



MÉNINGITE BACTÉRIENNE ASSOCIÉE À LA DÉRIVATION VENTRICULO-PÉRITONÉALE : EXPÉRIENCE D'UN RÉFÉRENT EN INFECTIOLOGIE

A Benali* (1), R Bouhamed (2), M Melboucy (1), A Azzam (1)

(1) CHU de Tizi-Ouzou

(2) Faculté de Médecine de Blida

* benlkrim@yahoo.fr

Introduction

- CHU de Tizi-Ouzou : vocation régionale (Kabylie)
- Service de Neurochirurgie : activité en extension
- Service d'infectiologie : prise en charge de l'IAS par équipe mobile depuis ~ 4 ans

- MBN/DVP est en augmentation de fréquence (recours à la DVP +/+ fréquent : HC/ Spina-bifida endémique)

Objectif

- Décrire les aspects :

- épidémiologiques
- cliniques
- évolutifs

de la méningite bactérienne sur dérivation ventriculo-péritonéale (MB/DVP)
au CHU de TO.

Matériel et méthode

C'est une étude prospective observationnelle menée au CHU de Tizi-Ouzou, notamment aux services de :

- Neurochirurgie.
- Réanimation chirurgicale .
- Des Urgences de chirurgie

durant la période de trois années, d'octobre 2010 à septembre 2013.

Critères d'inclusion :

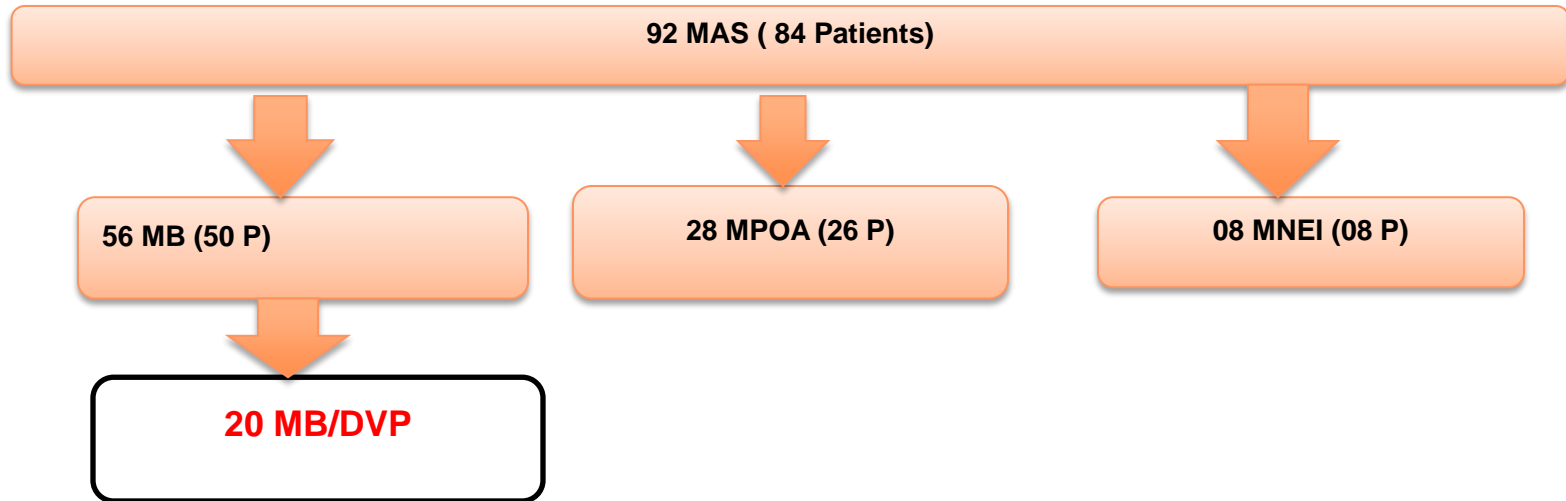
- Les patients des deux sexes, de tous les âges, hospitalisés pour méningite bactérienne sur DVP définie selon les critères du CDC et bactériologiquement documentée.

Critères d'exclusion :

- Patients présentant une méningite mycosique associée.

