

Cours du 5^{ème} année de médecine

Faculté de médecine de Constantine année 2016-2017

Dr Benhacine zoulikha

Service de pédiatrie B CHU constantine

Le syndrome méningé

Plan

I INTRODUCTION

DéFINITION

FRéQUENCE

INTERET

PHYSIOPATHOLOGIE

DIAGNOSTIC POSITIF

SYNDROME MENINGE CLINIQUE

BIOLOGIE

RADIOLOGIE

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

PRISE EN CHARGE TH2RAPEUTIQUE

I. INTRODUCTION

DEFINITION/ ensemble des symptômes liés à une inflammation aigue des espaces sous arachnoidiens (dure mère ou arachnoïde) en rapport avec une infection bactérienne ou virale ,ou la rupture d'un vaisseau sanguin

PHYSIOPATHOLOGIE

L'infection des méninges peut se faire le plus souvent selon 2MODES

-par contigüité lors d'une infection ORL :mastoidites ou rhinosinusites

-par bactériémie massive et prolongée

II. DGC CLINIQUE/

=> Sd méningé : est constitué du trépied méningitique

✓ Céphalées violentes .

✓ vomissements

✓ raideur méningé, : signe de kerning (vive douleur lombaire lors de la flexion à angle droit des membres inférieurs en décubitus dorsal) , signe de brudzinski (flexion des genoux lors de la flexion de la nuque

).

✓ parfois s'est ajoutée une photophobie et irritabilité.

2)

A. neurologiques : troubles de la conscience, troubles du tonus, convulsions

4) recherche de signe de gravité

➤ Jeune âge

➤ Diagnostic tardif

➤ Troubles hémodynamiques \uparrow FC TRC \uparrow TA \downarrow DIURESE
 \downarrow MARRURES EXTREMITES FROIDES

➤ Troubles de la conscience convulsions

➤ Purpura rapidement extensif, nécrotique > 3mm de diamètre : purpura fulminans, choc septique et CIVD, pronostic sombre

III) Les examens complémentaires :

Ponction lombaire (PL) consiste à retirer le liquide cérébro-spinal définir aspect macroscopique : clair ou hémorragique, et étude biochimique, cytologique, et bactériologique du LCR

Technique : repérage du point de ponction entre les 2 vertèbres : L3-L4 d'une ligne horizontale passant par les 2 crêtes iliaques.

Les contreindications :

Thrombopénies

Collapsus cardiocirculatoire

Infection au point d'injection

HIC menaçante

CIVD

IV) diagnostic différentiel

=> méningisme angine, rhinopharyngite, rhinosinusite, fièvre typhoïde, PFLA

=> les tumeurs cérébrales

V) les étiologies

A) Hémorragies méningée :

Le syndrome méningé s'installe soudainement suite à un effort : la céphalée brutale et intense est l'élément clé. pas de fièvre, un fébricule (38°) peut apparaître secondairement

Le scanner montre l'hémorragie méningée

La pl ramène un liquide rouge rosé, incoagulable

En dehors du traumatisme, l'hémorragie est généralement due à la rupture d'une malformation vasculaire (anévrisme), à rechercher par une angioIRM

B) les méningites purulentes :

1) définition : méningite en rapport avec une inflammation aigüe des méninges cérébrales ou médullaires.

INTERET

Fréquence : motif fréquent

gravite urgence médicale purpura fulminants : CHOC SEPTIQUE

pronostic : les séquelles neurologiques

2) diagnostic clinique :

2-1 chez le grand enfant : le syndrome méningé est associé à Syndrome infectieux sévère : fièvre > 38,5°C, tachycardie, altération de l'état général.

