

## MENINGITES A LCR CLAIR

Pr D.E ABDENNOUR

Faculté de Médecine de Constantine

Dans la pratique, toute méningite est une urgence. Des arguments cliniques mais surtout l'examen du LCR constituent l'élément fondamental du diagnostic.

La majorité des méningites à LCR clair sont virale, mais l'attention du praticien doit être focalisée avant tout sur la recherche des étiologies d'urgence qui doivent rester sa seule préoccupation.

### 1) LES MENINGITES A LCR CLAIR URGENTES

Elles comportent la méningite tuberculeuse, les infections méningées bactériennes à liquide initialement clair, les méningites purulentes décapitées par les antibiotiques et les réactions puriformes symptomatique d'un foyer infectieux cérébral.

#### A) La méningite tuberculeuse

L'installation des troubles est souvent insidieuse, parfois brutale.

Elle peut se présenter sous forme méningée pure ou de méningo-encéphalite avec troubles psychiques.

Classiquement, c'est un syndrome méningé fébrile avec atteinte oculomotrice, fébrile, hypertension intracrânienne, instabilité du pouls, de la température...

Souvent, dans les antécédents il existe des signes d'imprégnation tuberculeuse : état fébrile au long cours, sueurs nocturnes, anorexie, amaigrissement, toux chronique...

Le LCR est modérément hypertendu, clair, montrant une hypercytose (30 à 500 cellules/mm<sup>3</sup>) de type lymphocytaire, une hyperalbuminorrhachie (1 à 2 g/l ou plus), une hypoglycorrhachie (0,20g/l ou traces), une hypochlorurorrhachie.

Le diagnostic est évoqué devant un tableau clinique comportant des éléments d'orientation, un virage récent de L4IDR ou bien l'existence d'une notion de contagé tuberculeux dans l'entourage ou encore l'existence de lésions radiologiques du poumon notamment une miliaire.

La recherche de BK doit être systématique dans les crachats, les urines, le LCR par examen direct et par culture sur milieu de Lowenstein Jensen. Le traitement antituberculeux est souvent débuté sur des arguments indirects (cliniques, épidémiologiques, biologiques).

#### B) LCR clair avec prédominance de polynucléaires :

- a) Méningite à méningocoque à son début.
- b) Formes graves de méningite purulente avec septicémie (méningococcémie, méningite à pneumocoque).

Dans ces cas, le germe est retrouvé à l'examen direct et à la culture.

- c) Réaction méningée puriforme aseptique :

\*méningites purulentes décapitées par une antibiothérapie intempestive :

C'est la cause la plus fréquente. Il faut dans ces cas rechercher une porte d'entrée éventuelle(ORL), un éventuel purpura évocateur de méningocoque.

Le germe dans ces cas ne peut pas être isolé. Le LCR présente des polynucléaires intacts et altérés, une glycorrachie basse. Il faut traiter comme une méningite purulente.

\*Réaction méningée secondaire à une thrombophlébite, à un abcès du cerveau...

Les polynucléaires sont intacts.

Le contexte et les signes neurologiques orientent le diagnostic.

C-les méningites virales et parasitaires :

Deux diagnostics de gravité sont à évoquer

- a) la méningo-encéphalite herpétique.
- b) le neuro-paludisme.

Dans ces deux cas, les signes encéphalitique priment sur le tableau méningé.

2) LES MENINGITES LYMPHOCYTAIRES AIGUËS NON TUBERCULEUSES :

A-les méningites virales :

Fréquentes, volontaires épidémiques ou saisonnières. Le diagnostic est suspecté sur des éléments cliniques, épidémiologiques. Elle réalise différents tableaux cliniques :

- un syndrome méningé associés à d'autres signes très évocateurs d'un diagnostic (varicelle, rougeole, oreillons...).
- un syndrome méningé associé à un contexte épidémiologique évocateur(épidémie de grippe, oreillons...)
- Rarement un syndrome méningé associé à des manifestations neurologiques tel un coma, des convulsion, une paralysie des paires crâniennes... réalisant une méningo-encéphalite.

Dans les méningites virales, le LCR est hypertendu, clair, avec une réaction cellulaire de type lymphocytaire pure, la proteinorrhachie(ou albuminorrhachie) est normale ou légèrement élevée, la glycorrachie est normale.

L'évolution de ces méningites est généralement favorable.

Le traitement est symptomatique.

L'étiologie est recherchée, quand c'est possible, par la séologie(2 prélèvements sanguins à 15 j d'intervalle).

Les virus responsables sont les muxovirus(oreillons, rougeole, grippe), les entérovirus(poly myélite, coxsachie, ECHO) et enfin plus rarement herpes-virus, adénovirus...

B- listérose neuroméningée

Réalise souvent une méningite purulente mais parfois, dans les formes subaiguës, se présente sous forme d'une méningite à LCR clair, lymphocytaire.

C- Brucellose neuroméningée

Donne une méningite lymphocytaire mais les autres signes neurologiques dominant le tableau.

**D- Méningite à leptospires**

Contamination au cours des leptospiroses, isolée ou associée à d'autres symptômes, au moins biologiquement.

**E- Les autres étiologies :**

Elles sont rares. Il faut citer les méningites parasitaires, mycosiques, cancéreuses.