

Gestion des épidémies de méningite en Afrique

Guide de référence rapide à l'intention
des autorités sanitaires et des soignants



Organisation
mondiale de la Santé

Gestion des épidémies de méningite en Afrique

Guide de référence rapide à l'intention
des autorités sanitaires et des soignants



**Organisation
mondiale de la Santé**

REMERCIEMENTS

L'OMS souhaite remercier le Département Préparation et riposte aux épidémies et aux pandémies du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, l'Équipe d'appui inter-pays à Ouagadougou (Burkina Faso) et le Bureau de pays de l'OMS au Nigéria. Elle exprime aussi sa reconnaissance à la Commission européenne pour son appui financier (AIDCO).



Ce document a été préparé avec l'aide financière de l'Union européenne. Le contenu de cette publication ne peut aucunement être considéré comme reflétant le point de vue de l'Union européenne.

© Organisation mondiale de la Santé, 2010

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Éditions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Design et mise en page par minimum graphics

Imprimé par le Service de production de documents de l'OMS, Genève, Suisse

Sommaire

I. Introduction à la lutte contre la méningite épidémique	1
Présentation générale	3
Qu'est-ce que la méningite épidémique ?	4
Les trois piliers de la stratégie de lutte contre la méningite épidémique	5
Planification et coordination au niveau du district	6
Premier pilier : la surveillance	7
Deuxième pilier : le traitement et les soins	9
Troisième pilier : la vaccination	10
Suivi post-épidémique	12
II. Références utiles	13
Comment identifier les cas de méningite	15
Comment déterminer les seuils d'alerte et épidémique	17
Comment collecter du LCR pour les analyses de laboratoire	18
Comment préparer des échantillons de LCR pour le transport	19
Protocoles de traitement au cours des épidémies de méningite en Afrique (en l'absence de confirmation en laboratoire)	20
Sources d'information	22

I. Introduction à la lutte contre la méningite épidémique

Présentation générale

Ce guide est destiné aux personnels de santé et aux responsables sanitaires travaillant dans des régions d'Afrique frappées par des épidémies de méningite.

Il fournit une description succincte de la stratégie de l'OMS pour détecter les épidémies de méningite et y répondre et apporte des conseils pratiques aux personnes participant à la gestion des épidémies sous tous ses aspects, de la planification avant les épidémies, à la délivrance de soins aux malades et à la vaccination. Des fiches de référence rapide sont incluses dans la partie II de ce guide.

La stratégie de l'OMS pour lutter contre la méningite épidémique repose sur trois piliers.

- La surveillance
- Le traitement et les soins
- La vaccination

Le présent guide décrit dans leurs grandes lignes les actions à prendre dans le cadre de cette stratégie – par les autorités de district et le personnel travaillant dans les centres de santé – avant qu'une épidémie ne frappe, au cours de son évolution et après son achèvement.

Qu'est-ce que la méningite épidémique?

Il est essentiel de repérer les symptômes précoces de la méningite, à la fois pour garantir un traitement rapide des malades et pour mettre en œuvre les mesures nécessaires à l'endiguement d'une épidémie potentiellement étendue.

La méningite à méningocoque est une forme bactérienne de méningite, qui produit une infection grave des méninges (membranes enveloppant le cerveau). Elle peut être à l'origine de lésions cérébrales sévères et entraîner la mort dans 50 % des cas en l'absence de traitement.

Plusieurs bactéries distinctes peuvent causer une méningite, mais c'est *Neisseria meningitidis* (*Nm*) qui possède la capacité de provoquer des épidémies de grande ampleur. Dans la Ceinture de la méningite, qui s'étend à travers l'Afrique du Sénégal à l'Éthiopie, on rencontre cinq sérogroupes de *Nm* : A, B, C, W135 et X. Dans cette zone, pendant la saison sèche qui dure de décembre à juin, les populations sont exposées à un risque important d'épidémie.

