



Méningite à *Neisseria meningitidis* W135

Neisseria meningitidis W135

التهاب السحايا من النيسرية السحائية

Y. Sekhsokh, M. Zerhouni, A. Agader, K Ez-zahraoui, A. Maleb, M. Slaoui, M. Chadli, SA. Elhamzaoui

Introduction

La méningite à méningocoque ou à *Neisseria meningitidis* communément désignée sous le nom de méningite cérébro-spinale est la seule méningite bactérienne susceptible de provoquer des épidémies. Elle demeure en Afrique un problème de santé publique en raison des taux de morbidité et de létalité qui restent non négligeables, du fait d'un environnement géographique et d'un contexte socioéconomique défavorables [1].

Ont été décrit 13 sérogroupes de *N meningitidis* dont les plus fréquents sont les sérogroupes: A, B, C, W135, X et Y; les autres plus rarement sont isolés [2]. Le séro groupe W135 a été mentionné pour la première fois dans la région africaine en 1981-1982 au Niger, puis quelques années plus tard en Gambie. Nous rapportons un cas de *N meningitidis* séro groupe W135, isolé au laboratoire de microbiologie.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 15 ans, droitère, sans antécédents, admise pour confusion le 20 août 2008 aux urgences. Le début de la symptomatologie remonte au 10 août 2008 par l'apparition d'un syndrome fébrile, otalgies et dysphagie avec installation d'une altération de l'état de conscience avec apparition de vomissement, ce qui a motivé une consultation et sa mise sous un traitement injectable non précisé. L'examen en urgence avait trouvé une patiente confuse, nuque raide fébrile à 39°C, avec absence de lé-

sions cutanées. Le reste de l'examen somatique était sans particularités. Une tomодensitométrie encéphalique avait montré un œdème cérébral diffus. Le bilan biologique pratiqué comprenait une numération formule sanguine avec une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles (31 000/mm³). La radiographie du thorax était sans anomalie. La ponction lombaire avait montré un liquide trouble avec 9600 de leucocytes par mm³, à prédominance polynucléaires neutrophiles (88%), une protéinorachie à 4,62g/l, une glycorrachie à 2 mmol/l pour une glycémie veineuse à 8 mmol/l. L'examen direct après coloration de Gram a montré des cocci à Gram négatif en diplocoque. La confirmation biologique (séro groupe capsulaire) a été faite selon la technique d'agglutination sur lame (Pastorex meningitidis, Biorad) en utilisant des immuns sérums A, B, C et Y/W135. Cette méthode de confirmation biologique a permis d'identifier un double séro groupe capsulaire Y/W135. Le liquide céphalo rachidien cultivé sur 2 milieux : une gélose tripcase soja additionné de 5% de sang de cheval et une gélose chocolat enrichie par un complexe polyvitaminique. Après 24 heures d'incubation à 37 °C en atmosphère enrichie en CO₂, on observait sur ces deux géloses, des colonies de 1 à 3 mm de diamètre, non hémolytiques, arrondies, grises et lisses en culture pure, et abondante. L'oxydase et la catalase étaient positives. L'étude de la sensibilité aux antibiotiques de *N. meningitidis* établie selon la méthode de diffusion en milieu gélosé, puis interprété selon les normes du comité de l'antibiogramme de la Société Française de Microbiologie (CA-SFM), a relevé que la souche est sensible ; aux aminopénicillines, aux céphalosporines de troisième

Tiré à part : Y. Sekhsokh : Service de bactériologie, hôpital militaire d'instruction Mohammed-V, Rabat, Maroc.

génération, aux quinolones, à la rifampicine et au chloramphénicol. L'enquête épidémiologique n'a pas retrouvé dans l'entourage immédiat de la famille, de portage de *N meningitidis*.

La patiente a été mise sous une céphalosporine de troisième Génération (Ceftriaxone) à la dose de 2g toutes les 8 heures en IV pendant 16 jours associé au dexamétasone 6mg/j pendant 4 jours. Une ponction lombaire de contrôle réalisée au 16ème jour montra une bonne évolution biologique avec absence de leucocyte et une protéinotachie à 0,28g/l.2.

Discussion

La méningococcie épidémique, dont la forme méningitique est la plus commune, est présente partout dans le

monde mais elle pèse d'un poids particulier en Afrique [4]. Les plus grandes épidémies surviennent principalement dans la zone semi-aride de l'Afrique sub-saharienne, désignée sous le nom de "Ceinture Africaine de la méningite". Cette dernière, décrite par Lapeyssonnie en 1962 et révisée par la suite, s'étend de l'Ethiopie à l'Est au Sénégal à l'Ouest [5]. Ces épidémies surviennent durant la saison sèche entre les mois de novembre et avril, du fait de la conjonction de facteurs favorisants désormais bien identifiés mais qui ne permettent toutefois aucune prédiction de survenue [4].

Références

1. Astruc J. Mortalité et morbidité des méningites bactériennes de l'enfant. *Med Mal Infect* 1996 ; 26 : 985-988.
2. Avril JL, Dabernat H, Denis F, Monteil H. Bactériologie Clinique Ellipses, Paris 2000 3ème édition.
3. OMS. Emergence de la méningococcie W135. Rapport d'une consultation de l'OMS ; Genève 17-18 Septembre 2001. WDC/CSR/GAR/2002.1
4. Bertherat E, Yada A, Djingarey MH, Koumare B. Première épidémie de grande ampleur provoquée par *Neisseria meningitidis* W 135 en Afrique. *Med Trop* 2002 ; 62: 301-304.
5. Apicella M A. Extrameningeal complications of *Neisseria meningitidis* serogroup W135. *Infection. Clinical Infectious Diseases* 2000 ; 38 : 1638-1639.