

CAT Devant un Syndrome Méningé Fébrile

DR S. Taleb
Service des maladies infectieuses
CHU de Constantine

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Reconnaître un syndrome méningé fébrile.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- Mener une démarche diagnostique étiologique.

INTRODUCTION

- Urgence diagnostique et thérapeutique
- Méningites bactériennes → graves → Dg précoce → TRT précoce
- Méningites virales → pronostic souvent favorable.
- Signes neurologiques → méningoencéphalite.
- La rhombocéphalite : c'est l'inflammation du tronc cérébral.
- **La ponction lombaire** +++

CLINIQUE



DIAGNOSTIC POSITIF

- Le syndrome méningé fébrile :
- **Les signes fonctionnels** → HIC +++
 - Céphalées +++
 - Vomissements
 - Photophobie
 - Constipation incste

DIAGNOSTIC POSITIF

- Le syndrome méningé fébrile :
 - **Les 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)

DIAGNOSTIC POSITIF

ATTITUDE EN CHIEN DE FUSIL



DIAGNOSTIC POSITIF

- **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 entraîne la flexion involontaire des membres inférieurs

OU

L'élévation d'un membre inférieur tendu → flexion du membre controlatéral s'il était en extension ou une extension de celui-ci (s'il était en flexion)



DIAGNOSTIC POSITIF

- Le syndrome méningé fébrile :
 - **Les signes généraux :**
 - Fièvre élevée 39°- 40°c
 - Frissons
 - Altération EG
 - Tachycardie
 - Insomnie

DIAGNOSTIC POSITIF

➤ **Autres signes → signes de gravité +++ :**

- ❖ **Signes neurologiques** Altération de l'état de conscience
 Convulsions
 Déficit sensitivomoteur
→ méningo-encéphalite → **TDM avant PL**
- ❖ **Signes neuro-végétatifs** Troubles hémodynamiques
 Hypotension , état de choc
 Détrese respiratoire
- ❖ **Signes cutanés : Purpura +++ surtout si extensif →**
Première injection d'ATB avant même la PL +++

PURPURA FULMINANS



PURPURA FULMINANS



PURPURA FULMINANS



DIAGNOSTIC POSITIF

Diagnostic est difficile si :

NOURRISSON :

Agitation , somnolence

Fixité du regard

Refus d'alimentation

Cris incessants, plaintifs

Hypotonie

Tension de la fontanelle en dehors des cris

Convulsions , trouble de la conscience et plafonnement du regard → signes tardifs

DIAGNOSTIC POSITIF

Diagnostic également difficile si :

NOUVEAU NE : SIGNES DE SOUFFRANCE NEONATALE

+++

Fièvre ou hypothermie

Refus de boire

Prostration

Détresse respiratoire

Ictère , HPSPM

Convulsion

Sd hémorragique

EXAMENS PARACLINIQUES

LA PONCTION LOMBAIRE ++++

- Geste essentiel pour le DG
- Réalisée immédiatement devant un Sd méningé fébrile
- Avant toute antibiothérapie
- Au moins 3 tubes stériles pour analyse biochimique, microbiologique et cytologique, 10 ml chez l'adulte (40 gouttes) et il est acheminé immédiatement au laboratoire.
- Prélever au moins une paire d'hémocultures en parallèle.

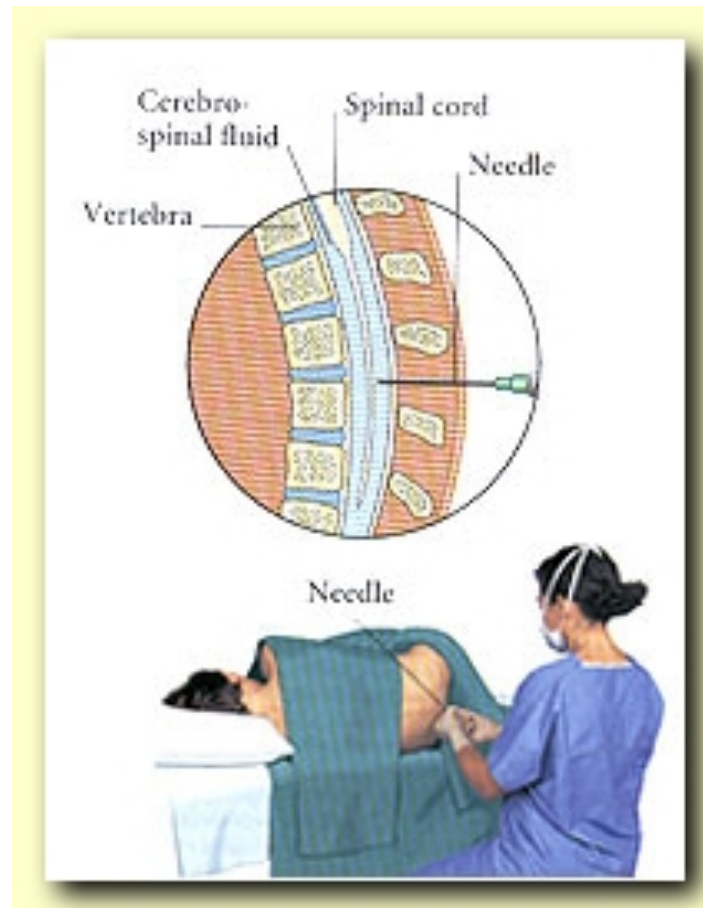
PONCTION LOMBAIRE



PONCTION LOMBAIRE



PONCTION LOMBAIRE



EXAMENS PARACLINIQUES

RESULTATS DE LA PL :