Résultats-discussion

Classification des méningites associées aux soins diagnostiquées :



Fréquence de la MB postopératoire / type de chirurgie

Type de chirurgie	Nombre de patients opérés	Nombre de MBN	%
Craniotomie	259	9	3.5
DVP	141	20	14.2
DVE	38	10	26.3
Chirurgie du Rachis	332	11	3.3

Résultats-discussion

- Répartition selon le sexe



Sex-ratio M/F = 1.2

Résultats-discussion

Répartition selon l'âge

Age en année	Nombre	
< 1 an	9	Enfants : 14 (70%)
1-15	5	
16-29	0	Adultes : 6 (30%)
30-44	1	
45-59	1	
≥60	4	
Tous les âges	20	100%

L' âge varie de 1 mois à 74 ans

Résultats-discussion

Etude clinique

Le délai de survenue : 5 à 276 j (moyenne = 34 j)

Délai de survenue	N	%
0-7j	1	5
8-15j	2	10
15-30j	12	60
M2-M6	4	20
>M6	1	5

Fréquence de la fièvre

Température	N	%
< 38° C	7	35
38-38.5° C	3	15
38.5-39° C	4	20
> 39° C	6	30
Total	20	100

Résultats-discussion

- **Signes neurologiques**

Signe	N = 20	%
Céphalées ou Pleurs	11	55
Vomissements	8	40
Troubles de la conscience	11	55
Convulsions	2	10
Raideur de la nuque	7	35
Kernig- Brudzinsky	3	15
Focalisation	2	10

- **Les signes extra-neurologiques**

Signe	N=20	%
Signes digestifs	5	25
Sepsis	8	40
ISO	3	15

Résultats-discussion

Les différents tableaux cliniques:

- Fièvre isolée: 2/20
- Signes neuroméningés (s.dysfonctionnement de valve): 7/20 (4 avec fièvre)
- Signes digestifs : 10/20 (5 avec fièvre)

Résultats-discussion

- **Les signes inflammatoires sanguins .**

Paramètre inflammatoire	N	%
GB (>12000/mm ³)	13/20	65
CRP (>50mg/L)	18/20	90
PCT-S (>0.50 ng/ mL)	16/16	100

Résultats-discussion

Analyse du LCR

Aspect : Purulent : 10/20 (50%), Clair : 8/20(40%), Hémorragique : 2/20(10%)

Le ratio glucose : 2 à 42%. Médiane : 21%. **Hypoglycorachie constante**

Examen direct positif : 3/20 (15%)

