

## Antibioprophylaxie

L'annonce d'un cas de méningite en milieu scolaire est toujours un événement sensible. En novembre 1994, la déclaration d'un cas de méningite à méningocoque de sérotype C dans une école maternelle de la région parisienne sème la panique. Les mesures prophylactiques mises en place avec rapidité et efficacité par le médecin scolaire du secteur et les équipes du Service de Promotion en Faveur de la Santé des Elèves (en accord avec la Direction Générale de la Santé et le Centre national de référence des méningocoques de l'Institut Pasteur) n'auront pas raison de l'inquiétude des parents et des enseignants - les médias s'en font l'écho et mobilisent l'opinion publique.

Pourtant, la conduite à tenir en cas de suspicion de méningite a été parfaitement définie par les pouvoirs publics ayant en charge la santé des populations. Dans les pays développés, une antibioprophylaxie est systématiquement appliquée aux cas contacts, pour juguler les épidémies à *Neisseria meningitidis* et à *Haemophilus influenzae b*. On entend par « cas contact » toute personne ayant eu chaque jour plus de 4 heures de contact avec le cas index, et cela durant la semaine ayant précédé la maladie du cas index.

### **Haemophilus influenzae b**

La prévention est justifiée par le fait que le risque pour un sujet contact exposé de présenter une infection invasive à *Haemophilus influenzae b* est estimé à 5 %. En fait, ce risque est variable selon la période de l'année et l'importance de la collectivité.

On recommande l'administration de rifampicine à la dose de 20 mg/kg/jour, sans dépasser la dose quotidienne de 600 mg, en une seule prise pendant 4 jours pour tous les sujets d'une famille où se trouve le cas index et comportant des enfants de moins de 5 ans autres que le cas index (Granoff et Ward, 1984 ; Moxon, 1985).

Quant à la prophylaxie chez les contacts en crèche, garderie, école, elle est discutée et la prophylaxie systématique n'est pas recommandée, tout au moins si le cas index est unique.

L'efficacité de cette chimioprophylaxie est discutée, d'autant qu'elle a pu induire une résistance à la rifampicine (Nicolle et coll., 1982), mais on peut obtenir dans plus de 95 % des cas la disparition d'*Haemophilus influenzae b* du naso-pharynx des contacts.

Rappelons que la vaccination avec un vaccin conjugué est recommandée pour l'entourage chez les enfants de moins de 5 ans, un taux d'anticorps protecteurs pouvant être obtenu en 2 à 3 semaines.

### **Neisseria meningitidis**

La prévention de la dissémination du méningocoque à partir du malade requiert d'isoler le malade, bien qu'il soit rapidement non contagieux sous antibiothérapie, et de l'écarter du milieu scolaire jusqu'à sa guérison clinique.

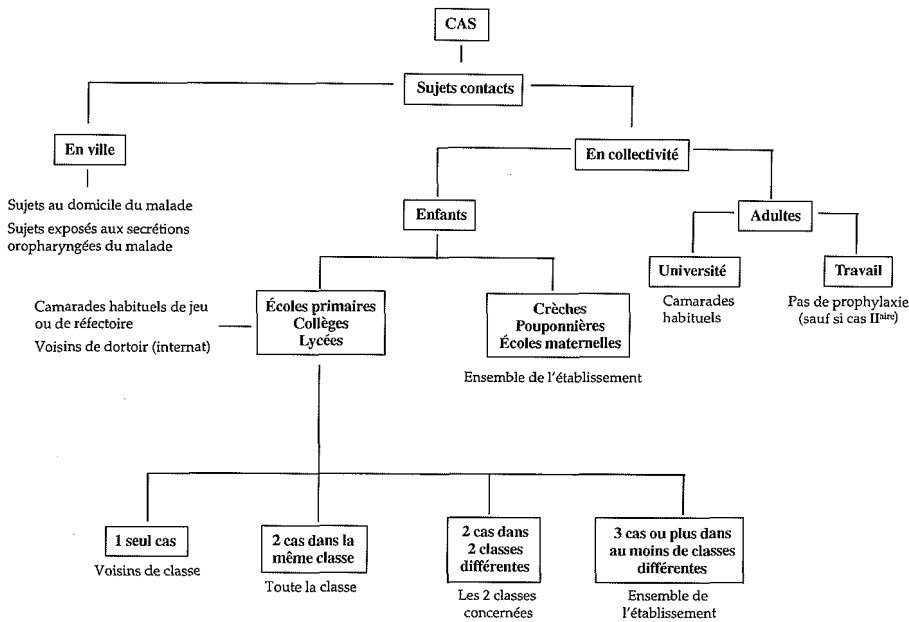
En France, la prévention chez les sujets contacts, tels qu'ils sont définis par la circulaire de la Direction Générale de la Santé du 5 février 1990 (figure 6.1), fait appel à la rifampicine, administrée pendant 2 jours à la dose de 600 mg deux fois par jour chez l'adulte, 10 mg/kg/jour répartis en 2 prises quotidiennes chez l'enfant âgé de 1 mois à 12 ans et 5 mg/kg deux fois par jour chez l'enfant âgé de moins de 1 mois. Cependant, certaines souches du méningocoque sont résistantes à la rifampicine. En cas de contre-indication à la rifampicine (hypersensibilité, grossesse, maladie hépatique grave, alcoolisme, porphyrie...), la prévention repose sur la prise de spiramycine pendant 5 jours, à la dose de 3 000 000 d'UI deux fois par jour chez l'adulte, et de 75 000 UI/kg deux fois par jour chez l'enfant.

