

Les encéphalites

Dr A.Bahmani
Service de neurologie CHU Oran

Syndrome méningé

- **Signes fonctionnels** (trépied méningitique)
 - 1- Céphalées : signe le + évocateur; précoces
 - 2- Vomissements : inconstants; faciles et en jets
 - 3- Constipation
- **Signes physiques**
 - Raideur méningée (contracture des muscles)
 - signe de *Kernig*
 - signe de la nuque de *brudzinski*
 - Signes d'accompagnement: reflexes vifs
- **Diagnostic étiologique**
 - Hémorragie méningée: début brutal; absence de fièvre.
 - Méningite: moindre brutalité du début; fièvre 39°-40° avec sueur, frissons et myalgies; autres signes infectieux; la notion d'une épidémie

Syndrome encéphalitique

- *Troubles de conscience*: troubles de vigilance au coma profond
- *Crises convulsives*: généralisées ou focalisées; un état de mal épileptique de pronostic péjoratif
- *Signes de focalisation*: mono ou hémiparésie; atteinte des nerfs crâniens; mouvements anormaux (myoclonies, tremblement)
- *Troubles du comportement*
- *Troubles neurovégétatifs*: irrégularité du pouls, de la TA, de la température

La ponction lombaire

- Confirme le diagnostic de méningite
- Précédée d'un scanner cérébral: signes de focalisation, HTIC, convulsions, trouble de la conscience, œdème papillaire au FO
- *Examens*: cytologie, glycorachie, proteinorachie, chlorurachie, examen bactériologique direct et mise en culture, PCR
- *Technique*: se réalise au niveau du cul de sac lombaire entre L4-L5, repéré sous une ligne horizontale rejoignant les deux crêtes iliaques.
- *Incidents*:
 - impossibilité de la réaliser (scoliose, agitation, calcification)
 - piqûre d'une racine nerveuse
 - ponction blanche (déshydratation)
 - ponction traumatique (liquide hémorragique)
 - céphalée post-ponction lombaire (intérêt du blood patch)

Orientation du diagnostic

1- **Liquide hémorragique**

- hémorragie méningée
- ponction lombaire traumatique Epreuve des 3 verres.

2- **Liquide clair**

- *cyto-chimie normale*: méningisme
- *pléiocytose à majorité lymphocytaire* :
 - méningite lymphocytaire normoglycorachique avec protéionorachie modérée < 1 g/l : méningite virale
 - méningite lymphocytaire hypoglycorachique avec protéionorachie élevée > 1 g/l et hypochlorurachie: tuberculose, listériose.
- Autres: bactériennes: syphilis, leptospirose, borréliose, brucellose. Parasitaire: toxoplasmose, paludisme. Fongique: cryptococcose et candidose
- *pléiocytose à majorité polynucléaire*: méningite bactérienne décapitée

3- **liquide trouble**

méningite bactérienne

La méningo-encéphalite herpétique

Introduction

- Est une urgence thérapeutique
- Évoquée de façon systématique pour mettre en route un traitement antiviral
- Due à un virus à ADN l'hèrpes simplex virus: type 1 (95%), type 2 (5%) et récemment type 6 chez l'enfant
- Liée à la réplication du virus quiescent dans les ganglions nerveux céphaliques après une primo-infection oro-pharyngée ou sexuelle.
- Une polioencéphalite aiguë nécrosante et hémorragique
- Elle affecte de manière bilatérale et asymétrique les lobes temporaux et parfois l'insula et les lobes fronto-basales.

Epidémiologie

- Infection endémique
- Incidence: 1/ 100 000 (adulte)

Manifestations cliniques

- Début rapide
- ***Syndrome infectieux:***
la fièvre est constante (40°)
- ***Syndrome méningé inconstant:***
rarement franc se limitant à des céphalées fébriles (< 50%)
- ***Syndrome encéphalitique:***

Manifestations cliniques

Syndrome encéphalitique

1- Troubles de la vigilance ou de la conscience:

- Sont quasi constants
- Fluctuants chez un même patient
- Liés à une souffrance cérébrale diffuse ou à des manifestations comitiales.
- Associés à des troubles neurovégétatifs
- Coma dans les formes graves.

