

Conduite à tenir devant un syndrome méningé fébrile aux urgences

A-M KORINEK

Le syndrome méningé

- Symptômes liés à l'irritation pathologique des méninges
- Impose l'hospitalisation en urgence pour analyse du LCR
- Survient chez le sujet jeune et menace le pronostic vital

Diagnostic

- Céphalées – Vomissements (HIC)
- Raideur de nuque
- Troubles du comportement ou de la conscience

Bilan clinique

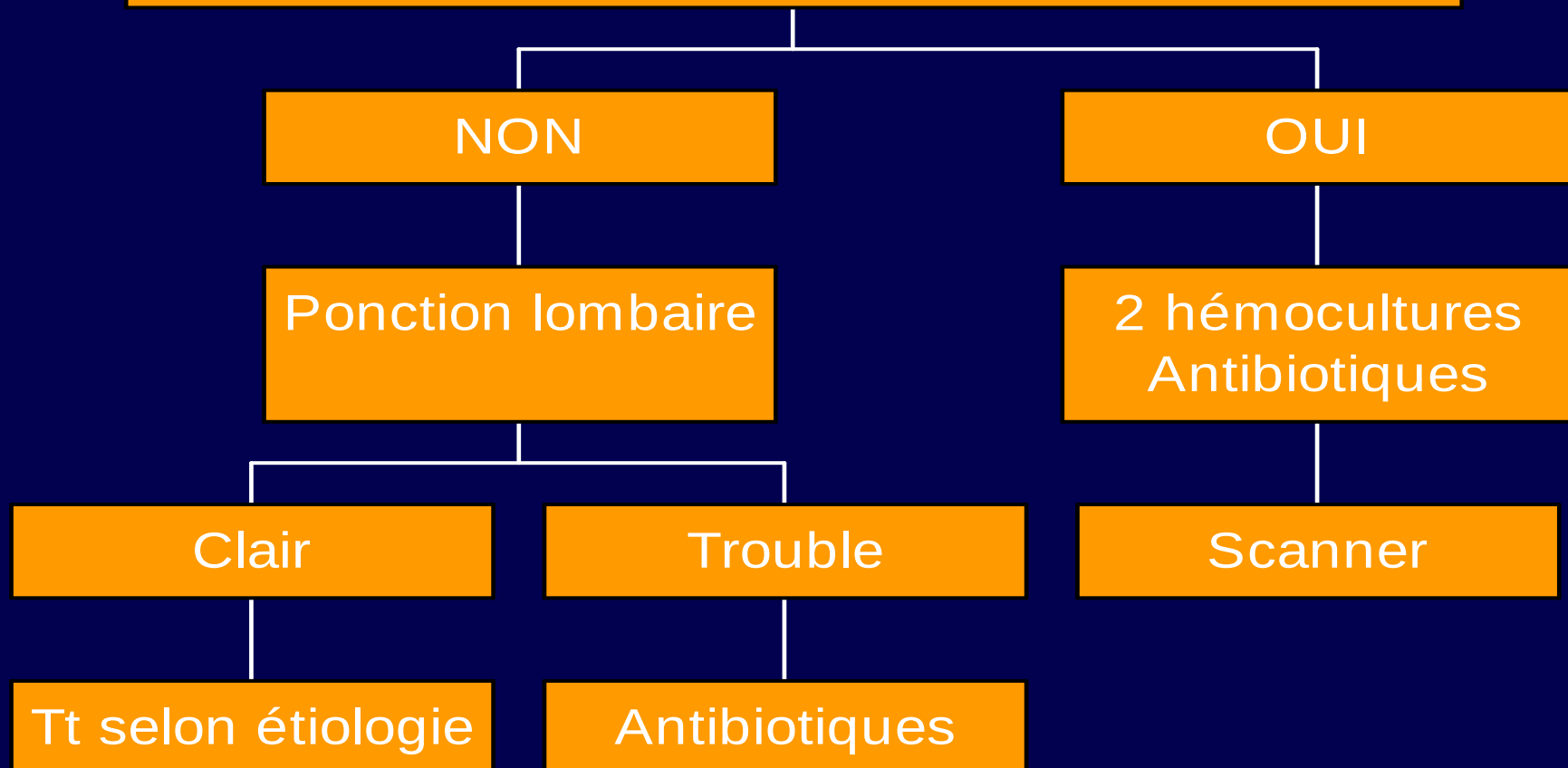
- Syndrome infectieux
- Etat de conscience
- Signes de localisation neurologiques
- Convulsions
- Etat hémodynamique
- Signes cutanés (purpura)
- Mode d'installation. Antécédents

