



Cas clinique

7 décembre 2010



Motif de consultation

- Un mécanicien âgé de 56 ans, bien portant a été admis à l'hôpital par le service des urgences pour des céphalées qui remonte à une semaine.
- Il décrit des céphalées holocrâniennes peu intenses. Pas d'antécédent ni facteurs favorisants

Histoire de la maladie

- Un jour avant l'admission, il a développé une diplopie, raideur de la nuque, des vomissements, une paralysie faciale droite, une parésie de la jambe droite et un trouble de la marche.
- Pas de fièvre ni frissons.
- Pas de voyage récent ni des contacts suspects.

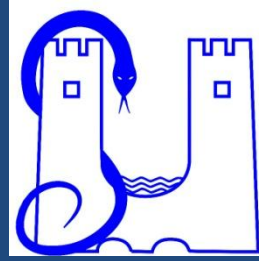
Examen physique

Glasgow 15/15, température 38.5°C, tension artérielle 135/68 mm Hg et pouls 96 bpm. Présence d'une raideur modérée de la nuque, d'une paralysie faciale droite, une ataxie du membre supérieur droit et une ataxie lors de l'épreuve talon-tibia.

Le reste de l'examen neurologique est sans particularité....

Biologie

- **GB** : 17700 /mm³ (neutrophiles 15500/mm³), **CRP** :120 mg/L, créatinine normale. La natrémie 131mmol /L.
- **PL**: protéines 0.96 g /L, glucose 1.2 mmol /L et **GB**: 535/mm³ (85% polynucléaires, lymphocytes 10%, 5% atypiques globules blancs). La coloration de Gram n'a pas objectivé un germe spécifique.



Quels sont les diagnostics à évoqués ?



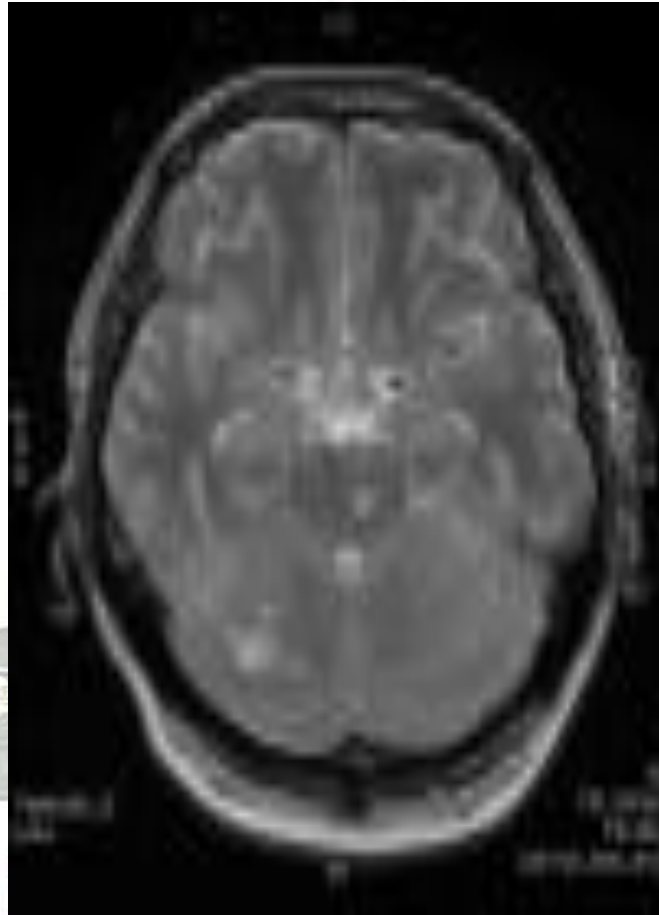
Réponse

- La méningo-encéphalite infectieuse aiguë, la thrombose des sinus intracrâniens, l'abcès cérébral, l'empyème sous-dural doivent tous être considérés compte tenu de la fièvre et des signes neurologiques focaux.
- Les maladies auto-immunes telles que l'encéphalite du tronc cérébral et la neurosarcoïdose sont également possibles mais ils sont moins probables étant donné l'état fébrile du patient.