D'autres antibiotiques ont pu être utilisés, telle la ceftriaxone à la dose de 250 mg en une seule injection intramusculaire. L'utilisation de rifampicine risquant d'augmenter le nombre de souches résistantes de pneumocoques, il conviendrait de rechercher une autre antibioprofylaxie.

La prévention par vaccination s'adresse aux sujets ayant eu des contacts proches et répétés avec un malade atteint d'une méningite à méningocoque de séro groupe A ou C, et aux collectivités d'enfants en bas âge où la promiscuité est grande. Cette prophylaxie vaccinale est envisagée dès l'âge de 3 mois en présence d'un séro groupe A, et dès l'âge de 1 an en cas de séro groupe C. L'immunité apparaît dès le 10<sup>ème</sup> jour après la vaccination.

### **Mycobacterium tuberculosis**

La vaccination BCG entraîne la positivité des réactions tuberculiques. Ce faisant, elle prive d'un moyen diagnostique des primo-infections, dont la



**Figure 6-1 – Personnes concernées par les mesures de prophylaxie des infections à méningocoques (circulaire de la DGS, 05.02.90).**

manifestation essentielle est également la positivation des réactions tuberculiniques. Tel est l'argument de certains pour contrer le BCG. De fait, lors des enquêtes effectuées chez des enfants autour d'un cas contagieux, le problème de l'interprétation d'une réaction tuberculinique positive peut se poser. Les directives sont claires à ce sujet : une intradermo-réaction (à 5 unités de tuberculine PPD ou de 2 unités de tuberculine RT23) de plus de 5 mm doit entraîner un traitement antibiotique préventif, quels que soient les antécédents vaccinaux.

Le dépistage des primo-infections dans le contexte de la vaccination généralisée a été défini (Schwoebel et coll., 1995). Il se fait chez les personnes en contact étroit avec un cas contagieux grâce à l'IDR à 10 UI (ainsi que la radiographie pulmonaire d'emblée chez les enfants de moins de 5 ans). La primo-infection est mise en évidence chez les vaccinés soit sur une augmentation de 10 mm ou plus entre deux tests effectués à moins de 2 ans d'intervalle, soit sur une induration de plus de 10 mm chez un vacciné ancien. Si l'induration est inférieure à 10 mm, il convient de répéter le test deux mois plus tard. Si l'induration au 2<sup>ème</sup> test a augmenté d'au moins 10 mm, il s'agit d'une primo-infection récente.

Chez les personnes infectées par le VIH :

- si le taux de lymphocytes CD4 est  $> 500/\text{mm}^3$ , la démarche décrite ci-dessus, chez le sujet sain, est appliquée ;

- si le taux de CD4 est  $< 500/\text{mm}^3$ , la primo-infection récente est probable si l'induration est  $> 10$  mm au premier test chez une personne vaccinée depuis moins de 15 ans, ou  $> 5$  mm chez une personne non vaccinée ou vaccinée depuis plus de 15 ans ;
- si l'induration est  $< 5$  mm et si les lymphocytes CD4 sont  $< 200/\text{mm}^3$ , on recherchera une anergie en pratiquant les tests cutanés avec au moins deux autres antigènes (Multitest Mérieux). Si les réactions sont négatives, la primo-infection récente est possible et la chimioprophylaxie est indiquée pour une personne, vaccinée ou non, en contact avec un cas contagieux.

La chimioprophylaxie antituberculeuse est le traitement de sujets contacts qui n'ont pas de maladie évolutive patente. Classiquement, l'antibioprophylaxie de l'enfant et de l'adulte est fondée sur l'administration d'isoniazide (INH) à la dose de 5 mg/kg/j, avec un maximum de 300 mg par jour, pendant une durée de 6 mois (International Union against Tuberculosis, 1982 ; Grosset, 1989).

#### BIBLIOGRAPHIE

- BÉGUÉ P. Traitement préventif de la tuberculose chez l'enfant contact. Éléments décisionnels et modalités thérapeutiques. *Med Mal Infect* 1995, 25 : 384-387
- Direction Générale de la Santé. Prophylaxie des infections à méningocoques. Circulaire du 5 février 1990. *Arch Fr Pédiatr* 1990, 47 : 399-401
- GRANOFF DM, WARD JI. Current status of prophylaxis for *Haemophilus influenzae* infections. In : McGraw-Hill Inc. (Ed.) *Current clinical topics in infectious diseases*. New York 1984, 290-315
- GROSSET JH. Present status of chemotherapy for tuberculosis. *Rev Infect Dis* 1989, 11 : S347-S352
- International Union against Tuberculosis, committee on prophylaxis. Efficacy of various duration of isoniazid preventive therapy for tuberculosis : five-years follow up in the IUAT trial. *Bull World Health Organ* 1982, 60 : 555-564
- MOXON ER. *Haemophilus influenzae*. In : *Principles and practice of infectious diseases*. 2nd edition. Wiley and sons Inc. John, Ed. NY, 1985, 1274-1279
- NICOLLE LE, POSTL B, LOTELEWITZ E et coll. Emergence of rifampicin-resistant *Haemophilus influenzae*. *Antimicrob Agents Chemother* 1982, 21 : 498-500
- PERRONNE C. Tuberculose : traitement de l'adulte contact. Éléments décisionnels et modalités thérapeutiques. *Med Mal Infect* 1995, 25 : 388-391
- SCHWOEBEL V, HUBERT B, DESENCLOS JC. Quel dépistage conduire auprès des personnes en contact avec un cas de tuberculose. *Med Mal Infect* 1995, 25 : 377-383