

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Méningo encéphalites infectieuses communautaires	Version : 1 Date d'application : 12/2021

I - OBJET DU DOCUMENT :

Protocole de prise en charge diagnostique et thérapeutique des méningo encéphalites infectieuses communautaires

1. Evoquer le diagnostic

Signes cliniques :

* Signes neurologiques :

Céphalées
 Photo ou phonophobie
 Convulsions
 Signes de focalisation neurologique
 Troubles de la vigilance

* Autres signes :

Fièvre
 Purpura
 Vomissements
 Raideur de nuque

Distinguer méningite/méningo encéphalite = présence de signes neurologiques centraux

Dès la suspicion de méningite bactérienne :

Précautions complémentaires type GOUTELLETES (masque chirurgical) à maintenir tant qu'une méningite à méningocoque n'a pas été exclue (et/ou pendant les 24 premières heures d'antibiothérapie)

2. Ponction lombaire

A. Modalités

Dans l'heure suivant l'admission, avec glycémie capillaire ou veineuse concomitante
Prélever au moins 4 à 5 tubes (10 gouttes par flacon) :

* 3 tubes systématiques :

- Cytologie (dernier tube si PL traumatique) : numération et formule leucocytaire
- Bactériologie : direct coloration Gram et culture
- Biochimie : protéines, glucose, (lactates)

* Reste des tubes au réfrigérateur :

- 1 tube pour Virologie (à envoyer uniquement si LCR clair avec probabilité élevée de

Rédigé par : Dr M. GRACIET

Vérifié par : Dr F. BALEN, Dr N. BOUMAZA

Approuvé par : Pr G. MARTIN BLONDEL, Dr PH. AUBOIROUX, Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Méningo encéphalites infectieuses communautaires	Version : 1 Date d'application : 12/2021

méningite virale) : HSV 1 et 2, VZV, entérovirus (2^o intention : CMV, EBV, VIH, HHV 6, VHE, JC, arbovirus...)

- 1 tube pour explorations complémentaires éventuelles : Antigène pneumocoque, PCR Méningocoque/Pneumocoque ...

B. Interprétation

En faveur d'une méningite bactérienne si à la PL :

- Hypercellularité >1000/mm³
- Hypoglycorachie < 0,4 glycémie
- Hyperprotéinorachie > 1g/L
- Lactates LCR > 3,2mmol/l

Aides :

Règle de Hoen

En cas de PL traumatique : GB/GR LCR >GB/GR sang en faveur d'une méningite

3. Particularités

Antibiothérapie avant ponction lombaire	Indication de scanner avant PL Contre-indication à la ponction lombaire Purpura fulminans (CI PL initiale)
Contre-indication initiale à la ponction lombaire	<p><u>Non neurologique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Infection cutanée sur le site de ponction * Troubles de l'hémostase connus TP <50% Pq < 50 G/L, purpura fulminans (en attente résultats hémostase) * Coagulopathie, saignements spontanés (CIVD) * Traitement anticoagulant à dose efficace * Instabilité hémodynamique ou respiratoire <p><u>Neurologique</u> = Indication au TDMc avant la PL :</p> <ul style="list-style-type: none"> * Signes évocateurs de processus expansif intra crânien : signes de localisation crise d'épilepsie focale * Signes évocateurs d'engagement cérébral : = troubles de la vigilance ET ≥1 point parmi <ul style="list-style-type: none"> - Anomalie pupillaire - Dysautonomie - Crises toniques postérieures (opisthotonos, rigidité de décérébration, instabilité hémodynamique ou

Rédigé par : Dr M. GRACIET

Vérifié par : Dr F. BALEN, Dr N. BOUMAZA

Approuvé par : Pr G. MARTIN BLONDEL, Dr PH. AUBOIROUX, Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Méningo encéphalites infectieuses communautaires	Version : 1 Date d'application : 12/2021

	respiratoire)
	Ne sont pas une contre-indication : anti agrégants plaquettaires, troubles de la vigilance isolés

