

# SYNTHESE

## LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE DANS LES ETATS MEMBRES DE L'O.C.C.G.E.

CHIPPAUX J.-P.(1), CAMPAGNE G.(1) et DJIBO S.(1)

### RESUMÉ

Les auteurs présentent la situation épidémiologique actuelle de l'endémie méningococcique à *Neisseria meningitidis* en Afrique inter tropicale, en particulier dans les pays de l'O.C.C.G.E. La diffusion de *N. meningitidis* A:4:1.9 clone III-1 correspond à une extension significative de la zone d'endémie et à une modification sensible des caractères épidémiologiques. Les auteurs rappellent brièvement la conduite à tenir en cas d'épidémie.

MOTS CLES: Afrique - Méningites - Neisseria - OCCGE - Vaccination

### SUMMARY

Authors review the present epidemiological situation of meningitis due to *Neisseria meningitidis* in Africa specially in O.C.C.G.E. countries. Spread of *N. meningitidis* A:4:1.9 sub-group III-1 links to significant extension of endemic area and plain epidemiological character changes. Authors deal shortly management of meningitis outbreak.

KEY WORDS: Africa - Immunization - Meningitis - Neisseria - OCCGE

Fonds Documentaire IRD

Cote : Bx 26100 Ex : unique

1. CERMES, B.P. 10887, Niamey, Niger

Note de la Rédaction : Cette synthèse a été finalisée avant l'acmé de la poussée 1996, notamment au Nigéria et au Burkina.



### INTRODUCTION

Les méningites cérébro-spinales dues au méningocoque (*Neisseria meningitidis*) sont cosmopolites et sévissent sur un mode endémo-épidémique en région tropicale. En Afrique notamment, elles sont responsables d'un grand nombre de décès. Malgré l'existence d'un vaccin efficace depuis les années 70, les méningites cérébro-spinales continuent à faire des ravages dans la plupart des pays de la ceinture de la méningite de LAPEYSSONNIE. Tous les pays membres de l'O.C.C.G.E. sont concernés, à des degrés divers, par ce grave problème de santé publique.

### EPIDEMIOLOGIE.

Les caractéristiques épidémiologiques des méningites cérébro-spinales ont été décrites par LAPEYSSONNIE en 1963. La zone concernée s'étend entre les isohyètes 300 et 1100 mm de pluies annuelles (8ème et 16ème degré de latitude Nord). Les épidémies surviennent en saison sèche entre janvier et mai avec une périodicité d'une dizaine d'années. La population à risque est constituée essentiellement des enfants de 6 mois à 20 ans, même si les adultes ne sont pas épargnés par le méningocoque. Les méningocoques font partie de la flore du rhino-pharynx de certains sujets qui assurent le portage et la dissémination du germe autour d'eux par l'intermédiaire des gouttelettes de PFLÜGGE. La promiscuité favorise la contamination inter humaine. L'irritation des muqueuses semble être un facteur favorable à l'infection respiratoire puis au passage du germe dans la circulation sanguine et enfin vers les méninges. La virulence spécifique de la souche et l'état immunitaire du sujet (contact antérieur avec un méningocoque de même sérotype ou vaccination) constituent des facteurs essentiels à la progression de l'infection.

Le sérotype A est prédominant en Afrique et les souches appartenant à ce sérotype sont à l'origine des principales épidémies observées dans cette région du monde (CAUGANT, 1994). Les méningocoques du sérotype C sont endémiques en Afrique. Ils peuvent être également responsables d'épidémies importantes comme celles du Niger en 1977-78 qui a provoqué 13076 cas et 1042 décès puis en 1978-79 et qui s'est ensuite étendue au Burkina Faso et au Mali en 1979-80 (OMS a). Le sérotype B est, en principe absent de l'Afrique quoique quelques souches aient été isolées ici et là, notamment au Nigéria et au Niger. Enfin, d'autres sérotypes existent: Y, W135, X, 29E, par exemple (OMS a). Ils sont exceptionnellement responsables d'épidémies qui sont, en règle, circonscrites.

Depuis quelques années, on assiste à une évolution du profil épidémiologique classique. La diffusion du méningocoque A:4:P1.9 clone III-1 pourrait être à l'origine de cette évolution. Cette souche particulièrement épidémiogène a fait son apparition en Chine en 1966, lors d'une épidémie particulièrement sévère. Après quelques années de relatif silence, en dehors d'une épidémie importante en Finlande en 1973 et de la célèbre épidémie du Brésil en 1974, le clone III-1 a de nouveau émergé en 1980

en Chine puis au Népal. Il a progressivement envahi l'Asie pour atteindre La Mecque en 1987 (CAUGANT, 1994). De là, transportée par les pèlerins, la souche a diffusé dans un grand nombre de pays, provoquant une épidémie dans certains d'entre eux (figure 1). D'autres facteurs, climatiques et sociaux notamment, ont vraisemblablement contribué à ces changements. L'extension vers le sud de la zone à risque épidémique, parfois même en région humide et forestière, est l'une des caractéristiques les plus notables. L'augmentation significative du nombre d'adultes touchés par les épidémies de méningite est également un phénomène récent, lié au clone III-1 (SPIEGEL et al., 1994).

Tous les pays membres de l'O.C.C.G.E. sont compris, en totalité ou en partie, dans la ceinture de la méningite de LAPEYSSONNIE (tableau I). Celle-ci correspond en pratique à l'ensemble de la zone couvrant la savane sèche et le Sahel. La population à risque peut donc être estimée à une quarantaine de millions de personnes dont vingt millions d'enfants ou d'adolescents qui sont plus particulièrement exposés.

investigations épidémiologiques devraient permettre d'anticiper les risques d'épidémie et de prévoir leur diffusion afin d'envisager une réelle prévention de la méningite cérébro-spinale dans les régions à haut risque (MARTET et al., 1994).

Les pays membres de l'O.C.C.G.E. ont adopté un système de surveillance épidémiologique similaire, basé essentiellement sur les recommandations de l'O.M.S. (OMS b). La surveillance comprend deux étapes. La détection précoce de l'épidémie est la clé de voûte du système. Elle est fondée sur un seuil hebdomadaire de 15 cas pour 100.000 habitants observés deux semaines consécutives. La seconde étape est la confirmation par le laboratoire du germe en cause, de l'identification du sérotype s'il s'agit de *N. meningitidis* et de la sensibilité de la souche aux antibiotiques. Ces informations doivent permettre aux Autorités Sanitaires de prendre toutes les dispositions pour lutter contre l'épidémie. La poursuite de la surveillance tout au long de l'épidémie est essentielle: cela permet de préciser les stratégies de lutte, d'apporter les rectifications nécessaires et de documenter les circonstances et le



