

## HIB (INFECTION INVASIVE À)

L'infection invasive à Hib est une **MADO**.

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

#### Définition

*Hæmophilus influenzae* est une bactérie. Il existe 2 types d'*Hæmophilus influenzae* :

- Les typables, ou encapsulés, dont Hib.
- Les non typables, ou non encapsulés.

L'infection invasive à Hib est causée par un *Hæmophilus influenzae* ayant un facteur de virulence important. Les infections invasives causées par Hib sont les suivantes : la méningite, l'épiglottite, la bactériémie, la cellulite, l'arthrite septique et la pneumonie.

Les autres *Hæmophilus influenzae* typables peuvent causer des infections qui ressemblent à celles causées par Hib.

Les *Hæmophilus influenzae* non typables causent surtout des infections respiratoires (otite moyenne, sinusite, pneumonie, conjonctivite).

#### Épidémiologie

Au Québec, le programme de vaccination des nourrissons a débuté en 1992.

Avant l'instauration du programme de vaccination, les taux de portage asymptomatique dans les pays industrialisés étaient de 3 à 5 % chez les enfants d'âge préscolaire en bonne santé. Hib était responsable de 95 % des infections invasives à *Hæmophilus influenzae*. Les enfants âgés de moins de 5 ans étaient les plus touchés, avec 1 enfant sur 200 souffrant d'une infection invasive avant l'âge de 5 ans. Hib était, à ce moment, la cause la plus fréquente de méningite bactérienne.

Depuis l'implantation du programme de vaccination, le nombre annuel de cas d'infection invasive à Hib au Canada a nettement diminué et est passé d'une moyenne de 385 cas de 1981 à 1985 à une moyenne de 31 cas de 2006 à 2012. Les études ont démontré que les taux de portage asymptomatique avaient eux aussi diminué, passant d'environ 5 % à près de 0 %.

La majorité des cas pédiatriques sont des enfants non immunisés, trop jeunes pour avoir commencé leur vaccination ou encore souffrant d'immunodéficience ou d'une autre maladie chronique. Les études démontrent que les enfants fréquentant un service de garde courent un risque plus élevé de contracter une infection invasive à Hib.

Le risque d'infection invasive causée par Hib est plus grand pour les personnes qui présentent un mauvais fonctionnement de la rate (ex. : anémie falciforme, asplénie) ou un déficit immunitaire et pour celles qui ont reçu un implant cochléaire.

### Tableau clinique

Les manifestations cliniques varient selon le site atteint et sont généralement accompagnées de fièvre.

Pour la **méningite**, les manifestations cliniques sont céphalées importantes, raideur de la nuque, nausées, vomissements. Il s'agit de la présentation clinique la plus grave. La méningite à Hib est responsable de séquelles neurologiques et de mortalité.

Dans le cas de la **bactériémie**, *Hæmophilus influenzae* est présent dans le sang. La bactériémie peut s'accompagner ou non d'une autre atteinte comme la méningite.

Pour l'**épiglottite**, les manifestations cliniques sont une difficulté marquée à avaler avec hypersalivation et une difficulté respiratoire survenant rapidement.

La **cellulite** se manifeste par de la rougeur, de la douleur et de la chaleur au niveau du tissu cutané. La cellulite périorbitaire est une infection des paupières et des tissus adjacents. La bactériémie est associée à la cellulite périorbitaire dans 80 % des cas.

L'**arthrite septique** se manifeste par de la rougeur, de la douleur, de la chaleur et un gonflement d'une articulation.

Pour la **pneumonie**, les manifestations cliniques sont la toux et la douleur thoracique. La pneumonie à Hib ne se distingue pas des pneumonies causées par d'autres bactéries ou virus.

### Complications

La méningite à Hib est la présentation clinique la plus grave. Le décès survient dans 3 à 5 % des cas. De 20 à 45 % des survivants ont des séquelles neurologiques, notamment la surdité et la déficience intellectuelle.

### Durée de la maladie

La durée de l'infection invasive à Hib est variable.

### Modes de transmission

La transmission se fait par contact avec des sécrétions respiratoires (forte concentration) ou de la salive (faible concentration) :

- Par contact direct.
- Par projection de gouttelettes.

Hib ne survit pas facilement dans l'environnement ni sur les surfaces inanimées.

Pour plus de détails, voir le [chapitre 2](#).

### Période d'incubation

La période d'incubation est inconnue.

### Période de contagiosité

La période de contagiosité dure aussi longtemps que la bactérie est présente dans les voies respiratoires.

### Réceptivité

Toute personne est susceptible de faire une infection à Hib.

Pour savoir si une personne est bien vaccinée contre Hib, voir la section [Calendriers de vaccination](#) du PIQ.

### Immunité

L'infection invasive à Hib ne confère pas nécessairement l'immunité, et la personne doit compléter sa vaccination. Un vaccin existe et est inclus dans le Programme québécois d'immunisation. Ce vaccin est offert aux enfants de moins de 5 ans ainsi qu'aux personnes de tous âges qui présentent un ou des facteurs de risque. Le vaccin confère une protection supérieure à 95 % contre les infections invasives à Hib. Pour plus d'information, voir la section correspondante dans le [PIQ](#).

### Méthodes diagnostiques

— Tableau clinique.

— Laboratoire : analyse de sang, de LCR et d'autres liquides biologiques.

### Traitement

#### ◆ Spécifique

Antibiotique par voie parentérale.

#### ◆ Chimio prophylaxie

La chimio prophylaxie est indiquée si le sujet n'a pas été traité avec un antibiotique éradiquant le portage.

Dans la majorité des cas, le traitement est fait avec un antibiotique éradiquant le portage, et la chimio prophylaxie n'est pas nécessaire.

#### ◆ Vaccination

Compléter la vaccination contre Hib au besoin.

#### ◆ De soutien

— Analgésique pour la douleur.

— Antipyrétique pour la fièvre au besoin.

— Des soins spécialisés d'urgence et intensifs peuvent être nécessaires dans certains cas.

## MESURES À PRENDRE

### Enquête

Une enquête est réalisée par la DSP pour tous les cas d'infection invasive à Hib âgés de moins de 5 ans.

L'enquête faite par la DSP vise à prévenir la transmission de l'infection par les mesures suivantes :

- Identifier les contacts.
- Administrer la chimioprophylaxie.
- En conformité avec le PIQ, recommander la mise à jour de la vaccination contre Hib.
- Surveiller les contacts.
- Recommander les mesures à mettre en place et communiquer avec l'infirmière du CLSC au besoin.

### Mesures de contrôle




#### ◆ Sujet

Exclure le sujet du service de garde ou de l'école et lui permettre de réintégrer le milieu dès qu'il a reçu un antibiotique éradiquant le portage et que son état de santé le lui permet (pour les critères d'exclusion d'un enfant, voir le tableau 3 du [chapitre 3](#)).

#### ◆ Contacts

La prise en charge des contacts est assumée par la DSP.

### Mesures d'hygiène et environnement

Pictogrammes	Références
	Chapitre 4, section : <a href="#">Hygiène des mains</a> .
	Chapitre 4, section : <a href="#">Hygiène respiratoire</a> .
	Chapitre 4, section : <a href="#">Entretien, hygiène et salubrité des objets, des surfaces et des locaux</a> . <a href="#">Annexes 3</a> et <a href="#">4</a> .

### Suivi

Pendant les 2 mois qui suivent l'apparition d'un cas, n'admettre au service de garde que les enfants vaccinés adéquatement pour leur âge.