

MENINGITES BACTERIENNES

PR KHAMMAR ZINEB LE 15/06/2019

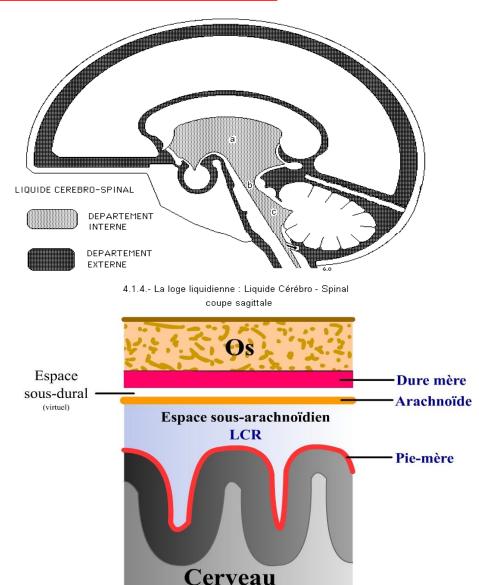
DEFINITION

 Méningite=Inflammation de la méninge le plus souvent par infection

- Extrême urgence médicale diagnostic et thérapeutique.
- Les méningites bactériennes sont des infections graves avec une mortalité importante et la possibilité de séquelles.
 - → PL en urgence

PHYSIOPATHOLOGIE

- **PRIMITIVE** :bactériémie ou virémie
- **SECONDAIRE** : infection de contigüité (sinus, brèche méningée, abcès)
- Inoculation accidentelle



CLINIQUE

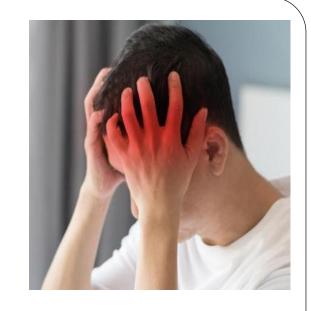
> Syndrome méningé :



- Malade en chien de fusil, dos à la lumière
- Céphalées intenses, en casque, rebelles aux antalgiques
- Photophobie
- Vomissements « en jet »

• Syndrome infectieux :

• Fièvre à 40°





Signes physiques

- Raideur rachidienne : contracture rachidienne
- Signes d'examen :
 - o Raideur de nuque
 - o Signe de Kernig
 - o Signe de Brudzinski



Signe de Kernig



Impossibilité de fléchir à angle droit les membres inférieurs sur le tronc sans provoquer une vive douleur lombaire et une flexion des genoux

« Contre-Kernig » : impossibilité de s'asseoir jambes tendues

Signe de Brudzinski



La flexion antérieure de la nuque provoque la flexion des hanches et des genoux

➤ Recherche de signes de gravité:

- Neurologique : conscience, déficit...
- Cardiovasculaire
- Cutané: purpura++++



• Recherche orientation étiologique:

- ORL
- Terrain, âge...

FORMES CLINIQUES

- **Présentations plus frustes:** AEG, altération neuro psychiatrique
- Présentations plus graves d'emblée :
 - Troubles de la conscience,
 - Coma fébrile
 - choc,
 - convulsions
 - purpura extensif

• Nourrisson:

- somnolence, agitation
- fixité du regard
- refus d'alimentation
- Convulsions
- Bombement fontanelle
- Nuque « molle » par hypotonie musculaire



