Int. j. adv. multidisc. res. stud. 2026; 6(6):793-798

Received: 29-09-2026
Accepted: 09-11-2026

International Journal of Advanced Multidisciplinary Research and Studies

ISSN: 2583-049X

Profil Épidémiologique, Clinique et Thérapeutique des Enfants de Moins de Cinq Ans Hospitalisés Pour Méningite dans les Hôpitaux Généraux de Référence de Mbuji-Mayi, En République Démocratique du Congo

[1] Kazadi Mukendi André, [2] Ciamala Mukendi Paul, [3] Kabeya Ngeleka Joseph, [4] Bukasa Tshilonda Jean Christophe

[1] Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbujimayi, Mbujimayi, République Démocratique du Congo

[2, 3] Section Sciences Infirmières, Option Enseignement et Administration en Soins Infirmiers, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbujimayi, Mbujimayi, République Démocratique du Congo

[4] Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbujimayi, Mbujimayi, République Démocratique du Congo

DOI: https://doi.org/10.62225/2583049X.2026.6.6.7188
Corresponding Author: **Kazadi Mukendi André**

Abstract

Background: Acute meningitis remains a paediatric infectious emergency associated with death and long-term neurological sequelae, particularly where laboratory diagnosis and specialized care are constrained.

Objective: To describe the epidemiological, clinical, laboratory and therapeutic characteristics of children under five years of age hospitalized for meningitis in a pilot survey conducted in a referral hospital in Mbuji-Mayi, Democratic Republic of the Congo.

Methods: A retrospective descriptive analysis was performed on 23 medical records reviewed during the pilot survey. Frequencies and percentages were calculated.

Results: Boys accounted for 52.2% of cases and children aged 26–59 months for 91.3%. Fever was documented in 87.0%, bulging fontanelle in 78.3%, Brudzinski sign in 56.5%, vomiting in 52.2% and neck stiffness in 47.8%. Cerebrospinal fluid was described as cloudy in 95.7%. All children received antibiotics and intravenous fluids. Hospitalization lasted more than ten days in 69.6%. Outcomes were recovery in 60.9%, death in 26.1% and treatment abandonment in 13.0%.

Conclusion: This small pilot series suggests a substantial burden of severe clinical presentations. These findings are preliminary and cannot be generalized to all referral hospitals in Mbuji-Mayi.

Keywords: Méningite, Enfant, Moins de Cinq Ans, Signes Cliniques, LCR, Traitement, Létalité, Mbuji-Mayi, République Démocratique du Congo

1. Introduction

La méningite est une inflammation des méninges, le plus souvent d'origine infectieuse. Elle peut être provoquée par des bactéries, des virus, des champignons ou, plus rarement, d'autres agents. La méningite bactérienne aiguë constitue une urgence médicale en raison de son évolution parfois fulminante, de son risque de décès et de la fréquence des séquelles neurologiques chez les survivants [1, 2].

À l'échelle mondiale, la méningite reste une cause importante de morbidité et de mortalité. Les estimations mondiales pour 2019 rapportaient environ 2,5 millions de cas et près de 236 000 décès toutes causes confondues. Les enfants de moins de cinq ans supportaient une part particulièrement importante de cette charge [1]. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) souligne qu'environ une personne sur six atteinte de méningite bactérienne décède et qu'environ une sur cinq présente des complications durables [2].

L'Afrique subsaharienne est particulièrement concernée par les méningites bactériennes, notamment dans la ceinture africaine de la méningite, où des épidémies récurrentes de méningococcie sont favorisées par des déterminants environnementaux, démographiques et sanitaires. Toutefois, la distribution des agents étiologiques varie selon les régions et les périodes. Les

données de surveillance et la confirmation biologique sont donc indispensables pour distinguer les formes sporadiques des flambées épidémiques et orienter les stratégies de prévention [2, 3].

La vaccination contre Haemophilus influenzae de type b, le pneumocoque et certains sérogroupes de méningocoque a modifié l'épidémiologie de la maladie. Cependant, la survenue de cas demeure possible, notamment lorsque la couverture vaccinale est incomplète, lorsque les agents en cause ne sont pas couverts par les vaccins disponibles ou lorsque les enfants présentent des facteurs de vulnérabilité [2, 4].