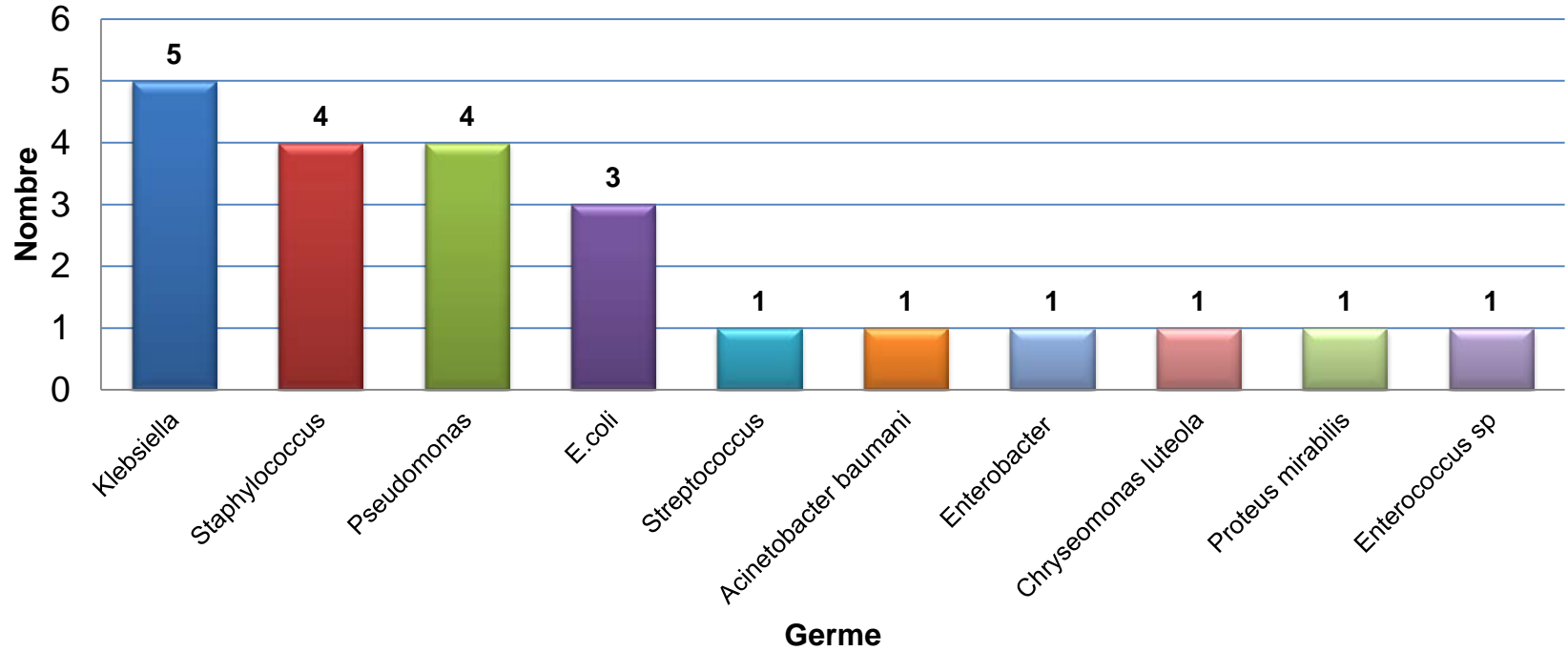
Culture positive du LCR : 20/20

Autres prélèvements positifs

Prélèvement	N	Positif
Hémocultures	14	4
Culture du kT	12	8
ECBPus	9	5
Total		

Résultats-discussion

Bactéries isolées



Résultats-discussion

Analyse de l'antibiogramme des souches identifiées :

- Il faut préciser que l'antibiogramme est standardisé à l'échelle nationale, et l'Algérie applique les techniques recommandées par l'OMS.
- Le laboratoire de microbiologie du CHU de Tizi-Ouzou est membre du réseau AARN/IPA
- L'antibiogramme des différentes souches bactériennes testées durant notre étude a montré que :
- La **vancomycine** est le seul antibiotique disponible efficace sur toutes les bactéries CGP testées pour cette molécule. Ce qui le place comme antibiotique indispensable pour le traitement des MBN.
- S-MR= **100%**
- Tous les **BGN** sont **sensibles à la colistine**
- **Pseudomonas** demeure encore **sensible à la ceftazidime (4/4)**

Prise en charge thérapeutique

- Le traitement antibiotique initial, est fonction :
 - Des situations cliniques et de la disponibilité des molécules d'ATB (la non disponibilité de certaines molécules d'antibiotiques (fosfomycine, rifampicine, meropenem, linezolid) et à des ruptures épisodiques parmi les molécules habituellement disponibles (Imipenème, vancomycine et colistine).
 - Sur certaines données du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et des données de l'AARN/IPA.
- Nous avons utilisé la voie intraveineuse et /ou la voie intraventriculaire (IVT) (Recommandations du « consensus guideline by the British Society for Antimicrobial Chemotherapy Working Party on Infections in Neurosurgery. »)
- Ce traitement initial, probabiliste a été inadapté dans **8 cas / 20** soit (40%).

Résultats-discussion

ATB adaptée:

Colistine : ITV (11): 20MUI/50MUI durée 12 à 35j (18j)

Vancomycine : IVSE (4) et ITV (2)

Soins associés :

Retrait de la DVP + mise en place DVE : 10

Retrait de la DVP + mise en place DVP : 3

DVP non retirée : 7

Délai moyen de remise de la DVP : 45j (stérilisation? Normalisation ?)

Evolution:

- Favorable : 16 (Pas de récurrence dans les 6 mois)
- Fatale : 4 (3 DVP non retirée)

Conclusion

- Tableaux cliniques variables
- PCT-S +++
- Retrait de la DVP +++
- Germes multirésistants
- ATB /ITV +++

MERCI