

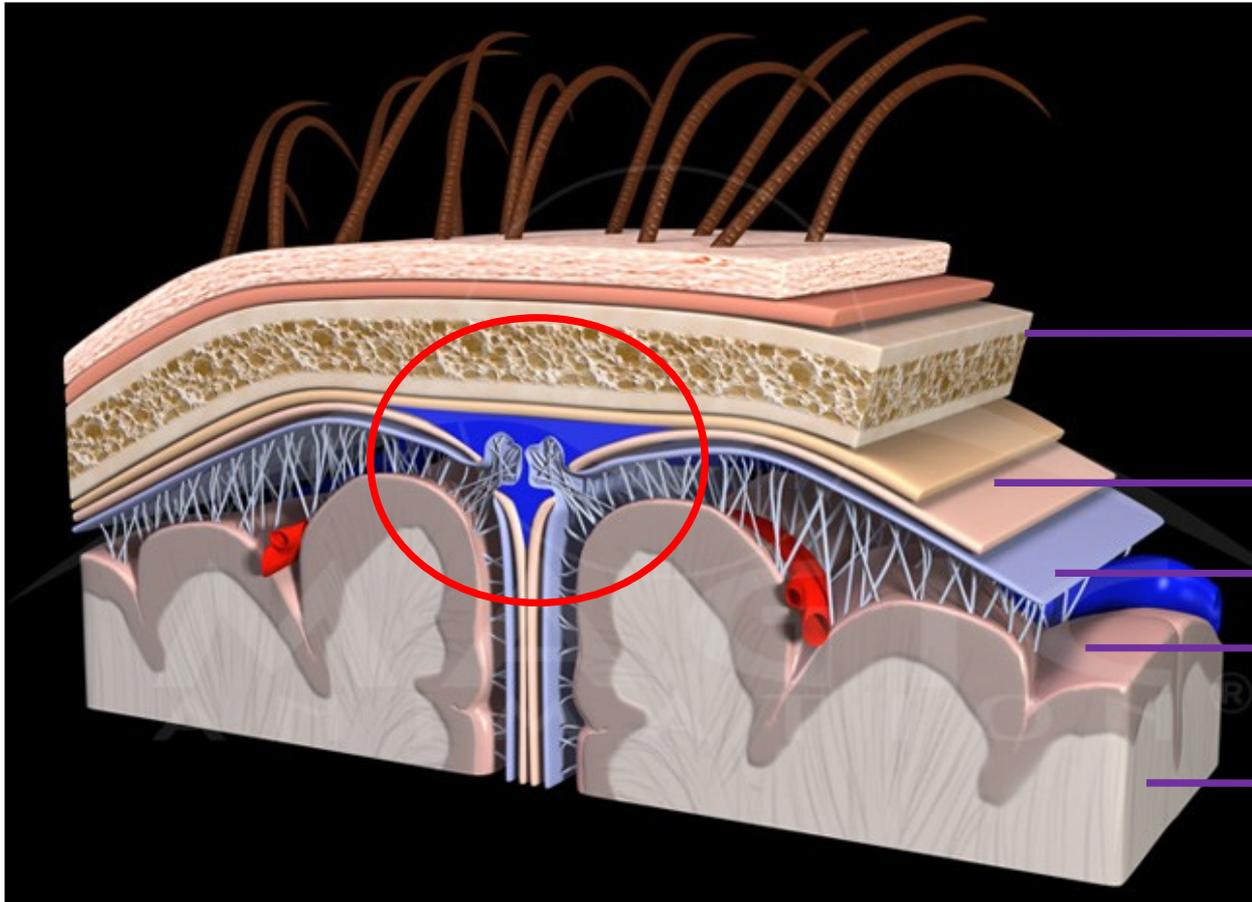
MENINGITES INFECTIEUSES



Définitions

- ⦿ Inflammation des méninges en réponse à une agression externe le plus souvent d'origine infectieuse

Définitions



Boite crânienne

Dure mère

Arachnoïde

Pie mère

Cerveau

Physiopathologie

- ⊙ Le LCR est un liquide physiologiquement stérile
- ⊙ Fonctions :
 - ⊙ protection mécanique du SNC contre les chocs
 - > amortissement des mouvements et allègement de 97% de son poids
 - ⊙ le transport des hormones et nutriments
 - ⊙ la protection contre les infections, car il contient les médiateurs de l'immunité humorale et cellulaire

