

MENINGITE: INFECTION AIGUE BACTERIENNE

• Aspects cliniques et commentaires

- Caractéristiques typiques: fièvre, céphalées, signes d'irritation méningée (raideur de la nuque, photophobie, nausée et vomissements), statut mental modifié. Purpura, exanthème, choc septique possibles. Signes précoces peuvent être atypiques.
- Le traitement empirique en cas de (suspicion de) méningite bactérienne est basé sur la présence (ou l'absence) de facteurs de risque pour infections à *Listeria monocytogenes*.
 - Facteurs de risque.
 - Age: < 3 mois et ≥ 50 ans.
 - Immunodépression, alcoolisme, cancer, diabète, hépatopathie, maladie rénale chronique, collagénopathie vasculaires, pathologies associées à un excès de fer.
 - Toutefois, des infections à *Listeria monocytogenes* peuvent survenir chez toute catégorie d'âge et également chez des patients sans facteurs de risque [6% des infections du système nerveux central (surtout la rhombocéphalite) surviennent chez des jeunes adultes en bonne santé sans facteurs de risque].
 - Dès qu'il existe la moindre suspicion d'infection à *Listeria monocytogenes* (présence de facteurs de risque, présentation subaigüe, présentation comme méningo-encéphalite, ...), ce pathogène doit être couvert (ampicilline, TMP-SMX).
- Dexaméthasone indiquée.

• Pathogènes impliqués

- *Streptococcus pneumoniae*.
- *Neisseria meningitidis*.
- *Haemophilus influenzae*.
- *Listeria monocytogenes*.

• Traitement anti-infectieux empirique

- Régimes.
 - Patients sans facteurs de risque pour infections à *Listeria monocytogenes*: ceftriaxone.
 - Patients avec facteurs de risque pour infections à *Listeria monocytogenes*: ceftriaxone + ampicilline.
- Posologies standard.
 - Ampicilline: 2 g iv q4h.
 - Ceftriaxone: 2 g iv q12h.
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté).
 - Dépend du pathogène impliqué.
 - Patients symptomatiques avec marqueurs biologiques qui supportent le diagnostic de méningite bactérienne mais cultures négatives (sang et liquide céphalorachidien): continuation de l'antibiothérapie (négativité des résultats souvent due à l'initiation de l'antibiothérapie avant le prélèvement des échantillons). Chez ces patients il est indiqué de faire des examens supplémentaires avant d'arrêter l'antibiothérapie.
 - Patients sans sepsis et avec résultat négatif de la coloration Gram (liquide céphalorachidien) et PCR positif (liquide céphalorachidien) pour entérovirus: antibiothérapie peut être arrêtée avant que les résultats de la culture sont connus.