N. meningitidis n'infecte que l'homme ; il n'existe pas de réservoir animal. La bactérie fait l'objet d'un portage pharyngé, souvent asymptomatique, et se transmet d'une personne à une autre par le biais de gouttelettes de sécrétions respiratoires ou pharyngées, à la suite d'un contact étroit et prolongé. La période d'incubation est de 4 jours en moyenne, mais peut durer de 2 à 10 jours.

Les symptômes les plus courants sont une forte fièvre, des céphalées, une raideur de la nuque, des vomissements, un état de confusion, une sensibilité à la lumière et le bombement de la fontanelle chez les nourrissons. Même si la maladie est diagnostiquée précocement et si l'on met en route un traitement adapté, 5 à 10 % des malades meurent habituellement dans les 24 à 48 heures suivant l'apparition des symptômes. La méningite peut aussi provoquer des lésions cérébrales, une perte auditive ou des troubles de l'apprentissage chez 10 à 20 % des malades survivants.

Il est crucial de repérer les symptômes précoces de la méningite, à la fois pour garantir au malade un traitement rapide et pour mettre en œuvre les mesures nécessaires à l'endiguement d'une épidémie potentiellement étendue. L'examen au microscope du liquide céphalorachidien, prélevé par une ponction lombaire, peut détecter la présence de la bactérie. La confirmation du diagnostic, ainsi que l'identification du séro groupe méningococcique responsable, sont ensuite effectuées au laboratoire.

Les malades doivent recevoir un traitement antibiotique dans un centre de santé dès que possible. L'isolement n'est pas nécessaire. Toute une gamme d'antibiotiques peut traiter l'infection, dont la pénicilline, l'ampicilline, le chloramphénicol et la ceftriaxone. En Afrique, dans le cadre des épidémies, le chloramphénicol huileux ou la ceftriaxone sont recommandés car leur efficacité en dose unique est prouvée.

Les trois piliers de la stratégie de lutte contre la méningite épidémique

■ Premier pilier : la surveillance

Un système de surveillance complet, s'il est renforcé suffisamment tôt dans la saison de la méningite, avant le début de l'épidémie, peut aider à détecter les premiers cas, à identifier l'agent pathogène et le sérotype du méningocoque (Nm) responsable de l'infection et servir de déclencheur au lancement rapide d'une opération de riposte. Les définitions de cas standard peuvent être utilisées pour reconnaître les premiers cas. Cette identification doit être ensuite confirmée par des examens de laboratoire. Des mécanismes de notification standard sont également nécessaires pour analyser les données reçues et déterminer l'ampleur et l'évolution de la flambée.

■ Deuxième pilier : le traitement et les soins

Le deuxième pilier vise principalement à réduire l'impact de la méningite sur les malades en fournissant un traitement et des soins rapides, appropriés, accessibles et abordables. La méningite est traitée par des antibiotiques. Une planification soignée et une anticipation des zones les plus exposées au risque d'épidémie sont nécessaires pour garantir la disponibilité de stocks de médicaments suffisants bien avant l'apparition des besoins.

■ Troisième pilier : la vaccination

Troisièmement, pour limiter l'ampleur de l'épidémie, l'OMS préconise la vaccination à grande échelle des groupes de population à risque, avec le vaccin polysaccharidique ou conjugué adapté au sérotype méningococcique identifié comme responsable de l'épidémie. Les campagnes de vaccination à cette échelle exigent une excellente coordination, s'appliquant notamment aux achats, à la distribution et à la logistique, ainsi qu'à l'information de la population et au suivi post-vaccinal.

Planification et coordination au niveau du district

La planification et la coordination relèvent de la responsabilité des autorités sanitaires locales, mais nécessitent l'intervention de toute une série de partenaires.

La planification et la coordination générales de la stratégie reposant sur ces 3 piliers doivent s'effectuer au niveau du district. Ces opérations relèvent de la responsabilité des autorités sanitaires locales, mais nécessitent l'intervention de toute une série de partenaires.