Le diagnostic repose sur l'évaluation clinique et l'examen du LCR, complétés, selon les possibilités, par la culture, la coloration de Gram et les tests moléculaires. Les signes cliniques peuvent être moins spécifiques chez le nourrisson: fièvre, irritabilité, refus alimentaire, léthargie, convulsions ou bombement de la fontanelle. Chez l'enfant plus âgé, les céphalées, vomissements, raideur de la nuque et altération de la conscience sont des manifestations importantes [2, 5].

Les recommandations de l'OMS insistent sur la nécessité de commencer rapidement une antibiothérapie adaptée lorsqu'une méningite bactérienne est suspectée. La ponction lombaire et les prélèvements doivent être réalisés dès que possible, sans retarder le traitement lorsque l'état clinique impose une prise en charge immédiate [2].

En République démocratique du Congo (RDC), les contraintes d'accès aux examens biologiques, les retards de recours aux soins, les difficultés de référence et les limites de la tenue des dossiers médicaux peuvent compliquer la surveillance de la méningite et l'évaluation de la qualité de sa prise en charge. Dans les structures hospitalières, l'analyse des dossiers permet néanmoins de décrire les profils cliniques, les traitements administrés et les issues hospitalières, à condition de tenir compte des données manquantes et des limites de la confirmation étiologique.

À Mbuji-Mayi, ville organisée en zones de santé disposant de structures de référence, le rapport d'immersion à l'origine de ce manuscrit a relevé des difficultés de documentation des dossiers, des retards de notification, une disponibilité parfois insuffisante des examens biologiques et des problèmes d'approvisionnement et d'archivage. Ces constats institutionnels justifient l'intérêt d'une description structurée des cas hospitalisés.

2. Méthodes

2.1 Type et période de l'étude

Le présent manuscrit repose sur une analyse descriptive rétrospective des dossiers médicaux recueillis pendant l'enquête pilote réalisée dans le cadre du stage d'immersion de recherche. Le rapport source situe le stage entre mars et juin 2026. Il ne fournit pas, dans les pages exploitées, une période précise d'admission correspondant aux 23 dossiers pilotes. Cette période devra être complétée à partir des fiches originales avant soumission.

2.2 Cadre de l'étude

L'enquête a été conduite dans le contexte des Hôpitaux généraux de référence de la ville de Mbuji-Mayi, province du Kasaï Oriental, RDC. Le rapport décrit dix zones de santé urbaines et leurs structures de référence. Cependant, les résultats pilotes présentés dans le tableau de l'enquête concernent 23 dossiers provenant d'une structure sélectionnée; le rapport ne permet pas d'affirmer que les 23 dossiers représentent l'ensemble des HGR de la ville.

2.3 Population et échantillon

La population d'intérêt était constituée des enfants de moins de cinq ans hospitalisés pour méningite. L'échantillon pilote comprenait 23 dossiers médicaux examinés. Il s'agissait d'un échantillon de convenance lié au test de faisabilité de l'outil de collecte, et non d'un échantillon probabiliste dimensionné pour produire des estimations représentatives.

2.4 Critères de sélection

Ont été considérés les dossiers d'enfants de moins de cinq ans hospitalisés pour un diagnostic de méningite et accessibles au moment de l'enquête pilote. Les critères opérationnels détaillés d'inclusion et d'exclusion devront être harmonisés avec le protocole final. Les dossiers incomplets n'ont pas été systématiquement exclus, ce qui peut entraîner des données manquantes pour certaines variables.

2.5 Variables étudiées

Les variables extraites portaient sur les caractéristiques sociodémographiques de l'enfant, le statut vaccinal, les manifestations cliniques, les antécédents et pathologies associées, l'aspect macroscopique du LCR, la provenance (référence ou admission directe), les traitements reçus, la durée d'hospitalisation et l'évolution.

