

# MENINGITES PURULENTES

## **INTRODUCTION**

### **Méningites purulentes:**

**Infection des méninges par bactéries : (méningocoque, pneumocoque, listeria, BGN, staphylocoque etc)**

**Syndrome infectieux et syndrome méningé**

**LCR plus de 10 cellules/mm<sup>3</sup>.**

**LCR trouble ou purulent**

**Riche en protéines,**

**Prédominance PNN > 50 %.**

**Concerne adultes et enfants.**

**Pronostic effroyable : mortalité élevée.**

**Urgence diagnostique et thérapeutique.**

**Le temps est compté**

## **CLINIQUE**

### ➤ Début

- Brutal

Fièvre élevée (39-40°C)

Céphalées, vomissements.

### ➤ Phase d'état

- Syndrome méningé

- Syndrome infectieux.

**Inconstant surtout aux âges extrêmes.**

### ➤ Examen:

Attitude en « chien de fusil »

Raideur méningée: raideur de la nuque (85 %)

et signe de Kernig, Brudzinski (50 % cas)

Hyperesthésie cutanée, douleur à la mobilisation

Raie méningitique de Trousseau ( trouble vasomoteur : raie blanche puis rouge ) –Chez le NRS nuque molle, FA bombante( position assise en dehors des cris)

Purpura ou non extensif ?

Conscience (Glasgow)

Signes de localisation neurologique

Signes de choc

CIVD (saignement spontané)

Autres foyers infectieux.

### ➤ PL urgente

**Macroscopiquement**

LCR trouble ou franchement purulent, hypertendu

**“Aspect eau de riz”**

LCR peut être clair : au tout début ou dans méningites suraiguës ou listériose ou méningites décapitées.

LCR peut être hémorragique (rarement).

Analyse LCR:

**Cytologie:** hypercellularité: > 10 éléments/mm<sup>3</sup>

PNN > ou égale 50 %

**Chimie:** - hyperprotéïnorrhachie > 1g/l

- Glycorrhachie: diminuée.

**Examen bactériologique**

Examen direct + culture

Positif dans 60 à 90 % cas

Peut être négatif.

Autres examens:

- recherche d'Ag solubles LCR, sang, urines,

(*pneumocoque*, *méningocoque A et C*, *H. influenzae*).

- Hémocultures.

➤ Evolution

Sous traitement: souvent favorable avec guérison sans séquelles.

Séquelles neurosensorielles possibles.

- Non traitée, évolution mortelle

Pronostic plus réservé : troubles conscience !

**Pronostic effroyable.**

➤ Complications:

- AVC, œdème cérébral, abcès cérébral.

- Hémorragie cérébrale, thrombophlébite.

➤ Séquelles neurologiques:

- hypoacousie, déficit moteur, atteinte nerfs oculomoteurs, troubles cognitifs, troubles parole, ataxie, hydrocéphalie.

- Retards intellectuels.

➤ Formes cliniques

-Formes selon le terrain:

**Nourrisson:** fièvre, troubles digestifs, gémissements plaintifs, Bombement fontanelle

**Nouveau né:** signes atypiques, PL systématique

Fièvre ou hypothermie, convulsion, trouble du tonus, absence de prise de poids, refus de boire, périodes d'apnée.

*Enfants: H. Influenzae surtout – Pas de raideur méningée.*

➤ **Sujet âgé:**

signes parfois trompeurs

Céphalées banales, rachialgies.  
Douleurs rattachées à l'arthrose.  
Syndrome méningé inconstant.

**Germes: BGN**

➤ **Formes évolutives : décapitées**

**elements d'orientation et germes**

➤ Méningocoque(N. meningitidis)

Saison hivernale,  
Notion d'épidémie,  
Début brutal,

Purpura surtout extensif,

Absence de signes neurologiques focaux,

Déficit en complément.

**Purpura fulminans!**



➤ Pneumocoque:

Alcoolisme, ATCD de trauma crânien, de chirurgie base du crâne, ATDC méningite, rhinorrhée chronique

Asplénie, infection à VIH, myélome

Début brutal, coma, convulsions, signes neuro. focaux.

Infection récente ou en cours des VA: otite, sinusite, pneumopathie.

