

SURVEILLANCE

MÉNINGITES À MÉNINGOCOQUES ET MÉNINGOCOCCÉMIES EN 1994

S. TCHAKAMIAN*, I. CAPEK**

INTRODUCTION

En 1994, 365 cas de méningites à méningocoques ou de méningococcémies ont été déclarés par minitel à la Direction générale de la Santé. Parallèlement, le questionnaire détaillé de déclaration (fiche papier de déclaration obligatoire) a été adressé dans 311 cas (85 %). Parmi ces cas, 279 (90 %) correspondaient aux critères de déclaration : isolement de *Neisseria meningitidis* dans le L.C.R. et/ou dans le sang et/ou présence d'antigènes solubles de cette bactérie dans le L.C.R., le sang ou les urines.

32 cas ne correspondant pas à ces critères (absence d'isolement de *N. meningitidis*) ont été exclus de l'analyse. Ils se répartissent de la façon suivante :

- *Purpura fulminans* : 12 cas, de 5 mois à 18 ans, parmi lesquels on compte 4 décès et 1 cas de séquelles graves;
- syndrome méningé : 20 cas, dont certains avec éléments purpuriques; aucun décès n'a été signalé.

RÉPARTITION PAR SÉROGROUPE ET MODE DE CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC (tabl. 1)

La diminution du nombre de cas déclarés enregistrée de 1992 à 1993 semble se confirmer (368 cas correspondant aux critères de déclaration ont été déclarés en 1992, 348 en 1993 et 279 en 1994) [1].

Le sérotype B reste prédominant en France et représente plus de la moitié des cas (52,7 %). L'augmentation des cas imputables au sérotype C, qui semblait se dessiner en 1992, ne se confirme pas : en 1994, il est responsable de 22,6 % des cas.

Les sérotypes rares représentés cette année sont : Y (3 cas), A, X et 29E (1 cas chacun).

La recherche des antigènes solubles a été précisée dans 216 cas (77 %) et s'est révélée positive dans 70 cas (25 % de la totalité des cas déclarés). Par ailleurs, le diagnostic a été porté uniquement sur la positivité des antigènes solubles dans 3,6 % des cas (10 cas).

Tableau 1. - Répartition des cas par sérotype et par mode de confirmation du diagnostic

Sérotype	Isolement								Total	
	L.C.R.		L.C.R. et sang		Sang		AGS* seuls			
		%		%		%		%		%
A.....	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4
B.....	101	58,4	25	51,0	20	42,6	1	10,0	147	52,7
C.....	35	20,2	16	32,7	10	21,3	2	20,0	63	22,6
Y.....	1	0,6	1	2,0	1	2,1	0	0,0	3	1,1
Autres.....	4	2,3	0	0,0	2	4,3	3	30,0	9	3,2
Non groupés.....	32	18,5	6	12,2	14	29,8	4	40,0	56	20,1
Total.....	173	100,0	49	100,0	47	100,0	10	100,0	279	100,0

* Antigènes solubles.

VARIATIONS SAISONNIÈRES

La distribution mensuelle des cas montre une fréquence élevée pendant les 2 premiers trimestres de l'année, avec 2 pics (l'un en janvier et l'autre en mai), suivie d'une décroissance jusqu'en août, puis d'une remontée pro-

gressive. Pour le sérotype B, la distribution des cas suit cette tendance générale; pour le sérotype C, le phénomène est moins marqué et le pic de fréquence a lieu en mars.

VARIATIONS RÉGIONALES

L'incidence des infections à méningocoque et méningococcémies, calculée à partir des données minitel, est de 0,63 cas pour 100 000 habitants en 1994.

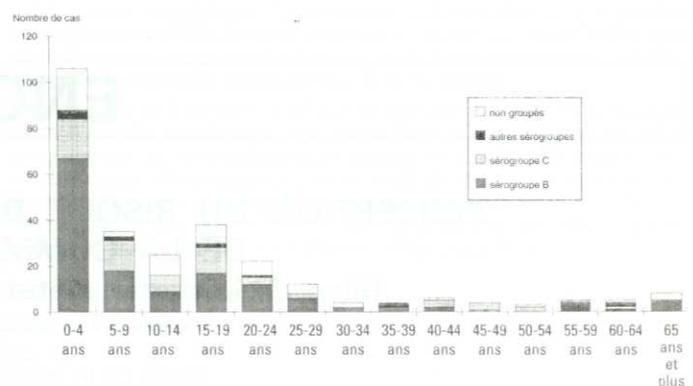
Mais, comme les années précédentes, une grande disparité régionale peut être notée. Les régions Languedoc - Roussillon et Nord - Pas-de-Calais restent parmi les plus touchées en 1994 avec des taux d'incidence supérieurs à 1 pour 100 000 habitants. Par contre, des régions comme la région Midi - Pyrénées (0,56) ou la région Champagne - Ardenne (0,15) voient leur taux d'incidence diminuer par rapport à l'année précédente, contrairement à la Corse (1,16) et la Basse-Normandie (0,92) où ce taux augmente. Par ailleurs, la répartition des cas dus au sérotype C n'est pas homogène : la région Rhône - Alpes regroupe 20,6 % des cas dus à ce sérotype en 1994.

