

	<b>Proposition de procédure médicale</b>	
	<b>RESEAU PERINAT GUYANE</b>	<b>PROTOCOLE NEONAT N°6</b>
	<b>« prise en charge des méningites bactériennes néonatales »</b>	
Rédigée par :	Rédigée par : Dr A.FAVRE Médecine Néonatale, CHAR  à partir du protocole du CHU Robert Debré -Paris	Date de diffusion :
approuvé par :	Version : 1	Validé par le conseil scientifique en date du 09/11/2012
approuvé par :	Modifié le :	Total pages : 4

## 1. Epidémiologie :

On distingue 2 tableaux différents de méningites néonatales dont la physiopathologie varie :

- Précoces de J0 à J4 avec une prédominance de streptocoque B
- Tardives de J15 à J45 avec une prédominance de E.Coli

Chez le prématuré, l'E.Colie st toujours prédominant par rapport au strptocoque B.

## 2. Diagnostic :

Le diagnostic se fait exclusivement à la ponction lombaire PL :

- **hypercytose > 27/mm<sup>3</sup>**
- **± hypoglycorachie (glucose LCR/sang < 50 %)**
- **± hyperalbuminorachie > 1,40 g/l**
- **± Gram à l'examen direct (si concentration de germes > 10<sup>5</sup>/ml)**
- **± Ag solubles (SGB ou Coli K1)**

Un LCR hémorragique (sauf caillot ++) perturbe peu l'interprétation de la leucocytose du LCR

### Indication de la PL :

- La PL systématique ne fait pas partie du bilan de toutes les suspicions d'INFECTION MATERNO-FOETALE
- indispensable en cas de signe neurologique(s) associés(s) et/ou de syndrome inflammatoire important, inhabituel dans les sepsis simples.
- faite secondairement en cas d'hémoculture positive à un germe pathogène.

- A décaler si détresse respiratoire ou état hémodynamique instable. Dans ce cas, la PL est faite 24 h + tard et seule la chimie, les Ag solubles et surtout la cytologie sont interprétables

### 3. Traitement initial :

1. Doubler la posologie de  $\beta$  lactamines :

<p>- <b>CEFOTAXIME (Claforan®)</b>,  <b>+ AMOXYCILLINE (Clamoxyl®)</b>, si incertitude sur le germe (ce qui est fréquent),  <b>+ GENTAMICINE (Gentalline®)</b>  <b>+ CIPROFLOXACINE (ciflox®)</b> : Dans tous les cas +++ au moins les 4 premiers jours de traitement pour traiter l'encéphalite</p>	<p>toujours 200 mg/Kg/j  mêmes posologies  6 mg/kg/j chez le nouveau-né à terme  Cf tableau si prématuré  10 mg/kg x 2/j si &lt;J7  10 mg/kg x3/j si &gt;  <b>ou RIFAMPICINE (rifadine®)</b> à la place de la CIPROFLOXACINE (ciflox®) si certitude d'un SGB (Ag solubles ou cocci Gram + à l'examen direct )  7,5 mg/kg x 2 / j</p>
--	--

<b>Gentamycine (Gentalline)</b> IVL de 1 h	≤ 28 SA	2.5 mg/kg /24 heures	<b>Systematique en 1<sup>ère</sup> intention</b> pour élargir le spectre et accélérer la bactéricidie <b>Dès créat à 40 μmol/l, passer à dose &gt; 32SA</b>
	28-30 SA	2.5 mg/kg / 18 heures	
	31-32 SA	2.5 mg/kg /16 heures	
	> 32 SA	4.5 mg/kg/24 h	

2. en l'absence de certitude étiologique (virus ou bactérie) rajouter l' **ACICLOVIR (Zovirax®)**, 60 mg/kg/j jusqu'au résultat des cultures (ou de la PCR herpès / entérovirus)
3. Restriction hydrique très modérée : 80 ml/Kg/j
4. PHENOBARBITAL (Gardenal®) 20 mg/Kg IVL si convulsion
5. PARACETAMOL (Perfalgan®), 30 mg/Kg/j + calme et surveillance grille douleur edin
6. PAS de corticoïdes

### 4. Surveillance :

- **Contrôle bactériologique, à H 48** de traitement : ponction lombaire + hémoculture + bilan inflammatoire
- ETF dès que possible, puis tous les 5 à 7 jours + IRM vers J10

- EEG dès que possible, puis selon évolution clinique
- **Adaptation de l'antibiothérapie : fonction culture et antibiogramme**  
Supprimer AMOXICILLINE (Clamoxyl®) : le + souvent, en particulier pour E coli ampi S  
ou CEFOTAXIME (Claforan®) si germe Claforan R
- **Contrôle fin de traitement** : ponction lombaire 48 heures après l'arrêt du traitement (J17 ou J23)

## 5. Durée de l'antibiothérapie :

- Arrêt CIPROFOXACINE (Ciflox®) au 5<sup>ème</sup> jour du traitement sauf si localisation
- Arrêt GENTAMICINE (gentaline®) au 5 -7<sup>ème</sup> jour (plus tôt si SGB avec haut niveau de résistance)
- $\beta$  lactamines : 21 jours (sauf si streptocoque B non compliqué et d'évolution d'emblée favorable ET après vérification que la souche de SGB ne soit pas tolérante par mesure de la vitesse de bactéricie  $\Rightarrow$  15 j)
- **Plus prolongé si ventriculite ou abcès** ; la durée totale est adaptée à l'évolution des signes cliniques et biologiques et, surtout, à l'imagerie cérébrale IRM pour les abcès et ETF pour les ventriculites)

**Contrôle fin de traitement** : ponction lombaire 48 heures après l'arrêt du traitement (J17 ou J23)

## 6. cas particuliers

- **suspicion de méningite à pneumocoque** (méningites tardives surtout) :  
 $\rightarrow$  augmenter le CEFOTAXIME (Claforan®) à 300 mg/Kg/j d'emblée,  
et ajouter VANCOMYCINE (Vancocine®) 60 mg/Kg/j en continu
- **Staphylocoques** : VANCOMYCINE (vancocine®) (60 mg/kg/j) + aminoside
- **Mycoplasmes** : CIFLOXACINE (Ciflox®) + THIAMPHENICOL (thiophenicol®)
- **Candida** : FLUCONAZOLE (Triflucan®) : 6 mg/kg/j - si Candida S (albicans ou parapsilosis)  
sinon MICAFLUNGINE (Micamine®) 10 mg/kg/j

## 7. Complications

- **ventriculite** (à suspecter si hypoglycorachie persistante et ETF pathologique ++); poursuivre CIPROFLOXACINE (Ciflox®) (ou RIFAMPICINE = rifadine®) + CEFOTAXIME (Claforan®)
- **abcès cérébral**, ponction en neurochirurgie rarement nécessaire + antibiotiques prolongés
- **infarctus** (convulsions +++), pas de modification de l'antibiothérapie



## 8. Surveillance secondaire

Intégrer les nouveau-nés ayant présenté une méningite bactérienne au réseau de suivi des nouveau-nés à risque ++