La ponction lombaire

- S'impose dès le diagnostic évoqué sauf si:
 - hémorragie méningée évidente
 - signes de localisation neurologique
- Après hémocultures et antibiotiques si:
 - coma fébrile
 - purpura extensif
 - état de choc
 - indication de scanner

Syndrome méningé aigu fébrile

Signes de localisation neurologique



La ponction lombaire

- Etude macroscopique, biochimique, cytologique et bactériologique
- Garder un tube pour examens spécialisés: antigènes solubles, sérologies virales, dosage de l'interféron α , PCR
- Diagnostic étiologique le plus souvent possible dès la PL

Orientations diagnostiques en fonction des résultats de la PL

Aspect liquide	Cellules	Glycorachie Protéinorachie	Examen direct	Diagnostic
Sang	Formule sanguine	Sang	Négatif	Hémorragie méningée
Clair	Lymphocytes < 500/mm ³	Normale < 1 g/l	Négatif	Méningite virale
Clair	Lymphocytes ≤ 500/mm ³	Abaissée >> 1 g/l	Négatif	Tuberculose Cryptococcose
Trouble	Polynucléaires altérés >> 500/mm ³	Abaissée >> 1 g/l	CG + CG - BG + BG - Négatif	Pneumocoque Méningocoque Listeria Haemophilus Décapitée

La méningite purulente

- Urgence thérapeutique absolue
- Définie par les caractéristiques du LCR
 - Trouble
 - 1000 à 5000 éléments/ mm³ (PN)
 - Protéinorachie > 1 g/l
 - Glycorachie < 0.4 g/l (rapport LCR/sang < 0.3)

Clinique

Durand et coll. NEJM 1993

- 279 méningites communautaires
- 2/3 des patients ont la triade du syndrome méningé; tous ont au moins un des signes
- Fièvre: 95%; raideur de nuque: 88%; troubles de la conscience: 78%; signes de localisation: 29%; convulsions: 23%; signes cutanés: 11%; œdème papillaire: 4%
- Mortalité: 25%

Diagnostic étiologique

- Examen direct du LCR positif chez 60 à 90% des patients sans antibiotiques.
- Cultures positives > 80% des cas
- Examen direct et/ou cultures positifs dans 50% des cas si antibiotiques préalables
- Hémocultures positives dans plus de 60% des cas +++

Diagnostic étiologique

Méningites bactériennes de l'adulte (France, 1993):

- Pneumocoque: 60%
- Méningocoque: 14%
- Listeria: 11%
- Haemophilus: 4%
- E.coli: 2%
- Autres: 9%

Méningite à Pneumocoque

- Fréquente
- Début brutal
- Signes de méningo-encéphalite
- Otite, sinusite, pneumopathie récente
- Alcoolisme, asplénie, drépanocytose, antécédents de traumatisme crânien ou de rhinorrhée

Méningite à Méningocoque

- Adulte jeune
- Epidémie dans l'entourage
- Présence d'un purpura
- Conscience peu altérée
- Déficit en fractions du complément

Méningite à Listeria

- Début progressif
- Signes cliniques de rhombencéphalite: atteinte des paires crâniennes
- Immunodépression, grossesse, épidémie
- LCR: formule panachée (polynucléaires + lymphocytes); hypoglycorachie: 1 cas / 3; Examen direct < 0: 60%
- Hémocultures > 0: 50%
- IRM: micro-abcès du tronc cérébral