RÉPARTITION PAR ÂGE ET PAR SEXE (fig. 1)

L'âge varie de 1 mois à 87 ans. Le nombre de cas est maximal durant la première année de vie; 50 % des cas surviennent avant l'âge de 9 ans et 75 % avant 20 ans. Le sérotype C est responsable de 37 cas de méningite chez les enfants de moins de 15 ans et est en cause dans près de 37 % des cas chez les enfants âgés de 5 à 9 ans.

Le sex ratio est de 1,16 (150 cas de sexe masculin et 129 de sexe féminin).

Figure 1. - Répartition par âge et par sérotype



ÉVOLUTION

Un *Purpura fulminans* (*purpura* extensif associé à un collapsus grave) est observé dans 23 % des cas.

Le taux de létalité (nombre de décès / nombre de malades) est de 10 %. Ce taux varie de façon significative selon la présence ou non d'un *Purpura fulminans* (33 % vs 3 %). Il semble plus important, mais non significativement, lorsque le sérotype C est en cause (14 %) et la létalité semble maximale chez les nourrissons et les adultes de plus de 25 ans (13,7 %).

* Interne de Santé publique, D.G.S.

** Médecin inspecteur de santé publique, D.G.S.

Des **séquelles** ont été signalées chez 14 malades et précisées chez 13 d'entre eux : séquelles neurologiques (6 cas), surdité (4 cas), nécroses cutanées ou amputations (3 cas).

La **durée d'hospitalisation** en service de court séjour varie selon l'évolution : la durée médiane est de 1 jour en cas de décès, 9 jours en cas de guérison et 13 jours en cas de séquelles. La moyenne pour l'ensemble des cas est de 9 jours.

63,2 % des décès sont survenus dans les 24 premières heures; 89,5 % dans les 48 heures.

PRÉVENTION DANS L'ENTOURAGE DU CAS

Entourage familial

Une chimioprophylaxie a été prescrite à l'entourage familial dans 90 % des cas (1 014 personnes). La prescription ou non de cette chimioprophylaxie ne dépend ni de l'âge ni du sérogroupe en cause. En ce qui concerne la vaccination, elle a été effectuée dans près de la moitié des cas lorsque le sérogroupe en cause était de type C et a concerné 193 personnes.

En collectivité

L'indication d'une prophylaxie en collectivité, lorsqu'elle est connue (41,6 % des cas), concerne le plus souvent le milieu scolaire (60 %) et l'hôpital (28 %). Une chimioprophylaxie en milieu collectif a été prescrite dans 97,4 % des cas (3 261 personnes). Une vaccination a été pratiqu e dans 31,3 % des cas dus aux sérogroupe A ou C (1 651 personnes).

Antibiotiques utilisés

Les recommandations de la circulaire du 5 février 1990 [2] sont mieux respectées en ce qui concerne l'antibiotique à employer dans la prophylaxie des infections à méningocoques : l'utilisation de la rifampicine a connu une augmentation très importante au détriment de la spiramycine, et, en 1994, en milieu familial comme en collectivité, la rifampicine a été l'antibiotique le plus utilisé (90 % vs 3,4 %).

Toutefois, malgré son inefficacité   éliminer le portage rhinopharyngé, une céphalosporine a été prescrite lors d'un cas d  au sérogroupe C, à une famille ainsi qu'à 20 personnes d'une collectivité.

Cas groupés

6 foyers ont été identifiés en 1994. Aucun cas coprimaire (c'est-à-dire appar  à moins de 24 heures d'intervalle) n'a été notifié. Parmi ces foyers, 3 sont survenus en milieu scolaire. 9 cas secondaires ont été identifiés : le sérogroupe B est responsable de 7 cas (dont un foyer en milieu scolaire ayant touché 4 personnes), le sérogroupe C de 2 cas.

Rappelons que de nombreux cas secondaires restent ignorés parce qu'ils ne sont pas recherchés par le médecin déclarant ou qu'ils passent inaperçus, survenant en dehors de l'entourage immédiat ou à distance du cas index.