2- Manifestations convulsives:

- Motif d'admission aux urgences
- Plus souvent partielles que généralisées (plusieurs types)
- Traduisent une atteinte du lobe temporal: illusions ou manifestations olfactives, gustatives ou auditives.
- Parfois état de mal partiel ou généralisé.

Manifestations cliniques

Syndrome encéphalitique

3- Modification du comportement et de la personnalité

familiarité, agressivité, ludisme

4- Troubles mnésiques:

affectant les mécanismes de fixation

oubli à mesure

5- Autres symptômes

Troubles du langage (manque du mot)

Hémiplégie transitoire

Formes cliniques

Différentes modalités évolutives

1- Formes méningées pures bénignes

passent inaperçues

2- Formes graves

conduisant au décès

3- Formes récurrentes

(5% des cas)

4- Formes du NNE et nourrissons

peu symptomatique

l'intérêt de la PCR hèrpes dans tous les cas de crises convulsives fébriles inexplicées

Examens complémentaires

1- liquide céphalo-rachidien

Systematiquement précédé d'un scanner

Composition cyto-chimique anormale

Hyperprotéinorachie modérée (> 1g)

Hypercytose à prédominance lymphocytaire

Faiblement hémorragique

Glycorachie normale

2- virologie

La mise en évidence dans le LCR d'une réplication virale par PCR portant sur le gène de réplication du virus peut être obtenue dans les 24-72 premières heures.

Sensibilité proche de 100 % .

Examens complémentaires

3-Imagerie:

Scanner : peu sensible

Hypodensité des lobes temporaux

Un œdème et une prise de contraste

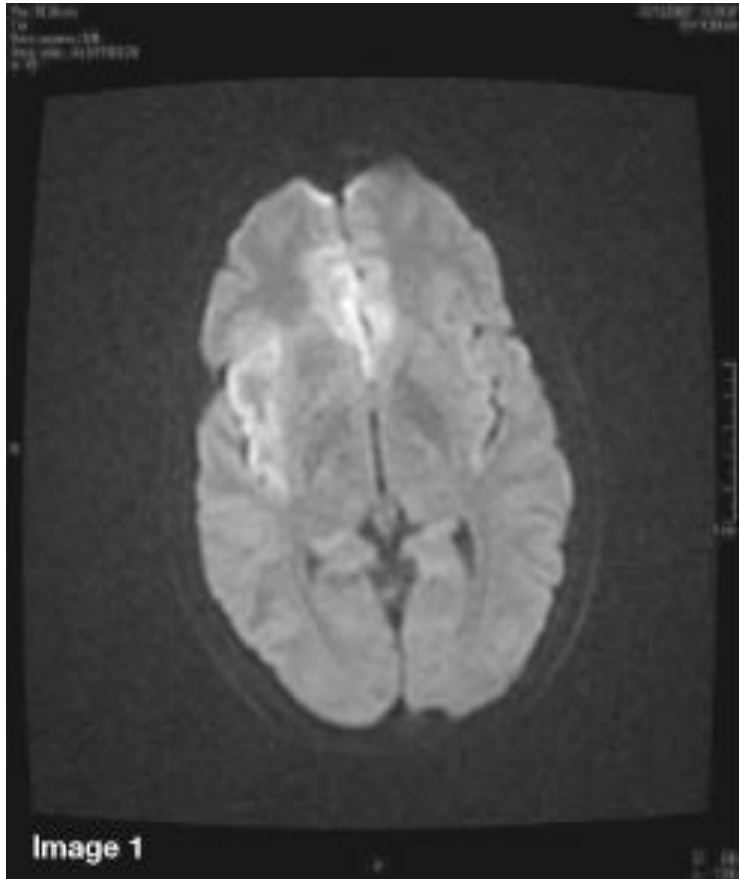
Peut être normal

IRM

Hypersignaux des lobes temporaux

4-Autres examens

EEG: ondes lentes stéréotypée.



Traitement

- Précoce: bon pronostic
- Aciclovir: sans attendre les résultats de la PCR
10 mg/kg/8H pendant 3 semaines.