

#001

Objectifs du carnet

Méningites, Méningoencéphalites et Abscès Cérébral

Carte de révision neurologique

- 1 Triade méningite: fièvre, raideur méningée, céphalée; présentation incomplète fréquente.
- 2 Encéphalite: confusion, crise, déficit focal ou trouble du comportement.
- 3 Antibiothérapie probabiliste immédiate si purpura, sepsis ou délai de PL.
- 4 Scanner avant PL si déficit focal, trouble vigilance, immunodépression ou crise récente.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

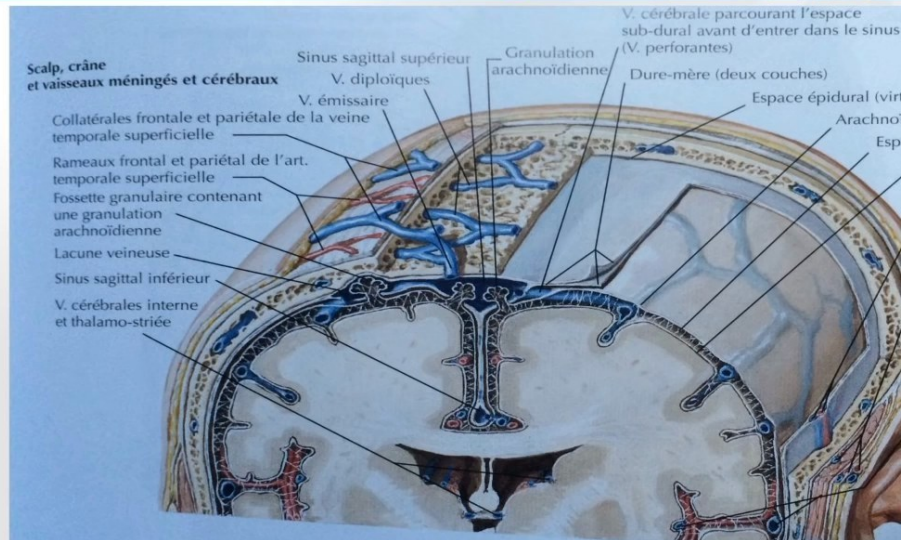
Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Reconnaître une méningite, une méningoencéphalite ou un abcès cérébral comme une urgence diagnostique et thérapeutique.
- Identifier immédiatement purpura, sepsis, trouble de conscience, déficit focal, crise ou immunodépression.
- Ne jamais retarder l'antibiothérapie probabiliste si la ponction lombaire ou l'imagerie est différée.
- Savoir associer avis infectiologique, neurologique, réanimation et neurochirurgie selon le tableau.

#002

Reconnaître et localiser

I] Rappels anatomiques : Méninges et vascularisation superficielle du crâne



Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Triade méningite: fièvre, céphalée, raideur méningée; elle est souvent incomplète chez le sujet âgé ou immunodéprimé.
- Méningoencéphalite: confusion, crise, déficit focal, trouble du comportement ou altération rapide de vigilance.
- Avant toute antibiothérapie si possible: hémocultures, puis ponction lombaire avec analyse du LCR en urgence.
- Scanner avant PL seulement si déficit focal, crise récente, immunodépression, trouble majeur de vigilance ou signe d'engagement.

#003

Bilan, traitement et surveillance

III] Hématomes extra-duraux

- **Terrain :**
 - Adulte < 40 ans
- **Processus physiopathologique :**
 - Traumatisme crânien d'intensité modérée
 - Lésion artérielle (80%) : Artère méningée (moyenne+++)
 - Et/ou lésion veineuse (20%) : Veines diploïques et/ou sinus

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Si PL retardée: hémocultures puis dexaméthasone et antibiothérapie probabiliste sans attendre le scanner.
- LCR: pression, cellules, formule, protéines, glucose sanguin associé, Gram, culture et PCR selon contexte.
- Suspicion d'encéphalite herpétique: aciclovir IV précoce, sans attendre la PCR HSV.
- Abscès cérébral: IRM ou scanner injecté, antibiothérapie adaptée, discussion neurochirurgicale si effet de masse ou drainage.

#004

Pièges d'examen

- Pour Méningites, Méningoencéphalites et Abscès Cérébral, un signe neurologique fluctuant ou incomplet peut malgré tout révéler une urgence.
- Pour Méningites, Méningoencéphalites et Abscès Cérébral, toujours chercher médicament, toxique, infection, trouble métabolique et terrain vasculaire.
- Pour Méningites, Méningoencéphalites et Abscès Cérébral, la normalité d'un premier examen ne dispense pas de réévaluer si le tableau évolue.
- Pour Méningites, Méningoencéphalites et Abscès Cérébral, la conduite à tenir doit préciser surveillance, alerte et critères d'avis spécialisé.

#005

Synthèse opérationnelle

- Pour Méningites, Méningoencéphalites et Abscès Cérébral, localiser la lésion, dater le début, mesurer la gravité et choisir l'examen qui tranche.
- Pour Méningites, Méningoencéphalites et Abscès Cérébral, traiter immédiatement hypoglycémie, état de mal, infection grave, AVC ou compression suspectée.
- Pour Méningites, Méningoencéphalites et Abscès Cérébral, documenter autonomie, déglutition, respiration, marche, douleur et retentissement cognitif.
- Pour Méningites, Méningoencéphalites et Abscès Cérébral, organiser suivi, rééducation, prévention secondaire et éducation du patient.

Sources: Référentiel du Collège des Enseignants de Neurologie; Recommandations HAS, SFNV et sociétés savantes selon les thèmes; Supports locaux SSD1/Alex/7- Neurologie; Banque d'images recadrées SSD1/Carnets/phase1_collecte