

# Méningites à LCR clair

## Introduction

☛ Les méningites à liquide clair posent avant tout un **problème étiologique**.

☛ si la majorité d'entre elles sont de nature **virale** et d'évolution bénigne, il impose au plutôt de reconnaître **les causes qui nécessite un traitement urgent**+++

## Diagnostic positif

### ■ Le syndrome méningé fébrile

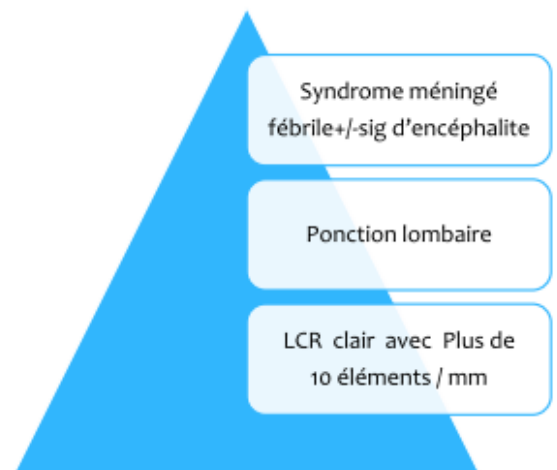
les signes fonctionnels → HIC +++

céphalées +++

vomissements

photophobie

constipation incste



### ■ Signes physiques → RAIDEUR MENINGEE

Attitude en chien de fusil

Raideur nucale (flexion)

Signe de kernig

Signe de brudzinski

hyperesthésie cutanée

troubles vasomoteurs (raie méningitique de trousseau)

## CLINIQUE

◇ RAIDEUR NUCALE : A la flexion et non lors des mvts de rotation

◇ SIGNE DE KERNIG : Impossibilité de fléchir les cuisses sans fléchir les genoux

◇ SIGNE DE BRUDZINSKI : Flexion de la nuque entraine la flexion involontaire des membres inferieurs OU L'élévation d'un membre inferieur tendu → flexion

du membre controlatéral s'il était en extension ou une extension de celui-ci (s'il était en flexion)

◇Autres signes: signes de gravite +++ , parfois présents d'emblée→ FORMES GRAVES

◇Signes neurologiques :altération de l'état de conscience

Trouble comportement , agitation , tbl psychiatriques

Convulsions

Déficit sensitivomoteur

→ méningo-encéphalite → TDM avant PL

◇Signes neuro-végétatifs / troubles hémodynamique

hypotension , état de choc

détresse respiratoire

◇Signes cutanés : purpura +++

surtout si extensif → PREMIERE INJECTION DE L'ATB AVANT MEME LA PL +++

●DG DIFFICILE SI :

\_Tableau fruste :migraine , sinusite

\_Tableau atténué par un traitement symptomatique

\_Tableau psychiatrique

\_Sujet âgé : altération état de conscience

\_nourrisson / nouveau né

### **EXAMENS PARACLINIQUES**

☠LA PONCTION LOMBAIRE +++++ :geste essentiel pour le DG

réalisé immédiatement devant un Sd méningé fébrile avant toute ATBpie

au moins 3 tubes stériles pour analyse biochimique , microbiologique et cytologique

2-5 ml chez l'adulte (40 gouttes) , acheminé immédiatement au laboratoire

o CONTRES INDICATIONS DE LA PL

- \_signes d'engagement
- \_anomalies de l'hémostase
- \_instabilité hémodynamique

TDM CEREBRALE avant la PL si :

- \_tbl de la conscience score de Glasgow  $\leq 11$
- \_signes neurologiques de localisation
- \_crises convulsives (hemicorporelles avant 5 ans)

SI TDM FAITE AVT PL

faire une HMC et une 1ere dose de DXT suivie d'une 1ere dose d'ATB si forte suspicion de méningite purulente

o RESULTATS DE LA PL : Dans l'heure qui suit la PL +++

Aspect : clair

Etude cytologique +++

Cellularité :> 10 éléments C / ml préciser : PNN ou LYMPHOCYTES

Examen bactériologique

- \_Examen direct avec coloration de gram
- \_Culture avec antibiogramme si germe isolé
- \_Recherche d'Ag solubles si contexte évocateur
- \_recherche de BK si contexte
- \_PCR selon contexte
- \_coloration à l'encre de chine selon contexte (cryptocoque)

## Etude chimique

\_Glycorachie ( normale  $\geq 40\%$  glycémie instantanée) +++

\_Proteinorachie (normale 0,20-0,30 g/l)

\_Chlorurorachie

## ☠AUTRES EXAMENS : porte d'entrée +++

hémocultures systématiques

pvts porte d'entrée si elle existe (ORL )

