

TOUX ET CÉPHALÉES

PLEDRAN Quentin, interne DES Pédiatrie

N., 5 ANS

- Toux et fébricule puis AEG et céphalées
- Evolution de la symptomatologie sur 1 mois
- Examen clinique sans franche anomalie
- Pas d'antécédent notable, origine Marocaine, vaccins obligatoires à jour

Multiples consultations sur 1 mois: infections ORL diagnostiquées



BILAN INITIAL

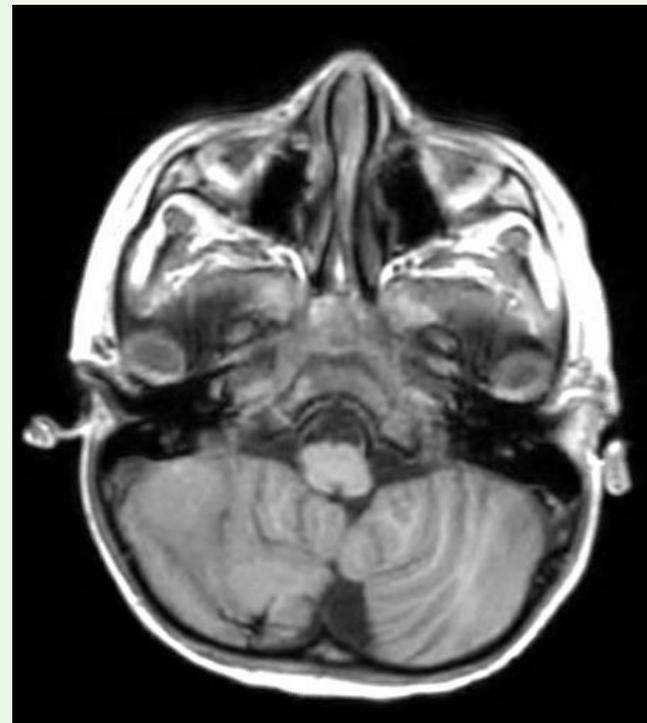
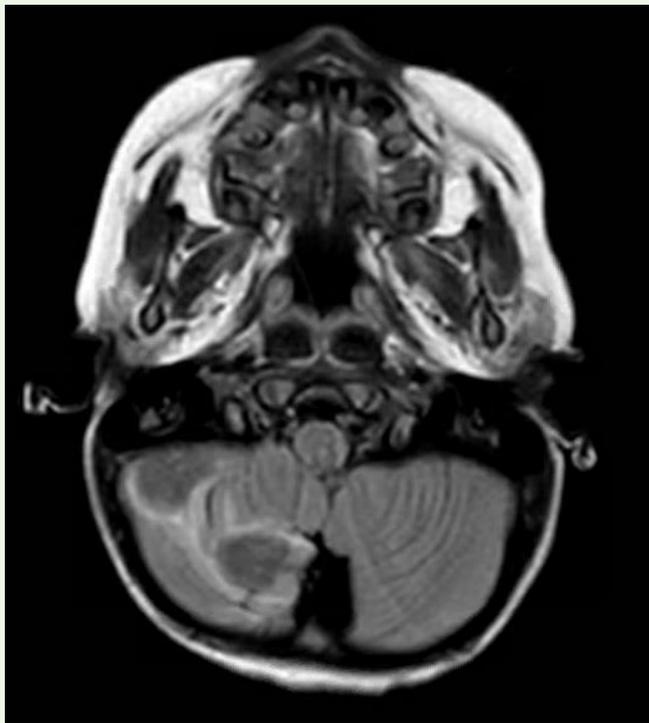
- NFS, plaquettes
- CRP
- Ionogramme sanguin
- Radiographie de thorax

BILAN INITIAL

- NFS, plaquettes: normale
- CRP: 5,6mg/L
- Ionogramme sanguin: équilibré hormis hyponatrémie 131mmol/L
- Radiographie de thorax: pas d'anomalie notable

Autre imagerie orientée?

