ACTUALISATION 2017

DE LA 17° CONFÉRENCE DE CONSENSUS 2008 EN THÉRAPEUTIQUE ANTI-INFECTIEUSE

PRISE EN CHARGE DES MÉNINGITES BACTÉRIENNES AIGUËS COMMUNAUTAIRES (À L'EXCLUSION DU NOUVEAU-NÉ)

Bruno Hoen*, Emmanuelle Varon*, Thomas Debroucker*, Bruno Fantin*, Emmanuel Grimprel*, Michel Wolff*, Xavier Duval et le groupe d'experts et de relecteurs

http://www.infectiologie.com/fr/diaporamas-recommandations.html

Présentation JILB 17 mai 2019
Pont Aven
Dr Pierre FILLATRE — CH St BRIEUC



CMIT (Collège des Universitaires des Maladies Infectieuses et Tropicales)

APNET (Association Pédagogique Nationale pour

l'Enseignement de la Thérapeutique)

SFM (Société Française de Microbiologie)

SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence)

SFN (Société Française de Neurologie)

SFORL (Société Française d'ORL)

SFP (Société Française de Pédiatrie)

SNFMI (Société Nationale Française de Médecine

Interne)

SRLF (Société de Réanimation de Langue Française)

SFR (Société Française de radiologie)

INTRODUCTION

Dernière conférence de consensus 2008

- Diminution incidence PSDP (plan ATB, Prevenar 7)
- Abandon de la vancomycine et contrepartie utilisation de très fortes doses de C3G
- Persistance de Sérotype 19A = vancomycine en pédiatrie

Prévision de suivi épidémiologique rapproché/actualisation régulière

Q1: QUELLE EST LA PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE INITIALE D'UN PATIENT SUSPECT DE MÉNINGITE BACTÉRIENNE ?

PL dans l'heure qui suit l'admission à l'hôpital

Si impossibilité de réalisation immédiate = Dexa - C3G après hémocultures

40 gouttes de LCS chez l'adulte pour analyse biochimique, cytologique et microbiologique

Prélever au moins une paire d'hémocultures en parallèle

Biopsie cutanée si purpura pour PCR

PCR méningocoque sur sang (EDTA) si suspicion de méningococcémie

<H24 après début ATB</p>

Biomarqueurs

 lactates LCS et PCT sang: intérêt uniquement si ED négatif et quand les autres paramètres du LCS ne permettent pas d'orienter vers une méningite bactérienne

LE SCANNER AVANT PL... ÉTAT DES LIEUX



Texte court[☆]

Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires (à l'exclusion du nouveau-né)

Mercredi 19 novembre 2008

ASIEM, 6, rue Albert-de-Lapparent, 75007 Paris, France

1.3. Quels sont les patients qui devraient avoir un scanner avant la ponction lombaire ?

Les seules indications à la réalisation d'une imagerie cérébrale avant ponction lombaire chez un patient suspect de méningite bactérienne sont (grade C) :

- les signes de localisation neurologiques ;
- les troubles de vigilance mesurés par un score de Glasgow inférieur ou égal à 11;
- les crises épileptiques récentes ou en cours, focales ou généralisées après l'âge de cinq ans, seulement si hémicorporelles avant cet âge.

LE SCANNER AVANT PL... ÉTAT DES LIEUX



Texte court[☆]

Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires (à l'exclusion du nouveau-né)

Mercredi 19 novembre 2008

ASIEM, 6, rue Albert-de-Lapparent, 75007 Paris, France

1.3. Quels sont les patients qui devraient avoir un scanner avant la ponction lombaire ?

Les seules indications à la réalisation d'une imagerie cérébrale avant ponction lombaire chez un patient suspect de méningite bactérienne sont (grade C) :

- les signes de localisation neurologiques ;
- les troubles de vigilance mesurés par un score de Glasgow inférieur ou égal à 11;
- les crises épileptiques récentes ou en cours, focales ou généralisées après l'âge de cinq ans, seulement si hémicorporelles avant cet âge.



Lumbar Puncture Performed Promptly or After Neuroimaging in Acute Bacterial Meningitis in Adults: A Prospective National Cohort Study Evaluating Different Guidelines

Martin Glimåker, 1 Jan Sjölin, 2 Styrbjörn Åkesson, 1 and Pontus Naucler 1

Cohorte de 815 patients entre 2008 et 2015

Table 1. Recommendations for Neuroimaging of the Brain Before Lumbar Puncture According to Different Guidelines in 815 Patients With Acute Bacterial Meningitis

	Swedish Guidelines	3	ESCMID Guidelines		IDSA Guidelines	•
		No. (%)		No. (%)		No. (%)
Impaired mental status	Cerebral herniation ^a	10 (1.2)	GCS <10 (RLS >3)	124 (15.2)	GCS <15 (RLS >1)	480 (58.9)
Neurologic deficit (sus- pected mass lesion)	Arm or leg drift >4 d of neurological symp- toms or ABM-atypical symptoms	45 (5.5) NA ^b	Arm or leg drift	45 (5.5)	Arm or leg drift Abnormal ocular motility, visual field, dilated pupil	45 (5.5) 9 (1.1)
New-onset seizures	No recommendation		Within 1 week of presentation	59 (7.2)	Within 1 week of presentation	59 (7.2)
Severe immuno-com- promised state	No recommendation		Transplant recipients, HIV infection, or severe immunosuppressive treatment	89 (10.9)	Transplant recipients, HIV infection, or severe immunosuppressive treatment	89 (10.9)
History of CNS disease	No recommendation		No recommendation		Mass lesion, stroke, focal infection	NA ^b
Papilledema	No recommendation		No recommendation		Increased intracranial pressure	NA ^c
Total ^d		53 (6.5)		250 (30.7)		522 (64.0)

LE SCANNER AVANT PL... QUEL IMPACT?



