



# Les points clés de la RPC pour les encéphalites infectieuses

Le comité scientifique multidisciplinaire:

Ph. Azouvi, T. De Broucker, F. Bruneel, X. Duval, B. Fantin, N. Girard, J.L. Hermann, J. Honnorat, M. Lecuit, A. Mailles, L. Martinez-Almoyna, P. Morand, L. Piroth, J.P. Stahl, P. Tattevin

# Nos supports

- Sociétés partenaires



- Bibliographes

- ❖ Anne Bertand
- ❖ Anne Boucher
- ❖ Rodolphe Buzelé
- ❖ Yohan Crabol
- ❖ Pierre Fillastre
- ❖ Tiphaine Goulenok

# Les questions posées

- Q1 : Quand évoquer une encéphalite aiguë ?
- Q2 : Quelle conduite initiale (premières 48 heures) ?
- Q3 : Diagnostic étiologique fait à 48h, quelle CAT ?
- Q4 : Diagnostic étiologique non fait à 48h, quelle CAT ?
  
- *Q5 : Quelle épidémiologie ? (textes)*
- *Q6 : Comment organiser la prise en charge post-hospitalière?(adaptation française en cours de la recommandation de l'International encephalitis Consortium)*

# Q1 : Quand évoquer une encéphalite aiguë ?

## 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

## Recommandation

- **Grade A** Tout syndrome neurologique central fébrile doit faire évoquer une encéphalite infectieuse

# Q2 : Quelle conduite initiale (premières 48 heures) ?

## Biologie et imagerie

### Recommandations

- **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).
- **Grade A** Si elle est possible, l'IRM cérébrale est l'imagerie à réaliser en première intention
- **Grade A** En cas d'impossibilité de pratiquer une ponction lombaire, il est recommandé d'appliquer les recommandations de thérapeutique initiale des méningites bactériennes **ET** des encéphalites infectieuses

# Q2 : Quelle conduite initiale (premières 48 heures) ?

## Recommandations

### Grade A

En l'absence d'orientation étiologique (clinique ou biologique), le traitement initial associe :

Aciclovir à dose active sur le HSV (**10 mg/kg** toutes les 8 heures, pour cette dose recommandation de grade B) et l'amoxicilline (200 mg/kg/jour en 4 perfusions au moins, ou en administration continue), sous couvert d'une ré-évaluation systématique à 48h  
Si la PCR **VZV** est positive (ou s'il y a des vésicules cutanées), la posologie de l'aciclovir doit être augmentée à **15 mg/Kg** toutes les 8 heures.

### Grade D

Un traitement anti-convulsivant systématique n'est pas recommandé en cas d'encéphalite.

# Recommandation de Grade B : Ré-évaluation à 48 heures

PCR HSV +

PCR VZV +

PCR enteroV +

*Listeria* +

Tout négatif



\* Stop amox  
\* ACV  
**10 mg/Kg/8 h**

\* Stop amox  
\* ACV  
**15 mg/Kg/8 h**

Stop tout

\* Stop ACV  
\* Amox  
+ Gentamicine

\* Stop amox  
sauf si ATB préalables  
\* ACV jusqu'à 2° PCR  
Si 1° < 4 j

# Q3 : Diagnostic déjà fait à 48h, quelle CAT ?

- HSV

- Grade A** La dose d'aciclovir dans le traitement de l'encéphalite à HSV de l'adulte est de **10 mg/kg pendant 1 heure toutes les 8 heures.**
- Grade B** En cas d'encéphalite herpétique prouvée par la positivité de la PCR initiale, le contrôle systématique de la PCR HSV dans le LCS à la fin du traitement n'est pas recommandé si l'évolution est favorable
- Grade C** La durée recommandée de traitement est de **14 jours chez l'adulte immunocompétent.**
- Grade C** Pour les patients **immunodéprimés**, une durée de **21 jours** est recommandée.
- Grade C** En cas d'évolution clinique **non favorable** à la fin du traitement, une ponction lombaire avec PCR HSV et recherche d'auto-anticorps sur le LCS doit être réalisée. La positivité de la PCR HSV peut conduire à prolonger le traitement par aciclovir à 21 jours.