2.6 Collecte et qualité des données

Les informations ont été recueillies à partir des dossiers médicaux au moyen d'une grille structurée. Le rapport d'immersion indique que l'enquête pilote a permis de tester la faisabilité de l'instrument et de relever des insuffisances relatives aux antécédents, aux délais de référence et à certains examens biologiques. À la suite de cette phase, la fiche a été réorganisée, les définitions opérationnelles clarifiées et des rubriques concernant les délais de prise en charge et les complications ajoutées.

2.7 Analyse statistique

L'analyse présentée est descriptive. Les variables qualitatives sont résumées par leurs effectifs et pourcentages. Les dénominateurs sont de 23 pour les variables du tableau pilote, sauf indication contraire dans les fiches sources. Aucun test d'association ni modèle multivarié n'a été réalisé pour cet article, compte tenu de la faible taille de l'échantillon et du caractère pilote de la collecte.

2.8 Considérations éthiques

Le rapport source mentionne une approbation du Comité de bioéthique de l'ISTM/Kinshasa, numéro 0087, datée du 3 mars 2026. Il indique également que la confidentialité et l'anonymisation des données ont été prévues. Pour la version soumise à une revue, l'auteur devra joindre, si demandé, la preuve documentaire de l'avis éthique et préciser les autorisations administratives obtenues auprès des structures concernées.

2.9 Définitions opérationnelles et précautions d'interprétation

Le terme « méningite » désigne ici le diagnostic mentionné dans les dossiers examinés. En l'absence de résultats détaillés de culture, de Gram ou de tests moléculaires, il

n'est pas possible de classer tous les cas comme méningites bactériennes confirmées. L'aspect trouble du LCR est un élément descriptif, mais ne constitue pas à lui seul une confirmation étiologique.

La proportion de décès observée dans cette série pilote est calculée sur les 23 dossiers, avec six décès rapportés. Elle correspond à une proportion brute dans l'échantillon pilote et ne doit pas être présentée comme la létalité globale des HGR de Mbuji-Mayi.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques épidémiologiques

L'enquête pilote a porté sur 23 dossiers médicaux d'enfants hospitalisés pour méningite. Les garçons représentaient 12 cas (52,2 %) et les filles 11 cas (47,8 %). La distribution selon le sexe était donc relativement équilibrée, avec une légère prédominance masculine.

Selon les catégories d'âge rapportées dans le tableau pilote, 2 enfants (8,7 %) appartenaient à la tranche de 11 à 25 mois et 21 (91,3 %) à celle de 26 à 59 mois. Cette répartition est à interpréter avec prudence: les catégories présentées dans le tableau pilote ne couvrent pas explicitement les nourrissons de moins de 11 mois, alors que la population cible est annoncée comme étant celle des moins de cinq ans. La grille originale et les dossiers doivent être revérifiés pour clarifier cette discordance.

Concernant la vaccination, 13 enfants (56,5 %) avaient un statut vaccinal décrit comme complet et 10 (43,5 %) comme partiel. Le rapport ne fournit pas le détail des antigènes reçus, les dates de vaccination ni les preuves documentaires. Il n'est donc pas possible d'évaluer la protection spécifique contre les principaux agents bactériens responsables de méningite.

Tableau 1: Caractéristiques épidémiologiques des enfants de la série pilote

Variable	Catégorie	Effectif (n=23)	Pourcentage
Sexe	Masculin	12	52,2
	Féminin	11	47,8
Âge (catégories du tableau pilote)	11–25 mois	2	8,7
	26–59 mois	21	91,3
Statut vaccinal	Complet	13	56,5
	Partiel	10	43,5

3.2 Provenance et référence

Dix-sept enfants (73,9 %) avaient été référés vers la structure hospitalière, tandis que six (26,1 %) avaient été admis directement. Cette proportion élevée de cas référés suggère que les structures hospitalières recevaient une part importante d'enfants orientés par d'autres formations sanitaires. Les délais entre le début des symptômes, le premier recours et l'arrivée à l'HGR ne sont toutefois pas disponibles de façon exploitable dans les résultats synthétisés.

