

14/ Méningites

Définition

Inflammation des méninges d'origine infectieuse

Méninges: membranes protectrices qui enveloppent le système nerveux central (SNC), la portion intracrânienne des nerfs crâniens, les racines des nerfs spinaux

Epidémiologie

1 400 cas par an en France

Mortalité: 20%

Séquelles: 30%

Méningites bactériennes: plus graves, moins fréquentes

Méningites virales: fréquentes mais peu sévères

Méningites mycosiques et parasitaires

Signes cliniques

Formes communes: diagnostic aisé en cas de syndrome méningé fébrile

Syndrome infectieux: fièvre élevée > 39°C

Syndrome méningé: céphalées, vomissements, raideur méningée avec attitude antalgique en chien de fusil (pas de raideur méningée chez le nouveau-né)

Signes de gravité: purpura extensif, purpura fulminans, signes neurologiques témoignant d'une atteinte encéphalitique associée, atteinte du tronc cérébral associée, troubles neurovégétatifs

Ponction lombaire (PL)

Réalisation d'une imagerie cérébrale avant la ponction lombaire si signes de localisation neurologiques, troubles de la vigilance (Glasgow < 11), crises épileptiques récentes ou en cours

La ponction lombaire ne doit pas retarder le traitement anti-infectieux

L'antibiothérapie doit être instaurée au plus tard dans les 3 heures, idéalement dans l'heure qui suit l'arrivée à l'hôpital

Définition de la ponction lombaire: introduction d'un trocart dans l'espace sous-arachnoïdien entre L4 et L5 en vue de prélever une fraction de LCR. C'est un geste médical.

Indications: à visée diagnostique (analyse de la composition du LCR), prélever une glycémie simultanément à la PL (glycorachie = 1/2 glycémie)

Surveillance après la ponction pour prévenir le syndrome post-PL

Incidents: céphalées post PL, douleur vive irradiant dans le membre inférieur, malaise vagal

Analyse du LCR: macroscopique, cytologique, biochimique, bactériologique

LCR normal: clair, eau de roche

- < 10 éléments / mm³
- 70% lympho
- 30% monocytes

- pas de PNN
- pas d'hématies
- Glycorachie > 0.5 x glycémie
- Protéïnorachie < 0.45 g/l
- examen direct négatif

Autres examens: bilan standard, CRP, hémocultures, Ag solubles bactériens dans sang et urines, ECBU, radio du thorax, sinus

Surveillance

Constantes, perfusions, tolérance à l'antibiotique

En attendant les résultats de la PL: mise en place de la surveillance + rechercher signes de gravité

Méningites bactériennes

Méningocoque

- PL: méningite purulente hypoglycorachique
- 5 sérotypes
- met en jeu le pronostic vital
- urgence thérapeutique
- isolement respiratoire (transmission par voie aérienne)
- prévention des sujets contacts
- déclaration obligatoire
- traitement par voie IV, céphalosporine de 3^e génération, 5 à 7 jours
- chimioprophylaxie: pour les sujets ayant eu contacts, étroits et prolongés avec le cas dans les 10 jours précédents
- vaccination: si sérogroupe A, C, Y, W135

Pneumocoque

- 1^e étiologie des méningites purulentes chez l'adulte
- PL: méningite purulente hypoglycorachique
- facteurs de risque: ATCD de traumatisme crânien, infection des voies respiratoires
- début brutal
- purpura rare
- mortalité: 20-30%
- séquelles: 30%
- réaliser systématiquement un TDM cérébral
- traitement antibiotique: céphalosporine de 3^e génération, 10-14 jours
- corticothérapie initiale (diminue la mortalité)

Listéria

- porte d'entrée digestive et envahissement du SNC par voie hématogène
- lésions prédominantes au niveau du tronc cérébral
- facteurs prédisposants: âge avancé, grossesse, éthylisme, déficit immunitaire
- céphalosporines inactives
- amoxicilline pendant 3 semaines
- pas de transmission interhumaine

Méningites lymphocytaires hypoglycorachiques

De l'adulte et de l'enfant de plus de 5 ans

Méningite tuberculeuse

- surtout chez les immunodéprimés
- début progressif
- les signes méningés peuvent être au second plan
- traitement antituberculeux classique

Méningite à Listéria

Méningite à cryptocoque

Méningite ourlienne

Méningites lymphocytaires normoglycorachiques

De l'adulte et de l'enfant de plus de 5 ans

Méningites aiguës

Le plus souvent virale

Sujet jeune, contexte épidémique (entérovirus, oreillons)

Penser à la primo-infection VIH

Méningo-encéphalite

Syndrome méningé fébrile

Troubles de conscience

Signes de localisation (crise d'épilepsie)

Etiologies: virales (grippe), bactériennes (tuberculose, listériose), parasites champignons (paludisme, cryptocoque)

Arguments du diagnostic: ponction lombaire, imagerie cérébrale, EEG

Méningoencéphalite herpétique

- urgence diagnostique et thérapeutique
- début brutal
- PL: méningite lymphocytaire normoglycorachique
- PCR herpes sur LCR
- traitement Aciclovir IV

Conclusion

Les agents responsables des méningites varient en fonction de l'âge et du terrain

Seule la PL permet de les différencier de façon certaine

Les méningites bactériennes mettent en jeu le pronostic vital

Le purpura fulminans justifie le début de l'antibiothérapie avant la PL

Les sujets en contacts étroits avec un patient ayant une méningite à méningocoque doivent recevoir une prophylaxie

Parmi les causes de méningo-encéphalite, la méningo-encéphalite herpétique est la plus grave et doit être systématiquement suspectée