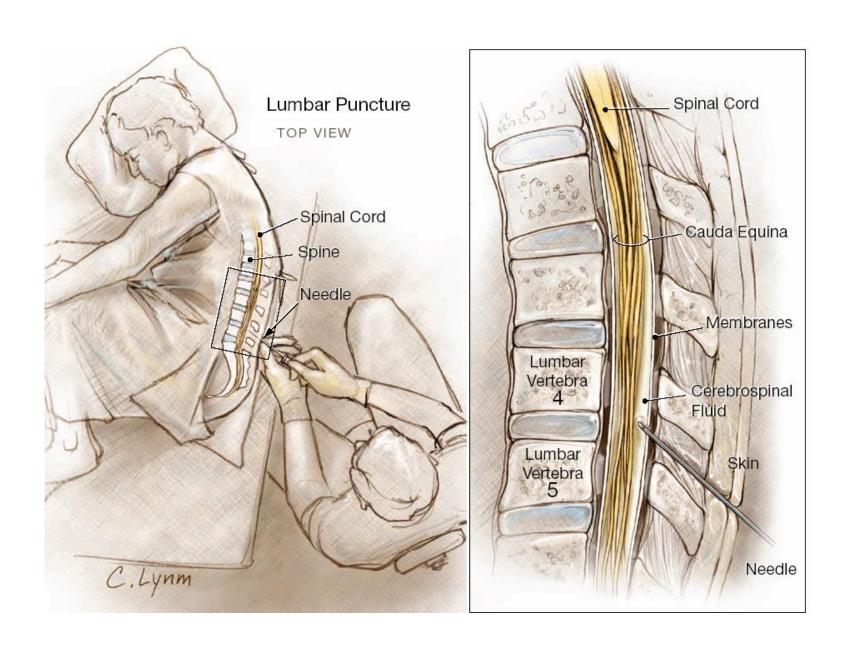
DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE ET LA PEC:

- Ponction lombaire :
 - En urgence
 - Pas de scanner cérébral sauf si signes de localisation

PONCTION LOMBAIRE

- Dans le calme
- Malade soit assis, soit en chien de fusil
- Prise de repères
- Site bétadiné
- Aiguille adaptée
- Envoi en urgence aux différents laboratoires..





• Examens demandés :

- Cytologie
- Biochimie : glycorachie, chlorurorachie, protéinorachie
- Bactériologie : examen direct, culture
- ± recherche de mycobactéries, PCR herpès, enterovirus, lyme... en fonction du contexte
- Anapathatologie

- Risques:
 - syndrome post ponction lombaire
 - Nerf sciatique

• Contre indication : HTIC

MENINGITES PURULENTES

- Méningites purulentes hypoglycorachiques
 - = bactériennes
 - syndrome infectieux et syndrome méningé plus marqués

Age	Etiologies principales
Adulte et enfant > 5 ans	Méningocoque
	Pneumocoque
	listéria
Nourrisson et	Méningocoque
enfant < 5 ans	Pneumocoque
	Haemophilus influenzae
Nouveau-né	Echerichia coli
	listéria

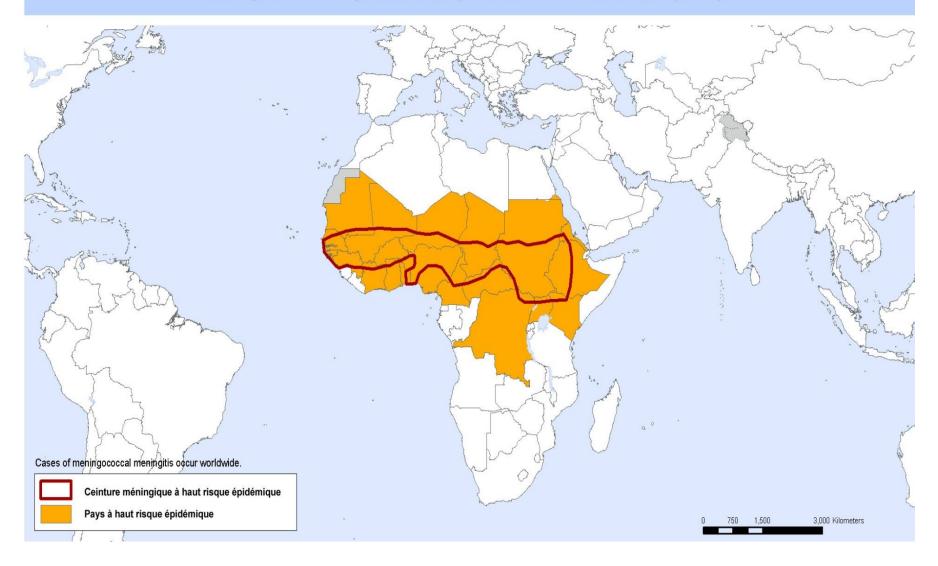
> MENINGITE A MENINGOCOQUE

- Bactéries en cause :
 - Neisseria meningitidis: cocci gram-
 - Sérogroupes les plus fréquents : B, C, W135, A, Y

• Epidémiologie :

- Plus fréquent dans les PVD (ceinture sahélienne+++)
- En France: 1,5 à 2 cas/100000 habitants
- Transmission par voie aérienne (1 mètre)
- (petites épidémies hiver-printemps)
- Porteurs sains
- Mortalité :
 - 5% si méningite simple
 - 20 à 30% si purpura fulminans

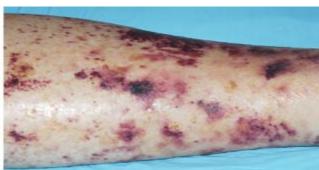
Méningite à méningocoque: pays et zones à haut risque (OMS).