L'expérience a montré que la création d'un comité pour la préparation et la riposte aux épidémies (Comité EPR), bien avant la saison épidémique, était le moyen le plus efficace de planifier, coordonner et superviser les activités de plusieurs partenaires pour s'assurer de la détection précoce des épidémies et du lancement sans délai d'une riposte appropriée.

- Le Comité EPR doit être dirigé par des représentants du ministère de la Santé et comprendre des membres du personnel des principaux hôpitaux de la région, des laboratoires de référence et d'autres partenaires qui pourraient être impliqués dans le traitement des malades et la surveillance des épidémies.
- Le Comité EPR doit se réunir régulièrement – avant et pendant la saison épidémique.

Le Comité EPR a pour fonctions :

- de s'assurer que le **système de surveillance** est renforcé pendant la saison épidémique et couvre l'ensemble du district et que les personnels de santé sont formés à la collecte, à la notification, à l'analyse et au suivi des informations dès qu'elles deviennent disponibles ;
- de s'assurer que l'information, la formation et les fournitures médicales nécessaires sont mises à disposition pour fournir le meilleur **traitement possible aux malades** dans les centres de santé les plus reculés ;
- de s'assurer de la distribution des vaccins appropriés en fonction des besoins, en coordonnant des **campagnes de vaccination** ;
- de diffuser des **informations** à l'intention du grand public concernant les risques de méningite, la conduite à tenir pour bénéficier d'un traitement en cas de suspicion de méningite et les campagnes de vaccination éventuellement prévues.

Premier pilier : la surveillance

AVANT L'ÉPIDÉMIE

Au niveau du district :

- Concevoir, imprimer et distribuer les formulaires de notification standard et les définitions de cas standard à l'intention de tous les centres de santé ;
- S'assurer que tous les centres de santé connaissent les définitions de cas standard ;
- Nommer et former des responsables de la surveillance dans toutes les zones du district ;
- Compiler une fois par semaine les données de surveillance pour tous les cas présumés (y compris déclaration «0 cas»), puis analyser l'évolution et surveiller l'activité de la maladie ;
- Fournir à l'avance les laboratoires de district et de référence en réactifs de diagnostic et autre matériel de surveillance.

Dans les centres de santé :

- Connaître et comprendre les définitions de cas standard ;
- Signaler l'absence de cas et être prêt à notifier les cas présumés, probables et confirmés ;
- Pratiquer une ponction lombaire chez tous les cas présumés ;
- Remplir un formulaire de notification de cas pour tous les cas présumés.

PENDANT UNE ÉPIDÉMIE

Au niveau du district :

- Chaque semaine suivre et analyser les données de surveillance qui arrivent pour déterminer le taux d'attaque (TA) hebdomadaire et le taux de létalité (TL) (**voir Partie II**) ;
- Désagréger les données pour déterminer l'activité de la maladie dans les différentes tranches d'âge et dans les centres de population comptant moins de 100 000 habitants ;
- Repérer le franchissement du seuil d'alerte ou du seuil épidémique dès qu'il se produit dans un district et alerter tous les établissements de soins de la zone ;
- Investiguer et vérifier l'ampleur de toute épidémie identifiée ;
- Veiller au recueil de 30 échantillons de LCR (**voir Partie II**) au début de l'épidémie afin de déterminer le sérotype de *Nm* impliqué et le type de vaccin nécessaire ;
- Transférer les échantillons de LCR reçus des centres de santé aux laboratoires de référence pour analyse au moins deux fois par semaine (**voir Partie II**).
- Continuer à surveiller l'activité de la maladie pendant toute la saison épidémique.

Dans les centres de santé :

- Compiler et rapporter les nombres de cas et de décès une fois par semaine ;
- Continuer à collecter régulièrement des échantillons de LCR sur toute la durée de l'épidémie pour déceler tout changement de sérotype ;
- Emballer et transmettre les échantillons de LCR au laboratoire de référence, en les conditionnant dans un triple emballage pour le transport.

