

GUIDE DE TRAITEMENT EMPIRIQUE DES MÉNINGITES PÉDIATRIQUES

TABLEAUX

RÉDIGÉ PAR :

KARINE ALMANRIC, PHARMACIENNE

EN COLLABORATION AVEC :

DRE GUYLAINE VACHON, URGENTOLOGUE, DRE PASCALE HAMEL, PÉDIATRE,
MÉLANIE BIRON-HUARD, PHARMACIENNE, MARIE-JOSÉE GUÉRIN, PHARMACIENNE

RÉVISÉ PAR :

DR GILBERT CÉRAT, MICROBIOLOGISTE-INFECTIOLOGUE ET KARINA GAUTHIER, PHARMACIENNE

APPROUVÉ : COMITÉ DE PHARMACOLOGIE (08 FÉVRIER 2007) ET EXÉCUTIF DU CMDP (01 MARS 2007)

MÉNINGITE

TRAITEMENT EMPIRIQUE : DOSES PÉDIATRIQUES

ÂGE DU PT	CHOIX DE TRAITEMENT : DOSE/JOUR (INTERVALLE)	
Antibiothérapie empirique		
< 1 mois	<p>Âge 0 à 7 j</p> <p>Ampicilline 200 mg/kg/j iv (q 8 h)</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p>Gentamicine 5 mg/kg/j iv (q 12 h)</p>	<p>Âge 8 à 28 j</p> <p>Ampicilline 300 mg/kg/j iv (q 6 h)</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p>Céfotaxime 200 mg/kg/j iv (q 6 h)</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Gentamicine 7,5 mg/kg/j iv (q 8 h)</p>
≥ 1 mois	<p>Vancomycine 60 mg/kg/j iv (q 6 h) - Dose maximale : 500 mg iv q 6 h</p> <p style="text-align: center;">ET</p> <p>Cefotaxime 300 mg/kg/j iv (q 6 h) - Dose maximale : 1-2 g iv q 6 h</p>	
Thérapie de support : dexaméthasone		
≥ 6 semaines	<p>Bénéfices lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Méningite à <i>H. influenzae</i> ou <i>S. pneumoniae</i> suspectée - Administrée 10-20 min avant ou concomitant à la 1^{re} dose d'antibiotique <p><u>Dose recommandée</u> : dexaméthasone 0,15 mg/kg iv x 1 dose puis selon consultation en pédiatrie (dose usuelle : 0,6 mg/kg/j iv (q 6 h) x 2-4 jours)</p>	

* Pour nouveaux-nés < 2000 g, se référer au *Pocket book of pediatric antimicrobial therapy*.

** Pour toutes les doses pédiatriques calculées, ne jamais dépasser la dose adulte par jour.

MÉNINGITE

ÂGE	PATHOGÈNES IMPLIQUÉS	ATB EMPIRIQUE DE CHOIX	DURÉE TX
< 1 mois	<i>Streptococcus agalactiae</i> , <i>Escherichia Coli</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>Klebsiella sp.</i>	Ampicilline + Céfotaxime OU Ampicilline + Aminoglycoside	14 à 21 jours
1 à 23 mois	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Streptococcus agalactiae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Escherichia Coli</i>	Vancomycine + Céphalosporine 3 ^e génération (céfotaxime ou ceftriaxone)	Selon pathogène impliqué
≥ 2 ans	<i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Neisseria meningitidis</i>	Vancomycine + Céphalosporine 3 ^e génération (céfotaxime ou ceftriaxone)	Selon pathogène impliqué

DURÉE DE TRAITEMENT

PATHOGÈNE	DURÉE DE TRAITEMENT
<i>Neisseria meningitidis</i>	4 à 7 jours
<i>Haemophilus influenzae</i>	7 à 10 jours
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	10 à 14 jours
<i>Streptococcus agalactiae</i>	14 à 21 jours
Bacilles gram - aérobies	21 jours
<i>Listeria monocytogenes</i>	≥ 21 jours

