

CHAPITRE 24

Méningites virales

- I. Méningites infectieuses non purulentes
- II. Méningo-encéphalites infectieuses

Item et objectifs du CNCI

Item 148 – UE 6 – Méningites, méningo-encéphalites chez l'adulte et l'enfant

- Connaître l'épidémiologie des méningites et encéphalites chez l'enfant.
- Diagnostiquer un purpura fulminans (voir item 328), une méningite, une méningo-encéphalite.
- Connaître les principaux agents infectieux responsables de méningites, de méningo-encéphalites, d'abcès cérébraux.
- Connaître la conduite à tenir dont le traitement en urgence face à un purpura fulminans, une suspicion de méningite ou de méningo-encéphalite, au domicile, au cabinet médical et aux urgences hospitalières.
- Hiérarchiser les examens complémentaires en cas de suspicion de méningite, de méningo-encéphalite.
- Interpréter le résultat d'un examen du liquide céphalorachidien.

348

Avant de commencer...

Méningites virales (souvent appelées à tort méningites « à liquide clair »)

Elles sont les plus fréquentes des méningites infectieuses chez l'enfant. Les agents responsables les plus fréquents sont les entérovirus (dont les virus ECHO).

Le diagnostic est porté devant l'identification d'un LCR d'aspect optique non purulent (translucide, parfois opalescent) avec une réaction cellulaire modérée (< 500 éléments/mm³), de formule lymphocytaire ou panachée (50–100 % de lymphocytes), demeurant stérile à la culture.

Méningo-encéphalites infectieuses

Elles sont aussi essentiellement d'origine virale.

Les signes encéphalitiques sont notamment des troubles prolongés de la conscience ou du comportement, des signes neurologiques en foyer, des crises convulsives volontiers durables.

L'urgence est de porter le diagnostic de (méningo-)encéphalite herpétique, dont la moindre suspicion doit faire débiter immédiatement un traitement probabiliste par aciclovir IV.

I. Méningites infectieuses non purulentes

A. Généralités

Les méningites infectieuses non purulentes sont avant tout d'origine virale :

- entérovirus dont virus ECHO (surtout);
- virus coxackie (plus rare);
- mais aussi : HHV6, virus varicelle-zona, virus EBV ou ourlien;
- en redoutant toujours : HSV (à évoquer systématiquement en cas d'atteinte encéphalique sévère).

Des bactéries sont plus rarement en cause :

- BK : méningite tuberculeuse (enfants immigrés ou immunodéprimés);
- *Listeria* (exceptionnel).

Étiologie fréquente chez l'enfant : méningite virale à entérovirus.

B. Diagnostic

1. Présentation clinique

Les données anamnestiques et cliniques devant faire suspecter le diagnostic de méningite (bactérienne ou virale) sont identiques à celles mentionnées dans le chapitre 23.

Tout syndrome méningé fébrile ou tout signe suspect chez le nourrisson doit faire pratiquer une ponction lombaire (en l'absence de contre-indication).

Données anamnestiques évocatrices d'une méningite virale à entérovirus :

- contexte épidémique : plusieurs cas en collectivité;
- caractère saisonnier : été, début d'automne;
- âge : le plus souvent entre 5 et 14 ans;
- manifestations cliniques associées : éruptions, diarrhées, algies diffuses.

Il est indispensable de faire préciser une antibiothérapie en cours, pouvant mettre en défaut l'analyse microbiologique directe du LCR.

Faire préciser la prise en cours d'une antibiothérapie.

2. Situations d'urgence

Recherche d'une atteinte encéphalitique : voir paragraphe II. B. 1. Enquête clinique.

La situation d'urgence demeure le diagnostic de (méningo-)encéphalite herpétique, en raison de son pronostic redoutable.