Adult Bacterial Meningitis: Earlier Treatment and Improved Outcome Following Guideline Revision Promoting Prompt Lumbar Puncture

Martin Glimåker, Bibi Johansson, Örjan Grindborg, Matteo Bottai, Lars Lindquist, and Jan Sjölin

¹Unit for Infectious Diseases, Department of Medicine, Karolinska Institutet and Karolinska University Hospital, ²Unit of Biostatistics, Institute of Environmental Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, and ³Section of Infectious Diseases, Department of Medical Sciences, Uppsala University, Sweden

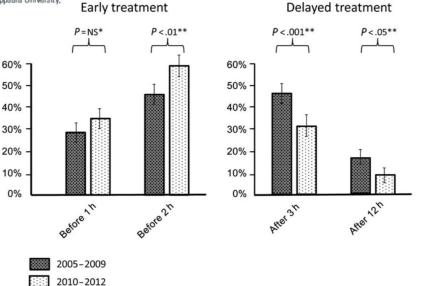


Figure 1. Time from admission to start of antibiotic treatment in patients admitted during 2005–2009 and 2010–2012. Information was available for 609 patients (342 from the first period and 267 from the second period). Early treatment was defined as time to treatment of <2 hours and late treatment as time to treatment of >3 hours. Two-tailed Fisher exact test was used for *P* values. Lines represent the 95% confidence interval. * Indicates adjusted for confounders; this difference was statistically significant (*P*< .05). ** Indicates adjusted for confounders; these differences remained or increased. Abbreviation: NS, not statistically significant.

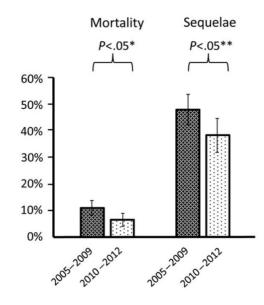


Figure 2. On the left is the mortality rate for 394 patients admitted in 2005–2009 and 318 patients admitted in 2010–2012. On the right is the rate of neurological deficits and/or hearing disability at follow-up (2–6 months after discharge) in the 296 patients admitted in 2005–2009 and the 239 patients admitted in 2010–2012 from whom this information

LE SCANNER AVANT PL... QUEL IMPACT?



Adult Bacterial Meningitis: Earlier Treatment and Improved Outcome Following Guideline Revision Promoting Prompt Lumbar Puncture

Martin Glimåker, 1 Bibi Johansson, 1 Örjan Grindborg, 1 Matteo Bottai, 2 Lars Lindquist, 1 and Jan Sjölin 3

¹Unit for Infectious Diseases, Department of Medicine, Karolinska Institutet and Karolinska University Hospital, ²Unit of Biostatistics, Institute of Environmental Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, and ³Section of Infectious Diseases, Department of Medical Sciences, Uppsala University, Sweden

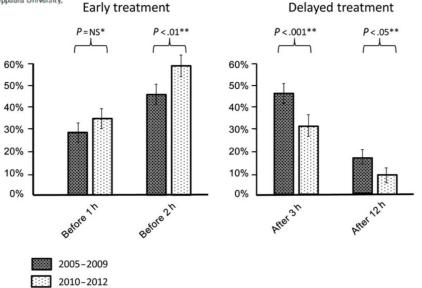


Figure 1. Time from admission to start of antibiotic treatment in patients admitted during 2005–2009 and 2010–2012. Information was available for 609 patients (342 from the first period and 267 from the second period). Early treatment was defined as time to treatment of <2 hours and late treatment as time to treatment of >3 hours. Two-tailed Fisher exact test was used for *P* values. Lines represent the 95% confidence interval. * Indicates adjusted for confounders; this difference was statistically significant (*P*<.05). ** Indicates adjusted for confounders; these differences remained or increased. Abbreviation: NS, not statistically significant.