Physiopathologie

Le LCR est constitué de :

eau : 99 %

protéines (protéinorachie) : < 0.40 g/l

glucose (glycorachie) = 0.5 g/l doit être égale à 1/2 de la glycémie

chlorures (chlorurorachie) = 115 mEq/l

Physiopathologie

- ⊙ Atteinte par 3 mécanismes possibles:
 - Voie hématogène au cours d'une bactériémie
 - *Nisseria meningitidis*
 - *Streptococcus pneumoniae*
 - *Haemophilus*
 - *Listeria monocytogenes*
 - Contiguïté
 - passage par les cavités ORL vers les méninges partir d'un portage ou d'une infection locale
 - dans ce contexte une brèche ostéoméningée est fréquente et doit être recherchée
 - Inoculation directe accidentelle ou iatrogène

Signes cliniques

- ⊙ Signes généraux d'infection:
 - fièvre
- ⊙ Signes d'irritation méningés:
 - céphalées souvent diffuses en casque, intenses
 - photophonophobie
 - vomissements
- ⊙ Signes physiques:
 - Raideur de nuque
 - Signe de Kernig et signe de Brudzinski
 - Altération de l'état de conscience pouvant aller jusqu'au coma

 - Purpura = signe de gravité



Orientation diagnostique

Pneumocoque

- ⊙ début brutal
- ⊙ tableau méningé franc
- ⊙ purpura possible mais rare
- ⊙ formes comateuses fréquentes

- ⊙ porte d'entrée ORL ou brèche ostéo durale

- ⊙ Mortalité 30%

Orientation diagnostique

Méningocoque

- ⊙ début brutal
 - ⊙ tableau méningé franc
 - ⊙ purpura ++
 - ⊙ arthralgies
-
- ⊙ Mortalité 10 à 15%

Orientation diagnostique

Listéria

- ⊙ début progressif
- ⊙ Signes neurologiques de rhombencéphalite (paralysie nerfs crâniens)

- ⊙ Evolution globalement favorable sauf si terrain fragiles, délai de prise en charge, troubles de conscience

Paraclinique

- ⊙ Présence d'un syndrome inflammatoire biologique
 - Hyperleucocytose
 - Élévation de la CRP

Importance variable en fonction de la précocité de la prise en charge

- ⊙ Hémocultures
- ⊙ Mesure de la glycémie capillaire

Paraclinique

◎ PONCTION LOMBAIRE

- examen à réaliser en urgence en l'absence de contre indication
 - signes d'engagement cérébral
 - troubles de l'hémostase

A réaliser avant tout traitement antibiotique

Ne doit pas retarder la mise en place du traitement

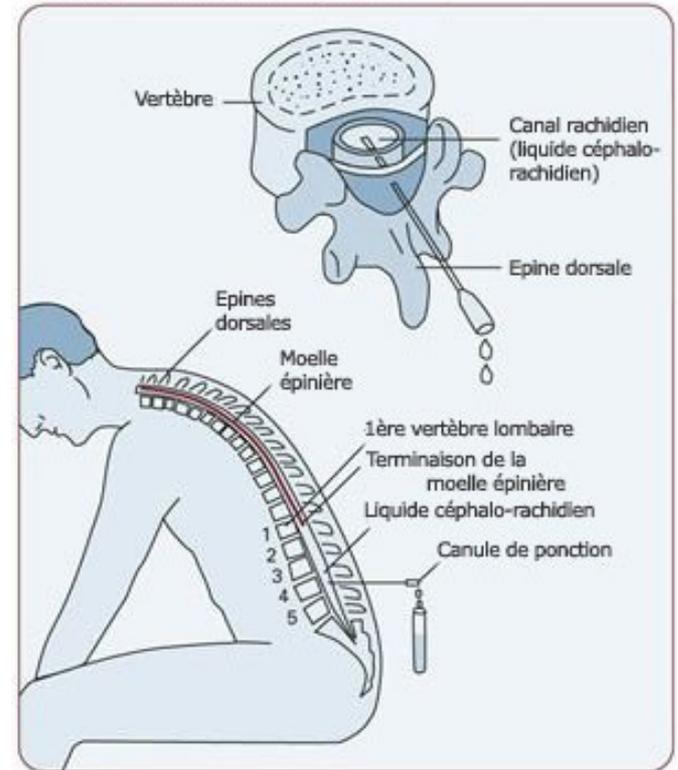
- au minimum 3 tubes stériles avec 10 gouttes dans chacun:
 - biochimie
 - cytologie
 - bactériologie
- Acheminement au laboratoire en **URGENCE**

