

ITEM 151 (ex-148) : MÉNINGITE ET MÉNINGO-ENCÉPHALITE CHEZ L'ENFANT

MÉNINGITE PURULENTE

Méningite bactérienne : beaucoup plus fréquente chez l'enfant, 2,2/100 habitants/an en France
- Mortalité et séquelles élevées dans les pays en voie de développement et dans les pays industrialisés

Microbiologie		<ul style="list-style-type: none"> - Pneumocoque = germe de portage des VAS du jeune enfant : méningite à pneumocoque fréquente entre 2 et 12 mois de vie \ incidence par la vaccination = 55% % des méningites de l'adulte - Méningocoque = germe de portage du rhinopharynx : 12 sérotypes, surtout B (2/3 des cas), C (1/3), W135 et Y, méningite fréquente > 12 mois (60% des méningites bactériennes), \ incidence du sérotype C par la vaccination = 25% des méningites de l'adulte - <i>Listeria</i> : 10% des méningites de l'adulte, surtout chez > 65 ans - Autres germes : - Streptocoque B : 1^{ère} cause de méningite chez le nouveau-né < 2 mois <ul style="list-style-type: none"> - E. coli : 2^e cause de méningite chez le nouveau-né < 2 mois - Haemophilus influenzae b : exceptionnellement responsable de méningites depuis la vaccination - Autres : salmonelle (drépanocytaire), staphylocoque coagulase négatif et BGN (infection nosocomiale), germe opportuniste (immunodéprimé) 						
Physiopath		<p>- Envahissement méningé : quasi-exclusivement par voie hématogène, exceptionnellement par contiguïté (brèche méningée : méningite à pneumocoque ou <i>Haemophilus influenzae</i>)</p>						
	Etapas	<ul style="list-style-type: none"> - Colonisation bactérienne : nasopharyngée (pneumocoque, méningocoque) ou digestive (<i>strepto B</i>, <i>E. coli</i>) - Survenue d'une bactériémie élevée ou prolongée → franchissement de la barrière hémato-méningée (plus perméable chez le jeune nourrisson) - Multiplication bactérienne lente dans le LCR → inflammation méningée, œdème cérébral et réduction des flux vasculaires cérébraux (ischémies, séquelles) 						
Diagnostic	C	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center; vertical-align: middle;">Chez le nourrisson</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome infectieux sévère : fièvre élevée, teint pâle ou gris, caractère geignard, somnolence, cris et pleurs inhabituels à la mobilisation, hyper-irritabilité, inconsolable - Refus du biberon, vomissements - Convulsions (même brèves et apparemment isolées) - Signes neurologiques : - Bombement de la fontanelle antérieure (en position assise, hors pleurs) <ul style="list-style-type: none"> - Modification du tonus : hypotonie de la nuque ou raideur anormale à la mobilisation du rachis, avec rejet de la tête en arrière - Signes neurologiques de focalisation - Autres : - Signes de gravité, notamment hémodynamique <ul style="list-style-type: none"> - Coexistence d'autres infections : OMA purulente (35% des méningites à pneumocoque), foyer pulmonaire </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Chez le grand enfant</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Syndrome infectieux : fièvre à début souvent brutal, parfois au décours d'une infection des VAS ou un syndrome grippal - Syndrome méningé : céphalées, cervicalgie, photophobie, vomissements, refus alimentaire - Signes neurologiques : - Raideur nucale : flexion de nuque douloureuse ou limitée, avec mouvements latéraux possibles - Signe de Kernig : la flexion sur le tronc des MI maintenus en extension entraîne une flexion invincible des jambes sur la cuisse - Signes neurologiques de focalisation </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Situations d'urgence</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Sepsis sévère : tachycardie, TRC ≥ 3s, marbrures, extrémités froides, anurie → Remplissage vasculaire, contre-indication à la ponction lombaire - Purpura fulminans : purpura rapidement extensif et nécrotique ou ecchymotique > 3 mm → Antibiothérapie par C3G IV (Ceftriaxone ++) ou IM avant transfert en réanimation - Complication cérébrale = HTIC, abcès, empyème sous-dural : troubles de conscience, coma, convulsions → 20% de décès malgré ttt → Transfert en neurochirurgie, imagerie cérébrale avant toute PL </td> </tr> </table>	Chez le nourrisson	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome infectieux sévère : fièvre élevée, teint pâle ou