

LES MENINGITES ET LES ENCEPHALITES

	Les encéphalites virales		Les méningites
Définition	Inflammation du cerveau		Atteinte infectieuse des méninges : dure-mère, arachnoïde et pie- mère
Classification	Encéphalites post- infectieuses ou encéphalites aigue disséminée (EAD ; 5 à 6 fois + fréquentes)	Encéphalites avec réplikat° virale intracérébrale (+ rare)	Le syndrome méningé Méningite décapité Méningites purulentes, méningites lymphocytaires, méningite tuberculeuse, ...
Fonctionnement	Les Ac dirigé contre 1 virus peuvent- ê toxiq pr le cerveau ; on va retrouver l'inflammat° du cerveau ; ce st des maladies auto immunes du SNC		C'est 1 syndrome clinique reposant sur 3 signes fonctionnels : céphalées, vomissements, constipat° + photophobie

-
- 1 Tâche cutanée rouge- violacée qui ne disparaît pas à la vitropress° (les vaisseaux se st rompus, extravasas° du sang ds les tissus) = extrême URGENCE : ATB ; évoque 1 méningite à méningocoque
 - 2 On n'arrive pas à monter les jambes tendues ; les jambes vt se fléchir

Symptômes	Fièvre, trble de la conscience, convuls°	Fièvre, trbles digestifs, trbles neurologiq (crises focalisées, convuls°, ...)	Fièvre, vomissements, purpura fulminans ¹ Raideur de nuque douloureuse et invincible / signe de Kernig, de brudzinski ² Signes moins francs chez le nourrisson (méningite à nuque molle, cri plaintif, geignard, fontanelle antérieure bombante)
Examens	Pas d'interféron alpha A l'EEG : aspect pseudo- périodiq ds les encéphalites herpétiq TDM cérébral	EEG : complexes lents périodiq TDM cérébral : lés° hypodenses hétérogène, sv° de localisat° fronto- temporale IRM? La PL pe ê normale ds les formes disséminées Présence de l'interféron alpha	Ponct° lombaire ³ + glycémie capillaire (sauf ds syndrome méningé non fébrile) TDM Fond d'oeil Exam direct du LCR, NF, PCR, bilan ionique rénal et hépatique, crase sanguine (méningite décapitée)

3 Cytologie = polynucléaires altérés, protéinorachie, glycorrachie, chlorurorachie / Le LCR est différent chez l'enft et l'adulte : n- né = 7,5 cellules / mm³ / La glycorrachie dt ê interprété en fonct° de la glycémie / Tte hypoglycémie va entraîner une hypoglycorrachie

4 Les signes cérébelleux débutent 3 à 5 j après l'érupt° ; peuvent- être très intense ; associé à des trbles digestifs (vomissements incoercibles) ; parfois post- vaccinale ; évolut° favorable

5 Age moyen de début = 6 ans ; ATCD infectieux ds 70% des cas ; phase d'extens) en 15j en moyenne ; paires crâniennes 6, 7, 9 et 10 st les + touchées ; convuls° ds 50% des cas ; trbles respiratoires, trbles de la déglutit° ds 50% des cas ; évolut° grave : 3 décès pr 6 cas ; séquelles possible

Formes cliniques	- cérébellites (surtt ds la varicelle ⁴) - hémiplésies aiguës - encéphalites du tronc cérébral ou rhombencéphalites ⁵ - encéphalites des noyaux gris ⁶ - encéphalomyélite à rechute ⁷	L'encéphalite herpétique	LCR franchement purulent = méningite purulente (ATB en URGENCE) LCR hémorragique = hémorragie méningée ou PL hémorragique LCR clair = méningite (virale, ...) ou encéphalite virale
Survenue		Infect° néonatale (enft contaminé pdt l'accouchement) Nourrisson (6 mois- 5 ans) Rechute à herpès ⁺⁺⁺	
Etiologie	EBV, virus parainfluenzae et influenzae, agents infectieux non viraux (<i>Mycoplasma pneumoniae</i>), pas d'étiologie retrouvée ds 30 à 50% des cas	L'herpès buccal ou vaginal, entérovirus, oreillons, rougeole, rage, ...	Virale (ts les virus peuvent donner une méningite) Méningocoque, pneumocoque, haemophilus
Particularités neuropathologique		Oedème cérébral localisé ou généralisé, augmentat° du pds du cerveau, risq d'engagement cérébral (ds le trou occipital) = décès ds l'h	

6 Syndrome Parkinsonien possible

7 Fièvre, céphalées, nuque raide, trbles de la conscience, ... Crises convulsives ds 60% des cas

<p>Traitement / Surveillance</p>		<p>Pr tte suspic° d'encéphalite = Zovirax, 15 mg / kg en IV lente ttes les 8h ; hospit en Réa (intubat°, ventila° assistée selon conscience, trbles déglutit°) ; ttt antiépileptiq, antioedème cérébral, lutte contre hyponatrémie ; soins de nursing⁺⁺⁺</p>	<p>Surveiller les fonct° vitales⁺⁺⁺ Regarder tt le revêtement cutané Inject° de la 1ère dose d'ATB⁺⁺⁺ (Amoxicilline, Céphalosporine) Repos neuro- sensoriel Antipyrétique, antalgique, perfus° si vomissements abondants et intolérance alimentaire Surveillance clinique et biologique ATBiothérapie : Céfotaxine pr haemophilus, Céfotaxine + Vancomycine pr le pneumocoque et Amoxicilline pr méningocoque Vaccination contre le pneumocoque : Prévenar</p>
<p>Diagnostic différentiel</p>			<p>Raideur cervicale ; méningismes de Dupré (la raideur de nuque n'est pas invincible)</p>
<p>Critères de guérison</p>			<p>PL de contrôle, 48h après le début du ttt⁸</p>

8 Les cellules peuvent augmenter ; la protéinorrhachie peut augmenter ; la glycorrachie peut rester basse ; l'examen direct peut rester négatif mais la culture doit- être
NEGATIVE⁺⁺⁺