

SYMPTOMATOLOGIE :

Tableau de méningite infectieuse
= signes inconstants (immunodéprimés +++)
Fièvre
Céphalée
Méningisme (raideur de nuque, signes de Kerning et/ou Brudzinski)
Signes neurologiques focaux
Altération de la conscience

***Biologie systématique :**

- NFP, CRP
 - Iono, glyc, créat
 - Coag, dosage des AOD
 - Bilan hépatique, lipase, CPK
 - PCT
 - **hémocultures X 2**
- *en fonction du contexte :
Sérologie VIH, ammoniémie,
Frottis-goutte épaisse*

Existe-t-il des risques d'engagement et/ou autres CI à la PL ?

Oui

Non

Purpura-fulminans : PL non nécessaire et souvent CI (anomalie de l'hmostase)

Les AAP ne sont pas une CI

Mise en route immédiate :

- Dexaméthasone : 10 mg
- Céfotaxime 2 g IVD
- Si choc : HSHC 50 mg

Suspicion de risque d'engagement :

- Signes cliniques focaux
- Trouble de la vigilance et signes associés (anomalie pupillaires, dysautonomie, décortication/décérébration)
- Epilepsie non contrôlée

Ou immunodépression sévère

Autres CI à la PL :

- Anomalie de l'hémotase
- plaquettes < 50 000/mm³
- Anticoagulation curative
- Saignement majeur et CIVD
- Instabilité hémodynamique
- Infection cutanée étendue au point

IRMc (Flair, DWI, T2*, T1 gado et séquences vasculaires)

A défaut :

TDM cérébral sans et avec IV

⇒ **CI radiologique à la PL ?**

Non

Oui

Correction possible de la CI à la PL ?

Non

Oui

Poursuite DXM et ATB probabiliste selon guide ATB

PL dès que possible (idéalement dans l'heure suivant l'admission)

Résultats PL GB > 10 GB (sous réserve d'une PL non traumatiques)

LCR trouble
Dès > 200 GB

LCR clair < 200 GB

Formule bactérienne
PNN > lymphocytes
Hypoglycorachie
(<50% de la glycémie)
hyperprotéinorachie
(>1,5g/l)

Formule panachée
PNN = lymphocytes

Formule virale
Lymphocytes > PNN
Normoglycorachie
protéinorachie <1,5g/l

Sans attendre les
résultats de
l'examen direct et la
formule

Lactates LCR < 3,2 mmol/l
PCT < 0.25 ng/ml
Règle de Hoen :
<http://medicalcul.free.fr/hoen.html>

A débiter dans l'heure d'admission :
Dexaméthasone : 10 mg
Céfotaxime 2 g IVD

Non
Méningite bactérienne
probable

Oui
Méningite Virale
probable

Cf guide ATB

Adaptation Antibiothérapie par
examen direct puis aux résultats de
la culture

Cf guide ATB

PCR si cultures négatives

UNITE D'ADMISSION :

Concertation systématique avec une équipe de réanimation

Critère d'admission en réanimation :

- Purpura extensif
- Glasgow <8
- Signes neurologiques focaux
- Signes de souffrance du tronc cérébral
- Etat de mal convulsif
- Instabilité hémodynamique
- Détresse respiratoire

Score de Glasgow < 13 : discuter une surveillance en soins continus

Dans les autres cas : unité permettant une surveillance de la conscience et de l'hémodynamique toutes les heures pendant els 24 première heures

Anticonvulsivants non recommandés en prévention primaire