

# MENINGITE A LIQUIDE CLAIR

Pr N. BOULAKEHAL

SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES

CHU de Constantine

## OBJETIFS PEDAGOGIQUES

- ✓ Diagnostiquer une méningite à liquide clair
- ✓ Enumérer les principales étiologies
- ✓ Identifier les situations nécessitant un traitement d'urgence

## PLAN DU COURS

- Introduction
- Diagnostic
- Diagnostic étiologique et traitement
  - Méningite décapitée
  - Méningites lymphocytaires normoglycorachiques
  - Méningites lymphocytaires hypoglycorachiques
- Conclusion

## INTRODUCTON

○ Les méningites à liquide clair posent avant tout un **problème étiologique**, si la majorité d'entre elles de nature **virale** et d'évolution bénigne, il impose au plutôt d'en reconnaître **les causes qui nécessite un traitement urgent**.

## DIAGNOSTIC POSITIF

**1. Clinique** : syndrome méningé fébrile voir cours méningites purulentes.

**2. Biologique** : LCR clair, hypercellularité > 10 elts/mm<sup>3</sup>

## DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE ET TRAITEMENT

### Démarche étiologique

#### Interrogatoire :

- Mode d'installation du syndrome méningé
- Survenue récente d'une maladie infectieuse: parotidite, éruption, infection ORL, diarrhée
- Prise d'antibiotique
- Contage tuberculeux

#### Examen neurologique complet : signes cliniques

- neurologiques: conscience, déficit focalisé, hypertension intracrânienne
- infectieux : maladie éruptive en cours ou débutante; parotidite
- oculaire: stase papillaire, paralysie oculomotrice.
- généraux: hépato-splénomégalie, adénopathies, signes respiratoires

#### Examen du LCR :

- cellularité - taux de l'albuminorachée - taux du glycorachée +++
- étude bactérienne directe soit par coloration de gram ou coloration de Ziehl Nielsen
- recherche d'Ag solubles, culture est systématique sur le milieu Lowenstein – Jensen
- PCR (BK)
- Sérologies virales

Autres examen complémentaire en fonction de l'orientation étiologique : NFS - CRP - procalcitonine - hémoculture - ionogramme sanguin , glycémie - IDR - EEG - - scanner – IRM.

### A. Bactérienne décapitée :

- Antibiothérapie traversant la barrière hémoméningée.
- Le LCR est volontiers panaché, mais contient rarement des polynucléaires altérés.

### B. Méningites lymphocytaires normoglycorachiques

- méningites lymphocytaires aiguës
- Virus +++, adulte jeune ,enfant

**1. Virales+++** : diagnostic repose sur des arguments **épidémiologiques, cliniques et biologiques**.

○ Syndrome méningé est franc, début brutal, examen neurologique est souvent normal, état de conscience est généralement conservé.

○ Signes extra-méningés : ADP, SPM, éruption cutanée, arthralgies, myalgies, parotidite, signes digestifs.

**Ces signes orientent vers le type de virus.**

○ **Entérovirus** : 90% des cas, cas sporadiques, épidémies estivales, parfois prodromes digestifs

○ **Oreillons** : contagé, parotidite, absence de vaccination

○ **Varicelles /zona**: vésicules

○ **Primo-infection VIH**: facteur de risque sexuel trois semaines auparavant

○ **HSV1, HSV2, CMV, EBV**: syndrome mononucléosique

• **LCR** : Hypercytose, Protéinorachie normale ou modérément élevée, Glycorachie normale ou modérément diminuée.

• **Examens virologiques** : PCR entérovirus et HSV dans le LCR, PCR ARN VIH ou antigénémie P24 si suspicion de primo-infection VIH en cas de facteurs de risque sexuel

• **Evolution** : guérison sans séquelles sauf risque de surdité en cas de **méningite ourlienne et méningo-encéphalite herpétique** dont le pronostic est grave

○ **Traitement symptomatique**

○ **Infection VIH : Trt antirétroviral**

○ **Aciclovir en cas de méningoencéphalite à HSV et VZV** Acyclovir IV 10-15 mg/kg/8h, Pdt 14 – 21 j

○ **Aciclovir : pas d'intérêt dans les méningites HSV et VZV**

## 2. Méningite des leptospiroses :

• Elles sont fréquentes, surtout en période estivo-automnale.

• Diagnostic facile : syndrome méningé, atteinte hépatique, atteinte rénale, infection conjonctivale et myalgies.

• Diagnostic : mise en évidence des leptospires dans le sang et LCR, **diagnostic sérologique**.

## 3. Autres :

○ **Syphilis, maladie de Lyme** : méningoencéphalite

○ **Brucellose**

○ **Parasitaires et mycosiques** : elles sont rares

➤ **Forme neuro-méningé du paludisme** à *P. falciparum*.

➤ **Toxoplasmose congénitale** ou acquise chez l'immunodéprimé.

➤ **Méningite mycosique** : surtout à *Cryptococcus neoformans* chez l. déprimé (SIDA).

## C. Méningites lymphocytaires hypoglycorachiques

### 1. Tuberculeuse :

• Fréquente dans notre pays.

• Début progressif.

• Signes méningés au second plan par rapport aux signes généraux et neurologiques de focalisations, état fébrile, altération de l'état général, asthénie, anorexie, troubles psychiques, strabisme, diplopie hémiparésie.

• **LCR** : hypercytose, hyperprotéinorachie, hypoglycorachie, hypochlorurachie.

• **Examen paraclinique** : IDR (+), Radiographie pulmonaire : miliaire tuberculeuse, F.O : tubercules miliaires.

• Diagnostic confirmé par la m.e.v. du B.a.a.r dans le LCR à l'examen direct du fait de la coloration par la technique de Ziel-Neelsen ou à la culture sur milieu de Lowenstein-Jensen

○ **quadruple RHZE** pendant 02 mois/RH

pendant 12 mois.

○ **Corticothérapie**: Prédnisone 0.5 à 1 mg/kg/j pdt en moyenne 3 semaines

### 2. Listérienne

• Syndrome méningé et un tableau de rhombencéphalite

• Début progressif

• Atteintes des paires crâniennes

• Hyperleucocytose à PNN

• Evolution favorable sous trt

• Séquelles : troubles de la conscience, atteintes des paires crâniennes

## CONCLUSION

○ Diagnostic étiologique difficile

○ Parfois d'étiologie inconnue

○ Etiologies virales prédominantes

○ Evolution spontanément favorable en dehors la méningoencéphalite herpétique

○ La tuberculose et la listériose sont les étiologies bactériennes les plus fréquentes