Méningite à Haemophilus

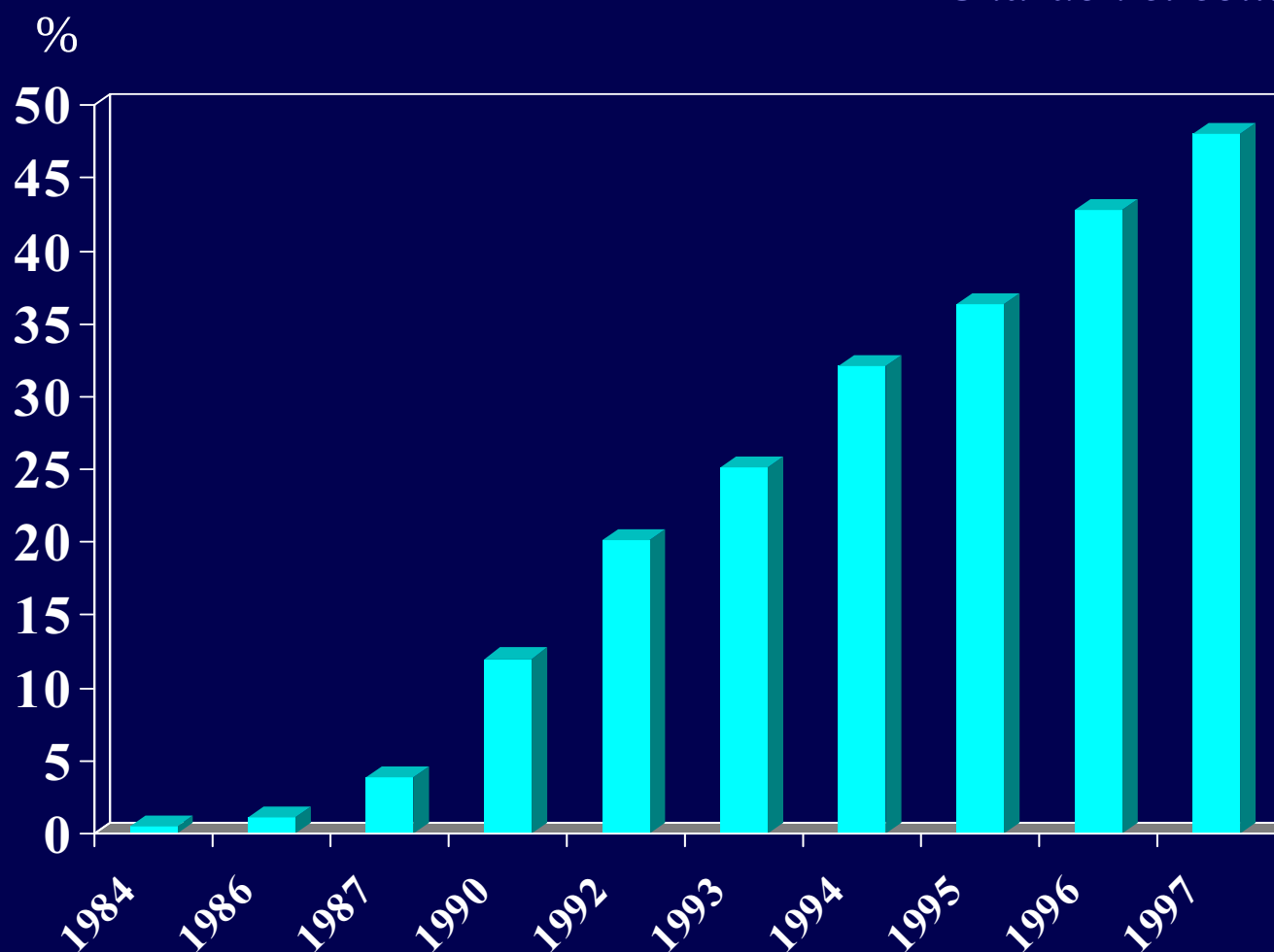
- Adulte jeune, non vacciné
- Devenue rare
- Antécédents d'otite ou sinusite chroniques, de pneumopathie

Traitement

- Moins bien codifié depuis l'apparition des pneumocoques résistants aux β lactamines
- Plus de 50% des souches d'*Haemophilus* sont productrices de β -lactamases
- Le méningocoque reste sensible aux pénicillines
- *Listeria* est toujours résistante aux céphalosporines

