



Extrait du Campus de Neurochirurgie

<http://campus.neurochirurgie.fr/spip.php?article295>

Pathologies simplifiées : Méningite et abcès cérébraux

- Etudiant en Médecine - Méningite et abcès cérébraux -

Date de mise en ligne : mardi 15 juillet 2008

Campus de Neurochirurgie

Méningite bactérienne

Clinique

Le syndrome méningé fébrile associant céphalée aiguë rapidement progressive, photophobie, vomissement, raideur méningée

La ponction lombaire, à faire après fond d'oeil pour éliminer un oedème papillaire ou après un scanner cérébral ;

Permet le diagnostic en retrouvant une hypoglycorachie, une hyperprotéinorachie, une hypercytose à polynucléaire, des germe à l'examen directe et à la culture

Germe

- ▶ Méningocoque : méningite épidémique des collectivités ou sporadique, incubation de 2 à 4 jours, associée à un herpès labial et un purpura pétéchial.
- ▶ Pneumocoque : secondaire à une suppuration otomastoidienne, une infection respiratoire pneumococcique, une fistule ostéodurale post traumatique. Volontiers récidivante
- ▶ Haemophilus. Fréquente chez l'enfant, primitive ou complication d'une otite ou d'une sinusite
- ▶ Staphylocoque, souvent postopératoire
- ▶ Streptocoque, porte entrée orl, dentaire, postraumatique (fistule)

Facteurs de gravité

Trouble de la vigilance, coma, signe de localisation neurologique, convulsion, état de mal épileptique, choc septique, purpura fulminans, coagulation intravasculaire disséminée.

Traitement

Une antibiothérapie IV, selon l'âge, sans attendre le résultat de la ponction lombaire dès que le diagnostic est évoqué. Ampicilline 1 à 2 g en IVD puis 200mg/kg.j. Il faut souvent y ajouter un aminoside pour une large couverture. Après une chirurgie on utilise souvent la vancomycine plus cefotaxime, une adaptation est fait en fonction des résultats bactériologiques

Abcès cérébraux

Définition

Suppuration intra cérébrale

Germe

Tous les germes peuvent être en cause mais les streptocoques, staphylocoques, bacilles gram - et anaérobie sont les plus fréquents. Il existe très souvent une flore polymicrobienne

Etiologie

- ▶ Abcès post traumatique, lié à une fracture intéressant une cavité septique (sinus, caisse du tympan, cellules mastoïdiennes)
- ▶ Abcès de contiguïté par infection ORL suppurée (otite, sinusite)
- ▶ Abcès de diffusion hématogène à l'occasion d'une infection pulmonaire, d'une endocardite, d'une septicémie, Ils sont favorisés par une fistule artérioveineuse pulmonaire ou une cardiopathie cyanogène.
- ▶ Abcès postopératoire, chirurgie tumorale ou traumatique
- ▶ Terrain favorisant, immunodéprimé, diabétique

Clinique

Se présente comme une tumeur cérébrale d'évolution subaiguë. Les abcès sont plus volontiers épileptogène, le syndrome infectieux clinique ou biologique manque le plus souvent. L'HTIC est fréquente.

Examen complémentaire

Le scanner cérébral sans et avec injection retrouve une lésion hypodense avec oedème périlésionnel marqué, se rehaussant de manière annulaire (aspect en cocarde). Actuellement l'IRM facilite le diagnostic avec les séquences en diffusion et la spectroscopie. Permet de retrouver l'origine ORL de l'abcès, mais souvent patient guéri de son affection.

Forme clinique ; l'empyème sous dural qui peut se voir dans les mêmes circonstances, souvent après affection ORL

Traitement

Ponction simple et antibiothérapie IV prolongée trois semaine par voie veineuse et trois mois per os

Pour l'empyème il faut être large avec réalisation d'un volet décompressif, plus une antibiothérapie de même durée que l'abcès.

Résultats

10% de décès, 30% de séquelles, 15% d'épilepsie, 55% de guérison.