3.3 Manifestations cliniques

La fièvre était le signe le plus fréquemment rapporté, observée chez 20 enfants (87,0 %). Le bombement de la fontanelle était mentionné chez 18 enfants (78,3 %), le signe de Brudzinski chez 13 (56,5 %), les vomissements chez 12 (52,2 %), la raideur de la nuque chez 11 (47,8 %) et les céphalées chez 9 (39,1 %). La diarrhée était documentée chez quatre enfants (17,4 %). Un coma était rapporté dans six dossiers (26,1 %).

Tableau 2: Signes cliniques documentés dans les 23 dossiers

Manifestation clinique	Effectif	Pourcentage
Fièvre	20	87,0
Bombement de la fontanelle	18	78,3
Signe de Brudzinski	13	56,5
Vomissements	12	52,2
Raideur de la nuque	11	47,8
Céphalées	9	39,1
Coma	6	26,1
Diarrhée	4	17,4

La coexistence de signes généraux et neurologiques est compatible avec des tableaux cliniques potentiellement sévères. Le coma, retrouvé dans plus d'un quart des dossiers, constitue un signe de gravité nécessitant une évaluation urgente et une surveillance rapprochée. Chez les jeunes enfants, les signes classiques de méningisme peuvent être absents ou difficiles à rechercher; le bombement de la fontanelle et les modifications du comportement ou de l'alimentation peuvent contribuer à l'orientation diagnostique [2, 5].

3.4 Antécédents et pathologies associées

Le paludisme associé était rapporté chez 18 enfants (78,3 %). Un paludisme traité à domicile était mentionné chez huit enfants (34,8 %). L'amibiase concernait huit enfants (34,8 %), la fièvre typhoïde cinq (21,7 %), la gastro-entérite trois (13,0 %), la malnutrition trois (13,0 %), l'insuffisance rénale aiguë deux (8,7 %), le petit poids de naissance deux (8,7 %), la prématurité un (4,3 %) et la tuberculose un (4,3 %). Une hospitalisation antérieure était rapportée chez six enfants (26,1 %).

Ces diagnostics associés sont ceux consignés dans les dossiers; leur confirmation biologique et leurs critères diagnostiques ne sont pas détaillés. Ils doivent donc être considérés comme des comorbidités ou diagnostics associés documentés, et non comme des infections toutes confirmées par laboratoire.

3.5 Données du liquide céphalorachidien

L'aspect du LCR était décrit comme trouble chez 22 enfants (95,7 %) et clair chez un enfant (4,3 %). Le rapport ne présente pas les résultats quantitatifs de la cytologie, de la biochimie, de la coloration de Gram, de la culture ou des tests moléculaires. En conséquence, l'aspect macroscopique ne permet pas à lui seul de déterminer l'agent causal ni de confirmer la nature bactérienne de tous les cas.

Tableau 3: Aspect macroscopique du LCR

Aspect du LCR	Effectif	Pourcentage
Trouble	22	95,7
Clair	1	4,3

3.6 Prise en charge thérapeutique

Une antibiothérapie et une perfusion étaient rapportées chez les 23 enfants (100 %). Des antipaludéens avaient été administrés chez 19 enfants (82,6 %). Un isolement était mentionné chez six enfants (26,1 %) et une transfusion chez un enfant (4,3 %). Le rapport pilote ne précise pas systématiquement les molécules antibiotiques, les doses, les

voies d'administration, les délais d'administration ni les résultats de l'antibiogramme.

Tableau 4: Interventions thérapeutiques documentées

Intervention rapportée	Effectif	Pourcentage
Antibiotiques	23	100
Perfusion	23	100
Antipaludéens	19	82,6
Isolement	6	26,1
Transfusion	1	4,3

L'administration d'une antibiothérapie à tous les enfants est cohérente avec le principe de traitement urgent lorsqu'une méningite bactérienne est suspectée. Les recommandations de l'OMS indiquent que le traitement antibiotique ne doit pas être retardé dans l'attente des résultats de la ponction lombaire ou des examens complémentaires lorsque la suspicion clinique est forte [2]. Toutefois, la conformité de la prise en charge ne peut être évaluée complètement sans les informations relatives au choix des molécules, aux doses, à l'âge, au poids et au délai de la première dose.

