*Texte intégral disponible sur infectiologie.com*

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

**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/j en 4 perfusions

**Examen direct négatif :** pneumocoque + Traitement listériose si FDR

**\*\*\*Listériose**

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

**\*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 1ère injection d’antibiotiques

Peut être administrée jusqu’à 12h après le début de l’antibiothérapie

**ABSENCE de CI à la PL\***

**PRESENCE de CI à la PL\***

**ou Purpura rapidement extensif**

**Prise en charge du sepsis**

**+ Hémocultures**

**+ Traitement probabiliste**

Puis

* Imagerie cérébrale si CI neurologique à la PL
* PL dès levée des CI
* **Hémocultures**
* **PL** - 4 tubes (10 gouttes/tube au minimum)
* **Traitement urgent si :**

LCS trouble

Ou examen direct positif

Ou LCS clair ET cytologie et biochimie évocatrices d’une méningite bactérienne (protéinorachie ≥ 0,5 g/L, glycorachie/glycémie ≤ 0,4, lactate ≥ 3,8 mmol/L, PCT ≥ 0,25 ng/ml)

**Traitement probabiliste URGENT à débuter 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

**Suspicion de méningite bactérienne ou de méningococcie**

**chez l’adulte**

**Précautions complémentaires gouttelettes**

****