IRM CÉRÉBRALE



Lésions cérébelleuses bifocales

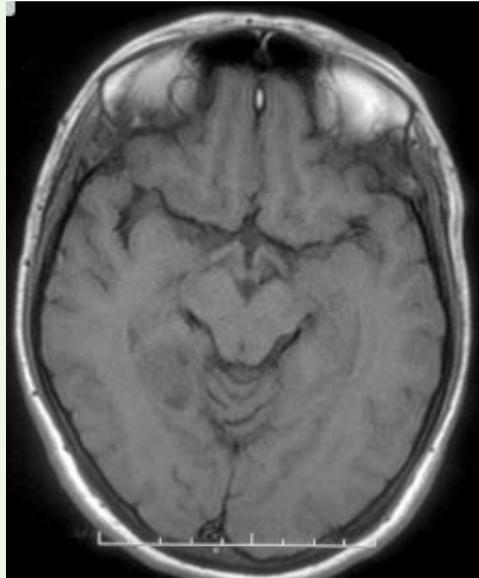
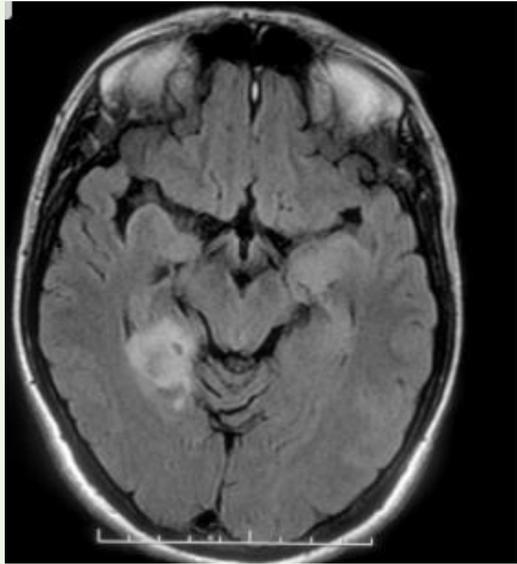
HYPOTHÈSES

- Lésions tumorales primitives
- Lésions métastatiques
- Abscès à pyogènes
- Lésions à mycobactéries
- Parasitose (hydatidose)
- Infection fongique

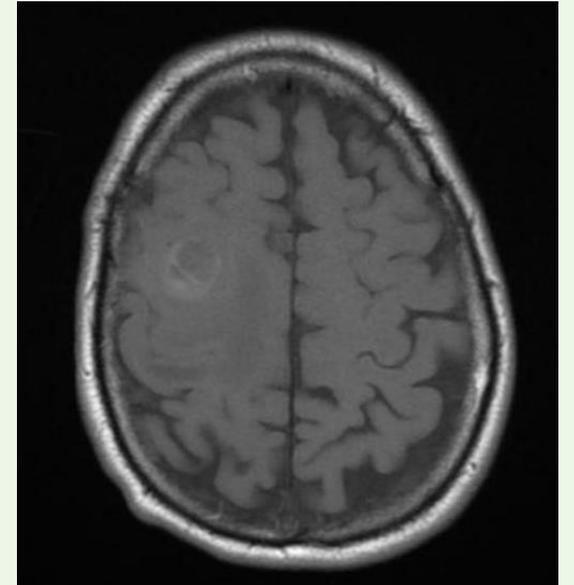
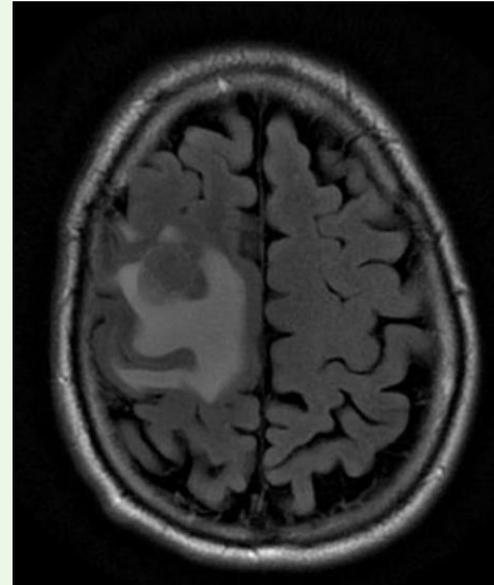


IRM (FLAIR ET T1)