3.7 Durée d'hospitalisation et évolution

La durée d'hospitalisation était supérieure à dix jours chez 16 enfants (69,6 %) et inférieure ou égale à dix jours chez sept enfants (30,4 %). L'évolution était documentée comme une guérison chez 14 enfants (60,9 %), un décès chez six (26,1 %) et un abandon chez trois (13,0 %).

Tableau 5: Durée d'hospitalisation et évolution

Indicateur	Catégorie	Effectif	Pourcentage
Durée d'hospitalisation	≤ 10 jours	7	30,4
	> 10 jours	16	69,6
Évolution	Guérison	14	60,9
	Décès	6	26,1
	Abandon	3	13,0

La proportion brute de décès dans la série est de 6/23, soit 26,1 %. Ce résultat décrit uniquement les dossiers inclus dans l'enquête pilote. Les trois abandons représentent 13,0 % des dossiers; leur devenir ultérieur n'est pas connu. Pour une analyse de létalité hospitalière, il sera indispensable de préciser le dénominateur retenu, le statut des transferts et abandons, ainsi que la période d'observation.

4. Discussion

Cette enquête pilote décrit 23 dossiers d'enfants hospitalisés pour méningite dans le contexte hospitalier de Mbuji-Mayi. Elle met en évidence des manifestations cliniques importantes, notamment la fièvre, le bombement de la fontanelle, le signe de Brudzinski, les vomissements et le coma. L'interprétation doit cependant rester prudente en raison de la faible taille de l'échantillon, du caractère pilote de la collecte et de l'absence de confirmation microbiologique détaillée.

4.1 Profil Épidémiologique

La légère prédominance des garçons (52,2 %) est compatible avec une répartition proche de l'équilibre entre les sexes. Avec seulement 23 observations, l'écart observé ne permet pas de conclure à une différence réelle du risque selon le sexe. Des études épidémiologiques montrent que la distribution des cas peut varier selon l'âge, les agents pathogènes, la couverture vaccinale et les caractéristiques des populations étudiées [1, 6].

La forte proportion d'enfants classés entre 26 et 59 mois (91,3 %) doit être examinée à la lumière de la grille de collecte. Le tableau pilote ne présente pas de catégorie couvrant explicitement les enfants de moins de 11 mois. Cette discordance peut relever d'une erreur de catégorisation, d'un problème de transcription ou de l'absence de cas dans certaines tranches d'âge. Avant toute publication définitive, il est nécessaire de revenir aux fiches originales et de recalculer les classes d'âge selon des intervalles exhaustifs: 0–11 mois, 12–23 mois, 24–35 mois et 36–59 mois, ou selon les catégories retenues dans le protocole.

Le statut vaccinal était déclaré complet chez 56,5 % des enfants. Cette donnée ne permet pas d'établir que les enfants étaient protégés contre tous les agents responsables de méningite. Il faut vérifier les antigènes reçus, les doses et les dates, notamment pour les vaccins contre Hib et le pneumocoque, et tenir compte des sérotypes non couverts par les vaccins disponibles [2, 4].

4.2 Manifestations cliniques et gravité

La fièvre, observée chez 87,0 % des enfants, correspond à l'un des symptômes les plus fréquemment rencontrés dans les infections méningées. Le bombement de la fontanelle, noté dans 78,3 % des dossiers, est particulièrement pertinent chez le nourrisson, bien que sa fréquence élevée dans cette série puisse être influencée par la composition en âge et par les pratiques de documentation. Les recommandations cliniques soulignent que les signes peuvent être atypiques chez les jeunes enfants et que l'absence d'un signe isolé ne permet pas d'exclure une méningite [2, 5].

Le coma rapporté chez 26,1 % des enfants constitue un indicateur clinique préoccupant. L'altération de la conscience est associée à une maladie sévère et impose une évaluation immédiate des fonctions vitales, de l'état neurologique et des complications systémiques. La littérature souligne que le retard diagnostique et thérapeutique peut contribuer à l'aggravation rapide des méningites bactériennes [2, 7].

