

Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires

17e Conférence de Consensus en Thérapeutique Anti-Infectieuse .Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires (à l'exclusion du nouveau-né)

Critères d'admission en réanimation

- Purpura extensif;
- Score de Glasgow < 8 ;
- Signes neurologiques focaux;
- Signes de souffrance du tronc cérébral révélateur habituellement d'une hypertension intracrânienne: bradycardie, tachycardie, irrégularité du rythme respiratoire;
- Etat de mal convulsif;
- Instabilité hémodynamique.

Examens biochimiques dans le LCR

- Glycerachie s'interprète en fonction de la glycémie qui doit être prélevée au même moment. Sa valeur est normalement de 2/3 de celle de la glycémie. Dans une méningite bactérienne, elle est en général < 40 % de la glycémie.

- Une protéinorachie élevée est significativement associée aux méningites bactériennes. Le seuil retenu varie de 0,4g/l à 1,2g/l selon les études.

- Dosage du lactate dans le LCR en faveur méningite bactérienne si > 3,2 mmol/l.

- Si contexte clinique fortement évocateur d'une méningite bactérienne, si l'examen direct est négatif pratiquer un Test immunochromatographique (BINAX Now Streptococcus pneumoniae® test)

Ce test rapide (quelques minutes) et simple détecte les molécules de polysaccharide-C contenues dans la paroi de toutes les souches de S. pneumoniae quels que soient les sérotypes.

Le pronostic d'une méningite bactérienne dépend de la rapidité de la mise en route du traitement antibiotique.

Ponction lombaire

Le liquide LCR doit être recueilli dans 3 tubes stériles pour analyse biochimique, microbiologique et cytologique. La quantité totale de LCR à prélever est de 2 à 5 ml chez l'adulte (40 à 100 gouttes)

- Un LCR normal est dépourvu d'éléments figurés < 5/mm³).
- Un aspect trouble du LCR correspond à une réaction cellulaire d'au moins 500 éléments par mm³.
- La formule cytologique d'une méningite bactérienne peut être panachée, voire lymphocytaire si le traitement par antibiotique est précoce.
- La formule cytologique d'une méningite à méningocoque peut être lymphocytaire si la PL est très précoce (y compris avant toute antibiothérapie).
- Environ 10 % des méningites bactériennes ont au LCR initial une prédominance lymphocytaire.
- Le LCR peut être cytologiquement normal si la PL est réalisée très précocement:

Quand évoqué une méningite

chez l'adulte et l'enfant de plus de 2 ans:
une méningite est hautement probable si fièvre + raideur de nuque et soit céphalées, soit des troubles de la conscience ;
une méningite est hautement probable chez un patient présentant de la fièvre, et un purpura, ce d'autant que sont associées des céphalées;
une méningite doit être évoquée chez un patient présentant de la fièvre et des signes neurologiques de localisation ou des convulsions.

Examen biochimique sanguin :

- Procalcitonine performante pour distinguer précocement les méningites bactériennes des méningites virales si taux > 0,5 ng/ml.

Autres examens bactériologiques :

- Hémocultures
- Biopsies cutanées En présence de lésions cutanées de purpura

Les seules indications à la réalisation d'une imagerie cérébrale avant PL chez un patient suspect de méningite bactérienne sont:

- Signes de localisation neurologiques tels qu'ils peuvent apparaître lors d'un examen complet utilisant par exemple les items 2 à 11 du score NIHSS.
 - Troubles de vigilance mesurés par un score de Glasgow \leq 11.
 - Crises épileptiques récentes ou en cours, focales ou généralisées.
- L'engagement survient la plupart du temps chez des patients ayant une TDM normale. Signes et symptômes cliniques d'engagement - mydriase unilatérale, hoquet, trouble ventilatoire, mouvements d'enroulement, instabilité hémodynamique - constituent une contre-indication à la PL tant qu'ils sont présents, qu'une TDM ait été réalisée ou non. Si la TDM montre un effet de masse ou des signes d'engagement (déviations des structures médianes, comblement des citernes, oblitération du 4e ventricule), la PL est également contre-indiquée.

Autres mesures d'urgence

- Le traitement d'une crise convulsive fait appel aux antiépileptiques conventionnels (diphényl-hydantoïne ou phénobarbital).
- Correction d'une pression artérielle basse par le remplissage vasculaire. En cas d'échec, des drogues vassopressives ou inotropes.
- Réduction d'une HTIC utilisation du mannitol, glycérol ou le sérum salé hypertonique. Mais encore surélévation de la tête à 20-30°, sédation, ventilation mécanique.
- Apports hydrosodés conventionnels et surveillance quotidienne natrémie et diurèse pour dépister et traiter une authentique anti-diurèse inappropriée.
- Les portes d'entrée ORL sont les plus fréquentes. Elles doivent être recherchées systématiquement et traitées.