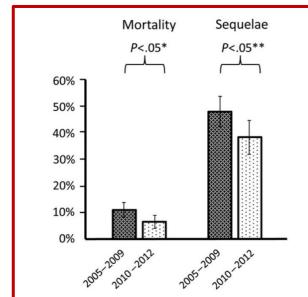
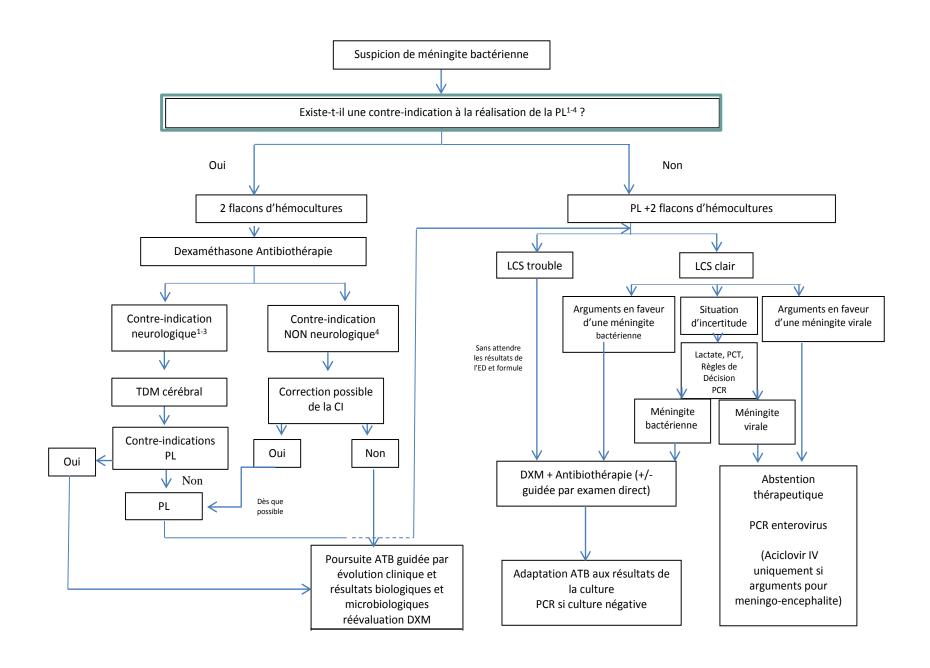
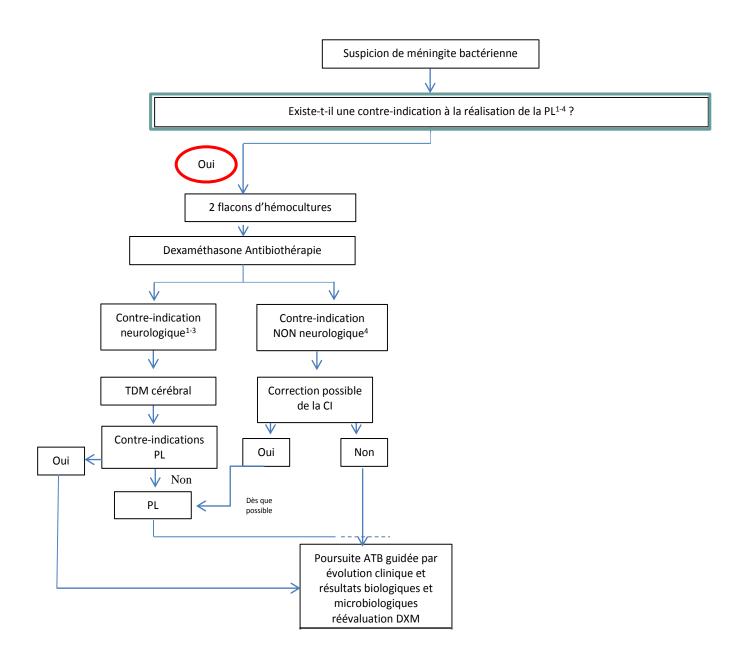


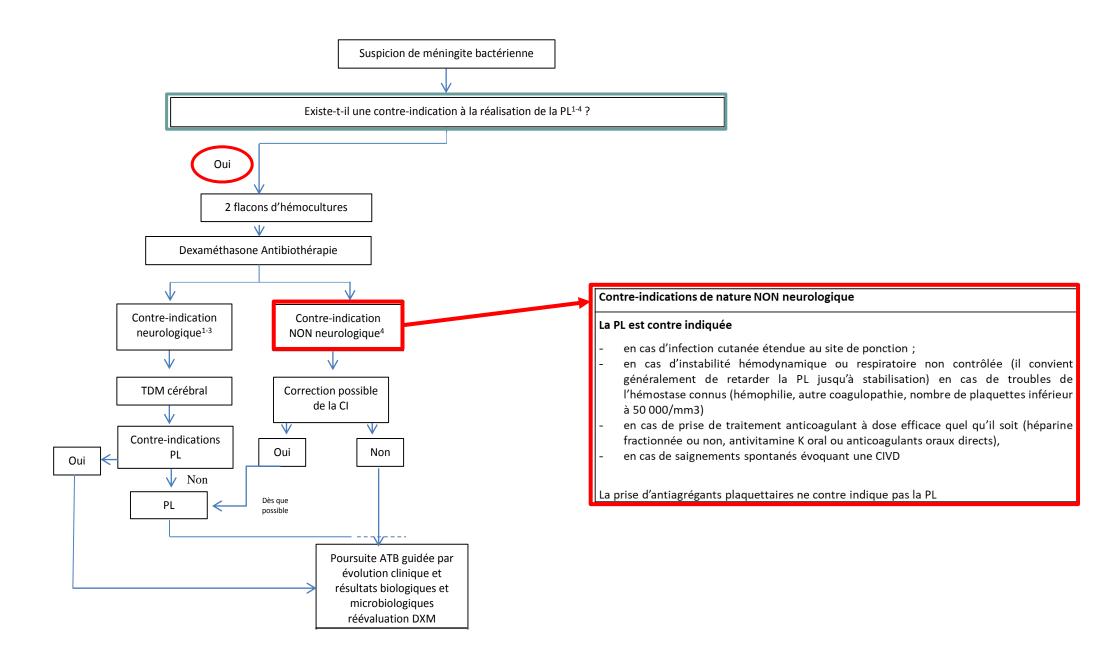
Figure 2. On the left is the mortality rate for 394 patients admitted in 2005–2009 and 318 patients admitted in 2010–2012. On the right is the rate of neurological deficits and/or hearing disability at follow-up (2–6 months after discharge) in the 296 patients admitted in 2005–2009 and the 239 patients admitted in 2010–2012 from whom this information



