

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

HOPITAL MILITAIRE REGIONAL UNIVERSITAIRE DE CONSTANTINE

MENINGITES PURULENTES

Dr. BERBADJ

I-Introduction :

Les méningites purulentes correspondant à l'inflammation aiguë des méninges suite à une agression par un micro-organisme bactérien, soit par contiguïté soit par voie hématogène, se définissent par un syndrome infectieux, un syndrome méningé et un LCR trouble à la ponction lombaire.

Elles représentent une urgence diagnostic et thérapeutique extrême, les étiologies sont multiples et quel que soit le germe en cause, l'hospitalisation est de règle devant toute suspicion de méningite.

II-Diagnostic Positif :

1) **Signes Généraux :** syndrome infectieux d'installation brutale :

-Fièvre : constante.

-Signes associés : *tachycardie. *l'état général s'altère progressivement.

2) **Signes Fonctionnels :** le trépied méningitique associant :

a) céphalées : atroces, permanentes, rebelles, irradiants dans la nuque.

b) Vomissements : fréquents, faciles en jet favorisés par le changement de position.

c) Photophobie.

-La constipation est inconstante.

3) **Signes Physiques :**

- ✓ Contracture rachidienne entraînant une attitude en « chien de fusil » : membres inférieurs fléchis, tête rejetée en arrière et hyperlordose....
- ✓ Raideur de la nuque : le fléchissement de la nuque sur le tronc est impossible ou limité et entraîne une douleur vive.
- ✓ Signe de kernig : l'élévation des membres inférieurs à partir du plan du lit entraîne leur flexion.
- ✓ Signe de BRUDZINSKI : la flexion de la nuque provoque une flexion des membres inférieurs
- ✓ Hyperesthésie cutanée
- ✓ Troubles vasomoteurs : raie méningitique de trousseau

4) **Signes neurologiques :** sont inconstants, à type de :

- ✓ Troubles de la conscience.
- ✓ Convulsions.
- ✓ Signes déficitaires.
- ✓ Troubles neuro-végétatifs.

Cas particuliers :

Nourrisson : la raideur de la nuque est remplacée par une hypotonie (méningite à nuque molle), une tension de la fontanelle en dehors des crânes, plafonnement du regard, troubles digestifs (refus de boire, vomissement, diarrhée, déshydratation).

Nouveau-né : signes de souffrance néo-natale : fièvre ou hypothermie, disparition des réflexes archaïques, détresse respiratoire, convulsion, ictère, syndrome hémorragique,.....

Sujets âgés : troubles du comportement, désorientation, délire, des convulsions...

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

La ponction lombaire : réalisée en urgence après un fond d'œil, précédée d'un scanner cérébral s'il y a des signes de focalisation. Elle permet l'étude du LCR : aspect, étude cytologique, bactériologique, biochimique et un tube pour les antigènes solubles.

Résultats :

- Aspect macroscopique : liquide trouble voire franchement purulent.
- Cellularité : > 5 éléments/mm³ avec prédominance de polynucléaires (> 50%).
- Examen bactériologique : examen direct avec coloration de Gram et culture.
- Biochimie : *glucorachie basse (<50% la glycémie).
*protéiorachie élevée.
- Recherche d'antigènes solubles si prise antérieure d'antibiotiques.
- Recherche de bactéries par PCR si nécessaire.

Devant ces résultats le TRT est entrepris en urgence, c'est un TRT probabiliste de 1^{ère} intention, doit être évalué après 48 heures et adapté en fonction des résultats microbiologique (antibiogramme).

Autres examens : hémocultures avant toute antibiothérapie. FNS, VS, CRP Glycémie, urée, créatinine, ionogramme...

Evolution :

- Soins TRT précoces et adaptés : l'évolution est favorable avec apyrexie et régression du syndrome méningé.
- Complications : blocage à l'écoulement du LCR, empyème, hématome sous-dural, pyocephalie, hydrocéphalie, séquelles : cécité, surdité, épilepsie, retard psychomoteur,.....
- Mortalité : 20-40% des cas.

III-Diagnostic différentiel :

- Méningite à liquide clair.
- Hémorragie méningée.
- Avant PL : * Causes mécaniques (mal de pot cervical...). *méningisme.

