


Référence : UF2300/35.a	Titre : <b>Méningites et méningo-encéphalites aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/> Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>	<b>SECTEUR EMETTEUR :</b> Service d'Accueil des Urgences	Page :1/7 Date d'émission : 1 <sup>er</sup> juin 2022 Date dernière révision :
<b>Rédaction :</b> Nom : ALLAIN Guillaume Fonction : PHC	<b>Vérification :</b> Nom : DELAYE Thomas Fonction : PHC	<b>Vérification :</b> Nom : KOUASSI Georges Fonction : PHC
<b>Approbation :</b> Nom : MUTRICY Rémi Fonction : PH	<b>Approbation :</b> Nom : PUJO Jean Fonction : Chef de Service	<b>Approbation :</b> Nom : Fonction :
<b>Ont collaboré à la rédaction :</b>	<b>Visa qualité :</b>	
<b>Services concernés par application :</b> Service des Urgences, SAMU		
<b>Attention, seule la version numérique de ce document fait foi</b>		

## I- OBJET

### Prise en charge des méningites et méningoencéphalites aux urgences

## II- PERSONNES CONCERNÉES

Médecins, internes, IDE.

## III- TEXTE DE REFERENCE

- *Stahl JP, Azouvi P, Bruneel F, De Broucker T, Duval X, Fantin B, et al. Guidelines on the management of infectious encephalitis in adults. Médecine Mal Infect. mai 2017;47(3):179- 94.*
- *Hoën B, Varon E, de Debroucker T, Fantin B, Grimpel E, Wolff M, et al. Management of acute community-acquired bacterial meningitis (excluding newborns). Long version with arguments. Med Mal Infect. sept 2019;49(6):405- 41.*
- *Méningites : diaporama des recos - Actualités - Documents - spilf - [Internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur : [https://www.infectiologie.com/fr/actualites/meningites-diaporama-des-recos - n.html](https://www.infectiologie.com/fr/actualites/meningites-diaporama-des-recos-n.html)*
- *Recommandations [Internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.infectiologie.com/fr/recommandations.html>*
- *Conférence de consensus – Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires –*

Référence : UF2300/35.a	Titre : <b>Méningites et méningo-encéphalites aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :  Service d'Accueil des Urgences	Page :2/7
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 1 <sup>er</sup> juin 2022 Date dernière révision :

*Actualisation 2017 – SPILF.*

- *Encéphalites infectieuses aiguës de l'adulte – Recommandations – SPILF 2017*

Référence : UF2300/35.a	Titre : <b>Méningites et méningo-encéphalites aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :  Service d'Accueil des Urgences	Page :3/7
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 1 <sup>er</sup> juin 2022 Date dernière révision :

#### IV- DEFINITIONS

##### Méningite :

- Fièvre
- Syndrome méningé (céphalées, photo-phonophobie, nausées, vomissements, raideur de nuque)

##### Méningo-encéphalite :

- Fièvre
- Syndrome méningé (inconstant)
- Signes neurologiques centraux :
  - Trouble des fonctions supérieures (troubles du comportement, mnésiques, confusion, bradypsychie)
  - Trouble de la vigilance (obnubilation=> coma)
  - Signes de focalisation (crise convulsive partielle, atteintes paires crâniennes, déficit moteur)
  - Mouvements anormaux, crise généralisée...

##### Ponction lombaire / Liquide cérébro-spinal (LCS) normal :

Aspect clair, <5 éléments/mm<sup>3</sup>, glycorachie >2/3 x glycémie, protéinorachie <0,40g/L, lactatorachie<3,2mmol/L

#### V- DESCRIPTION

##### 1) Critères de gravité

##### Admission SAUV ou réanimation :

- Purpura extensif
- Score de Glasgow  $\leq 8$  (soins continus si < 13)
- Signes neurologiques focaux
- Signes de souffrance du tronc cérébral
- État de mal convulsif
- Instabilité hémodynamique
- Détresse respiratoire

##### 2) Conduite à tenir

##### a) En cas de suspicion de méningite bactérienne mise en place précautions complémentaires gouttelettes

Port du masque chirurgical pour le personnel soignant et le patient

##### b) Ponction lombaire URGENCE <1h.

Possible avant le bilan de coagulation chez les patients jeunes sans signe hémorragique ou de coagulopathie

