

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

Méningite tuberculeuse

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

MedWiki-DZ :

Méningite tuberculeuse

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

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:35** - Imprimé le : **2026/01/22 08:37**



Table des matières

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

Méningite tuberculeuse

1. Introduction

1.1. Définition

- Localisation du BK sur les méninges, et éventuellement dans le tissu 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, guérison 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
- 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 choréiformes) 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 ($> 500/\text{mm}^3$) 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 diagnostique (tubercules de Bochet 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, hypo-gly) 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)*