

Recommandations de prise en charge des encéphalites infectieuses de l'adulte – reprise de la version française[☆]

Guidelines on the management of infectious encephalitis in adults – Reproduction of French version

J.P. Stahl^{a,1}
 P. Azouvi^b
 F. Bruneel^c
 T. De Broucker^d
 X. Duval^e
 B. Fantin^f
 N. Girard^g
 J.L. Herrmann^h
 J. Honnoratⁱ
 M. Lecuit^{j,k}
 A. Mailles^{l,1}
 L. Martinez-Almoyna^m
 P. Morandⁿ
 L. Piroth^o
 P. Tattevin^{p,1}
 The reviewing group²

^aInfectiologie, université et CHU Grenoble Alpes, 38700 La Tronche, France

^bRéhabilitation neurologique, centre hospitalier de Garches, 92380 Garches, France

^cService de réanimation, centre hospitalier de Versailles, 78150 Le Chesnay, France

^dNeurologie, centre hospitalier de Saint-Denis, 93200 Saint-Denis, France

^eThérapeutique, CHU Bichat, 75018 Paris, France

^fIAME, UMR 1137, Inserm, médecine interne, hôpital Beaujon, université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité, AP-HP, 75013 Paris, France

^gNeuroradiologie, hôpital La Timone, 13385 Marseille, France

^hMicrobiologie, hôpital Raymond-Poincaré, 92380 Garches, France

ⁱNeurologie, hôpital neurologique, CHU de Lyon, 69002 Lyon, France

^jUnité de biologie des infections, institut Pasteur, CNR et CCOMS Listeria, Inserm U1117, 75015 Paris, France

^kDepartment of infectious diseases and tropical medicine, institut imagine, Paris Descartes university, Sorbonne Paris Cité, Necker-Enfants-Malades university hospital, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 75015 Paris, France

^lDirection des maladies infectieuses, santé publique, 94415 Saint-Maurice, France

^mNeurologie, hôpital Nord, 13015 Marseille, France

ⁿVirologie, université et CHU Grenoble Alpes, 38700 La Tronche, France

^oInfectiologie, CHU de Dijon, 21000 Dijon, France

^pInfectiologie, CHU de Rennes, 35000 Rennes, France

Le groupe d'analyse de la littérature comprenait les personnes suivantes :

Anne Bertrand (Radiologie, Pitié-Salpêtrière, Paris), Anne Boucher (Maladies infectieuses, CHU Lille), Rodolphe Buzélé (Médecine interne, Paris), Yoan Crabol (Médecine interne, CH Vannes Auray), Pierre Fillatre (Infectiologie, CHU Rennes), Tiphaine Goulenok (médecine interne, Paris).

Ces lignes directrices de pratique clinique ont été rédigées sous le contrôle de la Société française des maladies infectieuses (SPILF), en partenariat avec les sociétés scientifiques suivantes :

- Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique (APNET) ;
- Société Française de Médecine Interne (SNFMI) ;

[☆]Publication de la version française de l'article précédemment publié : Stahl JP, Azouvi P, Bruneel F, De Broucker T, Duval X, Fantin B, et al. Guidelines on the management of infectious encephalitis in adults. *Med Mal Infect* 2017;47(3):179–194. <https://doi.org/10.1016/j.medmal.2017.01.00>. Avec l'autorisation de reproduction de l'éditeur et du rédacteur en chef de la revue.

¹Membres du Groupe d'étude européen sur les infections du cerveau (ESGIB).

²Le groupe de relecteurs comprend : F. Bourdain, D. Boutolleau, E. Denes, A. Friggeri, A. Lefort Des Ylouzes, S. Legriél, N. Lemaitre, J. Poissy, R. Sonnevill, C. Tranchant, V. Zarrouk.

Auteur correspondant.
J.P. Stahl,

Adresse e-mail :
jpstahl@chu-grenoble.fr

DOI des articles originaux :
<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2017.01.005>

- Fédération Française de Neurologie (FFN) ;
- Société Française de Soins Intensifs (SRLF) ;
- Société Française d'Anesthésie et de Soins Intensifs (SFAR) ;
- Société Française de Microbiologie (SFM) ;
- Société Française de Neuroradiologie (SFNR) ;
- Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (acronyme français SOFMER) ;
- Société Française de Neurologie (SFN)

VERSION FRANÇAISE

Le comité des recommandations de la SPILF a chargé un comité scientifique de définir les questions à se poser lors de la prise en charge de patients atteints d'encéphalites infectieuses et de répondre à ces questions au vu de la littérature scientifique.

