

MENINGITES A L.C.R. CLAIR

Professeur M. DALICHAOUCHE
Cours 4^{ème} ANNEE – 17/12/2014

I. INTRODUCTION :

- Les méningites sont des infections microbiennes des méninges et du liquide céphalo-rachidien (L.C.R)
- Elles sont fréquentes et parfois graves.
- Elles touchent tous les âges : du nouveau né au vieillard.
- On distingue :
 - Les méningites purulentes d'origine bactérienne (Meningocoque, Pneumocoque, Haemophilus Influenzae...)
 - Les méningites à liquide clair pouvant être d'origine bactérienne, virale ou parasitaire ou fongique.
- Les méningites posent un problème de diagnostic étiologique et thérapeutique.

II. LES ETIOLOGIES :

- A. La méningite bactérienne décapitée par un traitement antibiotique préalable à la P.L (souvent une Bétalactamine).
- Début brutal en quelques heures ou quelques jours
Le tableau clinique est celui d'une méningite purulente
rechercher un foyer infectieux ORL, un purpura.

A la P.L le LCR est clair mais l'analyse du LCR oriente vers une méningite purulente : la cytologie est à prédominance polynucléaires altérés.
L'examen direct après coloration de Gram est négatif.
L'examen biochimique montre une hyperprotéinorachie et une hypoglycorachie.
La culture du LCR sur milieux ordinaires est négative.
Intérêt de la recherche d'Antigènes solubles de Méningocoque, Pneumocoque, Haemophilus Influenzae... dans le LCR, le sang et les urines.
Le traitement antibiotique est celui d'une méningite purulente.

B. La méningite tuberculeuse à Mycobactérium

Tuberculosis (B.K)

Début souvent progressif et évolution subaiguë :

Fébricule ($T^{\circ}38 - 38^{\circ}2$) avec amaigrissement, altération état général.

Rechercher des antécédents : tuberculeux personnels ou familiaux et la vaccination par le BCG.

Tableau clinique : syndrome méningé plus ou moins net, ou tableau de méningo-encéphalite avec signes neurologiques en foyers (paralysies paires crâniennes, déficit moteur...) et parfois des signes psychiatriques (irritabilité, agitation, délire, agressivité...).

Examens complémentaires :

Radiographie pulmonaire : parfois miliaire ou lésions séquellaires...

PL : liquide céphalorachidien clair modérément hypertendu réaction cellulaire à prédominance lymphocytaire (souvent inférieure à 500/mm³)
Hyperprotéinorachie supérieure à 0,5 g ‰ (1 – 2 g)
Hypoglycorachie inférieure à 0,40 g ‰

Chlorures diminués

Examen direct : présence de B.A.A.R rare

Culture sur milieu de Loewenstein jensen (résultats J 28 et J 45).

IDR à la tuberculine : si positive bon argument d'orientation

Traitement : antituberculeux

Corticoïde si méningo-encéphalite

INH 5 mg/kg/j

Rifampicine 10 mg/kg/j

Pyrazinamide 20 à 25 mg/kg/j

Ethambutol 15 à 20 mg/kg/j

Durée : quadrithérapie 2 mois puis INH-Rifampicine seuls pendant 10 mois (total 12 mois).

Corticoïde : Prédnisone ou Prédnisolone 1 mg/kg/j pendant 4 semaines.

Réanimation respiratoire si coma profond ou détresse respiratoire.

Pronostic : souvent réservé

mortalité non négligeable

Risque de séquelles en cas de guérison.

C. La méningite Listérienne : Listeria Méningitidis (L.M.)

un petit Bacille Gram négatif résistant naturellement aux céphalosporines.

Terrains prédisposés : nouveau-né, femme enceinte, sujet immunodéprimé, vieillard...)

L.M. peut causer une méningite purulente ou une méningite à liquide clair pseudo tuberculeuse.

Tableau clinique : syndrome méningé ou méningo-encéphalite avec paralysie des nerfs crâniens (III, VI, VII...)

Etude du LCR : identique à celle du LCR de la méningite tuberculeuse sauf la formule cytologique qui est panachée (polynucléaires intacts et altérés, lymphocytes...)

Le diagnostic est confirmé par l'isolement de L.M par hémoculture et dans le LCR.

Traitement : Ampicilline ou Amoxicilline plus Gentamycine, durée : 3 semaines (Gentamycine 07 jours).

D. La méningo-encéphalite herpétique :

Agent causal : virus herpes simplex (HSV1)

Contamination par la salive et les lésions cutanées.

Urgence thérapeutique : grave et mortelle dans 80 % des cas si retard au traitement.

Caractéristique : nécrose hémorragique des régions temporales ou fronto-temporales du cerveau.

Clinique : début brutal.

Syndrome méningé fébrile avec anosmie, aphasie, hallucinations auditives ou visuelles, convulsions, troubles du comportement, troubles de la mémoire.

TDM cérébrale : zones hypodenses des régions temporales et/ou frontales avec œdème périlésionnel.

EEG : accès pseudopériodiques temporaux ou frontaux.

LCR : lymphocytose modérée (inférieur à 500 el/mm³), hyperprotéinorachie modérée (< 1 g‰), normoglycorachie ou hypoglycorachie modérée.

Diagnostic : détection ADN viral par PCR.

Traitement : Aciclovir 10 mg/kg/8h en IVL durée 21 jours.

Pronostic : risque de séquelles neurologiques si guérison.

E. Le neuro-paludisme : accès perniciox à plasmodium falciparum – urgence-

Tableau clinique : fièvre aigue et état de choc.

LCR : réaction lymphocytaire.

Notion de séjour en zone d'endémie et absence de chimioprophylaxie.

Diagnostic : goutte épaisse et frottis sanguin

Traitement : quinine en IVL pendant 07 jours, traitement symptomatique et réanimation.

F. Autres étiologies : moins urgentes

1) **Méningites virales** : (en dehors de l'herpes virus)

Agents : Enterovirus : virus echo, virus polio,
virus coxsackie.

myxovirus et paramyxovirus : oreillons, rougeole,
grippe...

Clinique : début brutal

Syndrome méningé franc (HIC)

Examen neurologique négatif

Etat général conservé

Parfois autres signes associées (cutanés,
respiratoires, digestifs...)

LCR : réaction cellulaire variable de quelques dizaines à
quelques centaines de lymphocytes.

Protéinorachie normale ou légèrement élevée

Glycorachie souvent normale

Examen direct et culture LCR négatifs.

Traitement : pas de traitement étiologique. Guérison
spontanée en quelques jours.

Traitement symptomatique (Paracétamol, Manitol).

2) **Méningite mycosique** : cryptococose neuro
méningée au cours du SIDA.

Sujet VIH positif lorsque taux de CD4+ < 100/mm³

Clinique : fièvre, céphalées.

Diagnostic : recherche Cryptocoque dans le LCR.

Traitement : Fluconazole.