gris, caractère geignard, somnolence, cris et pleurs inhabituels à la mobilisation, hyper-irritabilité, inconsolable - Refus du biberon, vomissements - Convulsions (même brèves et apparemment isolées) - Signes neurologiques : - Bombement de la fontanelle antérieure (en position assise, hors pleurs) <ul style="list-style-type: none"> - Modification du tonus : hypotonie de la nuque ou raideur anormale à la mobilisation du rachis, avec rejet de la tête en arrière - Signes neurologiques de focalisation - Autres : - Signes de gravité, notamment hémodynamique <ul style="list-style-type: none"> - Coexistence d'autres infections : OMA purulente (35% des méningites à pneumocoque), foyer pulmonaire 	Chez le grand enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome infectieux : fièvre à début souvent brutal, parfois au décours d'une infection des VAS ou un syndrome grippal - Syndrome méningé : céphalées, cervicalgie, photophobie, vomissements, refus alimentaire - Signes neurologiques : - Raideur nucale : flexion de nuque douloureuse ou limitée, avec mouvements latéraux possibles - Signe de Kernig : la flexion sur le tronc des MI maintenus en extension entraîne une flexion invincible des jambes sur la cuisse - Signes neurologiques de focalisation 	Situations d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> - Sepsis sévère : tachycardie, TRC ≥ 3s, marbrures, extrémités froides, anurie → Remplissage vasculaire, contre-indication à la ponction lombaire - Purpura fulminans : purpura rapidement extensif et nécrotique ou ecchymotique > 3 mm → Antibiothérapie par C3G IV (Ceftriaxone ++) ou IM avant transfert en réanimation - Complication cérébrale = HTIC, abcès, empyème sous-dural : troubles de conscience, coma, convulsions → 20% de décès malgré ttt → Transfert en neurochirurgie, imagerie cérébrale avant toute PL
Chez le nourrisson	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome infectieux sévère : fièvre élevée, teint pâle ou gris, caractère geignard, somnolence, cris et pleurs inhabituels à la mobilisation, hyper-irritabilité, inconsolable - Refus du biberon, vomissements - Convulsions (même brèves et apparemment isolées) - Signes neurologiques : - Bombement de la fontanelle antérieure (en position assise, hors pleurs) <ul style="list-style-type: none"> - Modification du tonus : hypotonie de la nuque ou raideur anormale à la mobilisation du rachis, avec rejet de la tête en arrière - Signes neurologiques de focalisation - Autres : - Signes de gravité, notamment hémodynamique <ul style="list-style-type: none"> - Coexistence d'autres infections : OMA purulente (35% des méningites à pneumocoque), foyer pulmonaire 							
Chez le grand enfant	<ul style="list-style-type: none"> - Syndrome infectieux : fièvre à début souvent brutal, parfois au décours d'une infection des VAS ou un syndrome grippal - Syndrome méningé : céphalées, cervicalgie, photophobie, vomissements, refus alimentaire - Signes neurologiques : - Raideur nucale : flexion de nuque douloureuse ou limitée, avec mouvements latéraux possibles - Signe de Kernig : la flexion sur le tronc des MI maintenus en extension entraîne une flexion invincible des jambes sur la cuisse - Signes neurologiques de focalisation 							
Situations d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> - Sepsis sévère : tachycardie, TRC ≥ 3s, marbrures, extrémités froides, anurie → Remplissage vasculaire, contre-indication à la ponction lombaire - Purpura fulminans : purpura rapidement extensif et nécrotique ou ecchymotique > 3 mm → Antibiothérapie par C3G IV (Ceftriaxone ++) ou IM avant transfert en réanimation - Complication cérébrale = HTIC, abcès, empyème sous-dural : troubles de conscience, coma, convulsions → 20% de décès malgré ttt → Transfert en neurochirurgie, imagerie cérébrale avant toute PL 							
	PC	<ul style="list-style-type: none"> → Ponction lombaire en urgence : contre-indiquée ou différée si - Purpura fulminans ou instabilité hémodynamique : remplissage vasculaire et injection de C3G - Signes d'engorgement cérébral : hémoculture (si possible), puis antibiothérapie, puis TDM cérébrale avant PL - Signes évocateurs d'un processus expansif intracrânien : HLH, déficit sensitivo-moteur, sd cérébelleux → Bilan systématique : NFS iono, BHC, Hémostase, PCT 						