➤ Facteurs de risque de pneumocoque résistant à la pénicilline (PRP):

- Traitement par bêtalactamines dans les mois précédents;
- ATCD otites
- Immunodépression;
- Infection à VIH.

## Listériose (*Listeria monocytogenes*)

Age > 50 ans,

Grossesse,

Immunodépression: corticothérapie, myélome, transplantation

Notion d'épidémie,

Evolution progressive des signes cliniques

Signes de rhombencéphalite,

LCR: formule panachée.

### **elements d'orientation et germes**

#### ➤ BGN:

personne âgée, infection urinaire ou digestive, méningites nosocomiales

*H. influenzae*: enfants < 5ans

rhino-conjonctivite

➤ Staphylocoque: surtout dans méningites secondaires et nosocomiales

➤ Germes résistants: *KES*, *pseudomonas*.

### **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

➤ Hémorragie méningée

➤ Méningo-encéphalite

- Abscès du cerveau

- Thrombophlébite cérébrale

- Paludisme à *plasmodium falciparum*.

### **TRAITEMENT**

Tout cas de méningite bactérienne (avec ou sans germes identifiés)

Et rapidement !

#### **Antibiothérapie urgente**

dès constatation LCR trouble ou purpura extensif.

Parfois à domicile ou lors prise en charge SAMU.

#### 1-antibiothérapie initiale

##### a- Pas d'élément d'orientation étiologique

- pas signe de gravité: amoxicilline ou C3G

- signe de gravité: Amoxicilline + C3G

ou C3G + vancomycine.

##### b- Eléments d'orientation

Suspicion de méningite à Méningocoque

Amoxicilline ou C3G

Suspicion de méningite à pneumocoque

➤ Pas de FDR de PRP ni de signe de gravité: C3G

➤ FDR de PRP et ou signe de gravité: C3G+ vancomycine.

## Suspicion de méningite à Listéria

Amoxicilline+ gentamycine  
si allergie cotrimoxazole

## Suspicion de H. Influenzae

C3G

### ➤ Posologies:

- C3G:
  - céfotaxime**: 200 à 300 mg/kg/j (4 perfusions)
  - ceftriaxone**: 70- 100 mg/kg/j (1 ou 2 IIV)
- Amoxicilline: 200 mg/kg/j (4 – 6 perfusions)
- Gentamycine: 3 mg/kg/j (2 perfusions)
- Cotrimoxazole: 6 à 8 ampoules/j  
(TMP: 6 à 8 mg/kg; SMZ: 30-40 mg/kg)
- Vancomycine: 40-60 mg/kg/j (4 perfusions ou PSE )

### ➤ Durée:

Méningocoque: 7 jours

Pneumocoque: 10 jours

Listeria: 2 à 3 semaines

BGN: mal codifiée (3 à 6 semaines)

Staphylocoque: 3 à 6 semaines.

***Evaluation antibiothérapie après isolement bactérie et  
détermination de la sensibilité (48 heures)***

Traitement du choc

Traitement troubles de la coagulation

Traitement œdème cérébral

Hydratation

Contrôle et prévention des convulsions

Contrôle de la fièvre

Corticothérapie ?

***PL de contrôle inutile sauf évolution non favorable ou atypique***

## **PROPHYLAXIE (1)**

***Méningites à méningocoque ou à hémophilus***

- **Déclaration obligatoire** (rapidement)
- **Chimioprophylaxie** des **sujets contact**
- **Vaccination** des **sujets contact** pour **Méningo A et C**

### Méningocoque

- Prophylaxie: sujets contact
  - ☞ Rifampicine: 600 mg X 2/j 02jours
  - Enfant: 10 mg/kg X 2/j 02 jours
- ☞ Si allergie: Spiramycine: 3MUI x 2/j 05 jours
- Enfant: 75000 UI X 2/ j 05 jours

H.influenzae

Rifampicine 600 mg/j - 5j

Pneumocoque

Pas de prophylaxie

Pas de transmission interhumaine

Traitement porte d'entrée.

➤ Vaccination

vaccin Anti-méningococcique polysaccharidique bivalent (A et C), indiquée chez les sujets se rendant en pays de haute endémicité A ou C, lors des épidémies A, C. Les pèlerins se rendants à la Mecque sont vaccinés par le sérotype A, C, Y, W135

Anti- H. Influenzae b

Anti-pneumococcique.