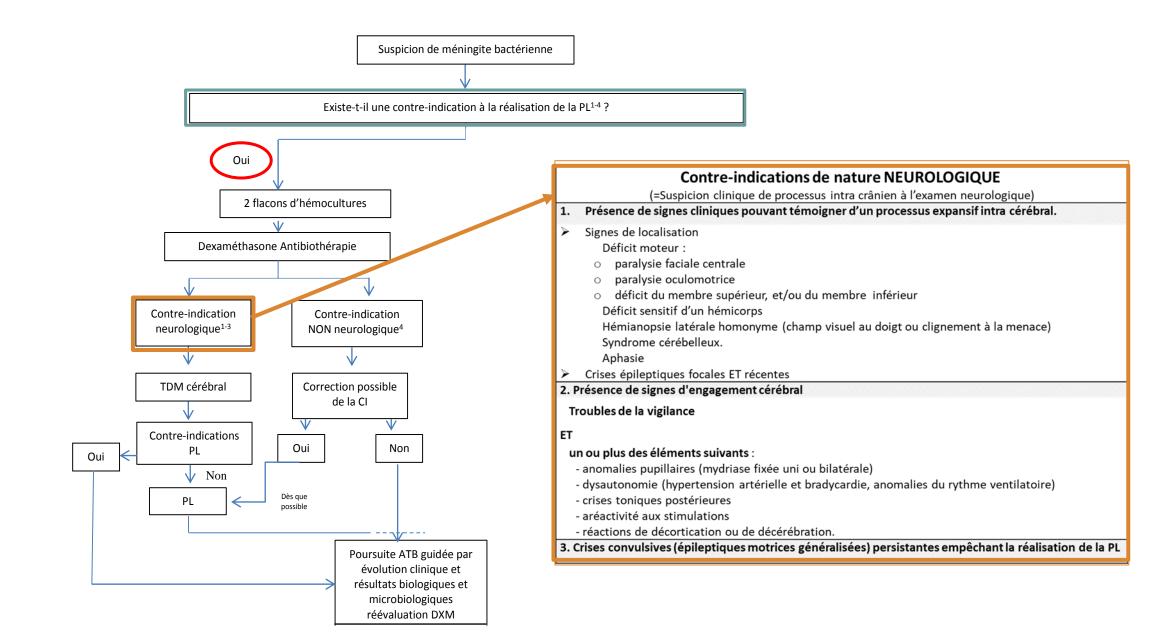
Q1: Quelle est la prise en charge diagnostique initiale d'un patient suspect de méningite bactérienne ?

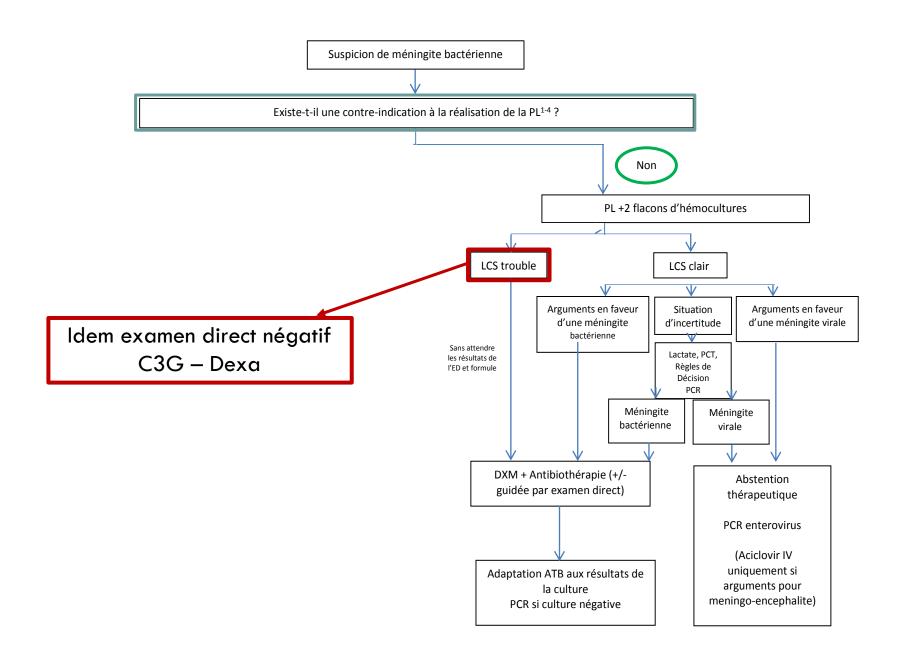


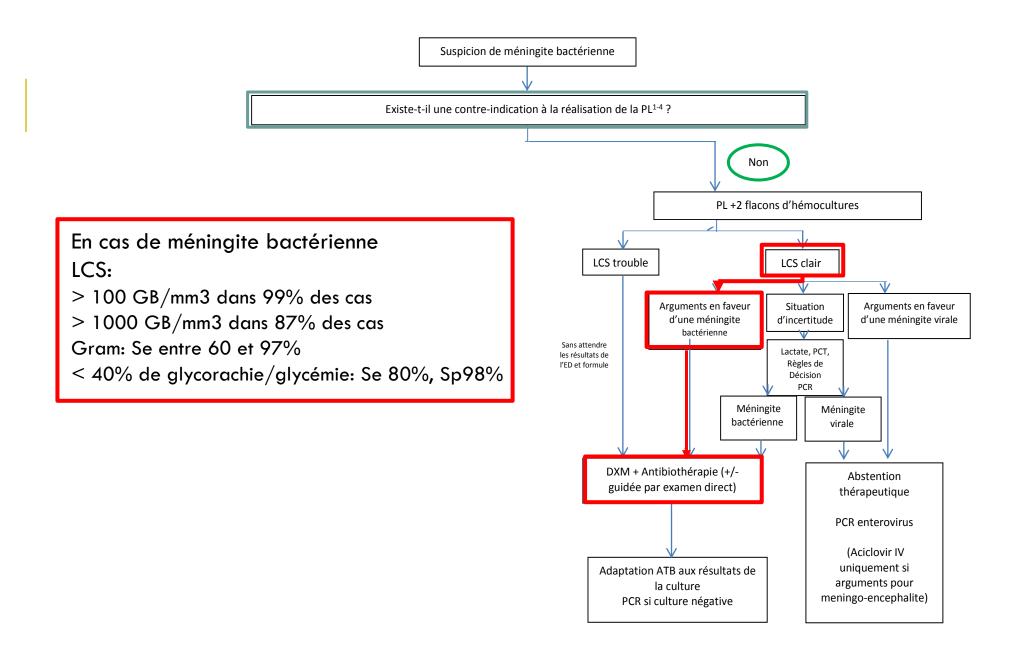
Q1: Quelle est la prise en charge diagnostique initiale d'un patient suspect de méningite bactérienne ?