Référence : UF2300/35.a	Titre : <b>Méningites et méningo-encéphalites aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :  Service d'Accueil des Urgences	Page :4/7
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 1 <sup>er</sup> juin 2022 Date dernière révision :

### Contre-indications à la PL :

- Infection cutanée étendue du site de ponction
- Instabilité hémodynamique ou respiratoire
- Troubles de l'hémostase connus (coagulopathie dont hémophilie, plaquettes inférieures à 50G/L)
- Anticoagulants à dose efficace (héparine, AVK ou anticoagulants oraux directs)
- Saignements spontanés évoquant une CIVD.
- Signes d'hypertension intracrânienne

### Indications de l'imagerie avant la PL

- Signes évoquant un processus expansif intra crânien (signes de localisation, crises d'épilepsies focales et récentes)
- Signes d'engagement cérébral (Troubles de la vigilance ET anomalies pupillaires/dysautonomie/crises toniques postérieures/ aréactivité/ réactions de décortication ou décérébration.
- Crises convulsives persistantes.

Si indication à une imagerie débiter l'antibiothérapie avant la ponction lombaire

### Modalités :

Si patient non connu VIH : 7 tubes de 10 gouttes.

Si patient connu VIH ou suspicion VIH : 10 tubes de 10 gouttes. (Prendre avis UMIT)

Mieux vaut trop que pas assez : le volume prélevé n'est pas corrélé à la survenue de complications.

A réaliser dans le même temps que la PL : NFP, **Glycémie**, ionogramme, créatinine, bilan hépatique, bilan d'hémostase, **hémocultures x3 paires**, **Sérologie VIH**, **FGE paludisme**. Bilan de fièvre complémentaire selon orientation.

Numéro de tube	Laboratoire	Analyses
N°1 et 2	Laboratoire polyvalent	Mise en réserve pour demande d'analyse selon les premiers résultats (mycobactérie, mycologie...)
N°3	Laboratoire polyvalent	PCR Entérovirus
N°4	BIOMNIS	PCR HSV (herpes) et VZV
N°5	Biochimie	Protides, glucose (avec glycémie capillaire simultanée), chlore, lactates
N°6 et N°7	Bactériologie	Cytologie (leucocytes + formule-hématies), examen direct et culture, Ag cryptocoque

Les flacons à utiliser sont les tubes coniques à bouchon rouge.

En Guyane les étiologies tropicales doivent être recherchées même chez le patient non immunodéprimé (cryptococcoses, parasitoses, arbovirose) d'où l'intérêt de tubes complémentaires.

Référence : UF2300/35.a	Titre : <b>Méningites et méningo-encéphalites aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :  Service d'Accueil des Urgences	Page :5/7
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 1 <sup>er</sup> juin 2022 Date dernière révision :

### c) Stratégie diagnostique et thérapeutique

#### MENINGITES :

##### Débuter l'antibiothérapie dans l'heure de l'admission aux urgences :

- **Avant la PL** après 2 hémocultures si **Purpura fulminans** ou contre-indication à la PL.
- **Après la PL** et les hémocultures si LCR macroscopiquement trouble ou très forte suspicion de méningite bactérienne.

##### Antibiothérapie :

<b>Examen Direct LCS et PCR négatif</b>	<b>Antibiotique</b>	<b>Dose/jour*</b>	<b>Modalités administration IV</b>
<b>Pas d'arguments pour listériose</b>  <b>Si enfant &lt;3 mois</b>	CEFOTAXIME ou CEFTRIAXONE	300mg/kg/j  100mg/kg/j	4 perfusions ou continue* 1 ou 2 perfusions
	+ Gentamicine	5mg/kg/j	1 perfusion
<b>Arguments pour listériose</b>  <b>(terrain prédisposant, apparition progressive symptômes, atteinte rhombencéphalique, atteinte des nerfs crâniens et/ou syndrome cérébelleux)</b>	CEFOTAXIME ou CEFTRIAXONE	300mg/kg/j  100mg/kg/j	4 perfusions ou continue* 1 ou 2 perfusions
	+ AMOXICILLINE	200mg/kg/j	4 perfusions ou continue
	+ GENTAMICINE	5mg/kg/j	1 perfusion