		Ponction lombaire	<ul style="list-style-type: none"> - Examen macroscopique : liquide hypertendu, purulent, trouble - Analyse cytologique : hypercellularité > 10/mm³ (liquide trouble si > 200/mm³), ou réaction panachée (PNN et lymphocytes) si examen précoce ou antibiothérapie préalable insuffisante - Analyse biochimique : protéïnorachie > 0,40 g/L, glycorachie < 40% de la glycémie, lactate > 3,2 mmol/L - Examen direct (résultats en 30 min) : bactérie visible si inoculum > 10⁵/mL → CGP en diplocoque (pneumocoque), CGN en diplocoque (méningocoque), BGN polymorphe (<i>Haemophilus</i>) - Culture microbienne systématique : confirmation, antibiogramme <p>Contre-indications de nature non neurologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infection cutanée étendue au point de ponction - Instabilité hémodynamique ou respiratoire - Trouble de l'hémostase connu (coagulopathies dont hémophilie, thrombopénie < 50 G/L), traitement anticoagulant à dose efficace, ou saignement spontané évoquant une CIVD. La prise d'antiagrégant ne contre-indique pas la PL <p>Contre-indications de nature neurologique :</p> <p>Présence de signes cliniques évocateurs d'un processus expansif intracrânien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficit moteur - Déficit sensitif d'un hémicorps à la piquûre - Hémianopsie latérale homonyme (champ visuel au doigts ou clignement à la menace) - Syndrome cérébelleux <p>Présence de signes d'engagement cérébral : troubles de la vigilance ET un ou plusieurs des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anomalies pupillaires - Dysautonomie (hypertension artérielle et bradycardie, anomalies du rythme ventilatoire) - Crises toniques postérieures - Aréactivité aux stimulations - Réactions de décortication ou de décérébration <p>Crises convulsives persistantes</p>
			Diagnostic
<p>Imagerie cérébrale</p> <p>= Scanner ou IRM : recherche d'engagement ou de complication (abcès, empyème cérébral)</p> <p>- Indication : - Signes d'engagement cérébral : mydriase unilatérale, hoquet, mouvements d'enroulement, troubles ventilatoire, instabilité hémodynamique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trouble de vigilance sévère - Crise épileptique récente ou en cours - Signe de localisation neurologique : paralysie oculomotrice, paralysie faciale ou des membres, ataxie, troubles sensitifs... <p>→ Aucune indication à l'échographie transfontanelle</p>			
TTT	<p>→ Urgence thérapeutique : hospitalisation en USI pendant les premières 24h ou d'emblée en réanimation</p> <p>- Critères d'admission en réanimation médicale : purpura extensif, instabilité hémodynamique, Glasgow ≤ 8, signes neurologiques focaux, signes de souffrance du tronc cérébral, état de mal convulsif</p>		
	Antibiothérapie	<p>→ Le pronostic dépend de la précocité de mise en route de l'antibiothérapie : début dès la réalisation de la PL ou avant si la PL est contre-indiquée ou différée</p> <p><i>Indication</i></p> <p>Dès suspicion diagnostique : si signe de détresse vitale (instabilité hémodynamique, signe d'engagement), avant la réalisation de la PL et après les hémocultures (si possible)</p> <p>Dès la réalisation de la PL ou dès ses 1^{ers} résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> - LCR purulent avec cellularité > 10/mm³ et germe à l'examen direct : probable méningite bactérienne → antibiothérapie probabiliste selon l'âge et le germe - LCR clair avec cellularité > 10/mm³ sans germe à l'examen direct : possiblement méningite de cause virale → aucune antibiothérapie en l'absence de signe de gravité 	