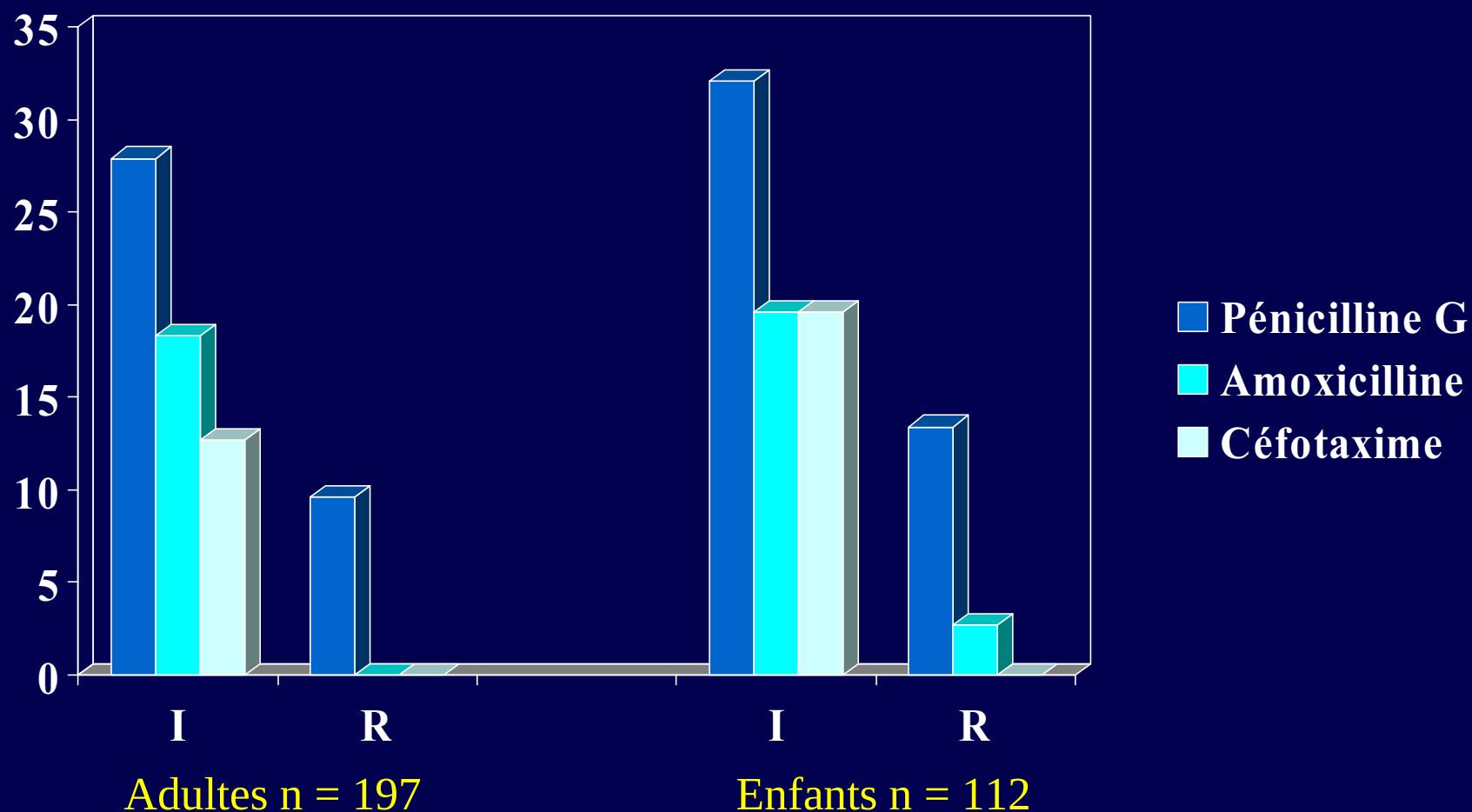
Evolution en France du pourcentage de souches de pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline

Chardon et coll. MMI 2002



Pourcentage de pneumocoque de sensibilité diminuée aux β lactamines dans le LCR en France en 1999