Parfois des troubles neurologiques (méningo-encéphalite)

2-2 chez le nourrisson : 3-2ans Tableau atypique, trompeur, polymorphisme clinique

- sd infectieux modéré à début brutal
- Convulsions fébriles
- Cris incessants (hyperesthésie cutanée)
- Raideur de la nuque est remplacé par une Hypotonie
- Bombement de la fontanelle de la fontanelle antérieure
- Troubles du comportement : grognements, geignements, refus de téter

➤ **Troubles digestifs** parfois au 1^{er} plan

3-3 Nouveau-né

B. Critères anamnésiques : notion de fièvre maternelle, infection urinaire chez la mère, rupture prématurée des membranes, liquide amniotique teinté, notion d'accouchement laborieux

Critères cliniques : détresse respiratoire néonatale, ictère, HPM, purpura, vomissements, signes

3) diagnostic positif Le Dg de méningite purulente repose sur l'aspect du LCR.

Aspect : trouble (eau de riz), voire franchement purulent

Cytologie : réaction cellulaire faite de polynucléaires altérée > 1000 éléments/mm³

Proteinorachie : > 0,4g/L

Glycorachie effondré < moitié de la glycémie

Chlorurorachie : normale

LDH profil à 5 bandes

Examen direct avec coloration de gram

Culture : identifie le germe :

Cocci gram + : pneumocoque

Cocci gram - méningocoque

Bacille gram négatif hémophilus influenzae, Ecoli

Bacille gram + listéria

Examen direct - D'autres examens orientent vers l'atteinte bactérienne :

- **Dosage des lactates dans le LCR < 3,2mmole/l**
- **Détection d'antigènes solubles bactériens capsulaires spécifiques**
MNO, HI, S pneumoniae, streptocoque B
- **CRP > 20mm, hyperleucocytose > 10000**
- **PCR pneumocoque, PCR méningocoque**
- **Hyperleucocytose, leucopénie**
- **Hémocultures**

- Ionogramme sanguin et urinaire
- ETF-Scanner cérébral-RX crasse, crasse sanguine

4) formes cliniques

a) méningite à méningocoque = Méningite cérébro-spinal :

purpura infectieux sévère : purpura purpurique et extensif
arthralgie

troubles hémodynamiques

troubles de la conscience

prise en charge : antibiothérapie injection de cephalosporine de 3^{ème} génération, un remplissage vasculaire SSI 20cc/kg, associer aux amines vasopressives

réanimation si score de glasgow < 7

Méningite à pneumocoque : sd grippal, herpes labial

Infection associée : pneumonie, otite, rhinorrhée

ATCD de traumatisme cranien brèche méningé

Déficit immunitaire : asplénie

Coma ou convulsion

Cas particulier

Méningite à salmonelles drépanocytose

Méningite à staphylocoque : hydrocéphalie valvé

Les complications

1) les complications infectieuses :

Arhrites

Endocardite

2) les complications générales :

Sd de sécrétion inapproprié d'ADH

Ulcère de stress

2) les complications neurologiques :

Les complications précoces

Etat de mal convulsif

Abcès du cerveau

Hydrocéphalie

Epanchement sous dural

Les complications tardifs

Epilepsie

Cécité, surdité

Retard psychomoteur

hydrocéphalie

1. les méningites à liquides clair :

LCR clair lymphocytaire, < 300 éléments /mm³, avec normoglycorachie et normoprotéinorachie

les Méningites virales :

=> Les méningites virales correspondent donc à des méningites lymphocytaires aiguës normoglycorachiques avec hyperprotéinorachie modérée.

- **Les méningites virales touchent un enfant en bon état général.**
- **Un syndrome pseudo-grippal précessif est souvent présent (myalgies, arthralgies).**
- **Il n'y a pas de signes de gravité.**
- **la guérison spontanée en quelques jours.**

=> Autres méningites à liquide clair :

Il faut penser systématiquement aux autres méningites à liquide clair, a fortiori s'il existe une hypoglycorachie.