<b>Examen direct LCS positif</b>	<b>Antibiotique</b>	<b>Dose/jour</b>	<b>Modalités administration IV</b>
<b>CG+ (pneumocoque)</b>	CEFOTAXIME ou CEFTRIAXONE	300mg/kg/j 100mg/kg/j	4 perfusions ou continue IV* 1 ou 2 perfusions
<b>CG- (méningocoque)</b> <b>BG- (H influenzae)</b>	CEFOTAXIME ou CEFTRIAXONE	200mg/kg/j 75mg/kg/j	4 perfusions ou continue* 1 ou 2 perfusions
<b>BG+ (listeria)</b>	AMOXICILLINE + Gentamicine	200mg/kg/j 5mg/kg/j	4 perfusions ou continue 1 perfusion
<b>BG- (E. Coli)</b>	CEFOTAXIME ou CEFTRIAXONE	200mg/kg/j 75mg/kg/j	4 perfusions ou continue 1 ou 2 perfusions

\*Si perfusion continue, dose de charge de 50mg/kg sur 1 heure.

Référence : UF2300/35.a	Titre : <b>Méningites et méningo-encéphalites aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR :  Service d'Accueil des Urgences	Page :6/7
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 1 <sup>er</sup> juin 2022 Date dernière révision :

## Traitement symptomatique pour les méningites virales

### Corticothérapie :

Déxaméthasone injectée de façon concomitante à la 1<sup>ere</sup> injection d'antibiotique si :

- Examen direct positif évoquant un :
    - Pneumocoque quel que soit l'âge
    - Méningocoque chez l'adulte
    - *Haemophilus influenzae* chez l'enfant et le nourrisson
  - Examen direct négatif mais aspect trouble du LCS ou autres données permettant de retenir le diagnostic de méningite bactérienne chez l'adulte et chez le nourrisson de 3 à 12 mois
  - Contre-indication à la PL
- ✓ Dose initiale de **10 mg** (chez l'enfant de 0,15 mg/kg) **toutes les 6 h pendant 4 jours**
- ✓ Peut être administrée **jusqu'à 12 h** après la première dose d'antibiotique
- ✓ Non recommandée chez l'immunodéprimé et en cas de listériose.

### MENINGOENCEPHALITES :

Le diagnostic doit être évoqué devant tout symptôme ou signe de dysfonctionnement du SNC associé à de la fièvre (la fièvre doit être recherchée dans les jours précédents).

**Biologie sanguine :** 2 paires d'hémocultures, NFP, ionogramme sanguin, glycémie, crp, asat, alat, bilirubine, PAL, bilan d'hémostase, CPK, FGE paludisme.

**La sérologie VIH est indispensable.**

**La ponction lombaire est contre indiquée avant l'imagerie si :**

- Troubles de la vigilance
- Signes de localisation déficitaire
- Crises épileptiques focales ou généralisées.

**Dans ce cas appliquer les recommandations thérapeutiques des méningites bactériennes.**

**Imagerie cérébrale systématique. En cas de contre-indication neurologique à la ponction lombaire l'imagerie est faite avant.**

**IRM cérébrale** en première intention. **Scanner cérébral injecté** si IRM cérébrale non réalisable en urgence.

**Electroencéphalogramme dans un deuxième temps après avoir débuté le traitement antiviral.**

**Traitement :**

- ✓ Absence d'orientation étiologique (clinique ou biologique)



- **Aciclovir : 10 mg/kg IV toutes les 8 heures ET**
- **Amoxicilline : 200 mg/kg/jour en au moins 4 perfusions, ou en administration continue**

- ✓ Si vésicules cutanées ou signes de vasculopathie à l'imagerie

- **Aciclovir : 15 mg/kg IV toutes les 8 heures.**

- ✓ Si LCS trouble : se référer aux recommandations des méningites pour antibiothérapie.

- ✓ Si examen microscopique du LCS positif : débiter un traitement étiologique.

