

PRISE EN CHARGE DE LA MENINGITE BACTERIENNE

La méningite bactérienne reste une affection avec une importante morbidité et mortalité. Dans nos régions, les principaux germes responsables de méningite bactérienne chez les enfants et les adultes sont *S. pneumoniae* et *N. meningitidis*; chez les nouveau-nés, il s'agit surtout de streptocoques du groupe B. L'attention avait déjà été attirée sur ce sujet dans les Folia d'avril 2003. A la suite de publications récentes, il nous paraît utile de revenir sur ce sujet.

Faut-il administrer des antibiotiques avant l'hospitalisation?

En ce qui concerne la nécessité d'administrer des antibiotiques par le médecin traitant, c.-à-d. avant l'hospitalisation d'un enfant chez qui une méningite bactérienne est suspectée, les études donnent des résultats contradictoires. Ainsi, une étude cas-témoins réalisée récemment au Royaume-Uni a montré un effet défavorable sur la mortalité et la morbidité en cas d'administration de pénicilline par voie parentérale avant l'hospitalisation chez des enfants chez qui une méningite méningococcique était suspectée. Il n'est pas exclu que ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que la pénicilline avait été surtout administrée à des enfants plus gravement malades et dont le pronostic était de ce fait moins favorable. Comme le souligne l'auteur d'un éditorial se rapportant à cette étude, la priorité pour le médecin traitant n'est pas tant d'administrer des antibiotiques, mais de reconnaître rapidement les symptômes de méningite et de choc septique, et de veiller à une hospitalisation rapide et au contrôle des fonctions vitales.

Il va de soi qu'à l'hôpital, outre la prise en charge d'un choc septique éventuel et la confirmation du diagnostic, des antibiotiques seront administrés le plus rapidement possible.

Faut-il administrer des corticostéroïdes à l'hôpital?

Il existe également un grand intérêt concernant l'administration de corticostéroïdes comme complément au traitement antibactérien.

- Chez *l'enfant*, il est généralement recommandé d'administrer de la dexaméthasone de manière systématique, juste avant ou pendant le traitement antibiotique. Cette recommandation repose sur les effets favorables observés avec la dexaméthasone sur la perte d'audition et les conséquences neurologiques chez les enfants atteints de méningite par *H. influenzae*; les données concernant la méningite par *S. pneumoniae* sont plus faibles.
- Chez *l'adulte*, la situation est moins claire [voir aussi Folia d'avril 2003]. Selon certains (entre autres les auteurs de l'étude concernant l'emploi de la dexaméthasone, discutée dans les Folia d'avril 2003), tous les patients avec une suspicion de méningite devraient recevoir de la dexaméthasone en même temps que l'instauration de l'antibiothérapie, et ce durant 4 jours. Ils estiment toutefois que lorsque la méningite ne semble pas être d'origine bactérienne, la dexaméthasone doit être arrêtée. D'autres restent toutefois plus prudents en raison du manque de données quant à l'efficacité des corti-

costéroïdes dans la méningite causée par un autre germe que l'H. influenzae ou le pneumocoque. Lorsque le patient reçoit de la vancomycine, il ne peut être exclu que les corticostéroïdes contrecarrent la pénétration de la vancomycine dans le liquide cérébrospinal [n.d.l.r.: en Belgique, l'incidence de la résistance des pneumocoques aux céphalosporines de troisième génération est très faible, ce qui nécessite rarement un traitement par la vancomycine].

Quelques références

A propos de l'administration d'antibiotiques avant l'hospitalisation

Hahné SJM, Charlett A, Purcell B, Samuelsson S, Camaroni I, Ehrhard I et al. Effectiveness of antibiotics given before admission in reducing mortality from meningococcal disease: systematic review. *Brit. Med. J.* 332:1299-301

Harnden A., Ninis N., Thompson M., Perera R., Levin M., Mant D. et Mayon-White R. Parenteral penicilline for children with meningococcal disease before hospital admission: case-control study. *Brit. Med. J.* 2006;332:1295-8;

Keeley D. (éditorial) Parenteral penicillin before admission to hospital for meningitis. The benefit remains uncertain despite new evidence. *Brit. Med. J.* 2006;332:1283-4;

Perera R. (commentaire) Statistics and death from meningococcal disease in children. *Brit. Med. J.* 2006;332:1297-8

A propos de l'administration de corticostéroïdes à l'hôpital

De Gans J. et Van De Beek D. Dexamethason in adults with bacterial meningitis. *New Engl J Med* 2002;347:1549-56

Saez-Llorenz X. et McCracken G.H. Bacterial meningitis in children. *Lancet* 2003;361:2139-48

Van de Beek D., de Gans J., Tunkel A.R. et Wijdicks E.F.M. Community-acquired bacterial meningitis in adults. *New Engl J Med* 2006;354:44-53

Weisfelt M., de Gans J., van der Poll T. et van de Beek D. Pneumococcal meningitis in adults: new approaches to management and prevention. *Lancet Neurology* 2006;5:332-42

EN BREF

➡ Dans le **cancer du sein non métastasé**, un **traitement adjuvant** par polychimiothérapie (avec entre autres une anthracycline) et/ou hormonothérapie à base de tamoxifène pendant 5 ans, diminue le risque de récurrence et améliore la survie après 5 ans et après 10 ans [voir aussi Folia de juin 1999 et de janvier 2006]. Une méta-analyse effectuée par le *Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group* [*Lancet* 2005; 365: 1687-1717] confirme le maintien d'un **effet bénéfique sur la survie après 15 ans** d'une chimiothérapie adéquate pendant 6 mois, suivie d'une hormonothérapie par le tamoxifène pendant 5 ans. Il ne faut pas oublier que des études effectuées avec des médicaments plus récents tels les taxanes, le trastuzumab et les inhibiteurs de l'aromatase, ont donné des résultats encourageants en terme de survie [voir Folia de janvier 2006 et d'août 2006], et que ces médicaments amélioreront peut-être encore davantage la survie à long terme.