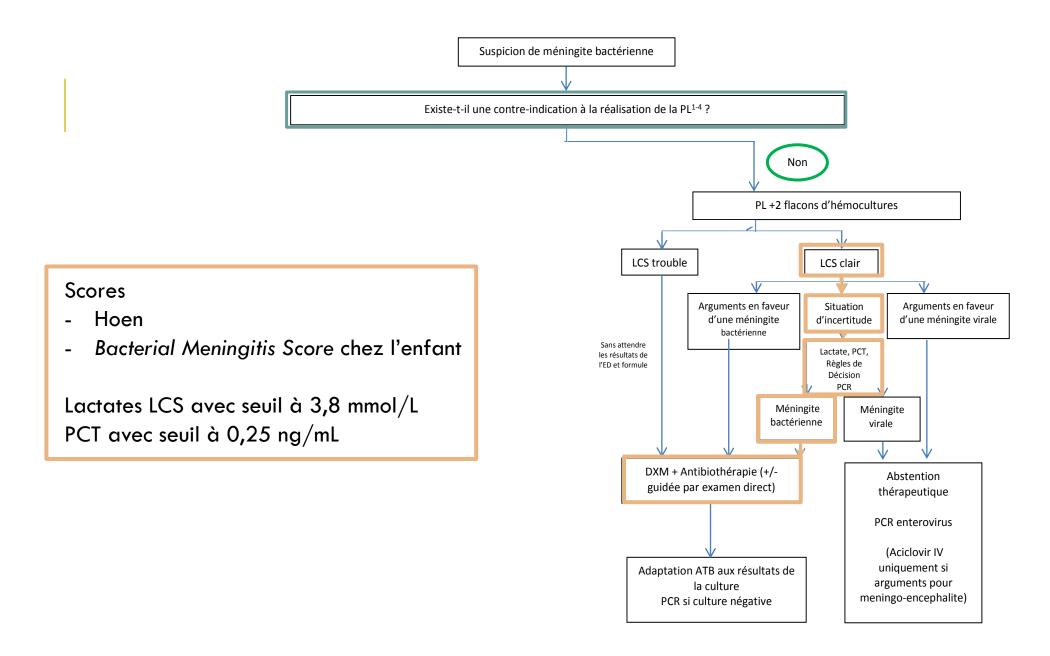


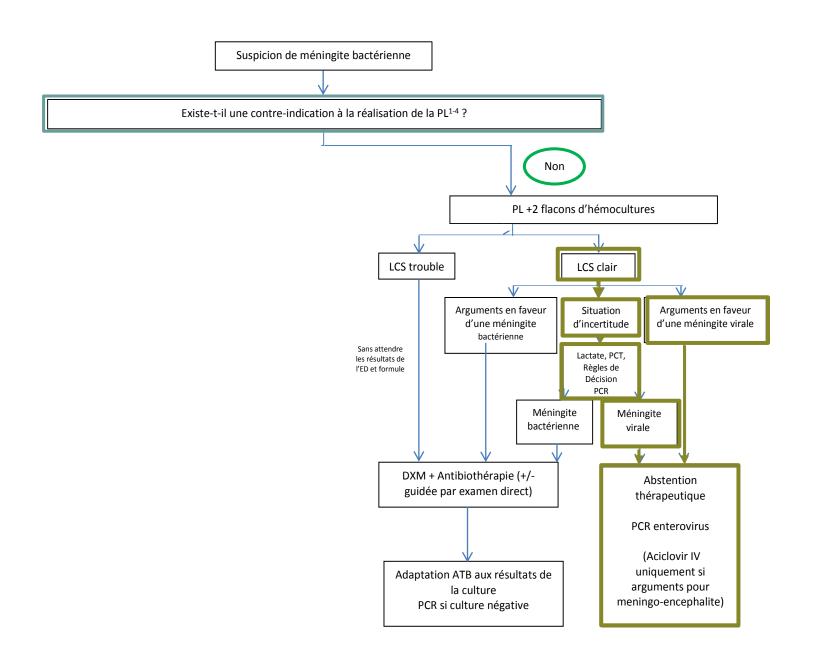
Q1: Quelle est la prise en charge diagnostique initiale d'un patient suspect de méningite bactérienne ?











QUESTION 2: QUELLE EST L'ANTIBIOTHÉRAPIE INITIALE D'UN PATIENT PRÉSENTANT UNE MÉNINGITE PRÉSUMÉE BACTÉRIENNE ?

Antibiothérapie idéalement dans l'heure qui suit l'admission à l'hôpital

Antibiothérapie avant PL si:

- Contre indication à la PL
- Délai de PEC hospitalière > 90'
- Purpura fulminans

Antibiothérapie initiale basée sur données épidémio



Adult Bacterial Meningitis: Earlier Treatment and Improved Outcome Following Guideline Revision Promoting Prompt Lumbar Puncture

Martin Glimäker, Bibi Johansson, Örjan Grindborg, Matteo Bottai, Lars Lindquist, and Jan Sjölin

¹Unit for Infectious Diseases, Department of Medicine, Karolinska Institutet and Karolinska University Hospital, ²Unit of Biostatistics, Institute of Environmental Medicine, Karolinska Institutet, Stockholm, and ²Section of Infectious Diseases, Department of Medical Sciences, Uppsala University

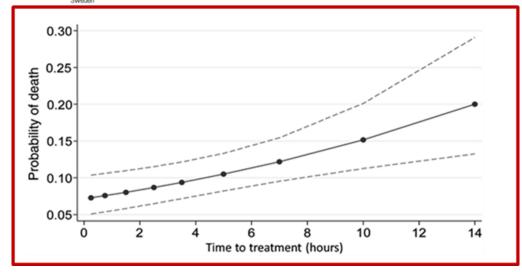


Tableau 3- Taux d'incidence (TI)^a des méningites bactériennes pour 100 000 habitants ≥ 15 ans selon

l'âge et le micro-organisme, EPIBAC, InVS, France métropolitaine 2013-2014.

