MedWiki-DZ (https://www.medwiki-dz.com/)

Méningite tuberculeuse

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:35

MedWiki-DZ:

Méningite tuberculeuse

https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:meningite_tuberculeuse

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:35 - Imprimé le : 2024/09/16 12:27



Table des matières

| Meningite tuberculeuse | I |
|---|-----|
| Méningite tuberculeuse | . 1 |
| 1. Introduction | . 1 |
| 1.1. Définition | . 1 |
| 1.2. Intérêt | |
| 1.3. Épidémiologie | . 1 |
| 2. Physiopathologie | . 1 |
| 3. Anatomo-pathologie | . 1 |
| 4. Clinique | . 2 |
| 4.1. TDD: forme de l'enfant et de l'adolescent (3-15 ans) | . 2 |
| 4.2. Formes cliniques | . 2 |
| 5. Examens complémentaires | . 3 |
| 5.1. Ponction lombaire et étude du LCR | . 3 |
| 5.2. Fond d'œil | . 3 |
| 5.3. Radiographie pulmonaire | . 3 |
| 5.4. IDR à la tuberculine | . 3 |
| 5.5. Autres explorations (neurologiques) | |
| 6. Diagnostic positif | 4 |
| 7. Diagnostic différentiel | . 4 |
| 8. Traitement | . 4 |
| 8.1. Moyens et indications | . 4 |
| 8.2. Surveillance | . 4 |
| 8.3. Pronostic | . 4 |
| 9. Prévention | . 5 |
| 10. Conclusion | . 5 |

Méningite tuberculeuse

1. Introduction

1.1. Définition

- Localisation du BK sur les méninges, et éventuellement dans le tissus nerveux
- Responsable d'un syndrome méningé et/ou encéphalique

1.2. Intérêt

- Gravité, surtout les 3 premières années de la vie
- Prévention (BCG)

1.3. Épidémiologie

• 1,2% des TEP en Algérie en 2013

2. Physiopathologie

• Dissémination hématogène, à partir d'un foyer pulmonaire le plus souvent

1. Méningite post-primaire :

- Foyer initial = PIT pulmonaire
- Plus fréquente durant les premières années de la vie, recrudescence à l'adolescence

2. Méningite tardive :

- Plus rare
- Soit réactivation d'un foyer méningo-encéphalique ancien
- Ou dissémination hématogène à point de départ autre que pulmonaire

3. Anatomo-pathologie

- Trois lésions : exsudat méningé, lésions vasculaires, hydrocéphalie
- Souvent associée à d'autres atteintes (dissémination hématogène)

4. Clinique

4.1. TDD : forme de l'enfant et de l'adolescent (3-15 ans)

1. Phase prodromique:

- Troubles du caractère (triste, indocile...)
- Signes généraux (fièvre, anorexie, asthénie)
- Parfois, signes fonctionnels (céphalées, vomissements, convulsions) ⇒ PL

2. Phase de début :

- Signes généraux nets (fièvre 38°C, AEG, troubles du comportement, du sommeil)
- Signes fonctionnels (céphalées, vomissements en jet, troubles du transit)
- Parfois, signes physiques (atteinte basilaire (strabisme, diplopie) ou bulbaires (pouls et/ou respiration irrégulière))
- Triade d'appel : fièvre, céphalées, vomissements ⇒ PL

3. Phase d'état:

- Signes généraux (fièvre élevée irrégulière, amaigrissement)
- Signes fonctionnels (triade méningée (céphalées, vomissements en jet, constipation))
- Signes physiques :
 - Position en chien de fusil, photophobie (dos à la lumière)
 - Troubles de la conscience (hostilité, obnubilation, somnolence, torpeur)
 - Signes méningés (raideur discrète, hyperesthésie cutanée)
 - Signes basilaires (troubles vasomoteurs (chaleur, pâleur, sueurs, raie méningitique), paralysie oculaire (III, IV))
 - Signes neurologiques (mouvements anormaux, paralysie faciale, troubles sphinctériens)

4. Phase de coma:

- Phase terminale, quérison sans séquelles rare
- Coma + syndrome méningé + troubles neurologiques (signes oculaires, convulsions) et surtout troubles neuro-végétatifs (irrégularité du rythme cardiaque et respiratoire)

4.2. Formes cliniques

1. Nourrisson:

- Tableau banal au début (fièvre modérée, anorexie, vomissements, diarrhée, amaigrissement)
- Signes neurologiques tardifs

2. Adulte:

- Grand polymorphisme clinique
- o Fréquence des troubles psychiques et neurologiques, qui peuvent être isolés (des

- semaines) avant de voir le tableau classique
- Formes neurologiques : troubles moteurs (épilepsie, paralysie, secousses choréiforme) et sensitifs
- Formes psychiques : polymorphe (délire, dépression, démence)

5. Examens complémentaires

5.1. Ponction lombaire et étude du LCR

- **PL**: Fond d'œil pas obligatoire avant PL (peu sensible à une HIC), TDM obligatoire si : disponible, signe de focalisation, HIC, trouble de la conscience, convulsions
- LCR: liquide clair hypertendu
 - Hyper-protéinorachie constante (entre 0,5 et 2 g/l)
 - Hypo-glycorachie constante (corrélé à la glycémie, entre 0,25 et 0,5 g/l) ⇒ valeur diagnostic +++
 - Hyper-cytose (> 500/mm³) à prédominance lymphocytaire
 - Bactériologie rarement positive au frottis (pauci-bacillaire), culture 60 à 100% de rendement ⇒ élément fondamental du diagnostic

5.2. Fond d'œil

- Intérêt diagnostic (tubercules de Bochut dans 20% des cas)
- Nécessaire à la surveillance de l'évolution

5.3. Radiographie pulmonaire

- Systématique
- À la recherche de séquelles de PIT (50% des cas) ou d'une miliaire associée (20%)

5.4. IDR à la tuberculine

• Élément de présomption

5.5. Autres explorations (neurologiques...)

• Dans le cadre du bilan d'extension et lésionnel

6. Diagnostic positif

- Interrogatoire : présomption
- Examen clinique : syndrome méningé et/ou encéphalique
- Para-clinique :
 - LCR: en général suffisante pour introduire le traitement (clair, hyper-prot, hypogly) en attendant la culture (= confirmation dans 60 à 100% des cas)

7. Diagnostic différentiel

- Méningite lymphocytaire bénigne (virale...)
- Méningite bactérienne décapitée

8. Traitement

8.1. Moyens et indications

- Hospitalisation
- Régime de catégorie I (2 RHZE/4 RH)
- Corticothérapie indiquée si HIC ou signes neurologiques focalisés, chaque 8h à des doses rapidement dégressives
- Soins de support, pouvant aller jusqu'aux mesures de réanimation et de ventilation mécanique en cas de troubles sévères de la conscience ou des fonctions végétatives (notamment troubles du rythme respiratoire)
- Dérivation externe en cas d'hydrocéphalie

8.2. Surveillance

- Surveillance du traitement anti-tuberculeux
- Surveillance des troubles neurologiques

8.3. Pronostic

- Précocité du diagnostic et du traitement
- Terrain (risque de décès d'autant plus grand que l'enfant est plus jeune ou qu'il existe des tares sous-jacentes)

9. Prévention

- Vaccination BCG
- Traitement des PIT et des malades contagieux

10. Conclusion

Toute méningite subaiguë, fébrile, avec hypo-glycorachie doit être considérée comme tuberculeuse jusqu'à preuve du contraire.

— Résumé basé sur le cours de Dr Benazzouz (DEMS 2017)