4. Thérapeutique

A. Antibiothérapie et corticothérapie :

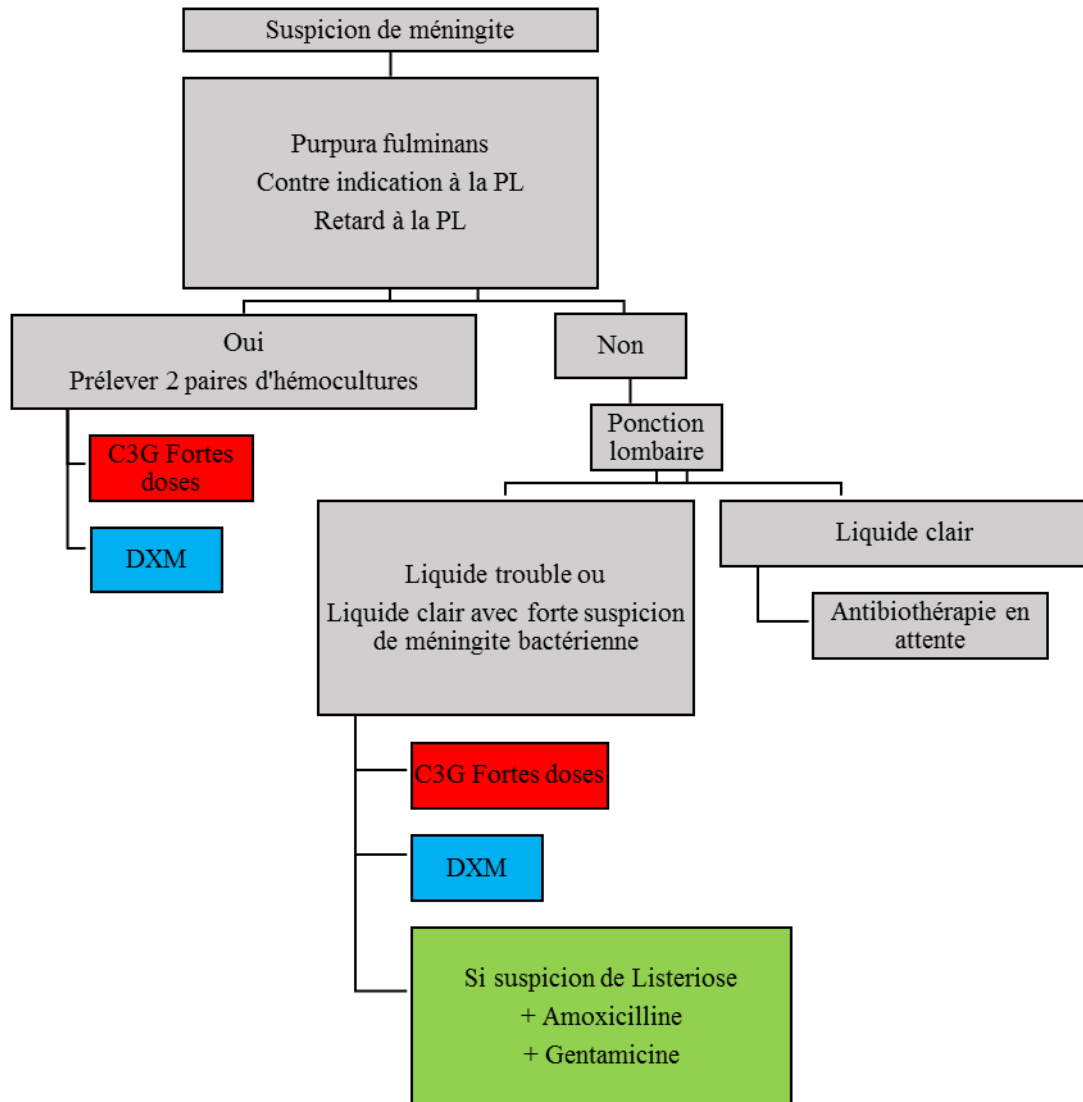
Indications urgentes de l'antibiothérapie : Dans l'heure suivant l'admission

