

Abcès cérébral révélant une endocardite infectieuse

Abcès cérébral révélant une endocardite infectieuse

Brain abscess revealing infective endocarditis

S. Erras, M. Zahlane, L. Essaadouni

Service de médecine interne CHU

Mohammed VI Marrakech

CORRESPONDANCE :

Dr Samar ERRAS

Smimra76@hotmail.com

OBSERVATION

Melle H.A, âgée de 19 ans, était admise pour le bilan étiologique d'une hémiparésie gauche. L'examen clinique trouvait une patiente apyrétique, présentant un syndrome hémiparésique gauche proportionnel et impur, un purpura vasculaire des membres inférieurs avec un souffle d'insuffisance aortique. L'angiogramme cérébral montrait des lésions parenchymateuses sus-tentorielles, occipitale gauche et pariétale droite, grossièrement arrondies, en hypersignal T1, T2 avec un hyposignal périphérique se rehaussant de façon annulaire après injection du Gadolinium en faveur d'abcès cérébraux (figure 1).



Figure 1 : Angio IRM illustrant des abcès cérébraux occipital gauche et pariétal droit

L'échocardiographie trans-thoracique objectivait une maladie aortique sur bicuspidie et des images de végétations avec dilatation du sinus de Valsalva. Le bilan biologique trouvait un syndrome inflammatoire non spécifique. Le reste du bilan est sans anomalies notamment les hémocultures, les anticorps antinucléaires, anti-DNA natifs, les anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles ainsi que la protéinurie des 24 heures et le dosage du complément.

QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ?

Le diagnostic d'une EI sur maladie aortique compliquée d'atteintes systémiques neurologiques et cutanées était retenu. En fait, la reprise de l'interrogatoire objective une prise d'Amoxicilline par voie intraveineuse pendant 10 jours devant un syndrome fébrile inexplicable arrêté une semaine avant son hospitalisation. Un traitement à base d'une bi-antibiothérapie était instauré pendant 40 jours avec une amélioration clinique et paraclinique.

Q
U
E
L
E
S
T
V
O
T
R
E
D
I
A
G
N
O
S
T
I
C
?

Abcès cérébral révélant une endocardite infectieuse

DISCUSSION

Les complications neurologiques au cours des endocardites infectieuses (EI) occupent la première place par leur fréquence (20 à 40% des EI) et leur gravité (1) elles représentent la deuxième cause de mortalité après l'insuffisance cardiaque (2) L'hémiplésie d'apparition brutale est la manifestation clinique la plus fréquente (3); ce qui correspond aux données cliniques de notre observations. L'IRM cérébrale représente le meilleur examen pour l'évaluation de l'atteinte neurologique (4). Ainsi :

-Les AVC d'origine embolique dominent les complications neurologiques, ils affectent 15% des patients atteints d'EI sur valve native (5) et représentent la moitié des complications neurologiques (6) ; ils sont révélateurs dans 66 à 74% des cas (1,5,7). Dans les séries cliniques avec tomodensitométrie cérébrale systématique, ils sont présents dans 30 à 40% (1).

-Les hémorragies cérébrales sont plus rares, correspondent à 7% des cas d'EI (4,6) mais souvent inaugurales (6).

-Les infections du système nerveux central au cours de l'EI sont relativement rares (1,3,7) : 6 à 7% pour les méningites (1,7) et 1 à 4% pour les abcès cérébraux (1,7). De même, moins de 5 % des abcès du cerveau sont liés à une EI, ce qui est le cas de notre jeune patiente.

En l'absence d'imagerie cérébrale systématique, leur incidence est vraisemblablement sous-estimée, ce d'autant que leur taille peut être très réduite, ils sont le plus souvent de taille infracentimétrique et multiples (7).

Les abcès d'origine embolique se développent le plus souvent dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne en particulier le lobe pariétal et sont dus dans la grande majorité des cas au *S. aureus*. Leur prise en charge a été profondément modifiée par l'imagerie moderne grâce à un diagnostic précoce, une thérapeutique adéquate et une surveillance régulière. La priorité est donnée au traitement médical à base d'antibiotiques ce qui a abouti à une réduction de leur gravité et de leur mortalité. Sur le plan thérapeutique, la survenue de complications neurologiques ne modifie pas la stratégie de l'antibiothérapie (7) et notre patiente a été mise sous une bi-antibiothérapie avec évolution clinique et radiologique favorable. Le traitement chirurgical a peu

de place chez ces patients, il est considéré quand l'indication se pose devant des complications pouvant engager le pronostic vital (7).

Le pronostic des EI avec complications neurologiques reste sévère justifiant une prévention accrue chez les sujets à risque (3,7).

CONCLUSION

A la lumière de cette observation, nous insistons sur l'importance d'évoquer et de chercher une EI devant des manifestations neurologiques. avec souffle cardiaque.

REFERENCES

- 1- Loire R, Tabib A. L'endocardite infectieuse mortelle: aspects anatomiques actuels a propos de 63 observations. Sem Hôp Paris 1985; 62: 2463-2466.
- 2- Roder BL, Wandall DA, Espersen F, Frimot-Moller N, Skinhoj P, Rosdahl VT. Neurologic manifestations in Staphylococcus aureus endocarditis: a review of 260 bacteremic cases in non drug addicts. Am J Med 1997 ; 102 : 379-386.
- 3- Roth B, Guego M, El Mouden M, Mahfoud A, Hadj-Slimane Z, Berkelmans F et al. Syndrome méningé fébrile et hémiplégie compliquant une endocardite infectieuse: histoire d'une infection liée au cathéters La revue de médecine interne 26 (2005) 327-330.
- 4- Hart RG, Foster JW, Luther MF, Kanter MC. (1990). Stroke in infective endocarditis. Stroke, 21: 695-700.
- 5- Francioli P. (1991). Central nervous system complications of infective endocarditis. In: Scheld WM et Whitley RJ (eds), Infections of the central nervous system, Raven Press, New York, pp. 515-559.
- 6- Pagès M. , Lebourg O. , Tannier C. , Blard J.M. Endocardite infectieuse à révélation neurologique : 14 cas Revue de Neurologie 2001; 157: 55-61.
- 7- Francioli P.B. Complications of infective endocarditis. In: W.M Scheld, R.J Whitley and D.T Durack, Editors, Infections of the Central Nervous System, Lippincott-Raven, Philadelphia (1997), pp. 523-553.