Chardon et coll. MMI 2002



Résistance des pneumocoques isolés du LCR en France en 1999 (%)

Chardon et coll. MMI 2002

	Adultes N = 199	Enfants N = 133
Erythromycine	52.4	56.3
Cotrimoxazole	35	43.2
Tétracyclines	30.6	32.6
Chloramphénicol	28	29.6
Rifampicine	0	0
Vancomycine	0	0

Facteurs de risque de méningite à Pneumocoque résistant aux β -lactamines

- Très jeune âge (< 2 ans)
- β -lactamines au cours des 3 mois précédents
- Hospitalisation récente
- Infection VIH ou autre immunodépression

Traitement de la méningite à Pneumocoque

- Céfotaxime 200 à 300 mg/kg/j ou Ceftriaxone 70 à 100 mg/kg/j
- Associé à Vancomycine 60 mg/kg/j
- Réévaluation clinique et bactériologique à 36 – 48 heures (stérilisation du LCR)
- Adaptation thérapeutique en fonction de la CMI de la céphalosporine utilisée

Traitement de la méningite à Pneumocoque

Bourillon et coll. MMI 2002

- Evolution clinique favorable
 - CMI céfotaxime < 0.5 : arrêt de la vancomycine, diminution posologies de C3G ou amoxicilline
 - CMI céfotaxime > 0.5 : pas de modification

Traitement de la méningite à Pneumocoque

Bourillon et coll. MMI 2002

- Evolution clinique ou microbiologique défavorable
 - Attitude thérapeutique non codifiée
 - Adjonction de rifampicine
 - Etude CMI nouvelles molécules (fluroquinolones, linezolide)

Traitement des autres méningites bactériennes

- Méningite à Méningocoque
 - Amoxicilline 200 mg/kg/j
 - Prophylaxie des sujets contacts: Rifampicine 20 mg/kg/j pendant 48 heures
- Méningite à Listéria
 - Amoxicilline 200 mg/kg/j + gentamicine ou cotrimoxazole
- Bacille gram négatif
 - Céfotaxime 100 à 150 mg/kg/j

Traitement des méningites sans germe

- Sans contexte évoquant une listériose:
 - Céfotaxime ou ceftriaxone à fortes doses
- Si une listériose ne peut être exclue:
 - Céphalosporine de 3^{ième} génération + amoxicilline

Indication des corticoïdes

- Diminueraient la mortalité et les séquelles chez l'enfant dans les méningites à Haemophilus et Pneumocoque
- Non recommandés chez l'adulte (Conférence de Consensus 1996)
- Diminueraient la mortalité des patients les plus graves (A.J.R.C.C.M 2002)
- Diminuent la diffusion des antibiotiques dans le LCR

Méningites à liquide clair

- Prédominance de lymphocytes + hypoglycorachie + protéinorachie $> 1 \text{ g/l}$
 - Listériose (Amoxicilline + Gentamicine)
 - Méningite tuberculeuse (Rimifon + Rifampicine + Pyrazinamide $\pm$ Ethambutol)Début subaigu sur terrain à risque.
Détection du BK par PCR (faux < 0)

Méningites à liquide clair

- Prédominance de lymphocytes + normoglycorachie + protéinorachie < 1 g/l:
 - Méningite aiguë bénigne virale
 - Méningo-encéphalite virale si troubles de la conscience (encéphalite herpétique)
 - Traitement à débiter au moindre doute:
 - Aciclovir 15 mg/kg en 1 heure / 8h / j
- + traitement symptomatique

Méningo-encéphalite herpétique

- Troubles du comportement, hallucinations
- Scanner cérébral: lésions hypodenses fronto-temporales prenant le contraste
- EEG: ondes lentes pseudo-rythmiques en bi-temporal
- Diagnostic: PCR dans le LCR (sensibilité et spécificité > 95%)

Méningites à liquide clair

- LCR normal
 - Abscès cérébral (scanner sans et avec injection)
 - Accès pernicleux palustre: frottis sanguin et goutte épaisse
- Quinine IV dans du G 10%: 25 mg/kg/j en 3 perfusions de 4 heures