- Purpura fulminans
- Retard à la PL (Contre-indication PL ou si indication de TDM c avant la PL)
- Immédiatement après la PL si le liquide est trouble ou si la suspicion de méningite bactérienne reste forte

Dans les autres cas, à débiter si examen direct positif ou si la suspicion de méningite bactérienne reste forte

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Méningo encéphalites infectieuses communautaires	Version : 1 Date d'application : 12/2021

Algorithme de prise en charge



Evoquer la méningite à *Listeria Monocytogenes* :

Age >50 ans, rhombencéphalite, alcoolisme chronique, immunodépression, symptomatologie d'apparition progressive, examen direct négatif

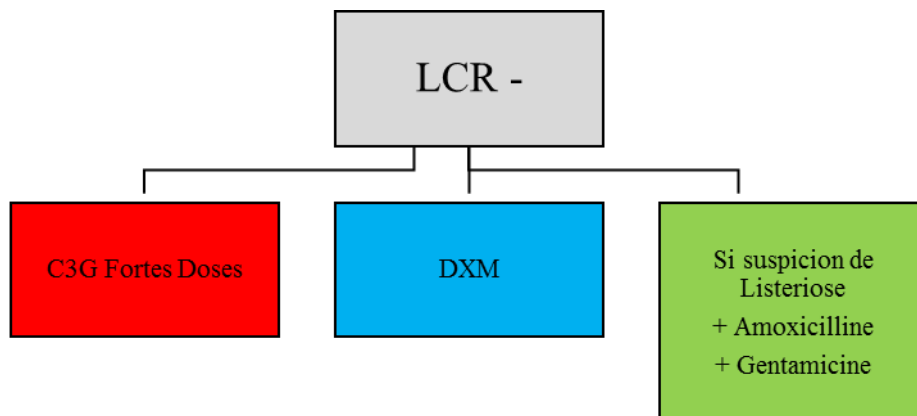
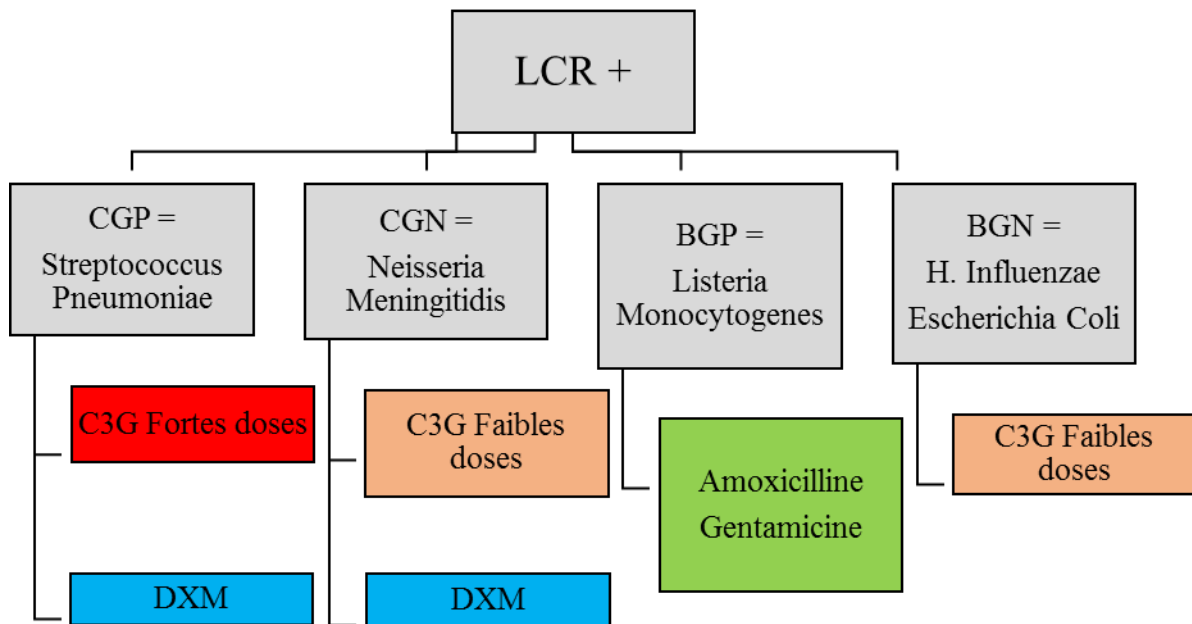
Adaptation de l'antibiothérapie selon les résultats de l'examen direct du LCR