TTT	Antibio- thérapie	Modalité	- C3G injectable = ceftriaxone ou céfotaxime : référence		
			Pneumocoque	Suspecté : âge < 1 an, OMA purulente Confirmé : CGP, Binax now® positif	Céfotaxime IV : en 4 injections/j - Dose renforcée = 300 mg/kg/j - Durée : 10 à 15 jours
			Méningocoque	Suspecté : âge > 1 an, contage, purpura Confirmé : diplocoque Gram négatif	Céfotaxime IV : en 4 injections/j - Dose classique = 200 mg/kg/j - Durée : 4 à 7 jours Ceftriaxone IV : 100 mg/kg/j
			<i>Haemophilus influenzae</i>	Suspecté : BGN à l'examen direct	Céfotaxime ou ceftriaxone IV - A dose méningée classique - Durée : 7 jours
	Cortico- thérapie systémique	Dexaméthasone IV à 0,15 mg/kg/6h : simultanée ou au plus tard 12h après le début d'antibiothérapie - Indication : méningite à pneumocoque (suspecté ou confirmé) ou méningocoque de l'adulte			
TTT symptomatique	- Antalgique - Antiépileptique en cas de crise épileptique (aucune indication en prévention primaire) - Monitoring de la pression intracrânienne et traitement de l'œdème cérébral (discutés)				
Surveillance	- Clinique, biologique : hémodynamique, apyrexie en 48h, examen neurologique, bilan inflammatoire				
	Imagerie cérébrale	- Indiquée à 48-72h en cas d'évolution clinique défavorable - Recommandée en cas de méningite à germe inhabituel			
	PL de contrôle	- Inutile en cas d'évolution clinique rapidement favorable - Indiquée à 48-72h en cas d'évolution clinique défavorable, après imagerie cérébrale - Recommandée à 48h d'antibiothérapie : . En cas de méningite à pneumocoque avec CMI aux C3G > 0,5 mg/L . En cas de méningite à germe inhabituel			
Evolution	- Facteurs de mauvais pronostic : retard à la mise en route de l'antibiothérapie, nourrisson, pneumocoque, gravité du tableau neurologique initial (coma, signes de focalisation), choc septique, faible réaction cellulaire, hypoglycorachie, hyperprotéinorachie à l'examen du LCR → Mise en jeu du pronostic vital (20% de mortalité) et fonctionnel (30% de séquelles)				
	Risques à la phase initiale	Echec d'antibiothérapie	= Fièvre > 38,5°, troubles de conscience ou céphalées importantes persistante à 48-72h d'antibiothérapie - Contrôle des marqueurs infectieux et inflammatoires : NFS, CRP, PCT - Recherche de complication : imagerie cérébrale - Contrôle du LCR avec dosage de C3G		
		Complication	A suspecter si : - Coma, convulsion, état de mal convulsif - Paralysie, atteinte des paires crâniennes (III et VI surtout) - Troubles neurovégétatifs : vasomoteurs, hypo/hypertension, tachycardie, irrégularité du rythme respiratoire - Empyème, abcès - Hématome sous-dural, AVC, hydrocéphalie - Risque d'engagement cérébral - Syndrome de sécrétion inappropriée d'ADH : prise de poids, hyponatrémie, convulsions		
Risques à long terme	- Surdité acquise (pneumocoque ++): dépistage à J15 puis tous les 3 mois pendant 1 an par audiométrie comportementale et potentiels �voqu�es auditifs ou audiogramme conventionnel selon l'âge → Si hypoacousie précoce : consultation ORL avec TDM des rochers et IRM labyrinthique → La méningite à pneumocoque est la 1�re cause de surdité acquise chez l'enfant - Retard de développement psychomoteur - Séquelles motrices - Hydrocéphalie : mesure du périmètre crânien - Comitialité (survenue ou récidive)				

