



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

AVIS DU CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE

SECTION MALADIES TRANSMISSIBLES

Relatif à la conduite à tenir immédiate en cas de suspicion clinique de *purpura fulminans*

(Séance du 22 septembre 2006)

Considérant :

- Qu'en France, une trentaine de décès est dénombrée chaque année par infection méningococcique et que la létalité de cette affection ne diminue plus depuis plusieurs années ;
- Que 2 études, certes de méthodologie discutable, ont montré qu'en cas de suspicion clinique d'infection méningococcique invasive, la mise en œuvre immédiate d'une antibiothérapie parentérale adaptée au méningocoque, au domicile du malade et sans attendre la réalisation de prélèvements, était de nature à réduire la létalité liée à certaines formes d'infections méningococciques invasives ;
- Que l'antibiothérapie parentérale immédiate en cas de suspicion d'infection méningococcique invasive doit cependant être réservée à des situations cliniques bien définies pour lesquelles le bénéfice qu'on peut en attendre est supérieur aux risques de décapiter une infection, qu'elle soit méningococcique ou d'une autre origine bactérienne, et de favoriser l'émergence et la diffusion de la résistance bactérienne aux antibiotiques ;
- Que dans la situation du *purpura fulminans* le pronostic est favorablement influencé par une reconnaissance précoce du diagnostic et un traitement rapide comportant notamment une antibiothérapie, mesure pouvant être réalisée par tout médecin dès le domicile, et une correction énergétique du choc ;

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles, recommande en cas de suspicion clinique de *purpura fulminans* la conduite immédiate à tenir suivante:

En dehors du milieu hospitalier, tout malade présentant des signes infectieux et à l'examen clinique, lorsqu'il a été totalement dénudé, un *purpura* ne s'effaçant pas à la vitropression et dont les éléments s'étendent rapidement en taille et en nombre, avec au moins un élément nécrotique ou ecchymotique de plus de trois millimètres de diamètre, doit immédiatement recevoir une première dose d'un traitement antibiotique approprié aux infections à

méningocoques, administrée si possible par voie intraveineuse, sinon par voie intramusculaire, et ce quel que soit son état hémodynamique.

Il est recommandé d'utiliser :

- soit la ceftriaxone

* par voie intraveineuse en utilisant une forme appropriée (sans lidocaïne) ou par voie intramusculaire

* à la posologie de : 50 à 100 mg/kg chez le nourrisson et l'enfant sans dépasser 1 g
1 à 2 g chez l'adulte

- soit le céfotaxime

* par voie intraveineuse en utilisant une forme appropriée (sans lidocaïne) ou par voie intramusculaire

* à la posologie de : 50 mg/kg chez le nourrisson et l'enfant sans dépasser 1 g
1 g chez l'adulte

- ou à défaut l'amoxicilline

* par voie intraveineuse ou par voie intramusculaire

*à la posologie de : 25 mg/kg ou 50 mg/kg (selon la voie d'administration) chez le nourrisson et l'enfant, sans dépasser 1 g
1 g chez l'adulte

dose à répéter dans les 2 heures qui suivent cette première administration.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section maladies transmissibles, insiste sur le fait que le malade doit être transféré d'urgence à l'hôpital en privilégiant les établissements dotés d'un service de réanimation adapté à l'âge du malade. L'intervention d'une équipe médicalisée expérimentée (SMUR) est justifiée sous réserve que son délai d'intervention soit inférieur à 20 minutes. Dans tous les cas, les urgences de l'hôpital doivent être alertées de l'arrivée d'un cas suspect de *purpura fulminans*, afin que son accueil puisse être préparé.

CET AVIS NE PEUT ETRE DIFFUSE QUE DANS SON INTEGRALITE SANS SUPPRESSION NI AJOUT

Références

- Cartwright K, Reilly S, White D, Stuart J. Early treatment with parentera penicillin in meningococcal disease. *Br Med J* 1992; 305: 143-7
- Strang JR, Pugh EJ. meningococcal infections: reducing the case fatality rate by giving penicillin before admission to hospital. *Br Med J* 1992; 305: 141-3
- Sorensen HT, Nielsen GL, Schonheyder HC, Steffensen FH, Hansen I, Sabroe S et al. Outcome of pre-hospital treatment of meningococcal disease. *J Clin epidemiol* 1998; 51: 717-21.
- Anthony Harnden, Nelly Ninis, Matthew Thompson, Rafael Perera, Michael Levin, David Mant and Richard Mayon-White Parenteral penicillin for children with meningococcal disease before hospital admission: case-control study *BMJ* 2006;332;1295-1298