Groupe d'âge	15-24 ar	15	25-39 aı	าร	40-64 an	S	≥ 65 ans	
	TI/10 ⁵	%	TI/10 ⁵	%	TI/10 ⁵		TI/10 ⁵	%
S. pneumoniae	0,22	14	0,47	43	1,18	69	1,52	59
N. meningitidis	1,23	79	0,40	36	0,26	15	0,22	9
L. monocytogenes	0,03	2	0,06	5	0,12	7	0,41	16
H. influenzae	0,03	2	0,08	7	0,06	3	0,22	9
S. agalactiae	0,02	1	0,06	5	0,05	3	0,07	3
S. pyogenes	0,01	1	0,03	3	0,04	2	0,11	4
Total	1,55	100	1,09	100	1,71	100	2,55	100

^a Incidence corrigée pour l'exhaustivité du recueil

CNR Pneumocoque entre 2006 et 2016

- Se diminué à l'amoxicilline baisse de 17 à 6%
- Se diminué au cefotaxime baisse de 4 à 2%

CNR Méningocoque en 2015 (n=322)

- Se diminué à l'amoxicilline 30%
- Toutes les souches sensible C3G, FQ, RMP

- 18% de Se diminué à l'amox par pénicillinase
- 18% par modification PLP3
- Toutes sensibles aux C3G

Tableau 3- Taux d'incidence (TI)^a des méningites bactériennes pour 100 000 habitants ≥ 15 ans selon

l'âge et le micro-organisme, EPIBAC, InVS, France métropolitaine 2013-2014.

Groupe d'âge	15-24 ans		25-39 ans		40-64 ans		≥ 65 ans	
	TI/10 ⁵	%	TI/10 ⁵	%	TI/10 ⁵		TI/10 ⁵	%
S. pneumoniae	0,22	14	0,47	43	1,18	69	1,52	59
N. meningitidis	1,23	79	0,40	36	0,26	15	0,22	9
L. monocytogenes	0,03	2	0,06	5	0,12	7	0,41	16
H. influenzae	0,03	2	0,08	7	0,06	3	0,22	9
S. agalactiae	0,02	1	0,06	5	0,05	3	0,07	3
S. pyogenes	0,01	1	0,03	3	0,04	2	0,11	4
Total	1,55	100	1,09	100	1,71	100	2,55	100

^a Incidence corrigée pour l'exhaustivité du recueil

CNR Pneumocoque entre 2006 et 2016

- Se diminué à l'amoxicilline baisse de 17 à 6%
- Se diminué au cefotaxime baisse de 4 à 2%

CNR Méningocoque en 2015 (n=322)

- Se diminué à l'amoxicilline 30%
- Toutes les souches sensible C3G, FQ, RMP

- 18% de Se diminué à l'amox par pénicillinase
- 18% par modification PLP3
- Toutes sensibles aux C3G

Tableau 3- Taux d'incidence (TI)^a des méningites bactériennes pour 100 000 habitants ≥ 15 ans selon

l'âge et le micro-organisme, EPIBAC, InVS, France métropolitaine 2013-2014.

Groupe d'âge	15-24 ar	าร	25-39 ar	าร	40-64 ar	าร	≥ 65 ans	
	TI/10 ⁵	%	TI/10 ⁵	%	TI/10 ⁵		TI/10 ⁵	%
S. pneumoniae	0,22	14	0,47	43	1,18	69	1,52	59
N. meningitidis	1,23	79	0,40	36	0,26	15	0,22	9
L. monocytogenes	0,03	2	0,06	5	0,12	7	0,41	16
H. influenzae	0,03	2	0,08	7	0,06	3	0,22	9
S. agalactiae	0,02	1	0,06	5	0,05	3	0,07	3
S. pyogenes	0,01	1	0,03	3	0,04	2	0,11	4
Total	1,55	100	1,09	100	1,71	100	2,55	100

^a Incidence corrigée pour l'exhaustivité du recueil

CNR Pneumocoque entre 2006 et 2016

- Se diminué à l'amoxicilline baisse de 17 à 6%
- Se diminué au cefotaxime baisse de 4 à 2%

CNR Méningocoque en 2015 (n=322)

- Se diminué à l'amoxicilline 30%
- Toutes les souches sensible C3G, FQ, RMP

- 18% de Se diminué à l'amox par pénicillinase
- 18% par modification PLP3
- Toutes sensibles aux C3G

Tableau 3- Taux d'incidence (TI)^a des méningites bactériennes pour 100 000 habitants ≥ 15 ans selon

l'âge et le micro-organisme, EPIBAC, InVS, France métropolitaine 2013-2014.

