaison et de transfert.

- Chambre seule porte fermée (maintien en chambre), repas en chambre
- En cas d'accès aux plateaux techniques en urgence :
 - Port du masque à usage médical par le patient/résident dès la sortie de la chambre

○ Aéraulique conforme R5*

- Port d'un masque à usage médical type 2R (norme EN 14683) avant d'entrer dans la chambre

○ Aéraulique non conforme R5* ou inconnue

- Masque usage médical si :
 - port du masque par le patient lors des soins
 - ou soins direct non aérosolisant d'une durée < à 15 min
- FFP2 dans les autres cas

- En cas de soins aérosolisant : FFP2 + surblouse + gants + lunettes de protection
- Elimination des EPI à la sortie de la chambre, masque une fois la porte refermée

- Friction hydro alcoolique à l'entrée et à la sortie de la chambre
- Port de gants selon précautions standard

- Aération régulière (15 minutes toutes les 2h en cas d'aéraulique non conforme ou inconnue)
- Nettoyage désinfection quotidien de l'environnement (sols, surfaces).

- Privilégier usage unique ou matériel dédié
- A défaut, nettoyage avec un détergent désinfectant au moins bactéricide et virucide
- Lave vaisselle (>60°C) pour la vaisselle

Linge et déchets :

- Circuits habituels



ENQUÊTE AUTOUR
D'UN CAS

Définir et organiser le suivi et la prise en charge des sujets contacts

EN COLLABORATION AVEC L'ARS, définir les sujets contacts et organiser l'antibioprophylaxie :

- Personnes ayant été à moins d'un mètre, en face à face, ET pendant une durée d'au moins 1h d'affilée.
- En cas d'exposition directe aux sécrétions pharyngées (effort de toux ou fort éternuement du patient) à moins d'un mètre, la durée n'importera plus.
- Chez les soignants, seuls les actes à risque sont à retenir : aspiration endotrachéale, intubation ou auscultation pharyngée profonde... sans masque et avant la mise sous antibiotiques adaptés.
- ➔ Information des personnes contacts
- ➔ Port de masque de soins par les personnes contacts (contagiosité en cours d'incubation) pendant les 24h après mise en place de la prophylaxie.
- ➔ Prescription d'une prophylaxie pour les sujets contacts après validation de l'ARS (quel que soit leur statut vaccinal pour la méningite à méningocoque).