L'antibiothérapie doit être instaurée avant la PL dans 3 situations:

- purpura fulminans ;
- prise en charge hospitalière ne pouvant pas être réalisée dans les 90 minutes
- contre-indication à la réalisation de la PL pour l'une des raisons suivantes:
 - anomalie connue de l'hémostase, traitement anticoagulant efficace, suspicion clinique d'un trouble majeur de l'hémostase (saignement actif),
 - risque élevé d'engagement cérébral,
 - instabilité hémodynamique.

La PL sera réalisée dès que possible après correction des anomalies

Traitement de 1ère intention des méningites bactériennes aiguës en fonction de l'examen direct du LCR

Examen direct positif	Antibiotique	Dose
Suspicion de pneumocoque (cocci Gram +)	Céfotaxime ou ceftriaxone	300 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 h** 100 mg/kg/jour IV, en 1 ou 2 perfusions
Suspicion de méningocoque (cocci Gram-)	Céfotaxime ou ceftriaxone	200 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 h** 75 mg/kg/jour IV, en 1 ou 2 perfusions
Suspicion de listériose (Bacille Gram +)	Amoxicilline + gentamicine	200 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue 3 à 5 mg/kg/jour IV, en 1 perfusion unique journalière
Suspicion de H. influenzae (Bacille Gram -)	Céfotaxime ou ceftriaxone	200 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 h** 75 mg/kg/jour IV, en 1 ou 2 perfusions
Suspicion d'E. coli (Bacille Gram -)	Céfotaxime ou ceftriaxone	200 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 h** 75 mg/kg/jour IV, en 1 ou 2 perfusions
Examen direct négatif		
Sans arguments en faveur d'une listériose	Céfotaxime ou ceftriaxone	300 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 h** 100 mg/kg/jour IV, en 1 ou 2 perfusions
Avec arguments en faveur d'une listériose : terrain, apparition progressive de la symptomatologie, atteinte rhombencéphalique (atteinte des paires crâniennes et/ou syndrome cérébelleux).	Céfotaxime ou Ceftriaxone + Amoxicilline + gentamicine	300 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue avec dose de charge de 50 mg/kg sur 1 h** 100 mg/kg/jour IV, en 1 ou 2 perfusions 200 mg/kg/jour IV, soit en 4 perfusions, soit en administration continue 3 à 5 mg/kg/jour IV, en 1 perfusion unique journalière

** la perfusion journalière continue et la dose de charge doivent être mises en route de façon concomitante.

Traitement en dehors de l'antibiothérapie

Une injection de 10 mg de dexaméthasone (DEXAMETHASONE® 20 mg/5 ml injectable) est recommandée cette dose est répétée toutes les 6 heures pendant 4 jours. (permet de réduire les séquelles)

Elle sera immédiate avant ou de façon concomitante à la première injection d'antibiotique en cas de :

- Diagnostic microbiologique initial de méningite à pneumocoque (Grade A) ou à méningocoque (Grade B).
- Diagnostic présumé de méningite bactérienne sans certitude microbiologique mais décision de traitement probabiliste par antibiotique chez l'adulte. Il s'agit des cas où :
 - o l'indication d'une imagerie cérébrale retarde la réalisation de la PL,
 - o le LCR est trouble et a fortiori purulent lors de la ponction lombaire,
 - o l'examen direct est négatif mais les données fournies par les autres examens biologiques du LCR et du sang permettent de retenir le diagnostic de méningite bactérienne .

Ce traitement n'est pas recommandé chez les patients immunodéprimés et ceux qui ont reçu préalablement un antibiotique par voie parentérale.

Allergie aux bêta-lactamines

Une allergie grave aux bêta-lactamines est définie par un antécédent d'œdème de Quincke ou d'hypersensibilité immédiate de type anaphylactique. En dehors de ces deux situations exceptionnelles, l'utilisation de céfotaxime ou de ceftriaxone est recommandée. Il peut être proposé en cas de

- Suspicion de pneumocoque: une association de vancomycine, fosfomycine, plus ou moins rifampicine.
- Suspicion de méningocoque: lévofloxacine ou rifampicine.
- Suspicion de listériose: monothérapie par triméthoprime-sulfaméthoxazole.
- Suspicion de H. inf/uenzae ou d'E. coli: lévofloxacine.