Deuxième pilier : le traitement et les soins

GARDEZ À L'ESPRIT!

- La méningite est une urgence vitale – NE JAMAIS différer le traitement qui convient.
- Si des résultats de laboratoire sont disponibles, traiter en fonction des résultats microbiologiques.

AVANT L'ÉPIDÉMIE

Au niveau du district :

- Prévoir et mettre en œuvre des formations à l'intention des personnels de santé sur les protocoles thérapeutiques en cas d'épidémie ;
- Imprimer et distribuer les protocoles thérapeutiques nationaux (5–7 jours de traitement) à tous les centres de santé ;
- Calculer la quantité d'antibiotiques et de matériel qui pourrait être nécessaire durant une épidémie (**voir Partie II**), constituer par avance des stocks dans les zones à risque et mettre en place des circuits de distribution efficaces dans l'ensemble du district.

Dans les centres de santé :

- Après avoir pratiqué une ponction lombaire, administrer aussitôt que possible des antibiotiques à tout nouveau patient chez lequel on suspecte une méningite ;
- Veiller à ce que tout enfant de moins de deux ans ou tout malade présentant des symptômes sévères soit admis dans le centre de santé pour y être traité et ajuster le traitement si nécessaire ;
- Consigner dans un registre les informations relatives à tous les patients.

PENDANT L'ÉPIDÉMIE

- Donner l'instruction à tous les centres de santé de passer au protocole thérapeutique applicable en cas d'épidémie – soit une dose unique de chloramphénicol huileux ou de ceftriaxone (**voir Partie II**) ;
- Lancer une campagne d'information pour avertir les communautés qu'un traitement gratuit est disponible dans les centres de santé publics ;
- Surveiller l'approvisionnement en antibiotiques et reconstituer les stocks des établissements de soins lorsque ces stocks deviennent trop bas.

Troisième pilier : la vaccination

LORSQUE LE SEUIL ÉPIDÉMIQUE A ÉTÉ FRANCHI

- Dès que le seuil épidémique a été franchi dans un district et que le sérotype de *Nm* responsable a été identifié, il est essentiel de mener une campagne de vaccination à la fois dans le district touché et dans tous les districts adjacents ayant atteint le seuil d'alerte.
- Les zones touchées doivent être identifiées dès que possible afin d'établir des plans pour mener des campagnes de vaccination de masse.
- Un micro-plan et un budget seront élaborés pour chaque zone ciblée par la vaccination de masse (**voir plus loin**).
- Des quantités suffisantes de vaccins devront être demandées au Ministère de la santé, responsable des stocks nationaux, ou au Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccin anti-méningococcique (ICG),¹ qui gère le stock d'urgence international.
- Une campagne d'information du public doit être lancée pour avertir l'ensemble des communautés vivant dans les zones visées de la campagne de vaccination à venir.
- Une chaîne du froid doit être mise en place pour distribuer les vaccins dans les zones ciblées.
- Un système d'élimination des déchets de la campagne doit être mis en place.
- Un système de surveillance des manifestations postvaccinales indésirables est à prévoir.

¹ L'ICG se compose de représentants de l'OMS, de l'UNICEF, de Médecins sans Frontières (MSF) et de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC).

Pour avoir accès au stock d'urgence de vaccins de l'ICG

- Démontrer l'existence d'une épidémie de méningite à méningocoque.
- Fournir la confirmation de laboratoire du sérotype de *Nm* responsable de cette épidémie.
- Etablir et fournir un plan de mise en œuvre de la campagne de vaccination.
- Fournir la documentation nécessaire démontrant l'existence des moyens de stockage et de transport nécessaires pour garantir la distribution et la conservation sans risque et efficaces des vaccins dans la zone touchée.

