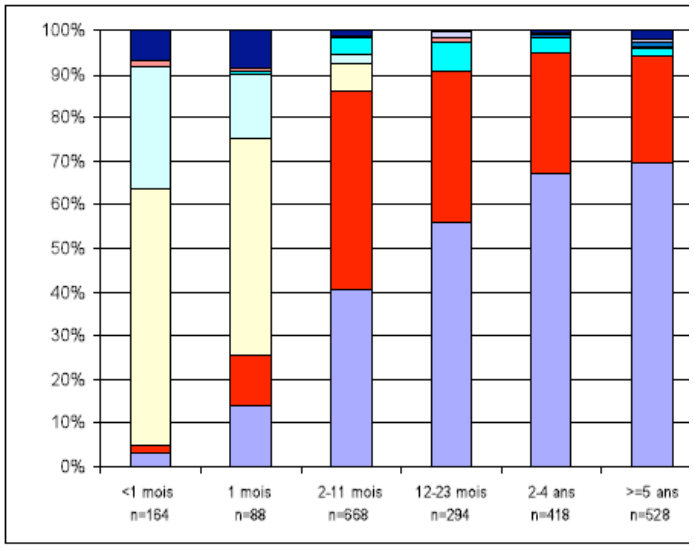
2 INFECTIONS NEUROMÉNINGÉES GRAVES : LES BONS RÉFLEXES DÈS LA RÉGULATION

Experts : P. HAUSFATER (Paris - Pitié), G. POTEL (Nantes)
Animateurs : F. LAPOSTOLLE (St Denis), A. TURCU (Dijon)
Rapporteur : L. DUCROS (Toulon)

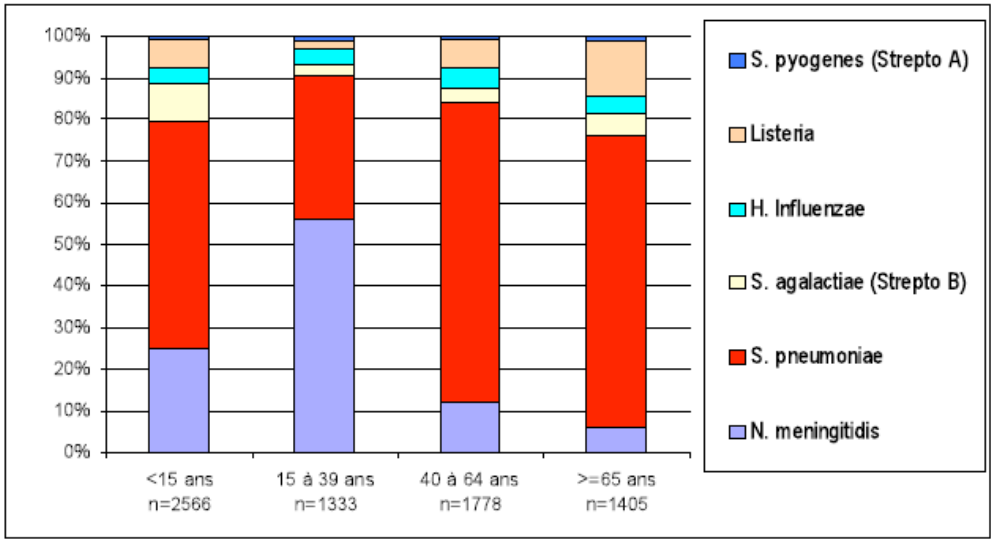
Epidémiologie

- Incidence méningites virales >>> méningite bactériennes > méningoencéphalites

Méningites bactériennes Enfants
Données GPIP/ACTIV 2001 à 2007*



Méningites bactériennes enfants et adultes
Epibac 2005-2010 – (Effectifs redressés pour la couverture)



Levy C et al. Observatoire national des méningites bactériennes de l'enfant en France: Résultats de 7 années d'étude. Archives de pédiatrie 2008

Mortalité : pneumocoque (30%)

Algorithme régulation

Suspicion méningite = au moins 2 signes / 3 :

- Céphalées
- Fièvre
- Altération statut neurologique

Signe de gravité:

- Convulsion*
- Coma
- Choc
- Purpura

→ **SMUR**

Evaluation selon critères précédents + photophobie, raideur, vomissements autre diagnostic

Faible suspicion → **Médecin généraliste < 1h**

Urgences

Sans délai, transport par le moyen le plus approprié

** sauf convulsion fébrile > 3 mois*

Les grands principes

- Traitement immédiat si
  - Purpura
  - Forte suspicion et PL non réalisable dans les 60 min
  - Contre indication à la PL
- Sinon : traitement antibiotique dans l'heure
- La culture bactériologique du LCR n'est pas négativée dans les 3 heures après antibiothérapie

Contre indications à la PL

- Signes d'HTIC (fond d'œil inutile)
- Trouble de coagulation connu ou acquis

- Patient sous anticoagulants : discussion au cas par cas (balance bénéfice risque)

- Faire une hémoculture avant traitement
- PL dès que possible, plus tard

Scanner avant PL

- Déficit focalisé
- Convulsion
- Coma

Traitement avant PL
=
C3G injectable forte dose

Algorithme thérapeutique après PL

- Si liquide trouble, administration C3G avant résultat ex. direct
- Si liquide clair aucun traitement sauf signe d'encéphalite
- Si encéphalite → Acyclovir (ME herpétique)
- Si rhombencéphalite → Amoxicilline + Gentaline (Listeria)
- Traitement fonction du direct puis identification du germe (voir tableaux)

Situations cliniques	Hypothèses microbiologiques	Propositions thérapeutiques		Durée
Orientation étiologique	Micro-organisme	Choix préférentiels	Autres choix possibles	
Coque à Gram ⊖	*Neisseria meningitidis*	Ceftriaxone IV (75 mg/kg/j en 1 ou 2 admin.)/Céfotaxime (200 mg/kg/j en 4 admin.) +Dexaméthasone 10 mg IV x 4j chez l'adulte	-	4-7j
Coque à Gram ⊕	*Streptococcus pneumoniae*	Céfotaxime IV (300 mg/kg/j en 4 admin. / Ceftriaxone (100 mg/kg/j en 1 ou 2 admin. +Dexaméthasone 10 mg IV x 4j chez l'adulte	En cas d'allergie grave connue aux B-Lactamines (Choc anaphylactique, œdème Quincke), il peut-être proposé : Vancomycine+Fosfomycine ±Rifampicine	10-14j
Bacille à Gram ⊖	*Haemophilus influenzae*	Céfotaxime IV (200 mg/kg/j en 4 admin.) /Ceftriaxone IV (75 mg/kg/j en 1 ou 2 admin.)	En cas d'allergie grave connue aux B-Lactamines (Choc anaphylactique, œdème Quincke), il peut-être proposé : Lévofloxacine	7j
Bacille à Gram ⊕	*Listeria*	Amoxicilline (200 mg/kg/j en 6 admin.) + Gentamicine 3-5 mg/kg en 1 prise par jour pendant 5 à 7 jours	-	21j