L'IRM réalisée pendant l'hospitalisation:

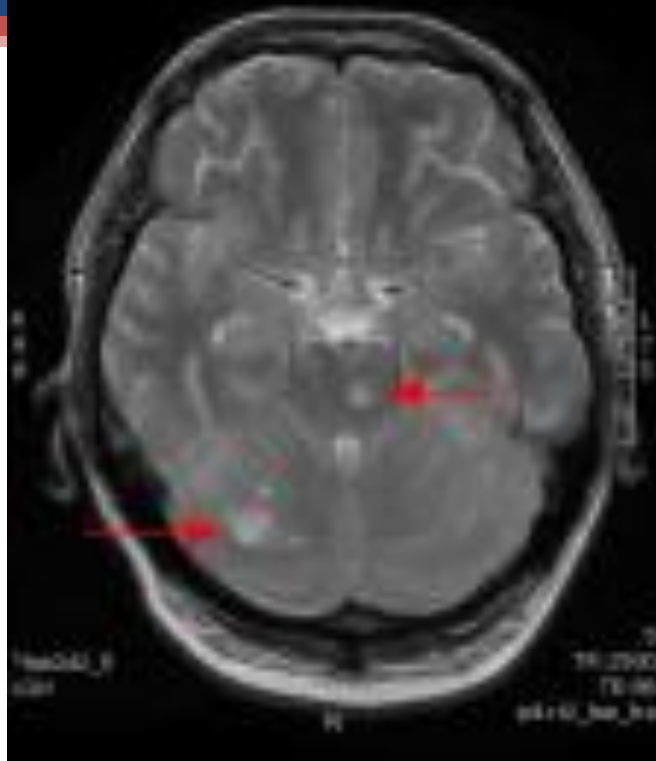


Figure IRM T2 : coupe axiale du cerveau



The image shows the exterior of a hospital building. A large sign in Arabic script is visible at the top, and below it, a sign in French reads "SERVICE DES URGENCES". The building has a modern architectural style with large windows and a covered entrance. Several people are standing near the entrance, and a bicycle is parked in the foreground. The overall scene is brightly lit, suggesting daytime.

Que montre l'IRM?



La coupe T2 de l'IRM montre des hyper signaux cérébelleux du côté droit et un hyper signal dans l'hémipont gauche compatible avec une inflammation aiguë ou un infarctus. Ces caractéristiques sont évocatrices de multiples infarctus dans la circulation postérieure



Quel est le diagnostic le plus probable ?

Comment pourriez-vous le confirmer ?

Réponse

- **Méningite avec rhombencéphalite secondaire à l'infection par Listeria. Cela peut être confirmé sur la coloration de Gram et la culture de LCR . La présence des BG- dans le LCR est hautement spécifique de Listeria. Si la culture est négative, la technique de (PCR) peut être utilisée.**
- **Les hémocultures devraient être réalisées car elles peuvent être utiles si elles sont positives.**



Comment traiter ce patient ?



REPONSE

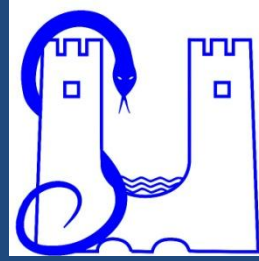
- **Le patient doit être traité de façon empirique par une céphalosporine à large spectre en association avec l'ampicilline (ou l'amoxicilline) à la dose de 2 g toutes les quatre heures pendant 21 jours.**

Corticoïdes

- **Dexametasone: avant ou avec la première dose d'antibiotiques pendant quatre jours . Elle réduit le taux de perte d'audition et de décès chez les adultes .**

Traitement

- Un deuxième traitement de choix est: le méropénem ; voie IV à la dose de 2 g toutes les 8 heures ou la co-trimoxazole à la dose de 3 à 5mg / kg toutes les 6 heures.
- Une autre IRM doit être réalisée rapidement si le score de Glasgow diminue à la recherche des complications, telle qu'une thrombose du sinus veineux, une empyème sous-dural, ou une hydrocéphalie.



Merci et au prochain cas clinique

A bientôt.....

Si vous trouvez le cas clinique intéressant merci de le partager avec vos amis sur notre page FB



J'aime



Partager