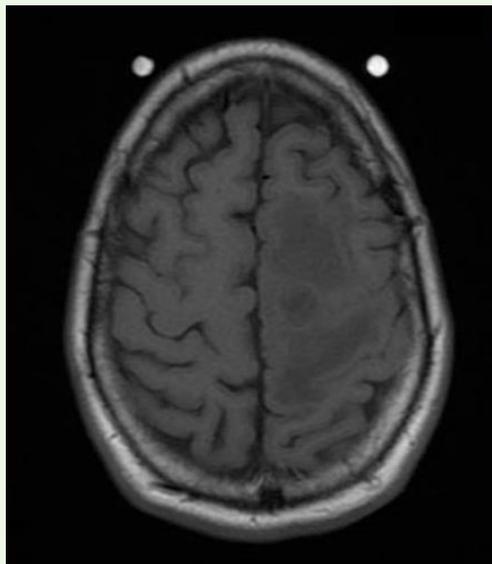
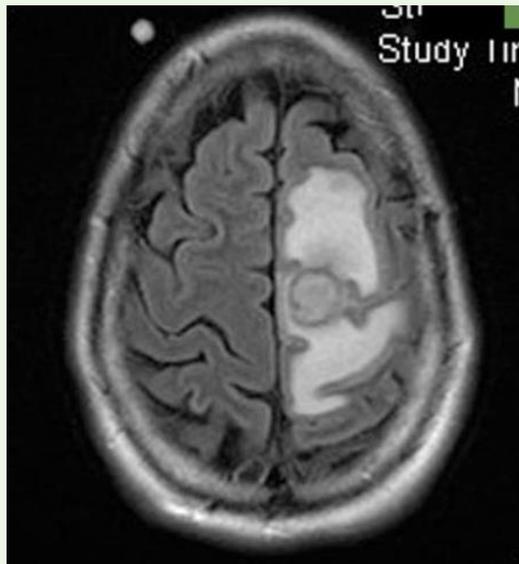
Lésion tumorale primitive (gliome)



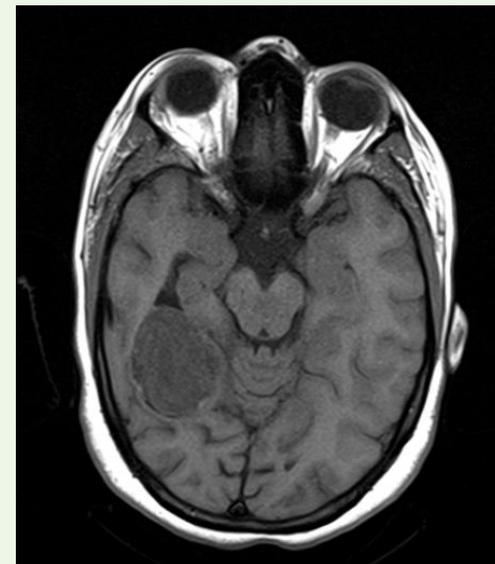
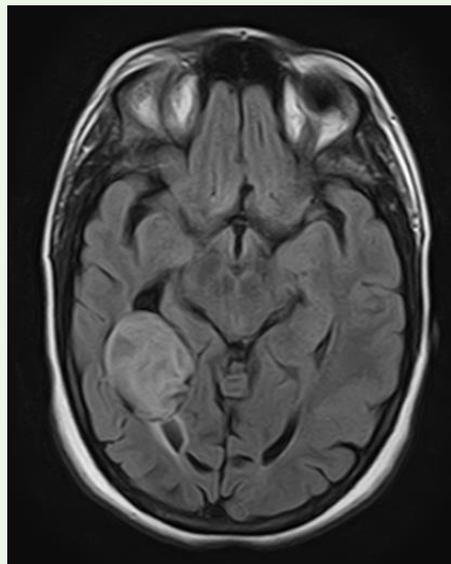
Lésion métastatique (mélanome)