Groupe d'âge	15-24 ar	ıs	25-39 ar	าร	40-64 ar	ıs	≥ 65 ans	
	TI/10 ⁵	%	TI/10 ⁵	%	TI/10 ⁵		TI/10 ⁵	%
S. pneumoniae	0,22	14	0,47	43	1,18	69	1,52	59
N. meningitidis	1,23	79	0,40	36	0,26	15	0,22	9
L. monocytogenes	0,03	2	0,06	5	0,12	7	0,41	16
H. influenzae	0,03	2	0,08	7	0,06	3	0,22	9
S. agalactiae	0,02	1	0,06	5	0,05	3	0,07	3
S. pyogenes	0,01	1	0,03	3	0,04	2	0,11	4
Total	1,55	100	1,09	100	1,71	100	2,55	100

^a Incidence corrigée pour l'exhaustivité du recueil

CNR Pneumocoque entre 2006 et 2016

- Se diminué à l'amoxicilline baisse de 17 à 6%
- Se diminué au cefotaxime baisse de 4 à 2%

CNR Méningocoque en 2015 (n=322)

- Se diminué à l'amoxicilline 30%
- Toutes les souches sensible C3G, FQ, RMP

- 18% de Se diminué à l'amox par pénicillinase
- 18% par modification PLP3
- Toutes sensibles aux C3G

QUESTION 2: DONNÉES CLINIQUES

Clinical features and prognostic factors of listeriosis: the MONALISA national prospective cohort study



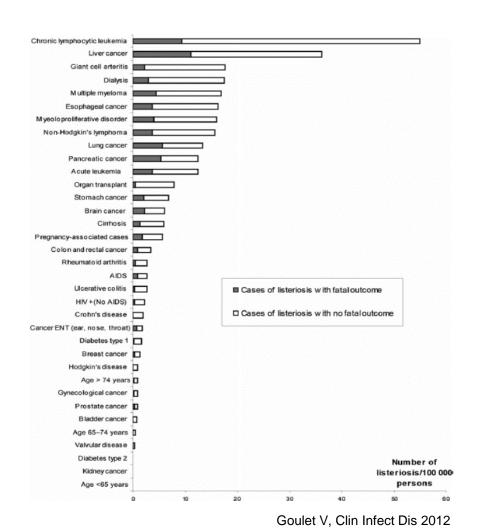
Caroline Charlier, Élodie Perrodeau, Alexandre Leclercq, Benoît Cazenave, Benoît Pilmis, Benoît Henry, Amanda Lopes, Mylène M Maury, Alexandra Moura, François Goffinet, Hélène Bracq Dieye, Pierre Thouvenot, Marie-Noëlle Ungeheuer, Mathieu Tourdjman, Véronique Goulet, Henriette de Valk, Olivier Lortholary, Philippe Ravaud, Marc Lecuit, on behalf of the MONALISA study group

2017

	Odds ratio (95% CI)*	p value
3-month mortality for bacteraen	nia and neurolisteriosis	(n=679)†
Female sex	1.60 (1.04-2.46)	0.034
Age (years)	1.03 (1.01-1.05)	0.001
At least one immunosuppressing comorbidity	0.43 (0.15–1.22)	0.113
Ongoing organ neoplasia	5.19 (3.01-8.95)	<0.0001
Co-trimoxazole therapy	0-49 (0-26-0-92)	0.027
Aminoglycoside therapy	0.60 (0.38-0.94)	0.024
Active beta-lactam therapy‡	0.10 (0.04-0.26)	<0.0001

iosis (n=252)	
2.68 (1.24-5.83)	0.013
1.35 (0.99-1.85)	0.058
4.58 (1.53-13.73)	0-007
2.65 (1.08-6.55)	0.034
3.08 (1.25-7.58)	0.014
2.75 (1.23–6.16)	0.014
0-47 (0-20-1-12)	0-087
2.89 (1.31-6.37)	0.009
3.57 (1.24-10.23)	0.018
3.67 (1.60-8.40)	0-002
1.18 (0.99–1.41)	0.062
4.58 (1.50-13.98)	0.008
	1·35 (0·99–1·85) 4·58 (1·53–13·73) 2·65 (1·08–6·55) 3·08 (1·25–7·58) 2·75 (1·23–6·16) 0·47 (0·20–1·12) 2·89 (1·31–6·37) 3·57 (1·24–10·23) 3·67 (1·60–8·40) 1·18 (0·99–1·41)

QUESTION 2: DONNÉES CLINIQUES



	Total (N=403) n (%)	Examen direct négatif (N=109)
Microorganismes identifiés à la culture		n (%)
Streptococcus pneumoniae	211 (52,4)	32 (29,4)
Streptococcus non pneumoniae	23 (5,7)	10 (9,2)
Neisseria meningitidis	89 (22,1)	29 (26,6)
Haemophilus influenzae	18 (4,5)	10 (9,2)
Listeria monocytogenes	20 (5,0)	13 (11,9)
Escherichia coli	4 (1,0)	0
Staphylococcus aureus	8 (2,0)	5 (4,6)
Autres microorganismes	20 (5,0)	6 (5,5)
Microorganisme non identifié	10 (2,5)	4 (3,6%)

Tableau 7- Répartition des microorganismes dans la cohorte COMBAT

QUESTION 2: QUELLE EST L'ANTIBIOTHÉRAPIE INITIALE D'UN PATIENT PRÉSENTANT UNE MÉNINGITE PRÉSUMÉE BACTÉRIENNE ?

Si examen direct positif

Pas de modification reco 2008

Si examen direct négatif

- Pas de FDR de listeria
 - Cefotaxime 300 mg/kg/j
- FDR listeria
 - Cefotaxime 300 mg/kg/j
 - Amoxicilline 200 mg/kg/j
 - Genta 5 mg/kg/j

Risque de listéria

 $\hat{a}ge > 70 ans,$

terrain avec comorbidités

Immunodépression

Début progressifs

Atteinte rhombencéphalitique

Pas de modification de posologie les 24 premières heures si insuffisance rénale

QUESTION 3: QUELLE EST LA PRISE EN CHARGE INITIALE THÉRAPEUTIQUE D'UN PATIENT PRÉSENTANT UNE MÉNINGITE PRÉSUMÉE BACTÉRIENNE (EN DEHORS DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE) ?