# Q3 : Diagnostic déjà fait à 48h, quelle CAT ?

- VZV

## Recommandations

- Grade B** La dose d'aciclovir dans le traitement de l'encéphalite à VZV est de **15 mg/kg** pendant 1 heure toutes les 8 heures.
- Grade B** La durée recommandée de traitement de l'encéphalite à VZV est de **10 à 14 jours**.
- Grade C** Foscarnet, ganciclovir, pourraient être utilisés en seconde intention dans les encéphalites à VZV (échec, intolérance, résistance à l'aciclovir).

# Q3 : Diagnostic déjà fait à 48h, quelle CAT ?

- *Listeria*

## Recommandations

### Grade A

Le traitement recommandé de l'encéphalite listérienne documentée est **l'amoxicilline** à la dose de **200 mg/kg/jour** en 4 perfusions au moins ou en administration continue par 24 heures pendant **21 jours** + **gentamicine 5 mg/kg/j** en dose unique quotidienne pendant au **maximum 5 jours (grade C, recos AFSSAPS aminosides)**

### Grade A

En cas de contre-indication à l'amoxicilline (allergie grave **prouvée**), l'association triméthoprime-sulfaméthoxazole à forte dose (6 à 9 ampoules par jour en 3 injections iv) doit être administrée pendant 21 jours.

# Q3 : Diagnostic déjà fait à 48h, quelle CAT ?

- *Mycobacterium tuberculosis*

## Recommandations

### Grade A

En l'absence de résistance, la trithérapie antituberculeuse par Isoniazide (I)-Rifampicine (R)-Pyrazinamide (P) est le traitement de référence pour une durée de 2 mois, suivie d'une bithérapie par IR **pour une durée totale de 12 mois.**

L'Ethambutol (E) est ajouté au traitement initial dans l'attente de l'antibiogramme, car il protège de l'émergence de résistance si la souche s'avérait résistante à l'INH

### Grade A

**L'adjonction systématique de corticoïdes (dexaméthasone) est recommandée dans le traitement de la tuberculose neuro-méningée.** La dose initiale quotidienne est de 0,3 à 0,4 mg/kg/jour de dexaméthasone par voie intraveineuse en fonction de la gravité initiale. Une décroissance sur 8 semaines est débutée dès la fin de la première semaine .

# Q4 : Diagnostic non fait à 48h, quelle CAT ?

## PCR HSV négative

- Grade A** Si le tableau clinico-radiologique et l'analyse du LCS sont **peu évocateurs** d'une méningo-encéphalite herpétique (MEH), il n'est pas nécessaire de réaliser une seconde analyse du LCS
- Grade A** En cas de tableau évocateur, le diagnostic de MEH est écarté formellement sur la négativité d'une PCR HSV à réaliser obligatoirement **à partir du 4<sup>ème</sup> jour** d'apparition des signes neurologiques

# Q4 : Diagnostic non fait à 48h, quelle CAT ?

## PCR VZV négative

### Grade A

La PCR VZV négative doit faire rechercher une sécrétion intrathécale d'anticorps anti VZV, si la symptomatologie est évocatrice (éruption vésiculeuse) et/ou l'IRM

## Q4 : Diagnostic non fait à 48h, quelle CAT ?

Faut-il instaurer ou poursuivre un traitement antituberculeux d'épreuve après 48h ?

**Grade A** Il est recommandé d'instaurer un traitement d'épreuve anti tuberculeux si le tableau clinique, biologique et l'imagerie sont à ce stade en faveur d'un diagnostic de tuberculose, même en cas d'examen microscopique négatif, et de PCR négative

# Q4 : Diagnostic non fait à 48h, quelle CAT ?

- Grade A** Les investigations infectieuses complémentaires doivent être orientées par l'âge, le terrain, les expositions professionnelles ou de loisir, la saison, les voyages
- Grade A** Une IRM est indispensable pour faire le diagnostic d'ADEM
- Grade A** La recherche d'anticorps onco-neuronaux dans le LCS et de maladie auto-immune systémique doit être systématique en cas d'encéphalite limbique ou d'encéphalite de cause indéterminée

# En conclusion

- Lisez la recommandation en entier
- Probablement des actualités dans les années à venir
  - Auto-immunité et infection
  - Dexenceph
  - Imagerie

Merci de votre attention