

MENINGITE ET GROSSESSE – A PROPOS DE 03 CAS

CHU MOHAMMED VI – OUJDA

Résumé:

La méningite pendant la grossesse est une condition rare mais grave, présentant des risques significatifs pour la mère et le fœtus. Ce travail met en lumière le déroulement clinique, la gestion et les résultats d'une série de 03 patientes enceintes diagnostiquées avec une méningite. Nous avons examiné la littérature sur la méningite bactérienne durant la grossesse et identifié 42 cas de méningite bactérienne. Vingt-cinq de ces patientes avaient une méningite pneumococcique et sept avaient une méningite causée par *L. monocytogenes*. Nous avons constaté que la méningite pneumococcique pendant la grossesse peut être rapidement fatale et est associée à la mort fœtale, en particulier au cours du premier trimestre. La méningite à *L. monocytogenes* était associée à un taux élevé de décès néonataux.

Mots-clés : méningite bactérienne, grossesse, méningite pneumococcique, décès néonataux. *L. monocytogenes*

Introduction

La méningite bactérienne est une urgence médicale caractérisée par une inflammation des méninges, généralement causée par des pathogènes tels que *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, et *Haemophilus influenzae*. Chez les femmes enceintes, cette condition présente des défis diagnostiques et thérapeutiques uniques en raison des changements physiologiques et immunologiques associés à la grossesse, ainsi que des risques potentiels pour le fœtus. Ce travail présente 03 cas de méningite bactérienne chez des patientes enceintes, mettant en évidence les considérations cliniques et les implications en matière de gestion.

Présentation des cas

Durant l'an 2024, nous avons identifié 03 épisodes de méningite bactérienne chez des femmes enceintes (tableau 1) deux patientes étaient âgées de 34ans . L'âge gestationnel à la présentation variait entre 32SA et 37 SA. Les grossesses avaient été sans complications jusqu'au développement de la méningite bactérienne. Deux patientes présentaient un trouble de conscience dont une s'est présentée avec un sepsis. Une ponction lombaire a été réalisée chez toutes les patientes et les analyses du LCR ont indiqué une méningite bactérienne chez toutes les patientes. La coloration de Gram du LCR chez toutes les patientes a montré des cocci Gram-positifs, et les cultures du LCR ont révélé la présence de *Streptococcus pneumoniae* sensible à la pénicilline.

Tableau 1 : Caractéristiques cliniques et résultats de laboratoire pour trois patientes enceintes atteintes de méningite bactérienne.

caractéristiques	Patiente 1	Patiente 2	Patiente 3
Age	34	30	34
Parité	G1P1	G2P1	G4P4
Age gestationnel	37SA	32SA	34SA+6
Facteurs prédisposant	RAS	RAS	RAS
Symptôme à l'admission :	Trouble de conscience avec agitation	un syndrome d'HTIC + vomissement en jet	Vomissements + céphalées
Température °C	38.1	38.9	39.5
Raideur de la nuque	OUI	OUI	OUI
Score sur l'échelle de Glasgow	8/15	12/15	15/15
Signes de choc circulatoire	OUI	OUI	OUI
Tomodensitométrie cérébrale	normale	normale	normale
Résultats de la PL : Numération leucocytaire par mm ³	8688	530	1930
Protéines	2.5	0.58	1.1
Glucose	<0.1	0.54	0.5
Examen Gram	GRAM + COCCI	GRAM + COCCI	GRAM + COCCI
Culture	S.Pneumonia	S.Pneumonia	S.Pneumonia
Thérapie ATB initiale	PENICILLINE	CEFTRIAXONE AMPICILLINE	CEFTRIAXONE AMINOSIDE METRONIDAZOLE
Déxaméthasone adjuvante	NON	NON	OUI
Complications pendant l'admission	Trouble de conscience avec agitation	Trouble de conscience fébrile	Choc septique
Issue maternelle	Bonne évolution	Bonne évolution	Bonne évolution
Issue fœtal	RAS	Prématurité ; décédé à H2 de vie	Prématurité, réanimation avec succès
Mode d'accouchement	Voie haute	Voie basse	Voie haute

Une césarienne d'urgence a été pratiquée chez deux patientes (37SA,34SA+6j) avec des nouveaux nés en bonne santé après une réanimation bien adaptée. Une seule patiente a présenté un accouchement par voie basse à 32SA dont le nouveau-né de 1kg800 est décédé à H2 de vie malgré les mesures de réanimations faites par l'équipe de néonatalogie consistant en une intubation et mise d'un cathéter ombilical et administration de l'adrénaline

Revue de la littérature

La recherche a permis de récupérer 136 études, Un total de 42 cas de méningite bactérienne durant la grossesse a été rapportés. Les micro-organismes responsables les plus courants étaient *S. pneumoniae* (25 cas ; 60 %) et *L. monocytogenes* (sept cas ; 17 %). Les agents pathogènes dans les autres cas étaient *Neisseria meningitidis* (deux), *Haemophilus influenzae* (un), streptocoques du groupe A (deux), streptocoques du groupe B (deux), *Neisseria gonorrhoeae* (deux) et *Pasteurella multocida* (un) Cette patiente a été infectée par son chat ou son chien.

Une étude précédente a suggéré que la grossesse pouvait être une condition prédisposante à la méningite pneumococcique. Cependant, comme l'immunité à médiation par les lymphocytes B est normale pendant la grossesse, la susceptibilité aux infections par *S. pneumoniae* reste inchangée. Le petit nombre de cas rapportés dans la littérature ne soutient pas une incidence plus élevée de la méningite pneumococcique pendant la grossesse. L'otite et la sinusite étaient les conditions prédisposantes les plus courantes, présentes chez neuf des 15 patientes signalées (60%). Cinq patientes se sont présentées au premier trimestre de grossesse (17%), huit au deuxième trimestre (27%) et 17 épisodes se sont produits au troisième trimestre (57%). Le taux global de mortalité maternelle était de 28% et 11 grossesses (37%) ont abouti à une fausse couche, une mortinaissance ou un décès néonatal. Aucun décès maternel n'a été observé lorsque la méningite pneumococcique est survenue au cours du premier trimestre.

