

Neisseria, Branhamella

Il y a deux genres :

- Neisseria (gonorrhée et meningitidis)
- Branhamella-Moraxella (lacunata et catarrhalis)

1° Neisseria :

Ce sont des coques, Gram -, en diplocoques par la face aplati, ce qui donne un aspect « en grain de café ».

Elles cultivent à faible pression en O₂ et en atmosphère enrichi en CO₂.

Ce sont des bactéries exigeantes, qui nécessitent des milieux enrichis.

Les milieux sélectifs sont :

- Gélose chocolat + VCN (Vancomycine, Colimycine et Nystatine).
- Gélose chocolat + VCAT (Vancomycine, Colimycine, Amphotérycine et Triméthoprim).

Il existe des Gonocoques sensibles à la Vancomycine donc, on ensemence toujours un milieu non sélectif (gélose chocolat + vitamines).

Les Neisseria commensales poussent sur milieux ordinaires et donnent des colonies moyennes, opaques pigmentée (ocre).

1.1. Les Neisseria gonorrhoeae :

• Caractères :

Ce sont des coques, Gram -, « en grain de café », très exigeants, cultivent sur gélose chocolat avec une atmosphère riche en CO₂, oxydase +.

Les Gonocoques peuvent être intracellulaires ou extracellulaires. Pour l'identification, ils sont glucose + et sucres -. Les exigences nutritionnelles de Neisseria, permettent de les classer en auxotypes, dans un contexte épidémiologique.

- **Habitat-Pouvoir pathogène :**

Neisseria gonorrhoeae est un parasite obligatoire des muqueuses de l'homme. Il est très fragile et ne résiste pas dans le milieu extérieur.

Il n'y a pas de portage sain.

Le Gonocoque est l'agent de la Blémorragie. Il existe des portages sains asymptomatiques et la contamination est interhumaine.

La Gonococcie est une maladie non-immunisante.

Chez l'homme, il y a une urétrite aiguë. Les symptômes apparaissent trois jours après le rapport sexuel. Il peut y avoir extension de l'infection jusqu'à la prostate.

Chez la femme, les symptômes sont discrets et passent inaperçus. Il peut y avoir des complications (péritonites, salpingites).

Il peut y avoir des septicémies ou des infections oculaires néonatales.

- **Diagnostic bactériologique :**

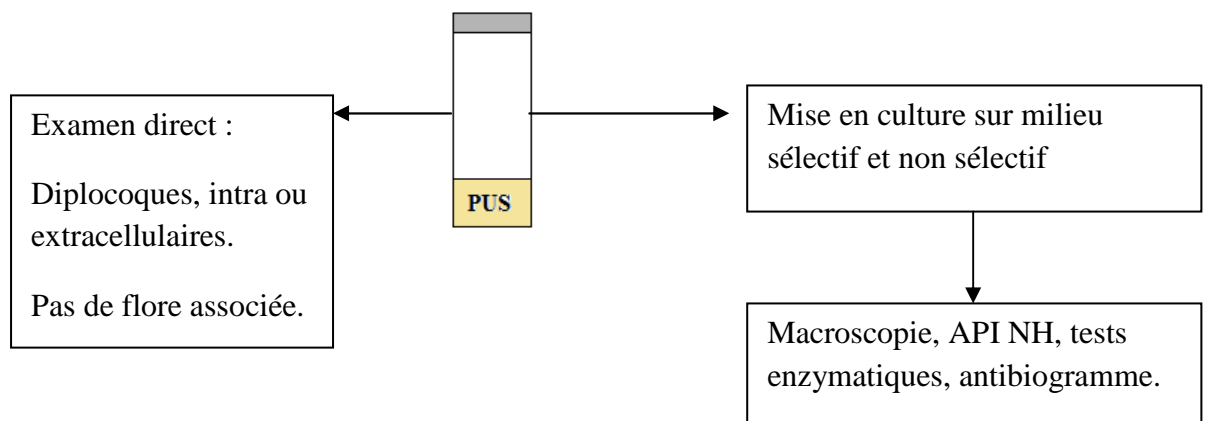
- **Le prélèvement :**

Chez l'homme, on prélève une goutte de pus urétrale ou un écouvillonnage. Le transport du prélèvement doit être réfrigéré et dans un lieu humide, pour la survie du germe.

Chez la femme, on effectue un écouvillonnage au niveau du col ou de l'urètre et parfois, une hémoculture.

Les conditions de transport sont très importantes du fait que le germe est très fragile.

- **Examens et identification :**



▪ Sensibilité aux antibiotiques :

De plus en plus de souches sont résistantes. Beaucoup produisent une β -lactamase. On utilise la Spectinomycine.

Le traitement se fait par antibiothérapie.

1.2. Le Méningocoque :

• Caractères :

On les recherche systématiquement dans le LCR. Après coloration, on a des Coques, Gram -, en diplocoques.

Au cours d'une méningite cérébro-spinale, on retrouve le Méningocoque 2 cas sur 3.

Il possède une capsule d nature polysaccharidique, antigénique et permet de définir des sérogroupes.

• Habitat-Pouvoir pathogène :

Elle est spécifique de l'homme et se situe dans le rhinopharynx.

La transmission est interhumaine par voie aérienne. Il peut y avoir des porteurs asymptomatiques. Les épidémies se développent quand les conditions sont favorables.

