

# ***MENINGITES CHEZ L'ENFANT***

***Module de pédiatrie  
2019***

# OBJECTIFS

- ✓ *Épidémiologie microbienne*
- ✓ *Signes cliniques en fonction de l'Age*
- ✓ *Diagnostic positif*
- ✓ *Prise en charge*

# INTRODUCTION / DEFINITION

*Méningite: inflammation des méninges secondaire au passage d'un micro organisme au niveau du LCR*

- Méningites virales : fréquentes, évolution spontanément favorable
- Méningites bactériennes : grave, urgence diagnostique et thérapeutique

**Diagnostic:** PONCTION LOMBAIRE

VACCINATION ANTI\_HAEMOPHILUS INFLUENZAE b +  
Prevenar +++

# EPIDIOLOGIE MICROBIENNE

## □ Méningites bactériennes:

- ✓ NNE\_NRS < 3 MOIS: streptocoque B  
Entérobactéries  
Listeria monocytaria
- ✓ NRS > 3 MOIS ET ENFANT < 5 ANS:  
pneumocoque, méningocoque, hemophilus influenzae
- ✓ ENFANT > 5 ANS: pneumocoque, méningocoque
  - AUTRES: TBC ,staph ,pseudomonas ,salmonella

## □ Méningites virales : \_entérovirus ,virus ourlien ,herpes

# *PHSIOPATHOLOGIE:*

*CONTAMINATION* : septicémie ORL veineux

*CONSEQUENCES*: HIC ,troubles circulatoires,  
lésions neuronales

# DIAGNOSTIC POSITIF

## SIGNES CLINIQUES

- MENINGITE BACTERIENNE
- NNE: INN
- NRS: polymorphe++++
- GE: diagnostic facile
- *Signes de gravite : septis ;purpura extensif ;mauvaise situation hémodynamique ;coma ;signes neurologiques de focalisation*

- *Méningite virale* :

Signes cliniques atténués

- *Meningoencephalite* : sd infx+signes neurologiques

## Examens paracliniques:

### ❖ PONCTION LOMBAIRE : Dg positif

o *Contre indication:* anomalie de l'hémostase ;infection locale ;état hémodynamique instable ;signes de focalisation= scanner cérébral

o *Technique*

o *Interprétation des résultats :*

o *Résultat normal* : aspect clair en eau de roche

Biochimie:Proteinorachie<0,4g/L

Glucorachie moitié de la glycémie concomitante

Cytologie :<10 éléments par mm<sup>3</sup>

Bactériologie :STERILE

## o Résultats pathologiques:

### *Méningites bactériennes*

liquide trouble ;Proteinorachie augmentée ;glucorachie basse ;cytologie importante à PNN altérées

Bactériologie :examen direct ;Ag soluble; culture du LCR

Méningocoque = Diplocoque Gram -

Pneumocoque = Cocci Gram +

HIb = Bacille Gram -

## *Méningite virale :*

Liquide clair ;prédominance lymphocytaire ;  
Glucorachie normale , Proteinorachie normale ou  
légèrement augmentée

Recherche du virus : sérologie virale , PCR

## Méningites puriformes aseptiques:

LCR trouble +PNN+culture stérile

- *Causes:*

processus expansifs intracrâniens infx ou pas , maladies inflammatoires

## □ CAS PARTICULIERS:

- *Méningites bactériennes à formule panachée= méningite décapitée ; à son début ou suraiguë mais tj Glucorachie basse*
- *Méningite tuberculeuse : prédominance lymphocytaire avec glucorachie basse*
- *Meningoencephalite : atteinte concomitante des méninges et de l'encéphale d'origine virale*

## AUTRES SIGNES PARACLINIQUES:

\_FNS

\_CRP

\_PROCALCITONINE ++++++

\_HEMOCULTURE

\_AUTRES : VS ,électrophorèse de protéines , Ag soluble dans le sang et les urine, Ionogramme sanguin ,sérologie virale,scanner cérébral, ETF et EEG

# *DIGNOSTIC DIFFERENTIEL*

## Devant un meningisme :

- \_ PFLA
- \_ Otite.....
- \_ FT
- \_ Hémorragie méningée
- \_ Migraine

# TRAITEMENT

## A\_MENINGITE BACTERIENNE

1\_Antibiothérapie :urgence+++++++ DS les 3 premières heures

✓ En fx de l'âge et le résultat bactériologique

✓ Durée variable

2\_ Corticothérapie :pneumo ; HIb ;pour prévenir les séquelles neurologiques

3\_ Traitement symptomatique

❖ Indication de la PL de contrôle :

\_ Mgite à pneumocoque

\_ Évolution défavorable

# Antibiothérapie

- Antibiothérapie avant la PL
  - Purpura fulminans
  - Prise en charge hospitalière ne pouvant être réalisée dans les 90 min
  - CI à la PL
    - Anomalie connue de l'hémostase, traitement anticoagulant efficace, suspicion d'un trouble majeur de l'hémostase (saignement actif)
    - Risque d'engagement (cf)
    - Instabilité hémodynamique
  - Hc avant Atb
  - PL après correction des anomalies