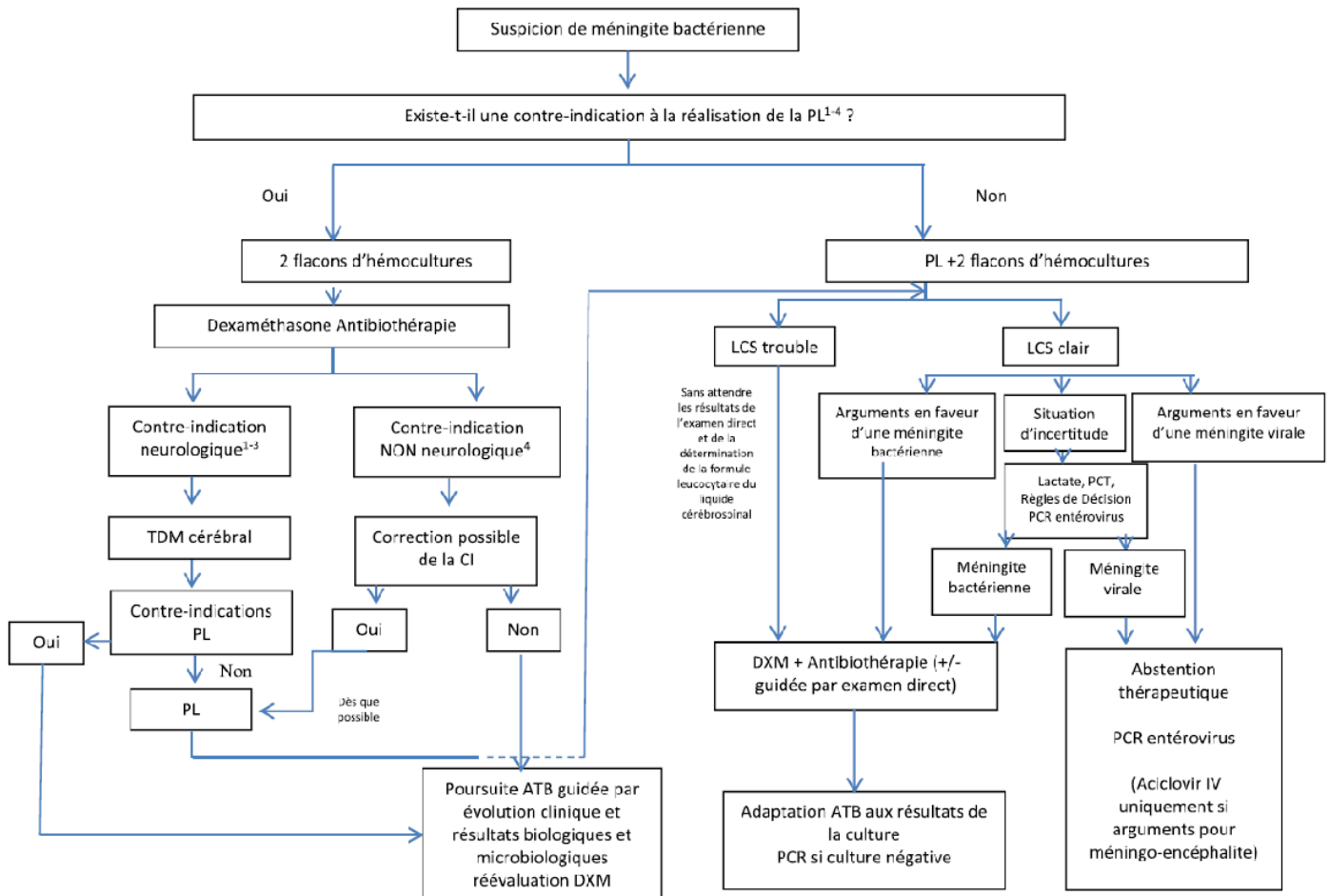
**Traitement anti tuberculeux seulement si :**

- ✓ Présence d'éléments fortement évocateurs : terrain, anamnèse, caractéristiques du LCS, localisations extra neurologiques, imagerie ou

- ✓ Présence de BAAR ou PCR temps réel positive

- **Pas de corticothérapie sauf si tuberculose prouvée ou fortement suspectée**

- **Pas de traitement anticonvulsivant en prophylaxie primaire.**

**VI- ANNEXES**

Référence : UF2300/35.a	Titre : <b>Méningites et méningo-encéphalites aux urgences</b>	
Document organisationnel : <input type="checkbox"/>	SECTEUR EMETTEUR : Service d'Accueil des Urgences	Page :8/7
Document opérationnel : <input checked="" type="checkbox"/>		Date d'émission : 1 <sup>er</sup> juin 2022 Date dernière révision :