1. Q1 : QUAND ÉVOQUER UNE ENCÉPHALITE INFECTIEUSE AIGUË ET COMMENT LA CONFIRMER ?

1.1. Le syndrome clinique

1.1.1. Argumentaire

Niveau 1 : les symptômes et signes de dysfonctionnement du SNC les plus fréquents sont :

- des troubles de la vigilance (de l'obnubilation au coma) ;
- des troubles du comportement ;
- des crises épileptiques ;
- des signes neurologiques focaux.

Niveau 1 : les signes méningés peuvent être absents.

Niveau 1 : la fièvre est très fréquente mais peut être masquée par la prise d'antipyrétiques.

1.1.2. Recommandations

Grade A : la fièvre doit être recherchée dans les jours précédents par l'interrogatoire du patient ou des proches.

Grade A : tout symptôme ou signe de dysfonctionnement du SNC associé à la fièvre doit faire évoquer une encéphalite infectieuse.

1.2. Le syndrome biologique

1.2.1. Argumentaire

Niveau 1 : il n'y a pas de résultats biologiques sanguins évocateurs d'encéphalite, mais les résultats biologiques peuvent orienter le diagnostic étiologique et sont nécessaires au diagnostic différentiel.

Niveau 1 : une primo-infection par le VIH peut se manifester par une encéphalite.

1.2.2. Recommandations

Grade A : deux paires d'hémocultures doivent être prélevées avant toute antibiothérapie.

Une numération avec formule sanguine, un ionogramme sanguin, une glycémie (concomitante de la PL), un dosage de la CRP, un bilan hépatique (ASAT, ALAT, bilirubine, phosphatases alcalines), une évaluation de l'hémostase et un dosage des CPK sont nécessaires.

Grade A : une sérologie VIH combinée (détection simultanée des anticorps VIH1 et 2 et de l'antigène P24) est indispensable. En cas de suspicion de primo-infection VIH, une recherche d'ARN viral dans le sang (charge virale) est recommandée en plus de la sérologie.

1.3. Le liquide cébrospinal (LCS)

1.3.1. Argumentaire

Niveau 1 : la quantité de LCS à prélever doit être suffisante pour permettre de réaliser des explorations diagnostiques.

Niveau 1 : la cellularité du LCS est anormale si > 4 éléments nucléés/mm³ sont présents.

Niveau 1 : le rapport d'un leucocyte pour 800 globules rouges traduit une ponction traumatique ou une hémorragie méningée.

Niveau 1 : on parle d'hypoglycorachie chez l'adulte lorsque la glycorachie est < 40 % de la glycémie simultanée.

1.3.2. Recommandations

Grade A : la quantité de LCS à prélever doit être d'au moins 120 gouttes (1 goutte équivaut environ à 0.05 mL) : 20 gouttes (1 mL) pour la biochimie et 80 à 100 gouttes (4 à 5 mL) pour la microbiologie et virologie. Il faut conserver une partie du LCS (à +4 puis si possible -80 °C) pour les compléments d'investigations biologiques (dont le diagnostic de tuberculose).

Grade A : l'examen doit comporter en urgence une cytologie, les dosages des protéines totales, du glucose, et du lactate ; ainsi que des examens microbiologiques.

Grade A : la mesure de la glycorachie doit être impérativement associée à une mesure de la glycémie concomitante, capillaire par dextro ou au mieux veineuse.

Grade A : le LCS doit faire l'objet d'un examen bactériologique standard (avec notamment examen direct après coloration de Gram et mise en culture).

Grade A : les PCR HSV, VZV et entérovirus sont impératives.

Grade A : la recherche de BK doit être mise en route en cas de négativité des PCR précédentes ou de très forte suspicion (clinique ou épidémiologique).

1.4. L'imagerie

1.4.1. Argumentaire

Niveau 1 : l'IRM cérébrale, si l'état du patient l'autorise et si elle est accessible sans délai, est d'un apport diagnostique nettement supérieur à la tomographie.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10215681>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10215681>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)