Le méningocoque ne survie pas dans le milieu extérieur.

Ces infections sont à déclaration obligatoire à la DDASS. Le séro groupe B représente 60% des cas, mais n'est pas immunogène.

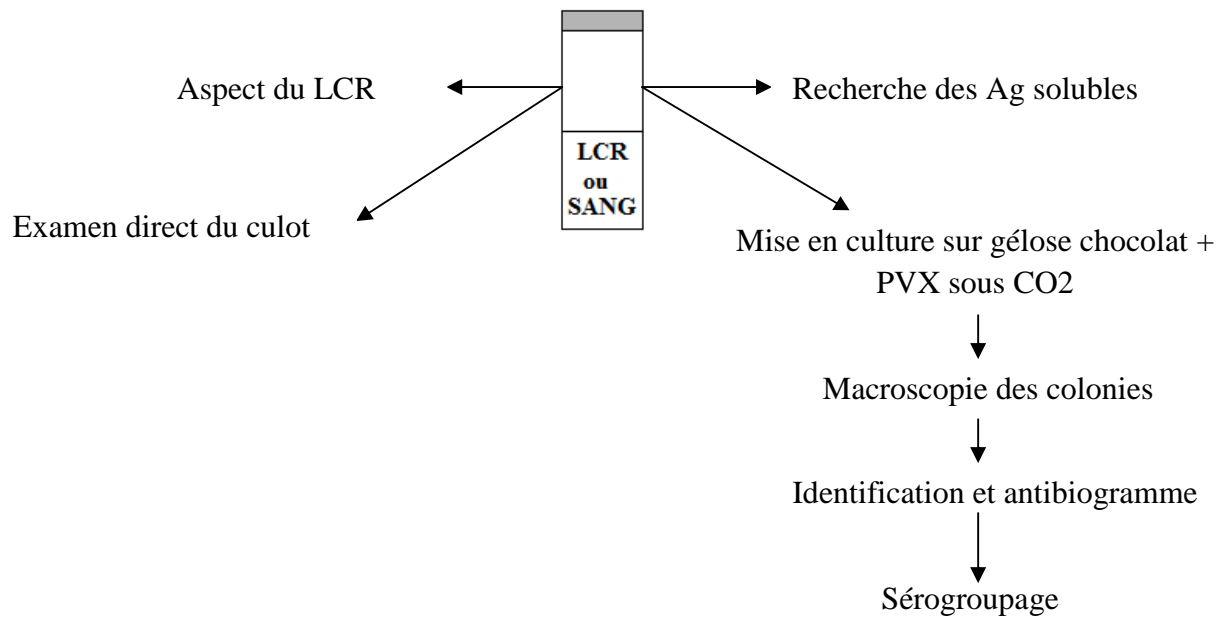
La porte d'entrée est le rhinopharynx. Lorsqu'il y a une diminution des défenses de l'organisme, il y a multiplication puis, dissémination par voie sanguine et franchissement de la barrière méningée (raideurs de la nuque, céphalées, fièvre élevée).

Il peut y avoir des manifestations cutanées, ce qui révèle une action anormale du LPS sur les leucocytes, activant les médiateurs et la coagulation.

Il est responsable de Septicémies ou d'arthrites.

Les séquelles de la méningite sont la surdité et les troubles moeurs.

- **Diagnostic biologique :**



- **Sensibilité aux antibiotiques :**

En cas de suspicion de méningites à méningocoques, le patient doit recevoir une dose d'antibiotique appropriée.

Aucunes résistances ne sont connues pour les Céphalosporines de troisièmes générations. Il existe des souches de Neisseria de sensibilité diminuée à la Pénicilline G. Dans certains pays, on utilise le Chloramphénicol.

- **Prophylaxie :**

- **Utilisation d'antibiotiques :**

Traitement à la Rifampicine, des personnes en contacts avec un malade atteint par le Méningocoque.

- **Vaccination :**

Le vaccin contient des fractions antigéniques correspondant aux groupes A et C du Méningocoque.

1.3. Neisseria non exigeants :

Il existe plusieurs espèces qui poussent sur gélose ordinaire et qui sont NR +.

C'estes espèces sont commensales du rhinopharynx. Dans le cas des Neisseria weaveri, il est retrouvé dans le cas de morsures.

Ils peuvent être responsables d'infections des voies respiratoires. On les retrouve parfois dans des cas de méningites.

2° Moraxella catarrhalis :

C'est un diplocoque, Gram -, oxydase +. Il s'appelle aussi Branhamella catarrhalis.

2.1. Habitat :

On le trouve dans les fosses nasales de l'homme. Parfois, on en trouve dans le pharynx.

2.2. Pouvoir pathogène :

Il est souvent responsable d'infections broncho-pulmonaires. En cas de bronchites chroniques, on peut avoir une surinfection et donc, on isole Branhamella catarrhalis dans les sécrétions bronchiques.

Il est responsable d'otites, de sinusites, d'endocardites, de méningites, d'arthrites.

2.3. Sensibilité aux antibiotiques :

Les souches sont à 80% productrices de β -lactamases, ce qui les rend résistantes aux Pénicillines G et M. Cependant, l'acide clavulanique inhibe cette enzyme donc, on associe une β -lactamine et l'acide clavulanique.

Les Céphalosporine de troisièmes générations sont actives sur ces bactéries.