Paraclinique

● Ponction lombaire:

- **Avant:**
 - Informations, conseils
- **Pendant :**
 - Position, surveillance, entretien
- **Surveillance neurologique:**
 - Conscience, langage, sens, équilibre

Présentation schématique d'une ponction lombaire



Paraclinique

- ◎ Ponction lombaire: interprétation
 - Cellularité: Leucocytes
Hématies
 - Glycorrhachie
 - Protéinorrhachie

Paraclinique

- ◎ Ponction lombaire: interprétation

- Cellularité:

Méningite = nombre de cellules > 20/mm

Leucocytes prédominance de neutrophiles origine bactérienne
lymphocytes origine virale

formule panachée

Listeria monocytogenes
tuberculose

Paraclinique

- Ponction lombaire: interprétation

- Glycorrhachie :

doit être interprétée en fonction de la glycémie capillaire

Si $\text{glyR} < \text{glyC}/2$ origine bactérienne

Si $\text{glyR} > \text{glyC}/2$ origine non bactérienne

Paraclinique

- ⦿ Ponction lombaire: interprétation

- Protéïnorrhachie :

pR > 0.5 g/l **origine bactérienne**

Paraclinique

- ⦿ Tomodensitométrie

Ne doit pas retarder la prise en charge

Il n'est pas systématique avant la ponction lombaire

- Signes de localisation neurologiques
- Crise d'épilepsie récente
- GCS < 11

Traitement

- Hospitalisation en service de médecine si absence de signes de gravité
Hospitalisation en service de soins intensifs si: troubles neurologiques, instabilité hémodynamique, purpura extensif
- Rééquilibration hydroélectrolytique: mise en place de voies veineuses de bon calibre
- Antipyrétiques si fièvre mal tolérée

Traitement



⦿ URGENCE : ANTIBIOTHERAPIE

- Après réalisation de la PL
- Sans attendre les résultats

Céphalosporines: Ceftriaxone (Rocéphine ®)
Céfotaxime (Claforan ®)

si suspicion de meningocoque ou de pneumocoque

Pénicillines: Amoxicilline (Clamoxyl ®)
si suspicion de *Listeria monocytogenes*

Ajout de gentamycine si suspicion de BGN (*E. coli*)

Traitement

- ⊙ Surveillance rapprochée
 - Pression artérielle
 - Température
 - EVA
 - Diurèse
 - Pouls
 - État de conscience et GCS
- ⊙ Isolement respiratoire et contact
 - Masque chirurgical
 - Blouse
 - Gants

Dans le cadre d'une méningite à *Nisseria meningitidis*

Au total

- Méningite bactérienne = infection potentiellement grave
- Traitement antibiotique à débiter en urgence
- Ponction lombaire à réaliser en urgence

Exercice...

- ⊙ Syndrome méningé début brutal
 - ⊙ Pas de purpura
 - ⊙ Infection orl associée
 - ⊙ PL: Leucocytes $> 600/\text{mm}^3$ neutrophiles 90%
lymphocytes 15%
- Glycorrhachie 0.3 glycémie 1.06
- Proteinorrhachie 0.8mg/l

Exercice...

- ⊙ Syndrome méningé début brutal
- ⊙ purpura
- ⊙ douleurs articulaires
- ⊙ PL: Leucocytes $> 500/\text{mm}^3$ neutrophiles 75%
lymphocytes 20%
Glycorrhachie 0.4 glycémie 1.10
proteïnorrhachie 0.5 mg/l

Exercice...

- ⊙ Syndrome méningé début brutal
- ⊙ Pas de purpura
- ⊙ Infection orl associée
- ⊙ PL: Leucocytes > 600/mm³ neutrophiles 10%
lymphocytes 85%
Glycorrhachie 0.8 glycémie 1.06