Evolution	Risques à long terme	<u>Eléments de mauvais pronostic</u> : retard à la mise en route d'un traitement antibiotique bactéricide, âge (nourrisson), germe causal (pneumocoque), gravité du tableau neurologique initial (coma, signes neuroradiologiques de localisation), existence d'un collapsus associé (choc septique), faible réaction cellulaire, hypoglycorachie, hyperprotéinorachie (LCS)	
	Facteur causal	- Infection sévère et invasive (sepsis, méningite) à bactérie encapsulée (pneumocoque, méningocoque, <i>Haemophilus</i>) : rechercher un déficit immunitaire dès le 1 ^{er} épisode - Méningite bactérienne récidivante à pneumocoque : rechercher une brèche ostéoméningée	
Prévention	Méningocoque	- Isolement type « gouttelettes » jusqu'à guérison clinique - Déclaration obligatoire : signalement à l'ARS sans délai puis notification	
		Antibio-prophylaxie des sujets contacts	- Contact à risque : proximité (< 1 mètre pendant > 1h dans les 10 jours), bouche-à-bouche, intubation, aspiration endotrachéale - Administrée dans les 24 à 48h après le diagnostic (inutile si contact > 10 jours) - Rifampicine orale, pendant 2 jours : → Adaptation de la contraception si prise de pilule oestroprogestative
		Vaccination ciblée	= Concomitante à l'antibio-prophylaxie : même sujets contacts, même durée - Méningocoque C : vaccin conjugué monovalent - Autre séro-groupe : vaccin conjugué tétravalent ACYW135 possible dès 6 semaines (Nimenrix)- Méningocoque B : seulement si cas multiples ou épidémie
	Pneumocoque	→ Les méningites à pneumocoques ne sont pas épidémiques : ∅ isolement, ∅ antibio-prophylaxie, ∅ vaccination particulière (compléter le calendrier vaccinal), ∅ déclaration obligatoire → Recherche facteur favorisant : bilan ORL, VIH, EPP, imagerie (brèche), Corps de Jolly (frottis)	
	<i>Listeria</i>	- Pas d'isolement, pas d'ATBprophylaxie - Précautions alimentaires chez la femme enceinte et immunodéprimé - Contrôle sanitaire	
<i>Haemophilus influenzae b</i>	Pas de recommandation officielle en France <u>Mesures préventives à envisager</u> : - Isolement recommandé pendant les premières 24h de traitement - Antibio-prophylaxie chez l'enfant malade en relais du traitement curatif discuté (Rif 4j) - Poursuite du calendrier vaccinal - Pas de DO		

MÉNINGITE NON PURULENTE

Méningite non purulente = méningite à liquide clair → Diffusion par voie hématogène ou neuronale

- Principalement d'origine **virale** : **entérovirus (échovirus...), virus coxsackie, HHV6, VZV, EBV, virus ourlien ou HSV**
- Plus rarement d'origine **bactérienne** : **méningite tuberculeuse, Listeria** (exceptionnelle)

Diagnostic	C	<ul style="list-style-type: none"> - Identique aux méningites bactériennes : syndrome méningé fébrile, souvent moins marqué - Evocatrice de méningite à entérovirus : <ul style="list-style-type: none"> - Contexte épidémique : plusieurs cas en collectivité - Caractère saisonnier : été/début automne - Age : le plus souvent entre 5 et 14 ans - Manifestations associées : éruption, diarrhée, algies diffuses
		Situation d'urgence - Recherche d'atteinte encéphalique → Méningite herpétique ou méningo-encéphalite herpétique : pronostic redoutable
	PC	Ponction lombaire <ul style="list-style-type: none"> - Macroscopie : liquide clair, parfois opalescent (en cas de forte cellularité : virus ourlien) - Cytologie : cellularité habituellement entre 50-1500/mm³, formule lymphocytaire ou panachée (50 à 100% de lymphocytes), parfois trompeuse avec prédominance de PNN si PL précoce - Biochimie : - Protéïnorachie normale ou légèrement augmentée (0,40-0,60 g/L) - Normoglycorrachie le plus souvent (hypoglycorrachie : origine bactérienne) - Examen microbiologique direct : aucune mise en évidence de bactérie - Culture microbienne systématique : stérile
		Autres examens <ul style="list-style-type: none"> - Orientation vers une cause virale : - NFS-CRP : hyperleucocytose, CRP normale ou ↗ modérée - PCT < 0,5 ng/ml (meilleur marqueur distinctif) - Dosage des lactates dans le LCR < 3,2 mmol/L - Hémoculture négative - PCR ARN 16S sur LCR : peut être utile pour éliminer une origine bactérienne en cas de suspicion de méningite décapitée par une antibiothérapie
		Imagerie cérébrale = systématique : à la recherche d'une complication souvent normal en cas d'encéphalite associée - Pratiquée avant tout PL si indiquée → En cas de suspicion de méningo-encéphalite herpétique : aciclovir IV débuté avant l'imagerie et la PL
TTT	Méningite virale commune → Prise en charge ambulatoire possible si diagnostic certain - TTT symptomatique : repos, antipyrétique, antalgie, antiémétique, hydratation - Surveillance clinique étroite	
	Orientation vers une forme sévère <ul style="list-style-type: none"> - Méningite bactérienne : antibiothérapie probabiliste IV (amoxicilline si Listeria) - Méningo-encéphalite herpétique : aciclovir IV → Seul l'examen du LCR permet d'exclure le diagnostic de méningite bactérienne 	
	Surveillance <ul style="list-style-type: none"> - Suivi immédiat : apyrexie en < 7 jours (souvent < 48h pour les méningites à entérovirus) - Contrôle du LCR inutile en cas de régression clinique - Pronostic habituellement bon : aucun dépistage de séquelles - Létalité 2% enfant 10% adulte 	