4.3 Comorbidités et diagnostics associés

Le paludisme associé était fréquemment noté (78,3 %). Dans un contexte de transmission palustre, la coexistence de fièvre et de signes neurologiques peut compliquer le diagnostic différentiel. Néanmoins, la présence d'un diagnostic de paludisme dans le dossier ne doit pas conduire à écarter une méningite lorsqu'il existe des signes évocateurs. Les examens biologiques et l'évaluation clinique doivent être interprétés conjointement.

La fréquence rapportée de l'amibiase, de la fièvre typhoïde et d'autres diagnostics doit également être interprétée avec réserve, car les méthodes de confirmation ne sont pas documentées. La collecte principale devrait distinguer les comorbidités confirmées biologiquement, les diagnostics cliniques probables et les antécédents déclarés par le responsable de l'enfant.

4.4 LCR et confirmation étiologique

Le LCR était décrit comme trouble dans 95,7 % des dossiers. Un LCR trouble peut orienter vers une méningite bactérienne, mais il ne suffit pas à identifier l'agent causal. La numération cellulaire, la formule leucocytaire, la protéinorachie, la glycorachie, la coloration de Gram, la

culture et, lorsque disponibles, les tests moléculaires sont nécessaires pour améliorer la classification étiologique [2, 8]. L'absence de ces résultats dans le tableau pilote limite fortement la possibilité de distinguer les méningites bactériennes confirmées des méningites présumées.

4.5 Prise en charge thérapeutique

Tous les enfants avaient reçu une antibiothérapie et une perfusion. Cette observation indique que le traitement anti-infectieux était consigné dans l'ensemble des dossiers examinés. Toutefois, la qualité de l'antibiothérapie ne peut être appréciée sans connaître la molécule, la dose pondérale, la fréquence, la durée, l'adaptation aux résultats microbiologiques et le délai entre l'arrivée et la première administration. Les recommandations internationales privilégient une antibiothérapie parentérale précoce, adaptée à l'âge et aux données locales de résistance [2, 9].

La prescription d'antipaludéens chez 82,6 % des enfants est cohérente avec la fréquence élevée du paludisme associé rapporté dans les dossiers. Elle soulève néanmoins la nécessité de documenter les résultats des tests diagnostiques afin de limiter les traitements non justifiés et de garantir une prise en charge intégrée.

4.6 Durée de séjour et évolution

La durée d'hospitalisation dépassait dix jours chez 69,6 % des enfants. Cette durée peut refléter la gravité clinique, la présence de comorbidités, les complications ou des contraintes organisationnelles. En l'absence de données individuelles croisées, il n'est pas possible d'identifier les facteurs expliquant les séjours prolongés.

Six décès ont été rapportés, soit 26,1 % des 23 dossiers. Cette proportion est préoccupante, mais elle ne doit pas être comparée directement aux estimations mondiales ou aux taux issus de cohortes confirmées, car les populations, les définitions de cas, la gravité à l'admission et les modalités de suivi peuvent différer. De plus, trois enfants ont abandonné le traitement ou le suivi hospitalier; leur issue finale est inconnue. Il serait donc incorrect de considérer les 14 guérisons comme l'ensemble des survivants ou de calculer un taux de létalité définitif sans clarifier les issues des abandons.

Les données mondiales rappellent que la méningite bactérienne demeure associée à une mortalité importante et à des séquelles à long terme [1, 2]. La prévention des décès nécessite une reconnaissance rapide des signes de gravité, une référence précoce, la disponibilité des antibiotiques et des examens appropriés, ainsi qu'une surveillance clinique continue.

4.7 Implications pour les services de santé de Mbuji-Mayi

Les constats du rapport d'immersion relatifs à la complétude des dossiers, à la disponibilité des examens biologiques, aux délais de notification et à l'archivage rejoignent les besoins mis en évidence par cette série pilote. Il est recommandé de standardiser la fiche hospitalière de méningite, de documenter systématiquement les heures de début des symptômes, de première consultation, de référence, d'admission et de première dose d'antibiotique, et de consigner les résultats du LCR.