PRÉPARATION D'UN MICRO-PLAN DE VACCINATION

Un micro-plan doit être préparé pour chaque district ciblé par une campagne de vaccination. Les autorités sanitaires de district sont responsables de l'élaboration et de la soumission de ce plan afin que le district se prépare avec soin à la campagne et se procure les vaccins nécessaires.

Le micro-plan doit comprendre :

- les noms des sous-districts ciblés par la vaccination ;
- la population totale actuellement présente dans les zones ciblées ;
- la population ciblée par la vaccination ;
- le type et la quantité de vaccin nécessaires ;
- la quantité de fournitures supplémentaires nécessaires – seringues autobloquantes, boîtes de sécurité, seringues de dilution (10 ml), coton, gants ;
- le nombre d'équipes participant à la campagne (chaque équipe doit comprendre des vaccinateurs, des enregistreurs, des contrôleurs de foule et un superviseur) ;
- le nombre de superviseurs – au niveau des équipes, des districts et des provinces et au niveau central ;
- le dispositif de formation pour les équipes de vaccination ;
- les besoins logistiques – équipements pour la chaîne du froid, véhicules ;
- le dispositif de gestion des déchets générés par la campagne ;
- les plans des enquêtes de couverture vaccinale.

Le budget doit comprendre :

- les dépenses liées aux membres de l'équipe de vaccination ;
- les coûts de mobilisation sociale (y compris les dépenses en personnel) ;
- les coûts des équipements logistiques ;
- les coûts de gestion des déchets.

Suivi post-épidémique

Une épidémie de méningite est déclarée terminée lorsque le taux d'attaque descend au-dessous du seuil d'alerte pendant deux semaines consécutives. Une fois ce stade atteint, un certain nombre d'activités de suivi sont nécessaires :

- Continuer de déclarer les cas et de rapporter les résultats de laboratoire de manière hebdomadaire pour suivre l'évolution ;
- Rassembler les stocks restants d'antibiotiques ou les réaffecter pour servir au traitement d'autres maladies ;
- Retourner tous les stocks restants de vaccins aux réserves de district ;
- Éliminer tous les déchets générés par les campagnes de vaccination ;
- Mener une enquête de couverture vaccinale ;
- Revenir au protocole thérapeutique national applicable à la situation d'endémie ;
- Évaluer la riposte à l'épidémie et rédiger un rapport ;
- Restituer l'information aux intervenants.

II. **Références utiles**

Comment identifier les cas de méningite

DÉFINITION DE CAS STANDARD

■ Cas présumé :

Toute personne présentant une fièvre soudaine (température rectale $>38,5$ °C ou axillaire $>38,0$ °C) et l'un des signes suivants – raideur ou hypotonie de la nuque, bombement de la fontanelle, convulsions ou autres signes méningés.

■ Cas probable :

Tout cas présumé dont le LCR apparaît trouble ou purulent à l'examen macroscopique ; dont l'examen microscopique fait apparaître des diplocoques Gram négatif, des diplocoques Gram positif ou des bacilles Gram positif ; ou chez lequel la numération des leucocytes est supérieure à 10 cellules/mm³.

■ Cas confirmé :

Isolement ou identification de l'agent pathogène causal (*Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae b*) dans le LCR d'un cas présumé ou probable, par culture, amplification PCR ou test d'agglutination.

EXAMENS DE LABORATOIRE PRATIQUÉS SUR LES ÉCHANTILLONS DE LCR POUR DÉTERMINER LES CAS PROBABLES ET CONFIRMÉS

■ Coloration de Gram et numération cellulaire

La détection de diplocoques Gram négatif oriente vers la présence de *Nm*. Examens pratiqués au niveau du laboratoire de district.

■ Test rapide par agglutination de particules de latex

Confirme la nature de l'agent pathogène et le sérotype de *Nm* (ne peut différencier les sérotypes W135 et Y). Examen pratiqué sur le terrain, au niveau périphérique ou dans l'établissement de soins.

