

Point sur les infections à méningocoques à Mayotte

Point épidémiologique - N° 54 au 14 novembre 2011

| CONTEXTE |

Les méningocoques (*Neisseria meningitidis*) constituent des causes majeures de méningites aiguës. Ils se transmettent par contact étroit (moins d'un mètre), direct et prolongé (plus d'une heure) avec les sécrétions naso-pharyngées. En 2008, l'incidence annuelle des infections à méningocoque en France métropolitaine était de 1,2 cas pour 100 000 habitants. Les sérogroupes A, B, C, Y et W135 sont à l'origine de 99% des cas d'infection invasive.

Un cas d'infection invasive à méningocoque (IMM) est défini par la présence de *Neisseria meningitidis* dans le liquide céphalo-rachidien (culture, PCR ou examen direct) ou un LCR évocateur de méningite bactérienne associé à un purpura cutané ou à la présence d'antigènes solubles méningococciques (dans le LCR, le sang ou les urines).

Les infections à méningocoques sont à déclaration obligatoire et doivent être notifiées sans délai (dès la suspicion) à l'Agence de santé océan Indien (ARS-OI). La notification permet de mettre en œuvre des mesures pour prévenir l'apparition de cas secondaires parmi les contacts proches du patient.

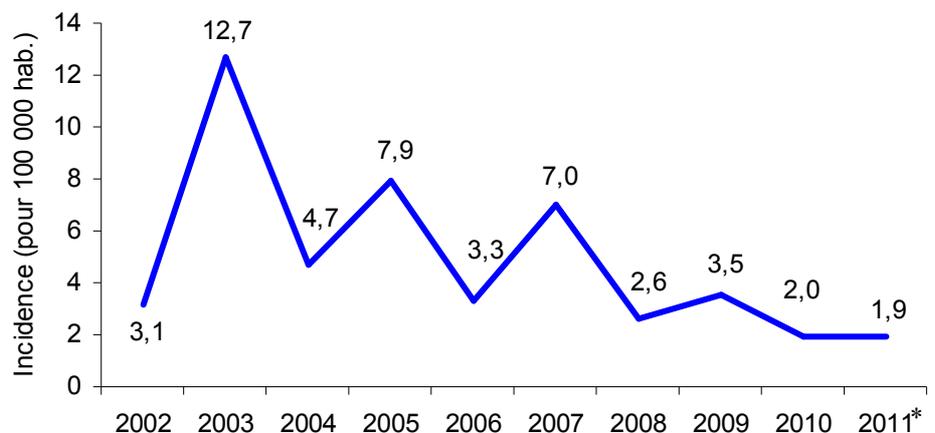
A Mayotte, le diagnostic de méningite à méningocoques est réalisé par le laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM). Les souches de méningocoques isolées sont envoyées au Centre National de Référence des Méningocoques (CNRM) pour confirmation et sérotypage.

| RESULTATS |

| Incidence (2007-2011) |

De 2007 à 2011, 33 cas de méningite à méningocoques ont été notifiés à Mayotte, avec une moyenne de 7 cas par an (minimum 4 et maximum 13 cas par an). L'incidence annuelle était de 3,6 cas par 100 000 habitants, 3 fois supérieure à l'incidence annuelle en France métropolitaine. Globalement, l'incidence tend à la baisse au cours des 10 dernières années (Figure 1).

| Figure 1 | Incidence annuelle des infections invasives à méningocoques, Mayotte, 2002-2011



* Données incomplètes

Au cours des 5 dernières années (2007-2011), 94% des méningocoques appartenaient au séro groupe B, pour lequel il n'y a pas de vaccin. Deux cas seulement (6 %) étaient du séro groupe YW135. Aucune méningite par méningocoque de type C n'a été identifiée sur l'île au cours de cette période.

Parmi les souches typées du séro groupe B, le sérotype 4:P1-4 représente le sérotype le plus fréquent (35%).