4.8 Forces et limites

La principale force de cette enquête est d'avoir testé une grille de collecte dans un contexte hospitalier réel et d'avoir permis d'identifier des variables importantes pour l'étude principale. Les limites sont majeures: faible effectif (n=23), échantillonnage pilote non probabiliste, données issues d'une seule structure selon les informations disponibles, dossiers incomplets, absence de résultats microbiologiques détaillés, catégories d'âge à vérifier et issues inconnues pour les abandons. Les résultats ne sont donc pas généralisables à tous les HGR de Mbuji-Mayi.

5. Conclusion

Cette étude pilote portant sur 23 dossiers d'enfants de moins de cinq ans hospitalisés pour méningite à Mbuji-Mayi décrit une légère prédominance masculine, une forte proportion d'enfants classés dans la tranche de 26 à 59 mois, une fréquence élevée de fièvre et de signes neurologiques, un LCR majoritairement décrit comme trouble et une administration systématique d'antibiotiques et de perfusions. La durée d'hospitalisation dépassait dix jours chez près de sept enfants sur dix. Six décès ont été rapportés, soit 26,1 % de la série pilote.

Ces résultats sont préliminaires et ne constituent pas une estimation de la létalité ou du profil des cas dans l'ensemble des HGR de Mbuji-Mayi. Ils soulignent surtout l'importance d'une étude principale reposant sur une base exhaustive, des définitions opérationnelles harmonisées et une documentation clinique et biologique plus complète.

6. Déclarations

Consentement: Étude rétrospective sur dossiers; préciser les dispositions de dispense ou de consentement conformément à l'avis du comité d'éthique et aux exigences de la revue.

Financement: Aucun financement spécifique n'a été reçu pour la réalisation de cette étude.

Conflits d'intérêts: Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

- **Kazadi Mukendi André**

A contribué à la conceptualisation de l'étude, à l'élaboration de la méthodologie, à la collecte et à la gestion des données, à l'analyse statistique, à l'interprétation des résultats ainsi qu'à la rédaction de la première version du manuscrit.

- **Ciamala Mukendi Paul et Kabeya Ngeleka**

Ont contribué à l'élaboration méthodologique, à la collecte et à la gestion des données, à l'analyse statistique, à l'interprétation des résultats ainsi qu'à la relecture critique et à l'amélioration du manuscrit.

- **Bukasa Tshilonda Jean Christophe**

A contribué à l'orientation scientifique de l'étude, à la supervision, à la validation méthodologique, à la révision critique du manuscrit et à l'approbation de sa version finale.

7. Références

1. World Health Organization. WHO guidelines on meningitis diagnosis, treatment and care. Geneva: World Health Organization, 2025.
2. World Health Organization. Meningitis [Internet]. Geneva: WHO, Sep 29, 2026 [Cited 2026 Nov 8]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis
3. World Health Organization. Defeating meningitis by 2030: A global road map. Geneva: WHO, 2021.
4. World Health Organization. WHO launches first-ever guidelines on meningitis diagnosis and treatment and

care [Internet]. Geneva: WHO, Apr 10, 2025 [Cited 2026 Nov 8]. Available from: https://www.who.int/news/item/10-04-2025-who-launches-first-ever-guidelines-on-meningitis-diagnosis--treatment-and-care
5. McGill F, Heyderman RS, Michael BD, *et al*. The UK joint specialist societies guideline on the diagnosis and management of acute meningitis in adults and children. J Infect. 2016; 72(4):405-438.
6. Oordt-Speets AM, Bolijn R, Van Hoorn RC, Bhavsar A, Kyaw MH. Global etiology of bacterial meningitis: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018; 13(6):e0198772.
7. Brouwer MC, Tunkel AR, Van De Beek D. Epidemiology, diagnosis, and antimicrobial treatment of acute bacterial meningitis. Clin Microbiol Rev. 2010; 23(3):467-492.
8. World Health Organization. WHO practical manual on meningitis diagnosis, treatment and care. Geneva: WHO, 2026.
9. Hasbun R, Bijlsma MW, Brouwer MC, Van De Beek D. Community-acquired bacterial meningitis. Nat Rev D is Primers. 2022; 8(1):1-22.