# Antibiothérapie

Suspicion de Pneumocoque	Céfotaxime ou ceftriaxone	300 mg/kg (4 perf ou perf continue avec DC 50 mg/kg sur 1h) 100 mg/kg (1 ou 2 perf)
Suspicion de méningocoque	Céfotaxime ou ceftriaxone	200 mg/kg (4 perf ou perf continue avec DC 50 mg/kg sur 1h) 75mg/kg (1 ou 2 perf)
Suspicion de listériose	Amoxicilline + Gentamicine	200 mg/kg (4 perf ou perf continue)  3-5 mg/kg/j en DUJ
Suspicion de <i>H influenzae</i>	Céfotaxime ou ceftriaxone	200 mg/kg (4 perf ou perf continue avec DC 50 mg/kg sur 1h) 75mg/kg (1 ou 2 perf)
Suspicion d' <i>E coli</i>	Céfotaxime ou ceftriaxone	200 mg/kg (4 perf ou perf continue avec DC 50 mg/kg sur 1h) 75mg/kg (1 ou 2 perf)

Sans arguments pour une listériose	Céfotaxime ou Ceftriaxone	300 mg/kg (4 perf ou perf continue avec DC 50 mg/kg sur 1h) 100 mg/kg (1 ou 2 perf)
Si enfants < 3 mois	+ gentamicine	3-5 mg/kg/j en DUJ
Avec arguments pour une listériose*	Céfotaxime ou Ceftriaxone + Amoxicilline + Gentamicine	300 mg/kg (4 perf ou perf continue avec DC 50 mg/kg sur 1h) 100mg/kg (1 ou 2 perf)  200 mg/kg (4 perf ou perf continue)  3-5 mg/kg/j en DUJ

# Durée du TRT

<i>S. pneumoniae</i>	10 -14 jours
<i>N. meningitidis</i>	4-7 jours
<i>L. monocytogenes</i>	21 jours
<i>S. agalactiae</i>	14-21 jours
<i>E. coli</i>	21 jours
<i>H. influenzae</i>	7 jours

# TRT adjuvant

- Dexaméthasone
  - Bénéfice sur la surdité si HI ou PnC si la 1ère injection est réalisée avant ou avec les antibiotiques
- Recommandé si
  - Diagn microbi initial de méningite à PnC ou ménin go, ou chez l'enfant de méningite à PnC ou HI
  - Diagn présumé sans certitude mais décision de Tt probabiliste si:
    - Indication d'une imagerie retarde la PL
    - LCR trouble ou purulent lors de la PL
    - ED négatif mais autres données permettent de retenir le diagnostic de M bactérienne

# TRT adjuvant

- Pas de prévention primaire par les anticonvulsivants
- Si HIC: correction PA, surélévation tête 20-30°, sédation, VM, bolus unique de mannitol
- Lutte contre DHE, fièvre et hyperglycémie

- PL de contrôle

- Non systématique si évolution favorable
- A 48h si Pnc avec CMI de la C3G > 0.5mg/L
- Évolution clinique défavorable
- Possible si bactérie inhabituelle

# Surveillance

- Avant la sortie de l'hôpital ou dans les 15j suivant la fin du traitement
  - Examen neurologique
  - Test auditif
- Si enfant ou adulte jeune
  - Discussion des tests immunologique (atcd inf. bac sévères, fratrie, mening récidiv, sérotype vaccinal, germes inhab)
  - EPP si Méningite à PnC
- Un mois après la sortie
  - Examen neuro
  - Test auditif
  - EEG si Tt anti-épileptique prescrit
- Jusqu'à un an
  - Si enfant: sur /3 mois pds 1 an (audition, adaptation scolaire)
  - Adulte: évaluer cliniquement l'audition, les séquelles cognitives et rechercher une dépression

*B\_MENINGITE TBC : traitement antiTBC*

*C\_MENINGITE VIRALE : pas de traitement  
spécifique*

# *COMPLICATIONS PRECOCES*

- ✓ Dissémination
- ✓ Abscès cérébral
- ✓ Empyème
- ✓ Ventricule
- ✓ État de mal convulsif

# *SEQUELLES*

- ✓ Auditives
- ✓ Neurologiques :HDC ;déficit moteur ;RPM et l'épilepsie

# *PREVENTION*

## *MENINGOCOQUE*

- VACCINATION :meningo A et C
- ANTIBIOPROPHYLAXIE
- DECLARATION OBLIGATOIRE

# *PNEUMOCOQUE*

- VACCINATION: SI TERRAIN PARTICULIER
- PREVENAR 13

# *HEMOPHILUS INFLUENZAE b*

□ ISOLEMENT

□ ANTIBIOPROPHYLAXIE SI ENFANT NON  
OU MAL VACCINE



***CONCLUSION***

***BONNE CONTINUATION***