Incidence d'infections invasives à méningocoques élevée à Mayotte

Quatre cas recensés en 2011, dont 1 décès chez un enfant de 9 ans

Directeur de la publication :
Dr Françoise Weber, Directrice Générale de l'InVS

Rédacteur en chef :
Laurent Filleul, Responsable de la Cire océan Indien

Comité de rédaction :
Cire océan Indien

Diffusion
Cire océan Indien
2 bis, Av. G. Brassens
97400 Saint Denis La Réunion
Tél. : 262 (0)2 62 93 94 24
Fax : 262 (0)2 62 93 94 57
<http://www.invs.sante.fr>

Contacts à Mayotte :
Tinne Lernout
tinne.lernout@ars.sante.fr
Tél : 02 69 61 83 43
Lydéric Aubert
lyderic.aubert@ars.sante.fr
Tél : 02 69 61 83 14

Si vous souhaitez faire partie de la liste de diffusion des points épidémiologiques, envoyez un mail à ARS-OI-CIRE@ars.sante.fr

Description des cas (2007-2011)

De 2007 à 2011, les 33 personnes atteintes d'une infection invasive à méningocoques étaient âgées de 3 mois à 48 ans. Les enfants de moins de 1 an sont les plus vulnérables (Tableau 1).

Le sexe féminin représente 61% des cas.

Tableau 1 | Répartition des cas d'IIM par classe d'âge, Mayotte, 2007-2011

Classe d'âge	Nombre de cas 2007-2011	Incidence annuelle /100 000
<1	6	15,0
1-4	10	8,6
5-14	11	4,1
≥15	6	1,1

Au cours des 5 dernières années, au moins quatre enfants de 4 à 9 ans sont décédés suite à une infection à méningocoques (taux de létalité de 12%). Quatre autres enfants ont nécessité une hospitalisation au service de réanimation et un cinquième a été transféré à la Réunion.

La majorité des cas (84%) habite les communes de Mamoudzou et Koungou, avec une concentration particulière dans les villages de Kawéni (7 cas), Vahibé (6 cas) et Majicavo (4 cas).

Aucun regroupement de cas n'a été identifié au cours de cette période.

En moyenne 12 personnes contacts nécessitant des mesures prophylactiques ont été identifiés autour des personnes malades, avec au minimum 2 et au maximum 41 personnes.

CONCLUSION

Malgré une tendance générale à la baisse, l'incidence annuelle des infections à méningocoques à Mayotte reste élevée et supérieure à celle observée ailleurs en France. Cette pathologie présente toujours un taux de létalité important. La mise en place d'une antibioprofylaxie rapide autour des cas dès leur signalement à l'ARS permet d'éviter l'apparition de foyers de cas.

RECOMMANDATIONS

Conformément à la circulaire ministérielle du 27 janvier 2011, la mise en place d'une antibioprofylaxie est recommandée chez les sujets ayant été en contact direct (moins de 1 mètre) et de façon prolongée (plus d'une heure) et répétée avec les sécrétions naso-pharyngées d'un cas d'infection invasive à méningocoques dans les 10 jours précédant le début des signes.

Dans le cas de méningites à méningocoques du sérotype A, C, Y ou W135, une vaccination sera éventuellement conseillée à l'entourage proche parallèlement à l'antibioprofylaxie.

Pour en savoir plus : Guide pratique sur la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas d'infection invasive à méningocoques.

<http://www.invs.sante.fr/surveillance/iim/>

[annexe_instruction_dgs_n33__27_01_2011_prophylaxie_iim.pdf](#)

La [fiche de déclaration obligatoire](#) est téléchargeable à l'adresse suivante:

https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12201.do

Un évènement sanitaire inhabituel ?

N'hésitez pas à signaler à la Plateforme de veille et d'urgences sanitaires de l'ARS océan Indien tout évènement sanitaire qui vous semblerait inhabituel.

Tel: 02 69 61 83 20

Fax: 02 62 61 83 21

Courriel: ars-oi-cvags-mayotte@ars.sante.fr

REMERCIEMENTS

Ce point est réalisé à partir des déclarations faites par les médecins et le laboratoire du CHM, que nous remercions pour les notifications. L'investigation et la gestion des cas est réalisée par A. Achirafi de l'ARS-OI.