

## **MENINGITE: INFECTION AIGUE BACTERIENNE QUI COMMENCE > 4 JOURS APRES UN TRAUMATISME CRANIEN OU UNE FRACTURE DE LA BASE DU CRANE (AVEC OU SANS FUITE PERSISTANTE DE LIQUIDE CEPHALORACHIDIEN) OU APRES UNE INTERVENTION NEUROCHIRURGICALE (Y COMPRIS L'INSERTION D'UN IMPLANT COCHLEAIRE) OU**

### **• Aspects cliniques et commentaires**

- Caractéristiques typiques: fièvre, céphalées, signes d'irritation méningée (raideur de la nuque, photophobie, nausée, vomissements) statut mental modifié. En cas de traumatisme crânien, les signes cliniques ont des difficultés à interpréter (examen du liquide céphalorachidien indiqué chez les patients avec fièvre persistante inexpliquée sans amélioration clinique).
- Une fuite de liquide céphalorachidien posttraumatique peut survenir [(rhino)liquorrhée]. Chez 68% les fistules se ferment spontanément endéans les 48 heures, chez 85% endéans la semaine. Le risque de méningite bactérienne est de 0,62% pendant les premières 24 heures après le traumatisme, le risque cumulé est de 9% à la fin de la première semaine et de 18% à la fin de la deuxième semaine après le traumatisme.
- Après un traumatisme du système nerveux central, les résultats des examens chimiques et cytologiques du liquide céphalorachidien sont difficiles à interpréter (concentration de glucose basse, concentrations de protéines élevées, pléocytose sont fréquentes). Analyses répétées (bactériologie et cytologie, chimie) sont indiquées chez les patients avec un drain externe.

### **• Pathogènes impliqués**

- *Staphylococcus aureus*.
- Staphylocoques à coagulase-négative.
- Entérobactéries.
- *Pseudomonas aeruginosa*.
- *Streptococcus pneumoniae*.

### **• Traitement anti-infectieux empirique**

- Régimes.
  - Premiers choix.
    - △ Vancomycine + céfépime.
    - △ Vancomycine + ceftazidime.
  - Alternative: vancomycine + méropénem.
- Si les cultures restent positives après un traitement par voie intraveineuse, l'administration intraventriculaire ou intrathécale d'antibiotiques peut être considérée: amikacine (20 à 30 mg q24h), gentamicine (4 à 8 mg q24h), vancomycine (10 à 20 mg q24h) ou colistine (10 mg q24h).
- Posologies standard.
  - Céfépime: 2 g iv q8h.
  - Ceftazidime: 2 g iv q8h.
  - Méropénem: 2 g iv q8h.
  - Vancomycine: dose de charge de 25 à 30 mg/kg iv, immédiatement suivie soit par une perfusion continue titrée pour atteindre des concentrations sériques de 20 à 30 µg/ml soit par des perfusions intermittentes q12h titrées pour atteindre des concentrations sériques de vallée de 15 à 20 µg/ml.
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté): dépend du pathogène impliqué.