Commentaires

La tendance à la baisse enregistrée depuis 1992 semble se confirmer : l'incidence des infections à méningocoques déclarées en France par minitel est passée de 0,77 cas pour 100 000 habitants en 1992 à 0,63 cas pour 100 000 habitants en 1994. Parallèlement à la déclaration obligatoire, le réseau Epibac (Réseau national de laboratoires) confirme cette diminution puisqu'il enregistre une baisse de l'incidence estimée des infections invasives à *Neisseria meningitidis*, qui est passée de 1,1 cas pour 100 000 habitants en 1987 à 0,7 cas en 1993. Mais il faut être prudent quant à l'interprétation des résultats du fait de la qualité de la déclaration obligatoire et des faibles effectifs qui peuvent être très sensibles à des variations aléatoires. En effet, le taux d'exhaustivité de la déclaration des méningites à méningocoques et des méningococcémies a été estimé à 51 % en 1989/1990 [3] et à 56 % en 1991/1992 (données non publiées) par la méthode capture-recapture. De plus, ce taux est variable selon l'âge des sujets (il diminue lorsque l'âge augmente), l'évolution (il est plus élevé en cas de décès) et le sérogroupe isolé (meilleur avec le sérogroupe C). Enfin, ce taux subit encore de fortes variations géographiques et varie de 10 à 100 % selon la région considérée.

Depuis 10 ans, le taux de létalité reste stable autour de 10 %, et en 1994, 28 décès ont été signalés par la déclaration obligatoire. Ce taux est voisin de celui retrouvé dans d'autres pays européens : 9 % en Suisse pour la période 1988/1994 [4], 10,1 % au Royaume-Uni en 1995 [5].

La prophylaxie en milieu familial a diminué par rapport à 1993 mais reste élevée (90 % en 1994 contre 97 % en 1993). Par contre, la prophylaxie en milieu collectif s'est considérablement améliorée puisqu'en 1994 elle concernait presque la totalité des déclarations. Mais la pratique de la vaccination lors des cas dus aux sérogroupe A ou C doit être encore améliorée; elle n'est effectuée que dans près des deux tiers des cas lorsque ces sérogroupe sont en cause.

Enfin, il faut rappeler que le signalement des cas doit être effectué très rapidement par téléphone au médecin inspecteur de la D.D.A.S.S. pour que la prophylaxie ait lieu en temps utile, c'est-à-dire dans la semaine qui suit le cas index.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] I. CAPEK, J. SALOMON. – Méningites à méningocoques et méningococcémies en 1993. – *B.E.H.*, 1994; 33 : 152-53.
- [2] Circulaire DGS/PGE/1 C du 5 février 1990. – Prophylaxie des infections à méningocoque. – *B.E.H.*, 1990; 7 : 25-27.
- [3] B. HUBERT, J.-C. DESENCLOS. –  valuation de l'exhaustivité et de la représentativité d'un système de surveillance par la méthode capture-recapture. Application à la surveillance des infections à méningocoques en France en 1989 et 1990. – *Rev.  pid m. et Santé publ.*, 1993; 41 : 241-49.
- [4] Office fédéral de la Santé publique. – Maladies méningococciques invasives en Suisse 1988-1994. – *Bull. OFSP*, 1995; 50 : 5-11.
- [5] C.D.S.C. – Meningococcal disease in England and Wales, 1990 to 1995. – *CDR weekly*, 1996; 6 (3) : 23.

ENQUÊTE

PERCEPTION DU RISQUE DU SIDA ET ACCÈS AUX SOINS DE LA COMMUNAUTÉ SOURDE

Bilan de la partie «  tat des lieux » épidémiologique

(Dans le cadre d'une recherche financée par l'ANRS et ECS)

D^r JEAN DAGRON,
service du Pr. Herson, hôpital de la Salp tri re

INTRODUCTION

La population concernée par cette recherche sur « la perception du risque du sida et l'accès aux soins de la communauté sourde » n'inclut pas toutes les personnes ayant des problèmes d'audition.

Les malentendants ou les devenus sourds ne sont pas compris dans l'objet de cette recherche, non pas parce qu'ils ont une perte auditive modérée ou acquise à l'âge adulte, mais parce qu'ils se reconnaissent comme membres de la société majoritaire entendante. La prévention et l'organisation des soins n'en est pas différente, même si des difficultés de communication sont à surmonter.

L'objet de cette recherche est l'épidémie du sida parmi les sourds qui privilégient la communication gestuelle. Ils sont probablement un peu moins de 100 000 en France et constituent une population très diverse. Certains se déclarent « fiers d'être sourds ». Non pas évidemment parce qu'ils n'entendent pas, le degré de perte auditive (le plus souvent une surdité profonde depuis les premières années de la vie) n'est pas chez eux une préoccupation majeure; mais parce que, face à un monde hostile qu'ils ont à affronter, ils ont su développer la lsf (la langue des signes française) et des formes de solidarité avec un certain nombre de références historiques, de valeurs et d'habitudes spécifiques. D'autres se sentent marginalisés. Ils