■ Culture et sérotypage

Confirme la nature de l'agent pathogène et le sérotype de *Nm*. Examen de référence pour la confirmation. Permet également de vérifier la sensibilité aux antibiotiques. Examen pratiqué au niveau du laboratoire national ou régional.

■ Amplification génique (PCR)

Identifie le germe et le sérotype, et confirme le diagnostic de méningite même lorsque l'examen par culture est négatif. Examen pratiqué au niveau du laboratoire national ou régional avec un équipement spécial.

Comment déterminer les seuils d'alerte et épidémique

CALCUL DE L'INCIDENCE DE LA MALADIE ET DU TAUX DE LÉTALITÉ

TAUX D'ATTAQUE (TA)	TAUX DE LÉTALITÉ (TL)
$\frac{\text{Nombre de cas par semaine}}{\text{population totale du district}} \times 100\,000$	$\frac{\text{Nombre de décès}}{\text{nombre de cas pendant la même période}} \times 100$

DÉTERMINATION DES SEUILS D'ALERTE ET ÉPIDÉMIQUE

	POPULATION <30 000	POPULATION >30 000
Seuil d'alerte	2 cas en une semaine <i>ou</i> un plus grand nombre de cas que sur la même période au cours d'années sans épidémie	TA = 5 cas/100 000 habitants/semaine
Seuil épidémique	5 cas en une semaine <i>ou</i> Un doublement du nombre de cas sur une période de 3 semaines Certaines conditions doivent être étudiées au cas par cas. ^a	TA = 15/100 000 habitants/semaine Dans certaines conditions indiquant un risque plus important d'épidémie: ^b TA = 10/100 000 habitants/semaine Certaines conditions doivent être étudiées au cas par cas. ^a

^a Pour les rassemblements de masse, les réfugiés et les personnes déplacées, 2 cas confirmés en une semaine suffisent pour justifier la vaccination de la population.

^b Aucune épidémie au cours des 3 précédentes années ou couverture vaccinale < 80 % ou seuil d'alerte franchi tôt dans la saison.

Comment collecter du LCR pour les analyses de laboratoire

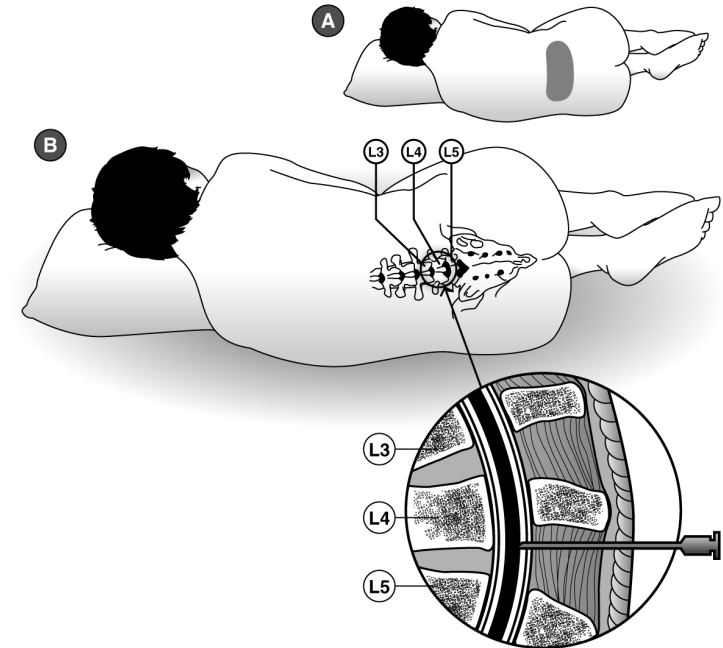
COMMENT PRATIQUER UNE PONCTION LOMBAIRE

Ce dont vous avez besoin :

- aiguilles pour ponction lombaire
- tampons alcoolisés
- tube stérile
- tampon de gaze stérile
- sparadrap
- gants stériles
- iode
- étiquettes adhésives

Étape par étape :

1. se laver les mains
2. enfiler des gants stériles
3. désinfecter le site de ponction
4. localiser le site de ponction entre L4 et L5 ou entre L3 et L4
5. utiliser une aiguille à ponction pour collecter 1 à 3 ml de liquide céphalorachidien (LCR) dans un tube stérile
6. poser un pansement sur le site de ponction et laisser le patient couché à plat pendant au moins 30 minutes.



