

Méningites bactériennes: Facteurs associés au délai d'instauration d'une antibiothérapie adaptée aux urgences

C. Delangle, J. Bouget, M. Vérin, A. Bellou, C. Buscail, M. Perennes, P. Tattevin
CHU Pontchaillou, 35033 Rennes cedex

Objectif: Evaluer la prise en charge aux urgences des méningites bactériennes aiguës (MBA) communautaires, afin d'identifier des interventions susceptibles de l'améliorer.

Matériels et méthodes: Etude rétrospective de janvier 2009 à décembre 2011.

Critères d'inclusions: patients admis aux urgences, méningite bactérienne aiguë documentée.

Critères d'exclusion: âge < 16 ans, ponction lombaire (PL) non réalisée aux urgences

Analyse: Recueil des caractéristiques de la population, signes cliniques, lettre d'admission, imagerie, traitements reçus (corticoïdes, ATB), délais entre admission et i) PL, ii) prescription d'ATB, iii) administration d'ATB. Comparaison aux recommandations SPILF 2008.

Critère de jugement principal: délai d'administration d'une antibiothérapie adaptée.

Résultats: 31 patients inclus (16 hommes, 15 femmes, âge moyen 54 ± 26 ans. Dix patients avaient un antécédent neurochirurgical ou une brèche ostéo-méningée.

Délais médians de prise en charge aux urgences					
Délai médian (IQR) PL/Admission			Délai médian (IQR) antibiothérapie/admission		
Total patients	Suspicion méningite dans courrier admission	TDM cérébral avant la PL	Total patients	Suspicion méningite dans courrier admission	TDM cérébral avant PL
2h43	1h35	4h20	3h21	2h52	3h28
[1h09-5h57]	[0h53-2h58]	[2h42-7h18]	[1h34-5h11]	[1h31-3h42]	[2h01-6h14]

Influence de certains facteurs sur les délais				Adéquation de la prise en charge avec les recommandations de la conférence de consensus (SPILF, 2008)	
Variables (moyenne ± SD)	Délai PL	Délai prescription ATB	Délai début ATB		
Âge				Antibiotiques, n(%)	
< 60 ans (n=14)	188 ± 231	180 ± 163	208 ± 168	Céfotaxime seul	8 (26)
≥ 60 ans (n=17)	305 ± 266	243 ± 234	262 ± 237	Céfotaxime en association*	2 (6)
	<i>P</i> *= 0,17	<i>P</i> = 0,42	<i>P</i> = 0,5	Céftriaxone seul	7 (23)
Raideur de nuque				Céftriaxone en association**	12 (39)
Oui (n=21)	204 ± 243	155 ± 174	179 ± 178	Pas reçu aux urgences	2 (6)
Non (n=10)	354 ± 199	349 ± 213	370 ± 217	Dose conforme	23 (74)
	<i>P</i> = 0,1	<i>P</i> = 0,01	<i>P</i> = 0,02	Dose non conforme	8 (26)
Horaire d'admission				Molécule conforme	15 (48)
8h30-18h30 (n=18)	227 ± 232	179 ± 179	209 ± 184	Molécule non conforme	16 (52)
18h30-8h30 (n=13)	288 ± 249	265 ± 235	280 ± 239	Corticoïdes, n(%)	
	<i>P</i> = 0,49	<i>P</i> = 0,27	<i>P</i> = 0,37	administré	16 (52)
Courrier d'admission				Conforme	22 (71)
Oui (n=22)	264 ± 231	215 ± 186	238 ± 188	Non conforme	9 (29)
Non (n=9)	222 ± 264	214 ± 252	238 ± 257	simultané à l'antibiothérapie	11 (69)
	<i>P</i> = 0,66	<i>P</i> = 0,99	<i>P</i> = 1,00	retard (moyenne, 2 h)	5 (31)
Suspicion méningite mentionnée dans le courrier d'admission				TDM avant PL, n(%)	
Oui (n=10)	136 ± 109	132 ± 85	166 ± 99	Conforme	26 (84)
Non (n=21)	372 ± 254	297 ± 226	310 ± 231	Non conforme	5 (16)
	<i>P</i> = 0,01	<i>P</i> = 0,05	<i>P</i> = 0,09	<i>Cefotaxime en association*</i> : Gentamicine 1 (3), Ceftriaxone 1 (3) <i>Ceftriaxone en association**</i> : Gentamicine 3 (10), Vancomycine 6 (19), Amoxicilline 1 (3), Oflozet 2 (6)	

**P*<0,05 significatif, Test t de student

Conclusions: La prise en charge des méningites bactériennes aiguës de l'adulte dans les services d'urgence pourrait être améliorée par une communication plus explicite de la part des intervenants de la phase pré-hospitalière. Ainsi, la mention de la suspicion de méningite dans le courrier d'admission était associée, dans notre étude, à une réalisation plus précoce de la PL et à un délai plus court d'instauration d'une antibiothérapie adaptée.