

Méningites	Méningocoque	Pneumocoque	BGN	Tuberculeuse	Listeria	Virale
Étiologie	<i>Neisseria Meningitidis</i> (diplocoque G - encapsulé) Pic de survenue en hiver, cas groupés, absence de vaccination	<i>Streptococcus pneumoniae</i> (diplocoque G+ encapsulé) Facteurs de risque : ID, absence de vaccination, brèche ostéoméningée, infection ORL ou pulmonaire	<i>E. Coli</i> chez sujets âgés <i>H. Influenzae</i> chez ID	<i>Mycobacterium complexe tuberculosis</i>	<i>Listeria monocytogene</i> (bacille G+) Terrain : > 50 ans, grossesse, alcoolisme, ID	○ <i>Entérovirus</i> : +/- prodromes digestifs ○ <i>Oreillons</i> : conatge 3 semaine avant, absence vaccination, parotidite ○ <i>Varicelle/Zona</i> : ATCD varicelle, vésicules ○ PI à VIH : exposition à risque sexuel ou sanguin dans les 3 semaines précédentes ○ <i>HSV1, HSV2, CMV, EBV</i> : syndrome mononucléosique
Physiopathologie	Transmission interhumaine	Diffusion par contiguïté à partir foyer ORL / portage oropharyngé (brèche ostéoméningée) Ou diffusion hématogène Pas de transmission interhumaine			Hématogène à partir tube digestif Pas de transmission interhumaine	Infection muqueuses respiratoires ou intestinales puis multiplication dans amygdales ou tissu lymphatique intestinal Dissémination hématogène ou neurogène
Syndrome méningé	– Céphalées violentes, diffuses en casque – Photophobie – Nausées, vomissements – Raideur de nuque – Fièvre – +/- signes neurologiques centraux					
Clinique	▪ Début brutal ▪ Syndrome méningé franc ▪ Pas de signe de focalisation	▪ Début brutal, infection récente ou en cours ▪ Syndrome méningé franc	▪ Tableau trompeur du fait de l'âge	▪ Début progressif ▪ Fébricule, sueurs ▪ Syndrome méningé frustré	Rhombencéphalite avec syndrome méningé : - Début progressif	▪ Allure bénigne ▪ Syndrome méningé intense, début brutal ▪ Fièvre élevée

	▪ Purpura	▪ +/- purpura ▪ Signes de localisation fréquents, coma, convulsions		▪ Signes généraux : AEG ▪ Manifestations psychiatriques, signes de focalisation neurologique	- Atteinte tronc cérébral (Nerfs crâniens++)	▪ Signes extra-méningés : myalgies, rash, symptomatologie digestive
Paraclinique	<u>LCS</u> : purulent Hémocultures	<u>LCS</u> : purulent Hémocultures	Examen direct : négatif, culture positive	<u>LCS</u> : lymphocytaire Hyponatrémie (SIADH) Radio thorax : séquelles de PI	<u>LCS</u> : panaché Hypoglycorachie Hémocultures	<u>LCS</u> : lymphocytaire Examen virologique
Évolution	Décès	Décès	Décès	Variable +/- décès	Variable +/- décès	Guérison
Traitement	▪ ATB : Probabiliste : C3G (Ceftriaxone, Cefotaxime) 4-7 jours ▪ Déxaméthasone IV 4 jours ▪ <u>Symptomatique</u> : antipyrétique, antalgiques, antiémétiques	▪ ATB : C3G (Ceftriaxone, Cefotaxime) 10-14 jours ▪ Déxaméthasone IV 4 jours ▪ <u>Symptomatique</u> : antipyrétique, antalgiques, antiémétiques	▪ ATB : C3G (Ceftriaxone, Cefotaxime) ▪ Déxaméthasone IV 4 jours ▪ <u>Symptomatique</u> : antipyrétique, antalgiques, antiémétiques	▪ Quadrithérapie 2 mois puis bithérapie 4 mois ▪ Corticothérapie	▪ ATB : amoxicilline + gentamicine 3 semaines. Si allergie : cotrimoxazole ▪ <u>Symptomatique</u> : antipyrétique, antalgiques, antiémétiques	▪ <u>Symptomatique</u> : antipyrétique, antalgiques, antiémétiques ▪ Si PI VIH : tt antirétroviral
Prévention	Précautions gouttelettes ATB prophylaxie des sujets contacts (Rifampicine) Vaccination de l'entourage : vaccin C ou ACYW135 DO	Vaccination Recherche et Tt de la porte d'entrée ORL ou pulmonaire ATB prophylaxie (Pénicilline) chez splénectomisés récents		Vaccination BCG Dépistage et Tt des infections tuberculeuses latentes	Règles hygiène alimentaire chez sujets à risque Contrôle sanitaire des aliments	Vaccination oreillons et poliomyélite Prévention VIH