- A** Le patient est allongé sur le côté avec les genoux pliés et le dos arqué pour séparer les vertèbres lombaires. La zone de peau située au niveau de la colonne vertébrale est désinfectée.
- B** L'espace situé entre les vertèbres L4 et L5 (ou L3 et L4) est localisé et l'aiguille est enfoncée avec précautions dans le canal rachidien.

Comment préparer des échantillons de LCR pour le transport

RAPPEL !

- Les flacons de TI ne doivent jamais être congelés.
- Avant l'ensemencement, ces flacons doivent être conservés au réfrigérateur.
- Une fois ensemencés, ils seront conservés à la température ambiante.
- Les flacons de TI ensemencés doivent être ventilés s'ils ne sont pas transportés le jour même.

Placer 1 à 2 ml de l'échantillon de LCR dans un cryotube pour amplification génique (PCR).

Placer 1 ml de l'échantillon de LCR dans un flacon de milieu de transport (TI) pour culture, tests de sensibilité et sérogroupage.

Procédure :

- Retirer un flacon de milieu Trans-Isolate (TI) du réfrigérateur au moins 30 minutes avant de l'ensemencer avec l'échantillon.
- Avant d'ensemencer le flacon, examiner le contenu à la recherche d'une croissance bactérienne ou d'une turbidité. Si c'est le cas, jeter le flacon car il peut ne plus être stérile.
- Relever l'opercule situé au milieu du bouchon métallique coiffant le flacon de TI.
- Désinfecter à l'alcool le dessus du flacon et laisser sécher.
- Avec une aiguille et une seringue neuves et stériles, transférer 1 ml de LCR du tube stérile dans le flacon de TI.
- Si le transport ne s'effectue pas le jour même, perforer le haut du flacon de TI avec une aiguille stérile pour ventiler le prélèvement et rendre possible la croissance bactérienne.
- Conserver l'échantillon à la température ambiante, à l'écart de la lumière et du froid.
- Les flacons de TI doivent être transmis à l'autorité de district pour leur transfert au laboratoire de référence au moins deux fois par semaine, en retirant l'aiguille avant de les conditionner dans un triple emballage pour le transport.
- Étiqueter le flacon de TI et remplir le formulaire correspondant.

Protocoles de traitement au cours d'épidémies de méningite en Afrique (en l'absence de confirmation en laboratoire)

RAPPEL !

Ne jamais donner de chloramphénicol :

- à une femme enceinte ou allaitante
- à un nourrisson de moins de 2 mois

Chez les enfants de 0–23 mois

Ceftriaxone à raison de 100 mg/kg/jour une fois par jour pendant 7 jours (âge <2mois) ou 5 jours (âge de 2 à 23 mois)

Transfert en l'absence d'amélioration dans les 48 heures ou en présence d'un coma ou de convulsions.

Adapter le traitement à l'âge du malade et à l'agent pathogène le plus probable.

Chez les enfants de plus de 2 ans et les adultes

N. meningitidis doit être considéré comme l'agent pathogène le plus probable – un traitement présomptif se justifie.

Ceftriaxone

Dose unique en tant que traitement présomptif.

Voie intramusculaire

Dose = 100 mg/kg (max 4 g)

2^e dose en l'absence d'amélioration au bout de 24 h

En l'absence d'amélioration au bout de 48 h, traiter pendant 5 jours ou transférer

ou

Chloramphenicol huileux

Dose unique en tant que traitement présomptif.

