

MENINGITES PURULENTES
COURS 4^{ème} ANNEE 15/12/2014
Pr. M. DALICHAUCHE

I. INTRODUCTION :

1. Définition : inflammation des méninges d'origine infectieuse.
Méningites purulentes : origine bactérienne.
2. Fréquentes : ex MCS et graves : ex pneumocoque
3. Adolescents, adultes jeunes+++ , nouveau-nés.

II. RAPPEL :

1. S. Fonctionnels : vomissements faciles «en jet», céphalées violentes en casque, photophobie.
2. S. Physiques : raideur de la nuque, S. Kernig, S. Brudzinski.
3. Signes neurologiques : inconstants, discrets ou absents.
obnubilation → coma, convulsion, abolition R-OT, paralysie paires crâniennes, hémiplégie, monoplégie...

Syndrome infectieux : fièvre, asthénie, insomnie, arthralgies

C.A.T. :

- TDM cérébral si signes neurologiques déficitaires ou crises épileptiques récentes focales ou généralisées
- PL avant toute antibiothérapie
- hémoculture

Dans les méningites purulentes :

LCR hypertendu : trouble ou franchement purulent.

Cytologie : prédominance polynucléaires (P.N. altérés + PN intacts)

Cellularité importante souvent > 1000 elts/mm³.

Biochimie : protéinorachie élevée > 0,5 g %, glycorachie basse (< 40 % glycémie), chlorures bas.

Bactério : examen direct sur lame après coloration de Gram (germe gram négatif ou Gram positif), culture sur milieux ordinaires : résultats 72 h.

Antigènes solubles (Méningo, Pneumo, Hemophilus Influenzae) : dans le LCR. intérêt si méningite bactérienne décapitée par un traitement antibiotique préalable.

III. ETIOLOGIES DES MENINGITES PURULENTES :

A. La méningite à méningocoque ou M.C.S : (méningite cérébrospinale)

Germe : Neisseria méningitidis ou méningocoque

^{Séro-groupes}
Sérotypes : A – B – C – X – Y – Z – 29E – W135

Enfant et adolescent surtout.

Fréquente – épidémique – à déclaration obligatoire.

Porte d'entrée : rhinopharyngite.

Contamination inter-humaine par voie respiratoire (gouttelettes salivaires).

Clinique : syndrome méningé fébrile, d'installation brutale, herpes péri-buccal, purpura pétéchial ou ecchymotique.

Risque : purpura fulminans (méningococcémie avec choc)

PL : liquide trouble eau du riz, biochimie : protéinorachie élevée, glycorachie basse,

Cytologie : polynucléaires altérés++

Bactério : cocci Gram (-).

Traitement : Dexaméthasone 10 mg/6h durée 4 jours.

Probabiliste : Cefotaxime 200 mg/kg/j IVD/6 h durée 7 J

Ou Ceftriaxone 75 mg/kg/j en 2 perfusions/24 h durée 7 J.

Si CMI < 0,1 mg/l : Amoxicilline 200 mg/kg/j durée 7 J.

Evolution : favorable sous traitement, risque de séquelles neurosensorielles (cécité, surdité).

Mortalité : si P. fulminans avec choc.

Prophylaxie secondaire : Rifampicine 600 mg x 2/j pendant 2 jours ou Spiramycine 3 M x2/j pendant 5 jours.

Prophylaxie primaire : vaccin A + C, durée 18 mois à 2 ans.

b. Méningite à pneumocoque :

Grave, 2^{ème} position chez l'adulte.

Porte d'entrée : ORL (otite, sinusite), pulmonaire, traumatisme crânien (méningite récidivante).

Clinique : tableau grave, syndrome méningé fébrile, trouble de conscience → coma, convulsion, signes déficitaires, troubles respiratoires.

Diagnostic biologique : LCR purulent, proteinorachie Elevée > 2 g %₁₀₀
Glycorachie basse < 40 % glycémie.

Examen direct PN altérés++ diplocoques Gram +

Résistance à la Pénicilline (souche Pénicilline-R/en augmentation).

Traitement :

- Céfotaxime 200 mg/kg/j en IVD 10-14 j ou Vancomycine 2 g/j durée 21 jours.
- Dexaméthasone 10 mg IV/6h durée 4 jours.

Evolution : mortalité++ (troubles respiratoires, séquelles importantes : neurosensorielles (cécité, surdité, paralysie, hydrocéphalie).

Prophylaxie : vaccination (23 sérotypes)

Protection contre 80 % des souches pathogènes

Rappel : 5 ans

Sujets splénectomisés++.

c. Méningite à hémophilus influenzae : ou Bacille de Pfeiffer

Enfants : 18 mois – 3 ans. Rare chez l'adulte (terrain immunodéprimé, éthylisme, corticothérapie...).

Petit bacille Gram (-) surtout sérotype b (souches invasives).

Porte d'entrée : rhinopharyngite, otite, pulmonaire.

Clinique : tableau souvent grave et compliqué, LCR trouble, examen direct et culture : BGN.

Traitement :

- Ceftriaxone 100 mg/kg/j ou Céfotaxime 200 mg/kg/j durée 10 – 14 jours.
- Dexaméthasone 10 mg/6h IV chez l'adulte ou 0,15 mg/kg chez l'enfant, durée 4 jours.

Chimio prophylaxie : Rifampicine 10 mg/kg/j x 2/j pendant 4 jours.

Prophylaxie : vaccin HI type b, enfant < 3 ans.

Obligatoire en Algérie chez l'enfant depuis 2008.

d. **Méningites à listeria monocytogènes** :

Petit bacille gram + (position intracellulaire).

Contamination : digestive.

Méningite avec signes encéphalitiques. (paralysie des paires crâniennes).

Terrain : Nouveau Né, vieillard, femme enceinte, sujet immunodéprimé.

Diagnostic : examen direct et culture LCR.

Traitement : Amoxicilline 200 mg/kg/j en IVD plus Gentamycine 3 mg/kg/j en IVL (les 7 premiers jours) durée 21 jours.

e. **Méningites à autres germes** :

Streptocoques

Staphylocoques

Enterobactéries (nourissons++)