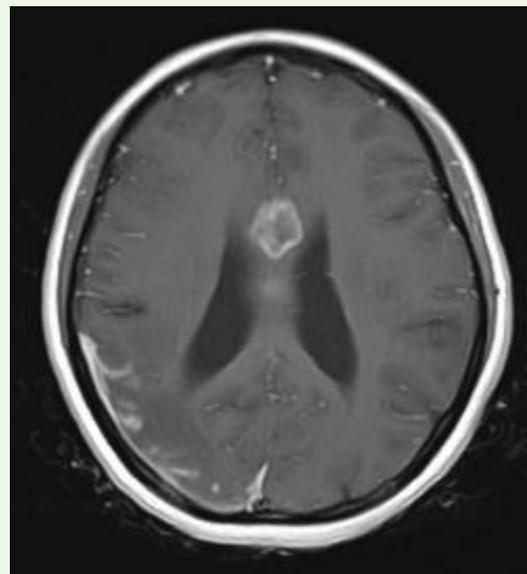
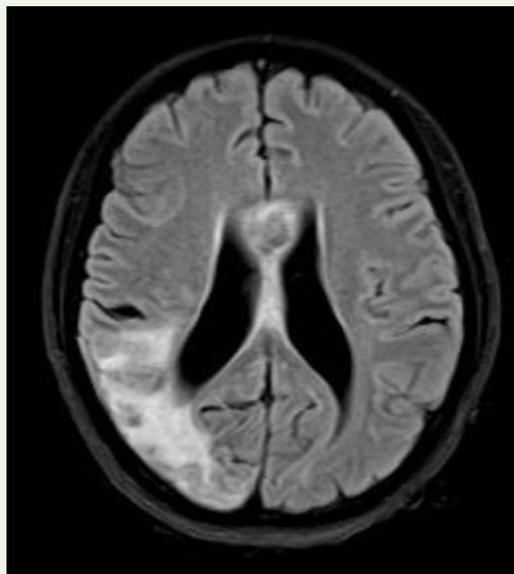
Abcès à pyogènes



Hydatidose



Lésions à mycobactéries



PRISE EN CHARGE IMMEDIATE

- Cytoponction neurochirurgicale

CONCLUSION :

- Parenchyme cérébelleux avec foyers de nécrose non purulente.
- Recherche d'agents pathogènes par colorations spéciales et immunohistochimie négative. A confronter aux résultats des analyses en bactério/myco/parasitologie.
- Absence d'argument en faveur d'un processus tumoral.

- Antibiothérapie probabiliste: CEFTRIAXONE + METRONIDAZOLE



BILAN INFECTIEUX COMPLÉMENTAIRE

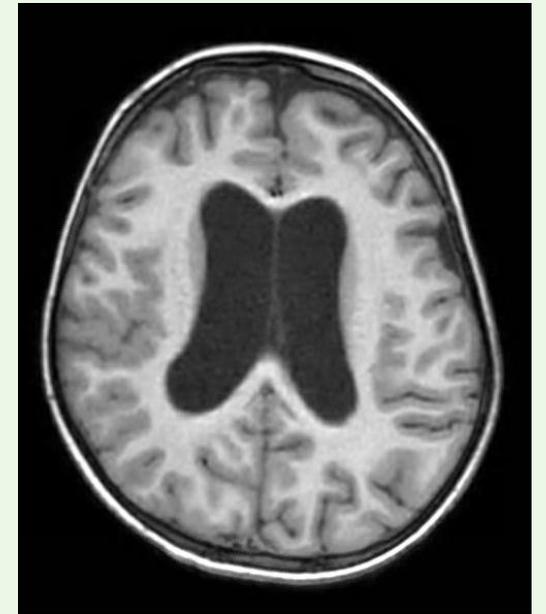
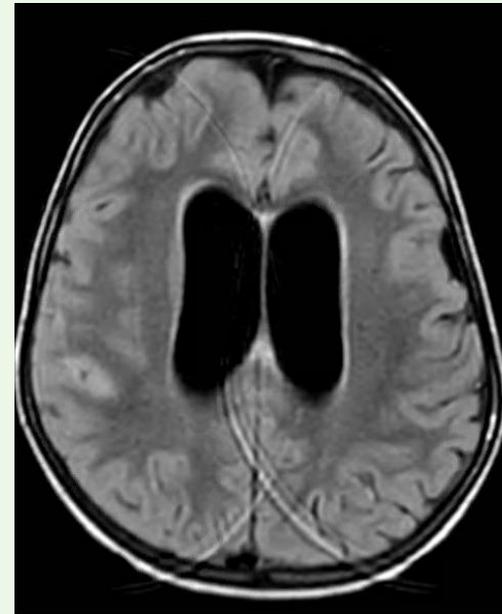
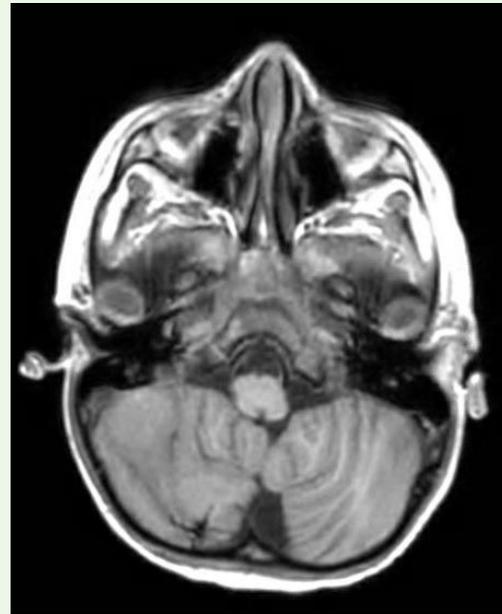
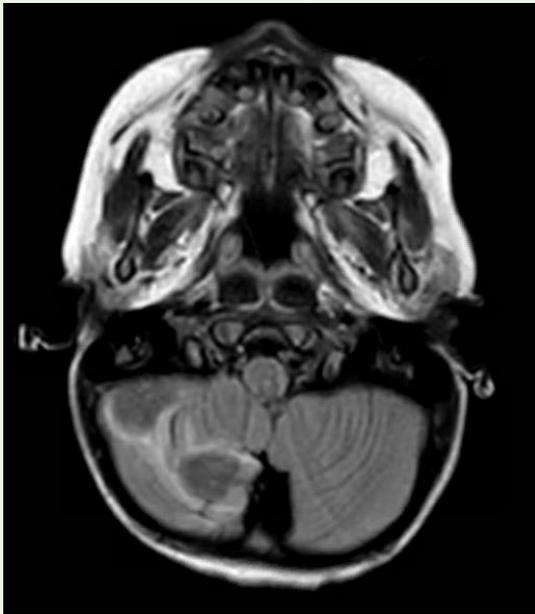
- Bactériologie: hémocultures, bactéries atypiques (sérologies)
- Myco-bactériologie: Quantiféron
- Mycologie: hémocultures fongiques, sérologies (cryptocoque), PCR (Aspergillus, Mucorales)
- Parasitologie: sérologies (Echinococcose), PCR (T.gondii, Echinococcus)