Dexaméthasone

- Diminue la mortalité des méningites à pneumo
- Diminue la morbidité (séquelles neurologiques et perte auditive) tout micro organisme confondu

Extension des délais

- Jusqu'à 4 heures dans reco ESCMID de 2016
- Jusqu'à 12 heures dans reco britanniques de 2016

Recommandations SPILF 2017

- Méningite présumée bactérienne
- Examen direct en faveur de pneumocoque +++
- 10 mg / 6 heures
- Jusqu'à 12 heures du début de l'ATB
- N'est pas recommandé si immunodéprimé ou si listeriose neuroméningée
- Poursuivi 4 jours si Pneumocoque ou Haemophilus
- Libre choix au clinicien si méningocoque
- Arrêt si autre microorganisme

QUESTION 4: QUELLES SONT LES MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE ULTÉRIEURE ?

Bactérie, sensibilité	Traitement antibiotique ¹	Durée totale	Alternatives	
Streptococcus pneumoniae ²				
CMI céphalosporine (cefotaxime ou ceftri	axone selon la C3G reçue) ≤ 0,5 mg/L			
	De préférence , amoxicilline, 200 mg/kg/jour IV, ou maintien C3G, en diminuant la dose de céfotaxime à 200 mg/kg/jour, ou de ceftriaxone à 75 mg/kg/jour (car CMI C3G \leq 0,5 mg/l) céfotaxime IV : 200 mg/kg/jour (car CMI C3G \leq 0,5 mg/l) ou	10-14 jours ³ 10-14 jours ³	Association Vancomycine et rifampicine Association Vancomycine et	
CMI cánhalocnarina (cafatavima au caftria	ceftriaxone IV: 75 mg/kg/jour (car CMI C3G ≤ 0,5 mg/l) CMI céphalosporine (cefotaxime ou ceftriaxone selon la C3G reçue) > 0,5 mg/L			
civil ceptialosporitie (cerotaxime ou certife	céfotaxime IV: 300 mg/kg/jour ou ceftriaxone IV: 100 mg/kg/jour Faire systématiquement une nouvelle ponction lombaire à la réception de la CMI > 0,5 mg/L avec de nouveau mise en culture du LCS et dosage AB 4		Association Vancomycine et Rifampicine	
Neisseria meningitidis				
CMI amoxicilline ≤ 0,125 mg/l CMI amoxicilline > 0,125 mg/	Amoxicilline ou maintien C3G Céfotaxime, 200 mg/kg/jour IV, ou ceftriaxone, 75 mg/kg/jour IV	5 - 7 jours ⁵	Ciprofloxacine	
Listeria monocytogenes	Amoxicilline en association à la gentamicine, 5 mg/kg/jour en 1 perfusion IV sur 30 minutes pendant les 5 premiers jours	21 jours	Cotrimoxazole	
Haemophilus influenzae	Céfotaxime ou ceftriaxone	7 jours	Ciprofloxacine	

QUESTION 4: QUELLES SONT LES MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE ULTÉRIEURE ?

Indications à l'imagerie cérébrale au cours des méningites bactériennes					
	Situations	Remarques			
Avant réalisation de la PL					
En cas de contre-indications neurologiques à la PL		Une paire d'hémocultures, corticothérapie et antibiothérapie AVANT imagerie			
Après réalisation de la PL					
Systématique au cours de la prise en charge	Méningite à <i>Streptococcus pneumoniae</i> et otite, sinusite ou mastoïdite Méningite à bactérie autre que pneumocoque ou méningocoque				
Indications occasionnelles	Persistance inexpliquée au-delà de 48-72h après le début du traitement : d'une fièvre supérieure à 38,5° C, de trouble de la conscience, de céphalées importantes Apparition de trouble de localisation ou trouble de la conscience ou Crises convulsives, ou reprise fébrile inexpliquée				
Recherche d'une porte d'entrée	Absence de porte d'entrée retrouvée pour les méningites à pneumocoque Imagerie cérébrale ou médullaire à la recherche d'un sinus dermique est nécessaire chez l'enfant atteint d'une méningite bactérienne à staphylocoque ou entérobactérie ou polymicrobienne				
Recherche d'une brèche	Méningites bactériennes chez un individu aux antécédents de traumatisme crânien				

QUESTION 4: QUELLES SONT LES MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE ULTÉRIEURE ?

Suivi

- Autour de la sortie, si méningite à Pneumocoque ou Haemophilus
 - Test auditif +/- PEC adaptée
- Recherche de FDR sous jacent
 - splénectomie ou asplénie, drépanocytose, beta thalassémie
 - Chez l'adulte, rechercher: diabète, éthylisme chronique, cancer, cirrhose, hémopathie, infection à VIH
 - EPP en cas de méningite à pneumocoque
 - Complément en cas de méningite à méningocoque
- Jusqu'à 1 an
 - Audition
 - Echelle qualité de vie, score dépression, séquelles cognitives

CONCLUSION

Les troubles de la conscience isolés ne sont plus une contre-indication à la PL

Les indications de l'imagerie cérébrale avant la PL sont rares

L'impossibilité de pratiquer une PL dans les plus brefs délais impose la mise en route immédiate de la dexaméthasone et de C3G après réalisation d'une paire d'hémocultures

En cas d'oubli, la dexaméthasone peut être administrée jusqu'à 12 H après l'ATB

Le céfotaxime ou la ceftriaxone sont les deux antibiotiques de première intention

Le suivi pendant 12 mois est recommandé pour détecter les complications tardives