IV-diagnostic étiologique :

A. Méningite à méningocoque : (méningite cérébrospinale MCS) C'est la plus fréquente, évolue par épidémie (c'est une maladie très contagieuse). La porte d'entrée est rhinopharyngée, le tableau clinique est représenté par un syndrome méningé fébrile, on note la fréquence d'éléments purpuriques qui sont très évocatrices de l'étiologie méningococcique et dont l'extension signe la gravité. Le diagnostic est confirmé par la mise en évidence de Neisseria meningitidis dans le LCR (diplocoque Gram négatif).

B. Méningite à pneumocoque : Elle n'est pas contagieuse, le germe diffuse dans les méninges soit à partir d'un foyer à distance par voie hématogène ou par contiguïté à partir d'un foyer ORL (otite, mastoïdite...) parfois un terrain est retrouvé : antécédent de traumatisme crânien ou de méningite, asplénie...

Cliniquement, on note la fréquence des signes neurologiques.

La PL mis en évidence la présence de cocci Gram positif.

C. Méningite à haemophilus influenzae : Maladie due à un bacille Gram négatif, se rencontre presque exclusivement chez les enfants avant 5 ans, en particulier le nourrisson. Le tableau est en général précédé par une infection ORL, les convulsions sont fréquentes. L'évolution est favorable sous TRT mais on note la fréquence des séquelles (++ surdité).

D. Méningite à listeria : due à *Listeria monocytogène*, les facteurs favorisants : âge avancé, grossesse, éthylisme, déficit immunitaire,... elle réalise un tableau de rhombencéphalite avec syndrome méningé d'installation progressive, on a des signes d'atteinte du tronc cérébral avec paralysie des nerfs crâniens. PL : méningite purulente ou à liquide clair (typiquement panaché).

E. Autres étiologies :

- Staphylocoque : dans le cadre d'un sepsis, une endocardite ou d'inoculation
- Bacilles Gram négatif : (*E. coli*...) sujet âgé, nouveau-né, intervention neurochirurgicale...
- Méningites purulentes aseptique : méningite bactérienne décapitée, germe fragile, réactionnelle à un processus cérébral (infectieux, tumoral...)

V. Traitement :

a) TRT curatif :

▪ Moyens :

- ❖ Antibiotiques actifs, diffusent dans les méninges, voie IV
- ❖ Pénicilline A : amoxicilline 200 mg /kg/j, oxacilline 200 mg/kg/j
- ❖ C₃G : cefotaxime 200-300 mg/kg/j. ceftriaxone : 70-100 mg/kg/j
- ❖ Vancomycine
- ❖ Aminosides, Fluoroquinolones, cotrimoxazole, rifampicine.
- ❖ TRT symptomatique : anticonvulsivants, antipyrétiques, TRT anti œdème...
- ❖ Corticoïdes : 10 mg/6h de dexamétasone Pdt 04 jours.

▪ Indications :

- ❖ Méningocoque : amoxicilline pendant 07 jours ou cefotaxime 200 mg/kg/j
- ❖ Pneumocoque : C₃G : cefotaxime 300 mg/kg/j. ceftriaxone : 100 mg/kg/j
- ❖ Haemophilus : C₃G pendant 03 semaines
- ❖ Listeria : Amoxicilline pendant 21 j + aminoside ou cotrimoxazole

TRT adjuvant : -Corticoïdes (dexaméthazone) concomitant à la 1^{ère} injection d'antibiotique : devant toute méningite bactérienne de l'adulte (pneumocoque, méningocoque, haemophilus influenzae) et toute méningite bactérienne de l'enfant sauf s'il s'agit d'une méningite à méningocoque.

-TRT anticonvulsivant si convulsion

-TRT d'un éventuel état de choc, TRT antipyrétique surtout chez le nourrisson

b) Prévention :

- ❖ Déclaration obligatoire
- ❖ Chimio prophylaxie : dans l'entourage en cas de méningite à méningo, haemophilus.
- ❖ Traitement des infections ORL
- ❖ Vaccination : Méningo, haemophilus, pneumocoque sont incluses dans le calendrier vaccinal Algérien.