

CONDUITE A TENIR DEVANT UN SYNDROME MENINGE FEBRILE

I/INTRODUCTION :

Le syndrome méningé fébrile est une **urgence majeure** et constitue le tableau évocateur de **l'inflammation méningée**.

La ponction lombaire reste l'examen de choix pour établir le diagnostic et doit être précédée par une imagerie cérébrale dans des situations bien définies.

Les principales étiologies sont infectieuses, de pronostic variable selon l'agent en cause.

L'essentiel est d'identifier et de traiter rapidement la **méningite bactérienne** mais également de la différencier d'autres causes incluant la méningite ou la méningo-encéphalite **virale** et, beaucoup plus rarement, les méningites **fongiques** ou **tuberculeuses**, **l'abcès cérébral** ainsi que des étiologies **non infectieuses** (médicamenteuses, carcinomateuses, lymphomateuses, associées aux maladies inflammatoires, hémorragie sous-arachnoïdienne).

II/DIAGNOSTIC POSITIF :

➤ 1. Confirmer le syndrome méningé :

1. Signes fonctionnels : le trépied méningitique associant :

- a) Céphalées : atroces, permanentes, rebelles, irradiants dans la nuque.
- b) Vomissement : fréquents, faciles en jet favorisés par le changement de position.
- c) Photophobie :

2. Signes physiques :

- Contracture rachidienne entraînant une attitude en chien de fusil : membres inférieurs fléchis, tête rejetée en arrière et hyper lordose...
- Raideur de la nuque : le fléchissement de la nuque sur le tronc est impossible ou limité et entraîne une douleur vive.
- Signe de kernig : impossibilité de fléchir les cuisses sans fléchir les genoux.
- Signe de Brudzinski : la flexion de la nuque entraîne une flexion involontaire des membres inférieurs.
- Hyperesthésie cutanée.
- Troubles vasomoteurs : raie méningitique de trousseau (dermographisme)

Formes particulières selon le terrain :

- a) **Nouveau-né** : signes de souffrance néonatale (fièvre ou hypothermie, abolition des reflexes archaïques, détresse respiratoire, convulsion, ictère, syndrome hémorragique
→ la méningite fait suite à une bactériémie+++)

b) **Nourrisson** :

Une modification du comportement (sommeil, attention),

Des Troubles digestifs : refus de boire, vomissement, diarrhées associées à de la fièvre doivent évoquer le diagnostic.

La raideur est remplacée par une hypotonie de la nuque (méningite à nuque molle)

Un bombement de la fontanelle (en dehors des cris), plafonnement du regard

- c) **Sujet âgé** : trouble du comportement, désorientation, délire, convulsion.

➤ 2. Confirmer son caractère fébrile.



Devant la constatation d'un syndrome méningé fébrile, l'hospitalisation s'impose afin de réaliser la ponction lombaire seul moyen permettant de confirmer le diagnostic.

➤ 3. Recherche de signes de gravité :

1. signes souffrance encéphalitique :

- Troubles de la conscience : allant de l'obnubilation jusqu'au coma
- Crises comitiales (convulsions localisées ou généralisées)
- Signes de focalisation (ou déficitaires) : de sensibilité ou de motricité
- Troubles neurovégétatifs : instabilité du pools, de la TA, de la température, troubles respiratoires

2. La présence d'un purpura vasculaire est évocatrice d'une infection par le **méningocoque** et plus rarement d'une infection à **pneumocoque**.

- ✚ Il doit être recherché soigneusement sur l'ensemble du corps en dénudant totalement le patient.
- ✚ Il est à surveiller car son extension signe la gravité → **un purpura fulminans** → **extrême urgence++++**.

Purpura fulminans = choc septique + un purpura rapidement extensif (en qqs heures), **pétéchial** puis rapidement **ecchymotique** évoluant en **placards nécrotiques** en rapport avec des lésions de vascularite et de CIVD → **DEFAILLANCE MULTIVISCERALE**.

La règle : devant un syndrome infectieux + purpura nécrotique ou ecchymotique administrer par voie IV ou IM une C3G (ceftriaxone ou céfotaxime) à défaut amoxicilline = 1g.

3. Défaillance cardiocirculatoire (état de choc)



Il faut agir en fonction :

- Hospitalisation en service de soins intensif
- Remplissage vasculaire si nécessaire
- Traitement des crises convulsives
- Traitement de l'HIC
- Hydratation et correction des troubles hydro électrolytiques
- C3G immédiatement en cas de suspicion de purpura méningococcique.