- **Méningite purulente décapitée : par la Prise d'une antibiotique au préalable**
- **Méningite listérienne : touche le nouveau-né .**

➤ **Méningite tuberculeuse** :est caractérisé par une hypercytose modérée à prédominance lymphocytaire avec hyperprotéinorachie nette (supérieure à 1g/l) avec hypoglycorachie et hypochlorurorachie.

- L'examen direct à la recherche de BK est rarement positif. La confirmation a lieu après culture sur milieux de Löwenstein.

Le test diagnostique par PCR (polymerase chain reaction) =quantiféron.

➤ **La plupart des cas surviennent chez des patients non vaccinés issus de milieux défavorisés et chez des immunodéprimés, SIDA compris.**

➤ **Le début est en général plus progressif avec un tableau infectieux moins marqué.**

➤ **Les signes méningés peuvent être au second plan derrière les signes généraux ou les signes de focalisation neurologiques avec une atteinte des paires crâniens, Ces derniers sont fréquents témoignant d'une souffrance à n'importe quel niveau du névraxe : arachnoïdite, rhombocéphalite, tuberculomes, épидurite.**

➤ **Le pronostic est réservé.**

➤ **Un traitement antituberculeux quadruple est à entreprendre d'urgence : INH (isoniazide, 5 mg/kg), rifampicine (10 mg/kg), pyrazinamide (30 mg/kg) et éthambutol (25 mg/kg). Ce traitement est à poursuivre 2 mois puis une bithérapie par isoniazide et rifampicine est à poursuivre pendant 12 à 18 moi.**

a) **Méningo-encéphalite herpétique :**

Association de signes méningés fébriles et de signes de souffrance de l'encéphale :

- **Convulsions,**
- **troubles de la conscience,**
- **signes déficitaires :**

EEG :ondes lentes fronto-temporale témoigne de l'origine herpeti

IRM :foyers de necrose fronto-temporale

Aciclovir hémorragies cérébraux :rupture d'anévrisme

Les complications des méningites :

TRAITEMENT :

Examen direct -antibiothérapie probabiliste en fonction de l'age

**Grand enfant >5ans(méningo) :clamoxyll ou ampicilline :200mg/kg/j 4X/J
IVD pendant 7 à 10jours**

**enfant <5ansPNO ou HI C3G céfotaxime =200mg/Kg /j IV en 4 perfusions
ou céftriaxone=100mg/kg/j en 1 ou 2 perfusions**

0-2mois : streptoB,ECOLI

si suspicion d'HI/ Bithérapie =>C3G+aminoside

**si signes de gravité ou pneumocoque :C3G 300mg/kg/j+aminoside+ puis
Vancomycine=60mg/kg/j en 4 perfusions**

adaptation après 72heures

si listériose clamoxyll 200mg/kg/j en 4X/j IV

**enfant <3mois bithérapie bithérapie C3G=>Céfotaxime 200mg/kg /j en 4
perfusions ou ceftriaxone 100mg /kg /j en 1 à 2 perfusions+aminoside**

thérapeutiques adjuvants

**1) Apport hydrique :maintenir un apport hydrique normal 100CC/kg/j
avec surveillance de l'état de conscience, et des ionogrammes ,sd
d'HC, et le SIHAD ou il faut réduire la ration à 50CC/kg/j**

2)trt anticonvulsivant

diazepam

phenobarbital

2) trt hic

**3) traitement corticothérapie :dexaméthazone 0,15mg /kg /Prise 4X /J
en IVD/4j diminue le risque de cécité et des séquelles neurologiques si
HI**

MNO Déclaration obligatoire à l'ARS

**Prophylaxie des sujets contacts rifampicine 20mg/kg /j durée
4jours**

Vaccination anti-méningo

Isolement du malade

PNO pas de déclaration ni prophylaxie

· Vaccination antipneumocoque si splénectomisé ou drépanocytaire

Hémophilus

Vaccination antihémophilus

Enfant < 3mois rifampicine 20mg /kg/j pdt 4jour