DÉGRADATION NEUROLOGIQUE (J3)

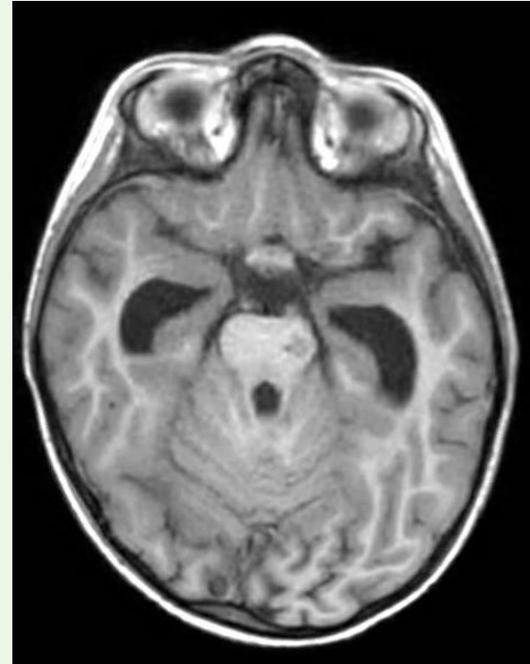
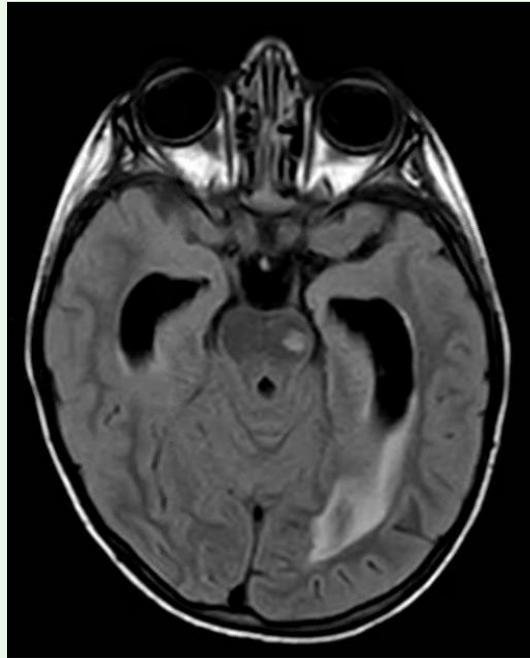
- Syndrome pyramidal majoritairement droit
- Syndrome cérébelleux majoritairement droit
- Hypotonie axiale marquée
- Asthénie
- Vomissements itératifs