➤ 4. Réaliser la ponction lombaire : en urgence.

- Elle permet l'étude du LCR : **aspect, étude cytologique, bactériologique, biochimique** et un tube pour les antigènes solubles.
- Deux à trois tubes stériles de 10 à 20 gouttes (0.5 à 1 ml) sont nécessaires.
- Le liquide céphalorachidien (LCR) est prélevé avant toute antibiothérapie, doit être immédiatement analysé et les résultats initiaux doivent être communiqués dans l'heure qui suit le prélèvement

- La PL est contre-indiqué :
 - .Anomalies de l'hémostase.
 - Engagement cérébral (suspecté devant une mydriase unilatérale, hoquet.....)
 - Hypertension intracrânienne grave focale (abcès, hématome, tumeur) ou diffuse (œdème cérébral).

- La PL doit être précédée d'un scanner cérébral s'il ya :
 - .Des signes de focalisation
 - .Crises comitiales
 - .Troubles de la vigilance.

TECHNIQUE :

- La ponction lombaire peut se faire soit en position assise soit en position couchée, à l'aide d'une aiguille spéciale munie à mandrin.
- L'aiguille est introduite entre les apophyses épineuses dans l'espace **L4-L5** ou **L5-S1**. Les épineuses sont repérées à la palpation, le point de ponction doit se situer au dessous d'une ligne horizontale joignant les 2 crêtes iliaques.
- L'aiguille doit être enfoncée perpendiculairement à la peau dans un plan strictement médian, dans une direction légèrement oblique en direction de l'extrémité céphalique.
- La traversée du ligament inter épineux et de la dure mère est reconnue par leur résistance, on retire alors le mandrin et le LCS s'écoule facilement.

Résultat :

Aspect macroscopique : liquide clair

Liquide trouble (purulent)

Liquide hémorragique

La composition cytotbctériobiochimique du LCR précisera l'étiologie

Autres examens :

- .Hémocultures avant toute antibiothérapie.
- .FNS, VS, CRP,
- .Glycémie, Urée, Créatinine, Ionogramme sanguin...
- .Recherche d'une porte d'entrée : ORL, radiographie pulmonaire
- .TDM cérébrale à la : recherche d'une brèche ostéoméningée, recherche de complications

IV-Diagnostic étiologique :

A/Syndrome méningé à liquide clair avec une composition normale

- Méningisme
- Méningite bactérienne à son début
- Méningite à cryptocoque

B/ Syndrome méningé à liquide clair avec pleiocytose à prédominance lymphocytaire :

➤ **Etiologies des méningites à liquide clair**

Les étiologies sont multiples : bactériennes, virales, parasitaires, mycosiques.

- Certaines étiologies constituent une urgence diagnostic et thérapeutique du fait de leur gravité engageant le pronostic vital et fonctionnel nécessitant un dg rapide et un traitement précoce et adapté :

C'est le cas de la méningite bactérienne à son début, décapitée, tuberculeuse, listerienne, la méningo-encéphalite herpétique et le neuropaludisme.

D'autres sont bénignes ne relevant pas d'un traitement spécifique : méningite lymphocytaire bénigne d'origine virale.

C/ Syndrome méningé à liquide trouble avec pleiocytose à prédominance polynucléaire :

➤ **Etiologies des méningites à liquide purulent**

Les méningites purulentes représentent une urgence diagnostic et thérapeutique absolue du fait de la mise en jeu du pronostic vital et fonctionnel. Les étiologies sont multiples : le méningocoque, le pneumocoque, l'hémophilus, listéria monocytogénèse...

Le TRT des méningites purulentes repose essentiellement sur les betalactamines (associé à un aminoside pour listéria) à des concentrations efficaces dans le LCR.

Une corticothérapie est le plus souvent associée selon l'étiologie.

D/ Syndrome méningé à liquide hémorragique :

Trois diagnostics doivent être envisagés :

- ⚡ Une simple piqure vasculaire au moment de la PL (évoquée devant l'éclaircissement du LCR sur 3 tubes =le liquide s'éclaircie du premier au troisième tube).
- ⚡ Une hémorragie méningée sans méningite: due à la rupture d'une malformation vasculaire se manifeste par :
Un début brutale une apyrexie initiale, cependant un décalage thermique peut apparaitre secondairement d'origine centrale.