Voie intramusculaire

Dose = 100 mg/kg (max 3 g)

2^e dose en l'absence d'amélioration après 24 h

Note: Ces protocoles de traitement ne doivent être utilisés que dans les districts en épidémie

ESTIMATION DES BESOINS EN ANTIBIOTIQUES

FORMULE	EXEMPLE
Population totale dans le district	295 484
Taux d'attaque cumulé probable pendant la saison (d'après les épidémies antérieures)	150/100 000
Nombre estimé de cas pendant la saison : population X TA cumulé, moins le nombre de cas existants	$295\ 484 \times 150/100\ 000 = 443$ $443 \text{ moins } 56 = 387$
Plus 25 % supplémentaires de stock tampon	$387 \text{ plus } 97 = 484$
Antibiotiques nécessaires Pour la ceftriaxone (4 ampoules par traitement) ou Pour le chloramphénicol huileux (6 ampoules par traitement)	$484 \times 4 = 1936$ ampoules de ceftriaxone $484 \times 6 = 2904$ ampoules de chloramphénicol huileux
Plus eau pour les injections, aiguilles et seringues	

Sources d'information

International Coordination Group on Meningitis Vaccine Provision (ICG)

Formulaires de demande et lignes directrices

International Coordinating Group on Vaccine Provision for Epidemic Meningitis Control (ICG). Guidelines for applying to the emergency stockpile

http://www.who.int/csr/disease/meningococcal/ICG_guidelines_2008_02_09.pdf

Formulaire pour obtenir un soutien de l'ICG

<http://www.who.int/csr/disease/meningococcal/icg/en/index.html>

Annexes: Information épidémiologique et information biologique

<http://www.who.int/csr/disease/meningococcal/icg/en/index.html>

Surveillance

Procédures opérationnelles standard pour la surveillance renforcée de la méningite en Afrique. (OMS-AFRO, 2009)

http://www.meningvax.org/files/WHO_SOP_FR_2009.pdf

Détecter une épidémie de méningite à méningocoque dans les pays à forte endémicité en Afrique. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2000, 75 : 306–309.

<http://www.who.int/docstore/wer/pdf/2000/wer7538.pdf>

Traitement et soins

Prasad K, et al. Third generation cephalosporins versus conventional antibiotics for treating acute bacterial meningitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Issue 4. Art. No.: CD001832. DOI: 10.1002/14651858.CD001832.pub3

<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001832/frame.html>

Soins hospitaliers pédiatriques : prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789242546705_fre.pdf

Traitement normalisé de la méningite en Afrique en situation épidémique ou non épidémique. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (WHO/CDS/EPR/2007.3).

http://www.who.int/csr/resources/publications/meningitis/WHO_CDS_EPR_2007_3FR.pdf

WHO model formulary 2008. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. (pages 109 et 114).

http://www.who.int/entity/medicines/publications/essentialmedicines/Updated_sixteenth_adult_list_en.pdf

Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels. 16^e édition (révision mars 2009). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. (pages 5 et 6).

http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/LME_16_mars2009.pdf

Vaccination

Utilisation du vaccin polysaccharidique trivalent ACW pour le contrôle des épidémies de méningite à méningocoque dans les pays de la Ceinture africaine. Rapport d'une consultation informelle internationale. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

http://www.who.int/csr/resources/publications/meningitis/WHO_CDS_CSR_GAR_2003_14_FR/en/index.html

Ponction lombaire

Utilisation des kits de ponction lombaire pour la surveillance de la méningite épidémique: Un outil pédagogique pour une pratique sans risque et une gestion appropriée des échantillons.

WHO/CDS/EPR/2006.1

http://video.who.int/streaming/eprfilms/Lumbar_Puncture_Training_Film_fr.wmv

WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009.

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

Alerte et action au niveau mondial
www.who.int/csr



**Organisation
mondiale de la Santé**