• Clinique:

- Début brusque
- Syndrome méningé franc après signes rhinopharyngés
- Arthralgies parfois
- Présence d'un purpura évocatrice.
- Purpura extensif + signes de choc = **purpura fulminans** = septicémie qui devance la méningite
- Gravité +++





• Diagnostic:

- ponction lombaire en urgence
- hémocultures
- => mise en évidence de diplocoques à gram négatif
- recherche d'antigènes solubles PCR (au centre de référence)

• Traitement:

- curatif
 - en cas de suspicion clinique de purpura fulminans : AB immédiate à domicile par ceftriaxone IV ou à défaut amoxicilline IV ou IM avant transfert en SI
 - en cas de méningite sans purpura : Ceftriaxone ou cefotaxime par voie IV pendant 7 jours

• Préventif:

- chimioprophylaxie autour d'un cas :
 - uniquement les sujets contact (moins de 1m, durée longue)
 - rifampicine 2 jours
 - vaccination quand A, C,Y,W 135
- Vaccinations:
 - si voyage en pays d'endémie (ceinture sahélienne ou si épidémie): méningo A+C ou mencevax ou menveo (A,CY,W135)
 - Calendrier vaccinal : meningo C à 12 mois

> MENINGITE A PNEUMOCOQUE

- Germe : cocci gram+ diplocoques
- Terrain : personnes âgées, immunodéprimés, splénectomisés, brèche ostéoméningée (traumatisme crânien)
- Mortalité : 30%

• Clinique:

- début brusque
- syndrome méningé franc
- coma fréquent

• Recherche d'une porte d'entrée :

- otite, sinusite
- brèche

• Diagnostic:

- PL
- hémocultures
- ⇒présence de diplocoques gram +

• Traitement:

- doit prendre en compte PSDP
- ceftriaxone ou cefotaxime IV

> MENINGITE A LISTERIA

• Epidémiologie :

- Listeria monocytogénes, bacille gram+
- Réservoir du germe :
 - environnement
- Capacité à coloniser les aliments (charcuterie, fromages, laitages)
- Contrôles sanitaires +++

• Clinique:

- plutôt les âges extrêmes de la vie, la femme enceinte (risques d'avortement+++) et les immunodéprimés
- Peut donner
 - des méningites pures
 - des méningo-encéphalites
 - des rhombencéphalites (méningite + paralysie des paires crâniennes)

• Diagnostic:

- Ponction lombaire :
 - classique : prédominance lymphocytaire ou formule panachée avec hypoglycorachie mais pas toujours
 - parfois, méningite purulente
- hémocultures
- sérologie
- IRM : petits abcès au niveau du tronc cérébral

• Traitement:

- amoxicilline + aminosides
- ou amoxicilline + cotrimoxazole

• Prévention :

- Cuisson des aliments
- Entretien du réfrigérateur

> MENINGITE TUBERCULEUSE

• Epidémiologie:

• Fréquent au Maroc surtout immunodéprimés, personnes âgées

• Clinique :

- début progressif avec fébricule, altération de l'état général (amaigrissement)
- troubles de la conscience, atteintes neurologiques focalisées
- syndrome méningé peu marqué

• Diagnostic:

- PL:
 - prédominance lymphocytaire avec hypoglycorachie
 - Recherche de mycobactéries à l'examen direct et en culture
- Hémocultures
- IRM cérébrale
- IDR à la tuberculine souvent négative
- quantiferon
- Rechercher BK ailleurs

- Traitement:
 - Corticoïdes
 - Quadrithérapie 12 mois
- **Pronostic** : grave

CONCLUSION

- Problème de santé publique, lourde morbimortalité
- Maladies à déclaration obligatoire +++
- Pronostic très lié à ce qui est fait dans les 1ères heures(dg et traitement)
- Toutes les M.B menacent gravement le SNC à cause du risque de lésions ischémiques, purulentes et nécrotiques