Rédigé par : Dr M. GRACIET

Vérifié par : Dr F. BALEN, Dr N. BOUMAZA

Approuvé par : Pr G. MARTIN BLONDEL, Dr PH. AUBOIROUX, Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Méningo encéphalites infectieuses communautaires	Version : 1 Date d'application : 12/2021



Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Méningo encéphalites infectieuses communautaires	Version : 1 Date d'application : 12/2021

Posologies Antibiotiques

POSOLOGIE ANTIBIOTIQUES	MODE D'ADMINISTRATION
CEFOTAXIME fortes doses 300mg/kg/j	4 à 6 injections IV ou IVSE avec dose de charge 50mg/kg sur 1h (à adapter au poids ajusté)
Ou CEFTRIAXONE fortes doses 100mg/kg/j	1 ou 2 injections (à adapter au poids ajusté)
CEFOTAXIME faibles doses 200mg/kg/j	4 injections ou IVSE avec dose de charge de 50mg/kg sur 1h (à adapter au poids ajusté)
Ou CEFTRIAXONE faibles doses 75mg/kg/j	1 ou 2 injections (à adapter au poids ajusté)
AMOXICILLINE 200mg/kg/j	4 à 6 injections IV (à adapter au poids ajusté)
Et GENTAMICINE 5mg/kg	1 injection sur 30 minutes

CORTICOTHERAPIE	MODE D'ADMINISTRATION
DEXAMETHASONE	10mg IV toutes les 6h A débiter de façon concomitante à l'ATB (jusqu'à 12h après la 1 ^o injection d'ATB si oubli) /!\ Contre indiquée si patient immunodéprimé

Rédigé par : Dr M. GRACIET

Vérifié par : Dr F. BALEN, Dr N. BOUMAZA

Approuvé par : Pr G. MARTIN BLONDEL, Dr PH. AUBOIROUX, Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Méningo encéphalites infectieuses communautaires	Version : 1 Date d'application : 12/2021

L'insuffisance rénale ne justifie une adaptation posologique qu'après 24h d'antibiothérapie

	DFG<15ml/min	15<DFG<30ml/min	30< DFG < 60ml/min
Cefotaxime	75mg/kg/j	150mg/kg/j	225mg/kg/j
Ceftriaxone	50mg/kg/j en 1 injection	50mg/kg/j en 1 injection	100mg/kg/j en 2 injections

Si allergie aux B Lactamines :

Examen direct/PCR négatifs	Antibiotique
Sans argument pour listériose	VANCOMYCINE 30 mg/kg bolus puis 40 à 60 mg/kg/j pour résiduelle 15 à 20 mg/l + RIFAMPICINE 10 mg/kg/j
Avec arguments pour listériose	VANCOMYCINE 30 mg/kg bolus puis 40 à 60 mg/kg/j pour résiduelle 15 à 20 mg/l + RIFAMPICINE 10 mg/kg/j + TRIMETHOPRIME- SULFAMETHOXAZOLE 10-20mg/kg 4/j

B. Traitement symptomatique

- * Correction des troubles hydro électrolytiques
- * Contrôle glycémique, objectif <1,5g/L
- * Anti pyrétique
- * Anticoagulation préventive
- * Pas de traitement préventif anti convulsivant