Place de la corticothérapie

- Dexamethasone10 mg/6h ou 0,15mg/kg/6h chez l'enfant

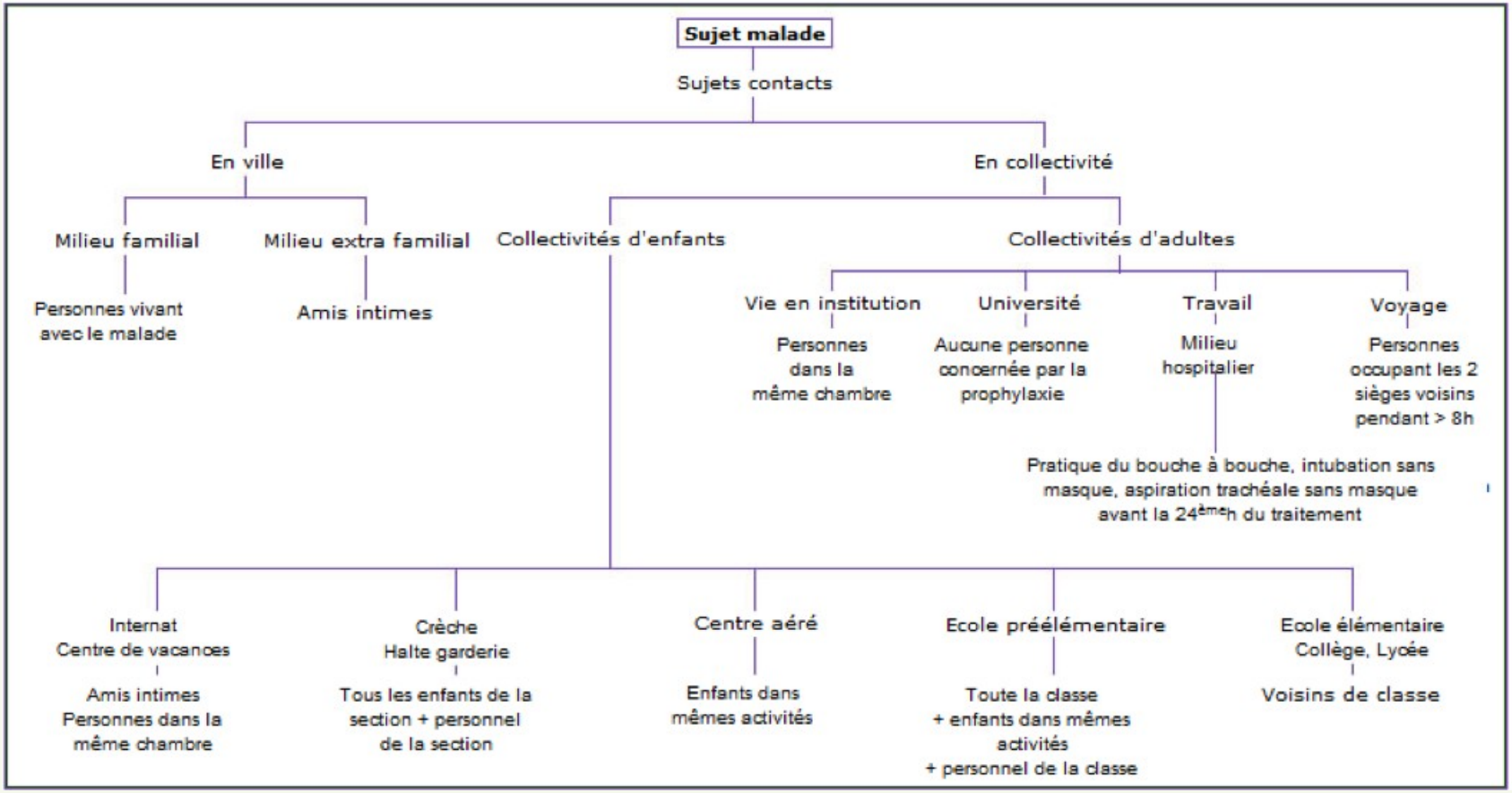
- Chez adulte : pneumocoque et méningocoque
- Chez enfant : pneumo et Haemophilus Infl. (arrêt si méningocoque)
- Pendant 4 jours
- A commencer avant ou avec la première dose si méningite bactérienne
- Reste possible si antibiotique déjà injecté

Encéphalites

- Incidence annuelle: 2-5/100.000 habitants
- Étiologies multiples
- 1 seule à connaître, la ME herpétique

- EEG (Crises infra-cliniques ?)
- IRM (>TDM)
  - Foyers de démyélinisation en T2
  - Œdème cérébral
  - Zones de nécrose

Prophylaxie



Port du masque pour le patient, s'il tousse
Et pour les soignants, pour le méningocoque

Orientation

- Isolement si méningocoque
- Pas de retour à domicile avant 24 h
- UHCD en attendant la culture
  - Si lymphocytaire et culture négative → RAD
- Critères de réanimation / USC
  - Signes de méningococcémie, purpura
  - Convulsion
  - Coma
  - Choc
- Pneumocoque, encéphalite herpétique : avis réa