ANTIBIOPROPHYLAXIE

N. Meningitidis	
Individus chez qui la prophylaxie est recommandée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes les personnes habitant sous le même toit que la personne infectée ▪ Enfants de l'école ou de la garderie qui ont eu un contact dans les 7 j précédents l'apparition de l'infection ▪ Exposition directe aux sécrétions de la personne infectée dans les 7 j précédents l'apparition de l'infection ▪ Professionnels de santé qui ont effectués la respiration artificielle, une intubation ou une aspiration sans protection ▪ Personnes ayant dormi ou mangé fréquemment au même endroit que la personne affectée dans les 7 j précédents l'apparition de l'infection
Médication recommandée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rifampin 10 mg/kg q 12 h po x 2 j* - Dose maximale: 600 mg/j (Si ≤ 1 mois = 5 mg/kg q 12 h po x 2 j) <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceftriaxone 125 mg im x 1 dose : ≤ 15 ans ▪ Ceftriaxone 250 mg im x 1 dose : > 15 ans <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin-left: 20px;"> <p>Ceftriaxone : possibilité de diluer la fiole de 250 mg avec 0,9 mL de lidocaïne 1% sans épi (concentration finale : 250 mg/mL)</p> </div> <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ciprofloxacine 500 mg po x 1 dose : ≥ 18 ans
H. Influenzae	
Individus chez qui la prophylaxie est recommandée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Toutes les personnes habitant sous le même toit que la personne infectée et dans l'une des circonstances suivantes (incluant les personnes résidants avec la personne infectée ou les non-résidents qui ont été en contact > 4h avec la personne infectée pour au moins 5 des 7 jours précédant l'admission) : <ul style="list-style-type: none"> - Présence d'au moins un contact âgé de moins de 4 ans qui n'est pas immunisé ou - n'a pas complété son calendrier de vaccination contre H. Influenzae - Présence d'au moins un enfant âgé de moins de 12 mois n'ayant pas reçu la première série de vaccins contre H. Influenzae (à l'âge de 2, 4 et 6 mois) - Présence d'un enfant immunosupprimé, peu importe son âge, lorsque plus de 2 cas de maladie invasive à H. Influenzae rapportés dans les 60 derniers jours, même si complètement immunisé. ▪ Personnel de la garderie lorsque plus de 2 cas de maladie invasive à H. Influenzae rapportés dans les 60 derniers jours (peu importe l'âge) ▪ Personne infectée âgée de moins de 2 ans ou membre de la famille ayant eu un contact à risque avec cet enfant <u>et</u> si ce dernier a été traité avec un régime autre que de la céfotaxime ou de la ceftriaxone : débuter l'antibioprophylaxie juste avant le départ de l'hôpital.
Médication recommandée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rifampin 20 mg/kg po die x 4 j* - Dose maximale: 600 mg/j (Si ≤ 1 mois = 10 mg/kg po die x 4 j)
S. Pneumoniae	
Médication recommandée	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aucune prophylaxie nécessaire

* Non recommandé chez la femme enceinte

RÉFÉRENCES

- Chavez-Bueno S, McCracken GH. «Bacterial Meningitis in Children.» *Pediatric clinics of North America* 2005; 52: 795-810.
- Sinner SW, Tunkel AR. «Antimicrobial agents in the treatment of bacterial meningitis.» *Infectious disease clinics of North America* 2004; 18: 581-602.
- Taketomo CK, Hodding JH, Kraus DM. *Pediatric Dosage Handbook* 2006. 13th Edition. Lexi-Comp.
- Tunkel AR, Hartman BJ, Kaplan SL et al. «Practice Guidelines for the Management of Bacterial Meningitis.» *Clinical Infectious Diseases* 2004; 39: 1267-84.
- American Academy of Pediatrics. In: Pickering LK, Baker CJ, Long SS, McMillan JA, eds. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 24th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003:[295-6]