**Suspicion de méningite bactérienne ou de méningococcie chez l'adulte**

**Précautions complémentaires gouttelettes**

<b>ABSENCE de CI à la PL*</b>	<b>PRESENCE de CI à la PL* ou Purpura rapidement extensif</b>
-------------------------------	---

<p align="center"><b>Hémocultures</b>  <b>PL - 4 tubes (10 gouttes/tube au minimum)</b>  <b>Traitement urgent si :</b></p> <p>LCS trouble  Ou examen direct positif  Ou LCS clair ET cytologie et biochimie évocatrices d'une méningite bactérienne (protéïnorachie ≥ 0,5 g/L, glycorachie/glycémie ≤ 0,4, lactate ≥ 3,8 mmol/L, PCT ≥ 0,25 ng/ml)</p>	<p align="center"><b>Prise en charge du sepsis</b>  <b>+ Hémocultures</b>  <b>+ Traitement probabiliste</b></p> <p>Puis  Imagerie cérébrale si CI neurologique à la PL  PL dès levée des CI</p>
--	---

**Traitement probabiliste URGENT à débiter dans l'heure suivant l'admission**  
**Dexaméthasone\*\* 10 mg x 4 par jour IV**  
**+ Céfotaxime** : dose de charge 50 mg/kg puis 300 mg/kg/jour IV en 4 perfusions ou en continu  
**Ou Ceftriaxone** : dose de charge 50 mg/kg puis 100 mg/kg/jour IV en 1 ou 2 perfusions  
**+ Amoxicilline** 200 mg/kg/jour IV en 4 à 6 perfusions **si suspicion Listériose\*\*\***

**Autres examens microbiologiques**  
Culture et PCR méningocoque sur biopsie de lésion purpurique  
Suspicion de méningite bactérienne à examen direct négatif : détection d'Ag Pneumocoque par immunochromatographie, PCR méningocoque et pneumocoque, PCR entérovirus dans le LCS

**\*Contre-indications à la PL**

**NON Neurologiques**

- infection cutanée étendue au site de ponction
- instabilité hémodynamique ou respiratoire non contrôlée
- troubles de l'hémostase connus
- prise d'anticoagulant à dose efficace
- saignements spontanés évoquant une CIVD

**Neurologiques**

**1. Présence de signes cliniques pouvant témoigner d'un processus expansif intra cérébral :**  
Signes de localisation

- déficit moteur
- déficit sensitif d'un hémicorps
- hémianopsie latérale homonyme
- syndrome cérébelleux
- aphasie

Crises épileptiques focales ET récentes

**2. Présence de signes d'engagement cérébral : Troubles de la vigilance ET au moins 1 des éléments suivants :**

- anomalies pupillaires (mydriase fixée uni ou bilatérale)
- dysautonomie (HTA et bradycardie, anomalies du rythme ventilatoire)
- crises toniques postérieures
- aréactivité aux stimulations
- réactions de décortication ou de décérébration

**3. Crises épileptiques motrices généralisées**

**\*\*Dexaméthasone**

Doit être injectée de manière concomitante à la 1<sup>ère</sup> injection d'antibiotiques  
Peut être administrée jusqu'à 12h après le début de l'antibiothérapie

**\*\*\*Listériose**

**En faveur :** Age > 75 ans, alcoolisme, immunodépression, comorbidités, symptomatologie progressive, rhombencéphalite, examen direct négatif

**Exclusivement en cas d'allergie grave aux bétalactamines (ATCD choc anaphylactique ou œdème de Quincke)**

**- Avis infectiologique si possible**  
**- Traitement probabiliste:**  
Vancomycine ET Rifampicine  
Ou Méropénème  
- Si suspicion de Listeria : ajouter Triméthoprime-sulfaméthoxazole

**Vancomycine** : charge de 30 mg/kg en 1h puis 40-60 mg/kg en continu  
**Rifampicine** : adulte 600 mg/j en 2 perfusions  
**Méropénème** : adulte 6 g en 3 perfusions  
**Triméthoprime-sulfaméthoxazole**:TMP 10-20 mg/kg/jen 4 perfusions

**Déclaration obligatoire** Méningocoque, Purpura fulminans, Listériose