Dans notre revue de la littérature, nous avons identifié *L. monocytogenes* comme la deuxième cause la plus fréquente de méningite bactérienne pendant la grossesse. Le taux de mortalité chez les patientes enceintes atteintes de méningite à *L. monocytogenes* était cependant élevé, avec deux décès sur sept patientes (29%). Ce taux est supérieur aux 17% décrits chez les adultes non enceintes atteints de méningite à *L. monocytogenes*. Le taux de perte fœtale était élevé : dans quatre des sept cas (57%), il y a eu un décès néonatal, ce qui est considérablement plus élevé que les 23% de mortalité néonatale rapportés pour les infections à *L. monocytogenes* en général.

Les agents pathogènes autres que *S. pneumoniae* et *L. monocytogenes* responsables de méningite bactérienne pendant la grossesse sont rares et ne sont signalés que dans des cas isolés. Certains de ces cas étaient associés à des facteurs de risque spécifiques, tels qu'une maladie sexuellement transmissible (*N. gonorrhoeae*) ou une exposition à la salive animale (*P. multocida*). Cependant, aucun facteur de risque spécifique n'a pu être identifié dans les cas de méningite dus aux streptocoques du groupe A et B, à *H. influenzae* et à *N. meningitidis*. Aucun cas de méningite bactérienne pendant la grossesse dû à des organismes autres que *S. pneumoniae* n'a été identifié dans une étude de cohorte prospective nationale aux Pays-Bas, incluant 518 épisodes.

Discussion

La méningite bactérienne pendant la grossesse est une maladie rare, avec une mortalité importante pour la mère et l'enfant. Au cours d'une période d'un an, nous avons identifié trois cas de méningite pneumococcique pendant la grossesse au MAROC OUJDA au CHU MOHAMMED VI.

Les patientes de notre série de cas étaient relativement âgées par rapport aux études précédentes sur la méningite pneumococcique pendant la grossesse [7–17] : deux des 03 femmes avaient 34 ans. Cela s'explique probablement par l'âge plus élevé des femmes en âge de procréer au MAROC.

En combinant nos données avec les rapports précédents, nous avons trouvé *S. pneumoniae* dans 100% et des épisodes de méningite bactérienne pendant la grossesse.

Nos patientes étaient soit des grandes multipares à 34SA+6J, une deuxième par à 32SA et une primipare à terme.

Pour notre série des trois cas aucuns facteurs prédisposant n'est révélé alors que pour d'autres épisodes de la littérature L'otite et la sinusite sont des conditions prédisposantes importantes chez la majorité des patientes.

Une seule patiente dans notre série a reçu ses doses de dexaméthasone adjuvante. Les corticostéroïdes sont fréquemment utilisés pour améliorer la maturation pulmonaire fœtale en cas de naissance prématurée imminente. En raison de l'effet bénéfique de la dexaméthasone en traitement adjuvant sur la survie dans la méningite pneumococcique et de ses effets secondaires limités, son utilisation chez la femme enceinte semble appropriée sur plusieurs études de la littérature.

L'antibiothérapie par le ceftriaxone est opté pour deux patientes dans notre série des trois cas ainsi que pour 65% des patientes citées sur des études de la littérature.

Nous concluons donc que la méningite bactérienne pendant la grossesse est rare et est principalement causée par *S. pneumoniae* la prématurité est fréquente chez les patientes atteinte d'une méningite bactérienne à *pneumoniae*. La deuxième cause la plus fréquente est *L. monocytogenes*, qui est associée à un taux élevé de décès néonatal selon la littérature. La thérapie empirique pour la méningite bactérienne chez les femmes enceintes devrait donc couvrir *S. pneumoniae* et *L. monocytogenes*. Malgré un traitement antibiotique optimal, la méningite bactérienne pendant la grossesse peut avoir une issue rapidement fatale pour la mère et l'enfant.

Conclusion

La méningite bactérienne chez les femmes enceintes est une condition critique nécessitant une reconnaissance rapide et une gestion multidisciplinaire pour optimiser les résultats maternels et fœtaux. Ce cas illustre l'importance de la vigilance clinique et de la collaboration entre les équipes obstétriques et infectiologiques. Une thérapie antibiotique appropriée, combinée à une surveillance obstétricale rigoureuse, peut minimiser les risques pour la mère et l'enfant, bien que des complications sévères puissent parfois survenir malgré une gestion optimale.

References

1. WHO. Bacterial Meningitis. [World Health Organization] (<https://www.who.int>).

2. CDC. Guidelines for the Prevention and Control of Meningitis. [Centers for Disease Control and Prevention] (<https://www.cdc.gov>).
3. IDSA. Clinical Practice Guidelines for the Management of Bacterial Meningitis. [Infectious Diseases Society of America](<https://www.idsociety.org>).
4. Brouwer MC, Heckenberg SG, de Gans J, Spanjaard L, Reitsma JB, van de Beek D. Nationwide implementation of adjunctive dexamethasone therapy for pneumococcal meningitis. *Neurology* 2010; 75: 1533– 1539
5. van de Beek D, de Gans J, Spanjaard L, Weisfelt M, Reitsma JB, Vermeulen M. Clinical features and prognostic factors in adults with bacterial meningitis. *N Engl J Med* 2004; 351: 1849–1859.
6. *clinicalmicrobiologyandinfection*.

UNDER PEER REVIEW IN IJAR