

Méningite récurrente de Mollaret

Mollaret's Meningitis

J.-P. Picard · A. Lala · G. Masone

Reçu le 12 octobre 2016 ; accepté le 21 décembre 2016
© SFMU et Lavoisier SAS 2017

Introduction

La méningite de Mollaret est une forme rare de méningite lymphocytaire, caractérisée notamment par sa récurrence, et bien souvent méconnue des urgentistes. Sa connaissance est nécessaire, afin de ne pas commettre d'impair diagnostique et de ne pas surtraiter les patients.

Description du cas

Un patient de 34 ans est admis aux urgences pour suspicion de méningite. Il a comme antécédent une méningite de Mollaret diagnostiquée quelques années auparavant avec plusieurs épisodes de méningites d'évolution favorable. Il est militaire de carrière, de retour du Mali, sous prophylaxie antipalustre par doxycycline. Depuis 24 heures, il souffre de céphalées fébriles et de photophobie ; les symptômes lui évoquent ses précédentes méningites. L'examen clinique retrouve un patient apyrétique, hémodynamiquement stable, en bon état général avec un syndrome méningé sans signe d'encéphalite. Une ponction lombaire est immédiatement effectuée, celle-ci est eau de roche, et retrouve une hyperleucocytose à 179 éléments/mm³ avec 91 % de lymphocytes, une hyperprotéinorachie à 1,7 g/L une normoglycorachie et une élévation du lactate à 3,4 mmol/L. L'examen direct est négatif, la culture ainsi que la PCR HSV-1 et 2 sont négatives. La biologie montre une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles à 12 000/mm³ et une CRP à 9 mg/L. Le frottis et goutte épaisse sont négatifs. Un traitement par aciclovir à la posologie de 10 mg/kg toutes les huit heures est débuté ainsi qu'une antalgie par morphine. Le patient est initialement hospitalisé à l'unité d'hospitalisation de courte durée. L'évolution est marquée 12 heures après son admission par l'apparition de façon pauci-symptomatique de

signes évocateurs d'encéphalite (paralysie faciale centrale gauche à minima). L'électroencéphalogramme est normal. L'évolution est rapidement favorable, avec une disparition des céphalées à 48h.

Discussion

La méningite de Mollaret a été décrite pour la première fois en 1944 [1]. Il s'agit d'une forme rare de méningite, récurrente, fréquemment attribuée à HSV-2 [2,3], où alternent des phases de syndrome méningé avec des phases asymptomatiques de plusieurs semaines à années. Les critères diagnostiques [4] sont résumés dans le Tableau 1 [5]. L'évolution est spontanément favorable en quelques jours. Le traitement reste discuté [6], la preuve de l'efficacité des antiviraux comme l'aciclovir n'ayant pas été démontrée. Certains auteurs suggèrent l'utilisation de la colchicine [6-8].

Devant un tableau de méningite récurrente, le clinicien doit évoquer d'autres étiologies de méningites récurrentes, comme la maladie de Behçet, pour laquelle il faut rechercher une aptose bipolaire. En cas de premier épisode de

Tableau 1 Critères diagnostiques de la méningite de Mollaret [5], d'après Tigoulet et al. [5], avec autorisation.

Antécédents de méningites récurrentes aseptiques

Un début brutal des symptômes avec une résolution spontanée des signes en moins de cinq jours et l'absence de signe clinique durant les périodes libres

Une analyse du liquide céphalorachidien :

1/ avant la 24^e heure prédominance de polynucléaires neutrophiles avec cellules de Mollaret (cellules mononuclées) ;

2/ après la 24^e heure prédominance de lymphocytes, présence de cellules fantomatiques ;

3/ normal en dehors des accès.

Exclusion d'une autre cause de méningite récurrente lymphocytaire

J.-P. Picard (✉) · A. Lala · G. Masone
SAU-SMUR Sarreguemines, hôpital Robert Pax,
2 rue René François Jolly, F-57200 Sarreguemines
e-mail : jeanphilippe.picard@ch-sarreguemines.fr

méningite aseptique, il est indispensable d'investiguer de façon large le champ de cette situation nosologique (infectieuse, iatrogène, maligne, auto-immune). Dans la situation clinique présentée, la négativité de la PCR HSV-2 n'élimine pas le diagnostic, sa présence n'étant pas systématiquement retrouvée [9].

En conclusion, la connaissance de la méningite de Mollaret et de ses critères diagnostiques par les urgentistes est nécessaire, afin de ne pas poser de diagnostic erroné et de méconnaître une autre cause de méningite.

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

1. Mollaret P (1977) La méningite endothelio-leucocytaire multirécurrenente bénigne. *Rev Neurol* 133:225–44
2. Dylewski JS, Bekhor S (2004) Mollaret's meningitis caused by herpes simplex virus type 2: case report and literature review. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 23:560–62
3. Farazmand P, Woolley PD, Kinghorn GR (2011) Mollaret's meningitis and herpes simplex virus type 2 infections. *Int J STD AIDS* 22:306–7
4. Bruyn GW, Straathof LJ, Raymakers GM (1962) Mollaret's meningitis: differential diagnosis and diagnostic pitfalls. *Neurology* 12:745–53
5. Tigoulet F, Mégarbane B, Marchal P, et al (1994) La méningite récurrente de Mollaret. Accessible à : https://www.researchgate.net/profile/Francois_Brivet/publication/235899409_La_meningite_recurrente_de_Mollaret/links/02bfe513f35baf24c9000000.pdf (Dernier accès le 15 décembre 2016)
6. Pişkin İE, Yarımay G (2010) Mollaret meningitis: a case report. *Turk J Pediatr* 52:306–8
7. Mora JS, Gimeno A (1980) Mollaret meningitis: report of a case with recovery after colchicine. *Ann Neurol* 8:631–3
8. Kinoshita T, Matsushima A, Satoh S, et al (2014) A case of colchicine-responsive Mollaret's meningitis with MEFV gene mutation. *Rinsho Shinkeigaku* 54:124–9
9. Abou-Foul AK, Buhary TM, Gayed SL (2014) Herpes simplex virus type 2-associated recurrent aseptic (Mollaret's) meningitis in genitourinary medicine clinic: a case report. *Int Med Case Rep J* 7:31–3