IRM DE CONTRÔLE



IRM DE CONTRÔLE



- ✓ Hydrocéphalie tri-ventriculaire
- ✓ Apparition d'une lésion latéropontique gauche faisant évoquer une lésion ischémique
- ✓ Multiples prises de contrastes punctiformes au niveau des sillons cérébelleux en faveur d'une leptoméningite

RÉSULTATS

PL: protéinorachie 0,41g/L, lactatorachie 3,4mmol/L, ratio glycorachie/glycémie 0,4

Réaction inflammatoire modérée à prédominance lymphocytaire, sans cellule suspecte

QUANTIFERON POSITIF (J4)

- ✓ Quadrithérapie dès le 07/11: ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + ETHAMBUTOL + PYRAZINAMIDE
- ✓ Corticothérapie IV



EVOLUTION

HTIC clinique le 07/11
DVE du 08 au 18/11
Ventilation invasive du 07 au 17/11
Soutien par amines du 08 au 10/11

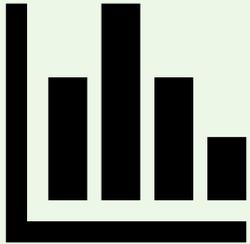


Sortie en neuropédiatrie le 21/11 (J15)

Anisocorie G>D
Syndrome pyramidal droit
Hypertonie spastique droite

Le 28/11: ***Mycobacterium Tuberculosis*** retrouvé dans le prélèvement de cytoponction neurochirurgicale

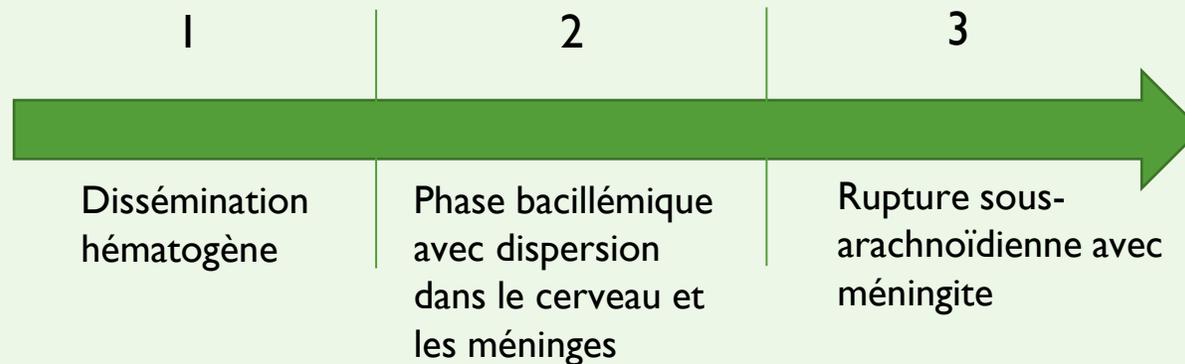
TUBERCULOSE NEURO-MENINGÉE



Epidémiologie:

- 30% de la population mondiale a été infectée par *Mycobacterium Tuberculosis*
- 1 des 10 causes de mortalité dans le monde
- 15 millions de nouveaux cas/an de tuberculose dont 1% d'atteinte du SNC
- 15-40% de décès en cas d'atteinte du SNC

Physiopathologie



TUBERCULOSE NEURO-MENINGÉE

1

Malaise, fièvre modérée, céphalées intermittentes, irritation, agitation, anorexie

2

2-3 semaines: céphalées importantes, vomissements, confusion

3

Délire, coma, confusion, hémiparésie et hémiplégie

4

Décès 4-8 semaines sans traitement

Prise en charge

- **Quadrithérapie:** dès la forte suspicion clinique (surtout avant les signes focaux et/ou altération de conscience)
- **Corticothérapie**
 - ✓ Amélioration de la survie et du développement intellectuel
 - ✓ Réduction du taux de mortalité à 32% (surtout stade I avec réduction à 17%)



BIBLIOGRAPHIE ET SOURCES

- Extrapulmonary Tuberculosis: Pathophysiology and Imaging Findings, Rodriguez-Takeuchi, RadioGraphics, 2019 November 7, Vol. 39, No. 7
- Central Nervous System Tuberculosis, Leonard, Clinical Microbiology, 2017 March, Vol. 5 Issue 2 5.2.11
- Central Nervous System Tuberculosis, Dian et al., Curr Opin Neurol. 2021 Jun 1; 34(3): 396–402.
- radiopaedia.org

MERCI POUR VOTRE ATTENTION