C. Orientation du patient

Hospitalisation en soins intensifs ou réanimation si :

- Troubles de la vigilance
- Signes de focalisation
- Instabilité hémodynamique ou respiratoire
- Purpura fulminans
- Crises convulsives
-

Rédigé par : Dr M. GRACIET

Vérifié par : Dr F. BALEN, Dr N. BOUMAZA

Approuvé par : Pr G. MARTIN BLONDEL, Dr PH. AUBOIROUX, Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Méningo encéphalites infectieuses communautaires	Version : 1 Date d'application : 12/2021

D. Mesures associées

- Déclaration obligatoire à l'ARS pour les méningites à méningocoque et à listeria dès confirmation biologique
- Pour le méningocoque, indication de l'antibioprophylaxie prophylactique :
 - des sujets contacts = contact direct et proche (<1m) pendant au moins 1h dans les 10 jours précédents l'admission aux urgences
 - pour le personnel soignant : opérateur à l'intubation ou à l'aspiration endo trachéale sans protection

Rifampicine 600mg 2/j pendant 2 jours (ou Ciprofloxacine 500 mg 1 fois)
Dans les 24 à 48h après l'admission du patient aux urgences

Vaccination : de l'entourage proche dans les 10 jours (inutile au-delà) du dernier contact si sérotype A, C, Y, W135

5. Méningo encéphalite à liquide clair

Origine virale +++ mais peut être bactérienne (Listeria, Spirochetes, Tuberculose) ou fongique (Cryptococcose) ou parasitaire (Toxoplasmose)

Bilan complémentaire :

- Sérologie VIH systématique, recherche accès palustre si voyage de moins de 3 mois en zone palustre
- LCR : recherche HSV, VZV, entérovirus +/- BK si forte suspicion clinique +/- Ag cryptocoque/PCR toxoplasmose si contexte d'immunodépression
- IRM cérébrale avec injection de gadolinium : hypersignaux bilatéraux asymétriques des lobes temporaux (T2 et FLAIR)

Rédigé par : Dr M. GRACIET

Vérifié par : Dr F. BALEN, Dr N. BOUMAZA

Approuvé par : Pr G. MARTIN BLONDEL, Dr PH. AUBOIROUX, Dr S. FERNANDEZ

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Méningo encéphalites infectieuses communautaires	Version : 1 Date d'application : 12/2021

Traitement :

Systématique	ACICLOVIR 10mg/kg/8h IV
Si signes évocateurs d'une infection à VZV : - présence de vésicules cutanées ou atteinte de nerfs crâniens - lésions compatibles à l'IRM - PCR VZV positive	ACICLOVIR 15mg/kg/8h IV
Arguments en faveur d'une listériose	+ AMOXICILLINE 200mg/kg/j en 4 à 6 perfusions IV (max 2g par perf) (GENTAMICINE si confirmation biologique)

II - DOMAINE D'APPLICATION :

Service des Urgences de Purpan et Rangueil

III- PERSONNES AUTORISEES (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires.

A prescrire : X Médecin **OU A entreprendre** ☐ IDE, ☐ IADE, ☐ Sage-femme, ☐ Manipulateur en électroradiologie, ☐ Masseurs kinésithérapeutes

A administrer : X IDE, ☐ IADE, ☐ Sage-femme, ☐ Manipulateur en électroradiologie, ☐ Masseurs kinésithérapeutes

IV-DOCUMENT(S) DE REFERENCE :

V-DOCUMENTS ASSOCIES :

VI – DEFINITIONS ET ABREVIATIONS :

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N° version	Date	Nature des modifications
1	12/2021	Création

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION : 2024

Rédigé par : Dr M. GRACIET

Vérifié par : Dr F. BALEN, Dr N. BOUMAZA

Approuvé par : Pr G. MARTIN BLONDEL, Dr PH. AUBOIROUX, Dr S. FERNANDEZ