MÉNINGO-ENCÉPHALITE INFECTIEUSE

Méningo-encéphalite infectieuse = encéphalite associée à une réaction inflammatoire modérée du LCR

- Origine principalement virale : **HSV** principalement, **VZV, VIH, CMV, EBV, HHV6, entérovirus, grippe, adénovirus**
- Plus rarement autre agent infectieux : **neuro-paludisme, mycoplasme, maladie de Lyme, Bartonella, chikungunya, tuberculose, Listeria...**

Distinguer :

- Encéphalite consécutive à une réplication virale active au sein du parenchyme cérébral (méningo-encéphalite herpétique)
- Encéphalite dite post-infectieuse ou inflammatoire (encéphalomyélite aiguë disséminée)

Diagnostic	C	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles de conscience prolongés, variables - Crise convulsive, voire état de mal épileptique - Signes de localisation neurologique focaux : syndrome pyramidal, trouble de l'équilibre, atteinte de paire crânienne - Modification durable du comportement, trouble mnésique ou du langage - Troubles hémodynamiques <p>→ Des signes encéphalitiques associés à une fièvre ± un syndrome méningé doivent faire suspecter une méningo-encéphalite : évoquer en 1^{er} lieu une encéphalite herpétique, à traiter par aciclovir IV en urgence absolue</p>	
	PC	Imagerie cérébrale	<p>→ Indispensable en cas de signe évocateur d'encéphalite, avant toute PL</p> <ul style="list-style-type: none"> - IRM : hypersignaux des lobes temporaux en T2 et FLAIR, souvent bilatéraux et asymétriques
		Ponction lombaire	<ul style="list-style-type: none"> - Méningo-encéphalite : liquide clair avec pléiocytose modérée, à prédominance lymphocytaire, avec hyperprotéinorachie modérée - Encéphalite : liquide clair avec cellularité généralement normale - Analyses spécifiques : - Dosage de l'interféron α <ul style="list-style-type: none"> - PCR HSV : indispensable - Selon le contexte : PCR VZV, VIH, CMV, EBV, HHV6, Lyme... <p>→ PL de contrôle à 48h si PCR HSV négative avec forte suspicion</p>
		EEG	<ul style="list-style-type: none"> - Méningo-encéphalite herpétique : aspect ralenti avec ondes lentes périodiques et pointes-ondes fronto-temporales (évocateur)
→ Le bilan paraclinique ne doit pas retarder l'administration d'aciclovir IV			
TTT	→ Hospitalisation indispensable		
	- Mise en condition : monitoring cardio-respiratoire , pose d'une VVP		
	Traitement antiviral probabiliste	<ul style="list-style-type: none"> - Aciclovir IV à 500 mg/m²/8h - Durée (si PCR positive) : 15 à 21 jours → Arrêté au mieux en cas de négativité de ≥ 2 PCR sur le LCR à 48h d'intervalle → Association à l'amoxicilline si argument pour Listeria 	
	Formes graves en réanimation	<ul style="list-style-type: none"> - Enfant comateux (Glasgow < 8) : ventilation mécanique - Traitement de l'HTIC : posture, ventilation, mannitol 	
<ul style="list-style-type: none"> - Méningo-encéphalite herpétique : - Mortalité élevée à la phase aiguë - Risque de séquelles cognitives important <p>→ Facteur pronostique principal : précocité du traitement par aciclovir IV</p>			