

Méningite à méningocoques : repérer l'urgence

La mortalité reste élevée. Les délais de mise en œuvre de la ponction lombaire et du traitement conditionnent le pronostic.

DR GUY SCEMAMA*, PARIS

1. L'incidence des méningites bactériennes est de 2,4 pour 100 000 habitants en France, ce qui correspond à environ 1 500 cas par an. Dans 2 cas sur 3, elles surviennent chez des enfants de moins de 5 ans.

2. Le méningocoque est le germe le plus fréquent après l'âge de 1 an. On dénombre environ 600 cas chaque année, dont 10 % mortels. Le sérotype B prédomine en France (74 %), suivi par le C (17 %). Les autres sont minoritaires : W135 (5 %), Y (< 5 %). Les méningites à *Haemophilus influenzae b* ont quasiment disparu avec la vaccination.

3. Le diagnostic doit être évoqué systématiquement devant certains signes cliniques :

- syndrome infectieux à début brutal : fièvre élevée, altération de l'état général ;
- syndrome méningé : céphalées (surtout chez le grand enfant), photophobie, raideur de la nuque, signe de Kernig et signe de Brudzinski ;
- altération de la conscience pouvant aller jusqu'au coma ; signes de localisation neurologique (convulsions) ;
- purpura, associé dans 95 % des cas au méningocoque.

4. La ponction lombaire (PL) doit être réalisée dans l'heure qui suit l'admission du patient aux urgences et doit être associée à des hémocultures.

- La PL n'est pas contre-indiquée :
 - en cas de troubles de la conscience isolés ;
 - en cas de prise d'antiagrégants plaquettaires.
- La PL est contre-indiquée en cas :
 - d'infection cutanée étendue du site de ponction ;



- d'instabilité hémodynamique ou respiratoire ;
- de troubles de l'hémostase connus ;
- de traitement anticoagulant à dose efficace ;
- de saignements spontanés évoquant une CIVD.

5. L'antibiothérapie doit être mise en route dans l'heure qui suit l'arrivée à l'hôpital (au plus tard dans les 3 heures). L'antibiothérapie doit être instaurée avant la PL en cas de :

- purpura fulminans ;
- si forte suspicion de méningite bactérienne et hôpital distant de plus de 90 minutes et impossibilité de faire la PL ;
- contre-indication à la réalisation de la PL.

6. Le traitement probabiliste vise le méningocoque et le pneumocoque, qui sont sensibles, dans la majorité des cas, à de fortes doses de céphalosporines de 3^e génération. La corticothérapie doit être administrée avant ou en même temps que la première dose d'antibiotique. Ses indications sont :

- examen direct positif évoquant un pneumocoque quel que soit l'âge, un méningocoque chez l'adulte, *Haemophilus influenzae* chez l'enfant et le nourrisson ;
- examen direct négatif mais aspect trouble du liquide céphalorachidien 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.

7. La durée du traitement est variable :
- pneumocoque : 10 jours si évolution favorable dès 48 heures ;
- méningocoque : 4 jours si évolution favorable dès 48 heures, sinon 7 jours ;
- listéria : 21 jours ;
- *E. coli* : 21 jours ;
- *Haemophilus influenzae* : 7 jours ;
- méningite bactérienne non documentée d'évolution favorable : poursuite de l'antibiothérapie jusqu'au quatorzième jour.

8. L'imagerie cérébrale doit aussi être réalisée en cas de survenue de signes neurologiques nouveaux (crises convulsives, paralysie, accentuation des céphalées, modification de la vision, troubles de la conscience...) ou de persistance au-delà de 72 heures après le début du traitement d'une fièvre de plus de 38,5 °C ou reprise fébrile inexplicite, de troubles de la conscience, de céphalées importantes.

9. Il existe une antibioprophylaxie des sujets contacts (quel que soit leur statut vaccinal). On utilise généralement la rifampicine. Cette antibioprophylaxie doit être associée à une mise à jour de la vaccination de l'entourage.

10. La vaccination par le vaccin contre les infections à méningocoques de type C est obligatoire pour tous les nourrissons nés depuis le 1^{er} janvier 2018 (une dose à 5 mois suivie d'une dose de rappel à 12 mois). Elle est recommandée pour les enfants plus âgés et jeunes adultes non vaccinés jusqu'à 24 ans. Le rattrapage pour tous les enfants à partir de 12 mois, les adolescents et les jeunes adultes non vaccinés jusqu'à l'âge de 24 ans se fait avec une seule dose de vaccin contre le méningocoque C.

RÉFÉRENCE

Spilf. Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires (à l'exclusion du nouveau-né). Actualisation 2017 de la conférence de consensus 2008.

* Le Dr Guy Scemama déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données de cet article.