

Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires au sein d'un CHU : adéquation aux recommandations SPILF-2008

C. Biron, J. Voydeville, B. Gaborit, ME. Juvin, E. Batard, N. Asseray,
C. Bretonnière, J. Caillon, D. Boutoille, F. Raffi

CHU de Nantes
(SMIT, Laboratoire de Bactériologie, Service des Urgences, Réanimation Médicale),
et CH de Dax

Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires au sein d'un CHU : adéquation aux recommandations SPILF-2008

- Février 2013-Juillet 2015 : 33 adultes avec diagnostic de MBAC
 - âge moyen 55 ans
 - sexe ratio H/F : 2
 - Comorbidité : 82%
- ED du LCS + : 59% des cas (NR=1).
- Bactéries identifiées : pneumocoque (n=14), méningocoque (n=8), *Listeria* (n=3), *H. influenzae* (n=2), autre (n=6): *Streptococcus* spp. *E. coli*, *S. aureus*, *Capnocytophaga canimorsus*
- Signe de gravité initial présent dans 85% des cas (trouble de conscience: 70%, signe de localisation: 15%, sepsis sévère: 58%)
 - 76% des patients pris en charge initialement en soins intensifs
- Mortalité intra-hospitalière: 12,1%

Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires au sein d'un CHU : adéquation aux recommandations SPILF-2008

Adéquation avec recommandations SPILF 2008

Prise en charge diagnostique

Adéquation scanner avant PL
71,4 % (20/28*)

* Données
manquantes = 5

Scanner indiqué, n = 19
Réalisé, n = 13 (68 %)

Scanner non indiqué, n = 9
Non réalisé, n = 7 (78 %)

Réalisation systématique hémocultures
88 % (29/33)

→ + 72,4 %

PCR LCR si ED négatif
36 % (5/14)

Si pneumocoque, CMI, CRO et CTX
57 % (8/14)

1 souche avec CMI CRO = 1 mg/l, CTX = 0,5 mg/l
Aucune souche avec CMI CTX ≥ 1 mg/l

Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires au sein d'un CHU : adéquation aux recommandations SPILF-2008

Lieu de prise en charge

Admis en USI = 76 % de l'ensemble
Si critère de gravité : 86,2 % (25/29)

Suivi (29 survivants) Revu à M12 : 90 %

Suivi réalisé M1 : 79,3 %
Suivi réalisé M12 : 75,9 %
Bilan ORL M12 : 69 %
Bilan neurologique M12 : 72,4 %

Séquelles à M12

- Auditives : 31%
- Neuro/cognitives : 28%

Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires au sein d'un CHU : adéquation aux recommandations SPILF-2008

Prise en charge thérapeutique

1ère injection antibiotique avant PL si indiqué
11/21 (52 %)

6/13 si pas de scanner

5/15 si scanner

Délai introduction antibiothérapie initiale < 3 h
33 % (11/33)

Pas de scanner : 3,2 h
(médiane (IQR) : 2,4 [2,0-3,3])

Scanner : 10,2 h
(médiane (IQR) : 9,8 [4,3-14,3])

Antibiothérapie initiale adéquate
49 %

Couvrant germe en cause (produit & dose)
88 %

ED+
89 %

ED-
85 %

Antibiotique non indiqué en sus
36 %

Durée totale antibiothérapie conforme
60 %

Corticothérapie réalisée si indiquée
87 %

Corticothérapie adéquate
41 %

Pneumocoque : 4/14 = > 14 j
car complications

Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires au sein d'un CHU : adéquation aux recommandations SPILF-2008

Limites :

- Analyse limitée aux MBAC incluses dans la cohorte COMBAT (biais ?)
- Données manquantes sur les délais de réalisation des examens et le début de l'antibiothérapie
- Cas inclus = diagnostic final de MBAC, plusieurs cas ne se présentant pas initialement comme des suspicions de MBAC (pouvant expliquer certains délais pour PL, début antibiothérapie)

Conclusions (points d'amélioration) :

- ➔ évocation systématique du diagnostic de MBAC devant toute manifestation neurologique fébrile (absence raideur de nuque 33,3%) : raccourcissement délai PL et surtout antibiothérapie
- Nombre de scanner avant PL reste trop élevé ➔ nouvelle reco SPILF 2018 : trouble de conscience isolé = PAS d'indication de scanner avant PL
- Antibiothérapie souvent trop large (ajout anti-infectieux non-justifié(s))
- Corticothérapie : essentiellement problème « timing » ➔ nouvelle reco SPILF 2018 (plus de « souplesse » pour le délai d'administration de la dexaméthasone)