FNS , CRP

ionogramme

glycémie

créatinine

radio thorax

sérologies selon contexte

## ☠IMAGERIE CEREBRALE

IRM CERBRALE

TDM CERBRALE

Indication :signes neurologiques nouveaux, altération de l'état de conscience

## **ATTITUDES PRATIQUES SELON LES RESULTATS DE LA PONCTION LOMBAIRE**

1- examen direct du LCR positif

mise en évidence du germe après coloration gram : pneumocoque  
,méningocoque, listeria monocytogene, Haemophilus influenzae

autres : nouveau-né: streptocoque B , E. Coli

post-chirurgie : BGN , staph meti R

BAAR a l'examen direct → TBC

2- examen direct du LCR négatif ( c'est-à-dire pas de germe a l'examen direct)

□1 er cas : cellularité normale

< 10 éléments/mm (lcr normal)

\_meningisme (par exp angine )

\_méningite bactérienne au début

\_méningite a listeria ou cryptocoque (immunodéprimé)

tout LCR prélevé dans un contexte de syndrome méningé fébrile doit être mis en culture

□2eme cas hypercellularité avec prédominance de PNN / > 10 éléments / mm

> 50% PNN

hypoglycorachie

hyperproteïnorrhée

→ méningite PURULENTE

TRT ATB +++ EN URGENCE sans attendre les resultats de la culture du LCR

PROBAIBILISTE

SELON AGE ,TERRAIN ET CONTEXTE

C3G ( cefotaxime / ceftriaxone )

Dexamethasone

□ 3eme cas hypercellularité avec predominance de lymphocytes

> 10 ELEMENTS

> 50% LYMPHOCYTES



ATTITUDE SELON LA GLYCORACHIE +++



hypoglycorachie



TBC +++

LISTERIOSE

TRT ETIOLOGIQUE EN URGENCE



glycorachie Normale



VIRALES +++

BON PRONOSTIC

sauf méningo-encéphalite herpetique

### **Méningites lymphocytaires avec hypoglycorachis**

\*Tuberculeuse :

- Fréquente dans notre pays.
- Elle peut être isolée ou associée à d'autres localisations
- 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.
- Pronostic: mortalité élevée en cas de troubles de la conscience, des séquelles +++
- Traitement :
  - quadruple RHZE pendant 02 mois/RH pendant 12 mois.
  - Corticothérapie: prednisone 1mg/kg/j

## \*Méningite listérienne

Elle peut se présenter comme une méningite purulente, méningite aiguë d'allure virale avec réaction cellulaire à prédominance lymphocytaire ou panachée sans modifications biochimiques, ou comme une méningite subaiguë pseudo tuberculeuse.

Traitement : Amoxicilline 200 mg/kg/j pendant 21 jrs

+

Gentamicine 3 à 5 mg/kg/j pendant 7 jrs

## **Méningites lymphocytaires avec glycorachie normale**

\*Herpétique : tab méningo-encéphalite :Urgence médicale +++

Début brutal

- fièvre , troubles du comportement, hallucinations ,troubles amnésiques et crises convulsives répétées. Lésions hypodenses fronto-temporales uni ou bilatérales au scanner ou IRM

- diagnostic confirmé : HSV dans le LCR

- TRT : Aciclovir 10 mg/kg/8h /j en IV pendant 21 jours

\***Primo-infection à VIH**: traitement anti rétroviral recommandé quel que soit le niveau de CD4

\***Myxovirus (oreillons, rougeole, grippe), Enterovirus (poliomyélite,**

**coxsakie)** : responsables de la majorité des méningites lymphocytaires aiguës bénignes de bon pronostic

diagnostic → arguments épidémiologiques, cliniques et biologiques.

\_Syndrome méningé est franc, début brutal, examen neurologique est souvent normal, état général conservé ,

\_Signes associés : ADP, SPM, éruption cutanée, arthralgies, parotidite.

\_TRT symptomatique: antipyrétique(paracetamol) , trt anti œdème cérébral(mannitol)

## Autres méningites lymphocytaires d'origine bactérienne

### ✳Méningite des leptospiroses :

- Elles sont fréquentes, surtout en période estivo-automnale.
- Diagnostic facile : syndrome méningé , atteinte hépatique, atteinte rénale, infection conjonctivale, et myalgie.
- Diagnostic : mise en évidence des leptospores dans le sang et LCR, diagnostic sérologique.
- TRT: Amox 100mg/kg/j pdt 7 à 10 jrs

✳Autres plus rares : méningites syphilitique , brucellienne.

## Autres méningites lymphocytaires

Parasitaires et mycosiques : elles sont rares

\_Forme neuro-méningé du paludisme à P. falciparum.

\_Toxoplasmose congénitale ou acquise chez Immuno-déprimé.

\_Méningite mycosique : surtout à cryptococcus neoformans chez I.D (SIDA).

## Cas particuliers

hypercellularité a PNN mais culture stérile

→ meningite purulente ASEPTIQUE

meningite decapitée/ATB

rare meningites virales

infection au contact des meninges (abcès cérébral , tumeur cérébrale)

→liquide hémorragique

traumatique

hémorragie méningée

meningite +hémorragie méningée