

Suspicion de méningite bactérienne

Principes généraux

1. **En aucun cas la PL ou le CT ne doivent retarder l'administration de la première dose d'antibiotique**
2. Si un CT doit être effectué avant la PL, l'antibiothérapie doit être administrée immédiatement après la pose de la voie veineuse et la prise d'une hémoculture
3. Le diagnostic se fait sur l'examen du LCR
4. Bien que la triade classique associant fièvre + raideur de nuque + troubles de la conscience ne se retrouve que dans < 50% des cas de méningites bactériennes, plus de 95% de ces patients ont au moins deux des signes suivants : céphalées / fièvre / raideur de nuque / troubles de la conscience

Questions clés de prise en charge ?

1. Chez qui effectuer un CT cérébral ?
2. Quel antibiotique administrer ?
3. A qui administrer des stéroïdes ?
4. Comment interpréter le LCR ?
5. A qui administrer une prophylaxie ?
6. Qui admettre aux soins intensifs ?

1. Chez qui effectuer un CT cérébral ?

Il n'y a pas d'indication à effectuer un CT avant la PL en l'absence d'anomalie focale, de trouble de la conscience, ou des caractéristiques cliniques suivantes qui ont été associées avec des anomalies au CT :

- Immunosuppression
- AP de maladie du SNC
- AP de crise convulsive dans la semaine qui précède
- Altération de l'état de conscience
- Anomalies du champ visuel
- Troubles oculomoteurs
- Paralysie faciale
- Latéralisation
- Troubles du langage

2. Quel antibiotique administrer ?

- Ceftriaxone 2 g i.v. 2x/j à administrer dès que possible en cas de suspicion de méningite bactérienne
- + Amoxicilline 2 g i.v. 6x/j si suspicion de listériose (surtout chez patient immuno-supprimé ou alcoolique)

3. A qui administrer des stéroïdes ?

Les stéroïdes se sont montrés bénéfiques chez des patients souffrant de méningite à pneumocoque et lorsqu'ils sont administrés précocement. En cas de suspicion de méningite bactérienne, ce ttt est débuté et sera arrêté ultérieurement en fonction du gram et la culture du LCR

Les doses sont : 10 mg Dexamethasone i.v. 4x/j pdt 4 jours, 1^{ère} dose administrée 15-20 minutes avant ou avec la 1^{ère} dose d'antibiotique.

4. Comment interpréter le LCR ?

	Plutôt bactérienne	Plutôt virale
Pression	↑↑↑ (20-50 cmH ₂ O)	↑↑ ou ⇔
Leucocytes	> 1000 / mm ³	< 1000 / mm ³
Neutrophiles	> 50-80%	1-50%, parfois > 50% si très précoce
Glucose	LRC/serum < 40%, < 2.5 mmol/l	> 40%
Protéines	↑↑↑, > 5 g/l	↑↑ ou ⇔, < 5 g/l
Gram	+	-

5. A qui administrer une prophylaxie ?

Uniquement en cas de méningite à **méningocoque** chez :

- a. Personnes vivant sous le même toit
- b. Contact à la crèche
- c. Toute personne directement exposée aux sécrétions orales du patient (baiser, bouche-à-bouche, intubation, manipulations du tube endotrachéal)

Ciprofloxacine 500 mg po dose unique *ou*

Rifampicine 600 mg po 1x/12 h, total de 4 doses *ou*

Ceftriaxone 250 mg im dose unique

6. Qui admettre aux soins intensifs ?

Toute méningite purulente doit être admise aux SI pour surveillance neurologique et isolée en cas de suspicion de méningite à méningocoque.

Mesures spécifiques (VIGIGERME®)

Méningite à **méningocoque** : masque de soins dès l'entrée dans la chambre

Cas particuliers

En cas de suspicion de méningites post-neurochirurgicales ou en présence d'un drain, un avis spécialisé est préconisé.

Le dosage des lactates dans le LCR est une aide au diagnostic dans des situations post-neurochirurgicales.

Algorithme de prise en charge d'une suspicion de méningite bactérienne

