

## UNE CONFUSION FEBRILE

## CAS CLINIQUE

- Patient, âgé de 66 ans; admission au service des urgences pour « syndrome confusionnel aigu ».
- Absence d'antécédents notables ni thérapeutiques. Absence d'habitudes toxiques.
- Agitation et hallucinations auditives.
- Syndrome fébrile : 38,5°
- Examen clinique :
  - Score de Glasgow à 13 (Y4, M5, V4)
  - Absence de déficit focalisé neurologique
  - « Nuque raide »
- Examens biologiques :
  - CRP : 120 mg/l
  - Numération sanguine plaquettes : « normale »
  - Créatinémie : 70 µm/l

## EXAMEN CLINIQUE / CAS CLINIQUE

- Le scanner cérébral sans injection, réalisé en urgence, est normal
- La ponction lombaire objective un liquide céphalo-rachidien clair.

Les analyses indiquent les éléments suivants :

- Cellulorachie :
  - 160 éléments/mm<sup>3</sup> parmi lesquels 60 % de lymphocytes
  - quelques hématies
- Protéïnorrhée : 0,90 g/l
- Glycorachie : normale
- Examen direct bactériologique « négatif »

## Diagnostic syndromique

- « **méningo-encéphalite** » **aigüe fébrile** :
  - Syndrome méningé,
  - Syndrome encéphalitique

## Diagnostic étiologique évoqué

- « Etiologie / méningo-encéphalite »
- Orientation clinique :
  - Hallucinations auditives → atteinte cérébrale « temporo-frontale », évocatrice d'infection herpétique.
- Infection à « Herpès Simplex Virus » : HSV  
Chez l'adulte, la méningo-encéphalite (MEH) herpétique est essentiellement due à Herpès Simplex Virus de type 1 (HSV – 1)  
Plus de 90 % des méningo-encéphalites herpétiques de l'adulte et de l'enfance de plus de 2 ans, sont dues à HSV – 1.
- Infections primaires et récurrences peuvent être à l'origine de la MEH

## Examens complémentaires

- Analyse du liquide céphalorachidien : examen de référence.
    - Polymerase Chain Reaction (PCR) sur LCR pour mise en évidence de l'ADN du virus Herpès (HSV – 1, HSV – 2).
    - Examen diagnostique le plus puissant : spécificité et sensibilité > 95 %. Positivité précoce.
    - Résultat obtenu en 24 à 48 heures.
    - La PCR/HSV peut être négative lorsque la recherche est effectuée très précocément.
  - Le scanner cérébral retrouve typiquement des lésions hypodenses temporales ou fronto-temporales, uni ou bilatérales. Initialement, il peut être normal.
  - L'IRM cérébral est plus sensible et anormal plus précocement :
    - Hypo signal en T1 localisé le plus souvent aux régions temporo-frontales,
    - Et un hyper signal en T2 dans les zones oedémateuses,
    - Et un hyper signal T1 et T2 dans les zones hémorragiques
- NB : « L'électro-encéphalogramme », s'il est réalisé, retrouve fréquemment des anomalies temporales unis ou bilatérales : aspect pseudo-périodique avec des ondes lentes, de courte périodicité.

## Diagnostic différentiel

- **Causes Bactériennes :**
    - **Listériose méningée :**
      - Valeur du terrain
      - Encéphalite plus souvent localisée au niveau du tronc cérébral : « rhombocéphalite ».
      - Liquide céphalo-rachidien :
        - Cellulorachie panachée mais possible prédominance lymphocytaire,
        - Glycorachie plutôt basse,
        - Protéinorachie plus élevée
      - Diagnostic : culture du LCR, hémocultures.
    - **Méningo-encéphalite tuberculeuse :**
      - Evolution Subaiguë
      - Terrain
      - Glycorachie basse ; protéinorachie élevée
      - Imagerie : « méningite basilaire, « dilatation ventriculaire »
      - Examen direct / LCR recherche BK : peu productif
      - Cultures : résultat tardif
      - PCR / BK
- ⇒ Arguments diagnostiques : épidémiologie et clinique !

## Diagnostic différentiel (Suite)

- « **Méningite bactérienne « décapitée »** par une antibiothérapie :
  - « Signes d'encéphalite rares »
  - LCR :
    - Souvent prédominance de polynucléaires,
    - Protéinorachie élevée, glycorachie basse,
    - Antigènes solubles bactériens parfois positifs
- **Causes bactériennes rares :**
  - Tableau clinique surtout subaigu et contexte épidémiologique particulier :
    - Neurosyphilis,
    - Neurobrucellose,
    - Maladie de Lyme,
    - Rickettsiose,
    - Mycoplasme, chlamydia, legionella...
    - Leptospirose

## Diagnostic différentiel (Suite)

- « **Causes virales « non herpétiques »** :
  - **Étiologies rares :**
    - VIH
    - Grippe
    - Virus ourlien
    - Entérovirus
    - Epstein-Barr virus
    - CMV
    - VZV
    - Rougeole
    - Rubéole
    - « Arboviroses »
    - Rage...

## Thérapeutique

« **Urgence thérapeutique** » devant toute suspicion de méningo-encéphalite herpétique et **sans attendre la confirmation diagnostique.**

⇒ **Traitement antiviral :**

- Aciclovir : **Zovirax\***
- Voie veineuse
- 10 mg/kg en perfusion périphérique IV lente 1 heure, 3 fois/jour (toutes les 8 heures) pendant 21 jours (3 semaines)
- Environnement médical sécurisé chez ce patient présentant des « hallucinations » et une confusion

Traitement anticonvulsivant si besoin.

## Evolution - Pronostic

- Evolution spontanée :
  - 80 % de mortalité
  - Séquelles neurologiques majeures chez les survivants

## EVOLUTION AVEC THERAPEUTIQUE

- La précocité du traitement conditionne l'évolution !
  - Guérison sans séquelles : 40 % des cas
  - Mortalité : 30 % des cas
  - Séquelles : 30 % des cas
    - Troubles du langage ou du comportement
    - Déficits mnésiques
    - Déficit intellectuel, possible
    - Démence
    - Epilepsie séquellaire
    - Rares séquelles motrices