- **Aspect macroscopique :**
clair , louche , trouble, purulent , eau de riz ou hématiche.
- **Etude cytologique :**
Cellularité : nombre d'éléments cellulaires/ml: PNN ou LYMPHOCYTES
- **Examen bactériologique :**
Examen direct avec coloration de Gram
Culture avec antibiogramme si germe isolé
Recherche d'Ag solubles
- **Etude biochimique :**
Glycorachie (normale $\geq 40\%$ glycémie instantanée)
Proteinorachie (normale 0,20-0,30 g/l)
Chlorurorachie

EXAMENS PARACLINIQUES

- **AUTRES EXAMENS :**

Hémocultures systématiques

Prélèvement au niveau de la porte d'entrée (ORL)

NFS : hyperleucocytose

CRP élevée

Procalcitonine élevée

Ionogramme

Glycémie

Bilan rénal

Radiographie du Thorax

EXAMENS PARACLINIQUES

- **IMAGERIE CEREBRALE :**

IRM cérébrale /TDM cérébrale

Indications :

- ✓ Signes neurologiques nouveaux.
- ✓ Altération de l'état de conscience.

ATTITUDES PRATIQUES SELON LES RÉSULTATS DE LA PL

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
Staphylocoque méti R
- ✓ BAAR à l'examen direct : TBC

ATTITUDES PRATIQUES SELON LES RÉSULTATS DE LA PL

2- Examen direct du LCR négatif :

1^{er} cas : Cellularité normale < 10 éléments/mm³

- ❖ Méningisme
- ❖ Méningite bactérienne au début
- ❖ Méningite à *Listeria* ou *Cryptococcus* → ID

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

ATTITUDES PRATIQUES SELON LES RÉSULTATS DE LA PL

2^{ème} cas : Hypercellularité avec prédominance de
PNN / > 10 éléments / mm³

> 50% PNN

hypoglycorachie

hyperproteïnorrhée

Méningite purulente :

- ✓ TRT ATB +++ EN URGENCE sans attendre les résultats de la culture du LCR.
- ✓ Probabiliste selon l'âge , terrain et du contexte :
C3G (Céfotaxime/Ceftriaxone) + Dexaméthasone.

ATTITUDES PRATIQUES SELON LES RÉSULTATS DE LA PL

3^{ème} cas : hypercellularité avec prédominance
de Lymphocytes / > 10 éléments / mm
> 50% LYMPHOCYTES

↓
ATTITUDE SELON LA GLYCORACHIE +++

↙
Hypoglycorachie

↓
TBC +++
LISTERIOSE

↘
Glycorachie Normale

↓
VIRALES +++
BON PRONOSTIC

ATTITUDES PRATIQUES SELON LES RÉSULTATS DE LA PL

CAS PARTICULIERS :

Hypercellularité à PNN mais culture stérile :

→ **Méningite purulente aseptique :**

Méningite decapitée/ATB

Rares méningites virales

Infection au contact des méninges (abcès
cérébral, tumeur cérébrale)

→ **Liquide hémorragique :**

Traumatique

Hémorragie méningée

Méningite +hémorragie méningée

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE :

- Corticoïdes : Dexaméthasone
- Hydratation
- Correction des troubles électrolytiques
- Antipyrétiques
- Anticonvulsivants
- Traitement de l'œdème cérébral et de HIC
- TRT de la porte d'entrée (ORL)

CONCLUSION (1)

- *Il faut savoir que la majorité des étiologies sont d'origine virale d'évolution le plus souvent bénigne en dehors de la méningite herpétique, cependant il ne faut pas méconnaître les étiologies bactériennes, parasitaires et mycosiques qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital et qui nécessitent un traitement d'urgence.*
- *La primo infection par le VIH peut se manifester sous la forme d'une méningite virale, cette étiologie doit être recherchée en cas de conduite à risque.*

CONCLUSION (2)

- *Les méningites purulentes restent une pathologie assez fréquente, dont le taux de mortalité est très élevé et les séquelles neurologiques sont importantes et graves.*
- *Le pronostic est lié à la nature de l'agent pathogène, son profil de sensibilité aux antibiotiques, la qualité de la réponse immunitaire et la rapidité de l'établissement d'un diagnostic précis et d'un traitement adéquat.*

BIBLIOGRAPHIE

- *CMIT. Méningites infectieuses. In E. PILLY: Vivactis Plus Ed; 2012:201-208.*
- *CMIT. Méningites infectieuses. In E. PILLY: ALINÉA Plus Ed; 2016: -210-217.*