



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



FORMATION (CLINICIENS, BIOLOGISTES, ÉTUDIANTS)/FORMATION
(CLINICIANS, BIOLOGISTS, STUDENTS)

Commentez ce cas clinique

Comment on this case report

Observation

M. W., âgé de 45 ans, est transféré de l'hôpital d'A. le 1^{er} mars 2012 pour mise au point diagnostique et prise en charge d'un abcès cérébral.

Les antécédents du patient sont marqués par la découverte, en juin 2011, d'un carcinome épidermoïde bien différencié du pilier antérieur de l'amygdale gauche avec adénopathie homolatérale (stade T1N1M0) pour lequel il a bénéficié d'un traitement de radiochimiothérapie.

Dans les suites de ce traitement, il est admis aux urgences d'A. en février 2012 pour altération fébrile de l'état général associée à un syndrome confusionnel aigu.

L'examen clinique objective une amputation du champ visuel gauche, une parésie du membre supérieur gauche, ainsi qu'une hypoventilation pulmonaire basale gauche.

La biologie montre une leucopénie à 2500/mm³ (VN : 4600–10 100/mm³) avec une légère neutropénie à 1960/mm³ (VN : 2200–6100/mm³) et un syndrome inflammatoire (CRP à 336 mg/L ; VN < 6 mg/L).

Le scanner thoracique montre une pneumopathie bilatérale diffuse a priori infectieuse se manifestant par des condensations partiellement cavitaires au niveau de la portion déclive des deux poumons, ainsi que de multiples éléments nodulaires nécrotiques ou cavitaires disséminés aux deux champs pulmonaires (Fig. 1).

Le scanner cérébral objective une lésion de 2 cm de diamètre sylvienne droite d'allure ischémique. La ponction lombaire, réalisée aux urgences, est normale.

Le diagnostic de broncho-pneumonie bactérienne, associée à un accident vasculaire cérébral ischémique, est posé et le patient est hospitalisé. Un traitement empirique par piperacilline/tazobactam et amikacine est débuté.

Les cultures bactériologiques, réalisées avant l'initiation de l'antibiothérapie, rapportent la présence d'*Escherichia coli* et de *Pseudomonas aeruginosa* dans les hémocultures

ainsi que la présence de *Serratia marcescens* dans les expectorations. Les cultures fongiques restent négatives.

L'IRM cérébrale, réalisée dans les suites de l'hospitalisation, montre une collection abcédée, de 35 mm de diamètre, fronto-pariéto-temporale droite au niveau de la couronne rayonnante, s'étendant partiellement au niveau du ventricule latéral droit et en périphérie de laquelle on trouve une vaste plage œdémateuse réactionnelle (Fig. 2).

Suite au résultat de l'IRM, une seconde ponction lombaire est réalisée. Celle-ci est pathologique avec 747 leucocytes/mm³ (81 % de neutrophiles) pour 100 érythrocytes/mm³ avec une hypoglycorachie à 0,25 g/L et une hyperprotéinorachie à 750 mg/L. La culture est négative. Aucune PCR complémentaire n'est réalisée.

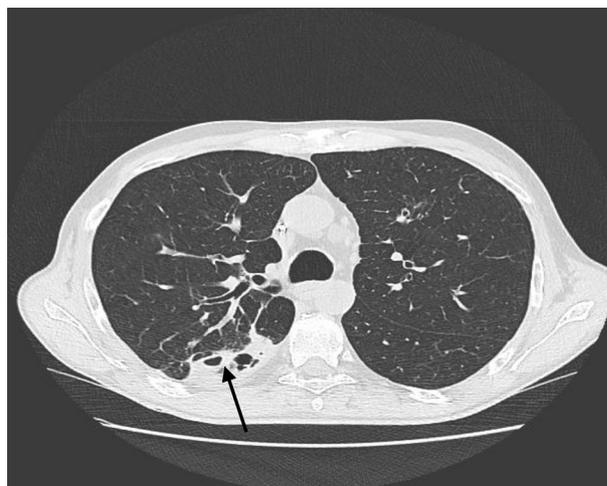


Figure 1 Scanner thoracique montrant une condensation basale droite avec cavitations (flèche).
Thoracic CT showing right basal condensation with cavitations.

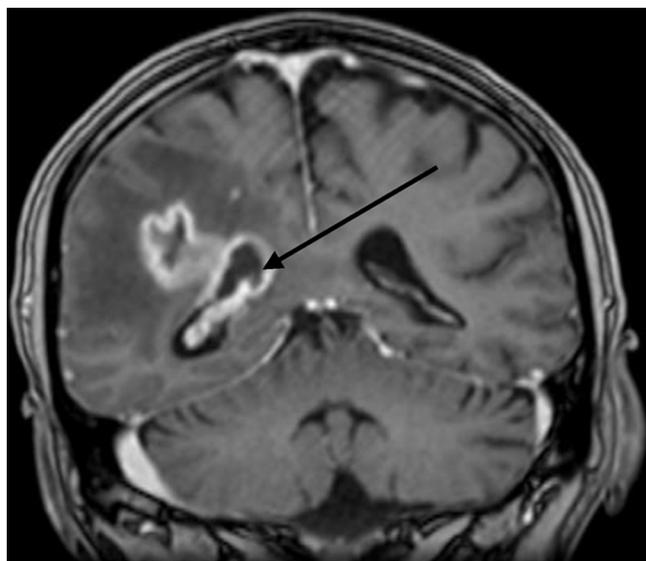


Figure 2 IRM cérébrale. L'abcès cérébral s'étend au ventricule latéral droit et est entouré d'une vaste plage d'œdème (flèche).
Cerebral MRI. Abscessed collection fronto-parieto-temporal right extending to the right lateral ventricle. It is surrounded by a wide edematous area.

Le diagnostic d'abcès cérébral associé à une méningite est posé. Le traitement est modifié par meropénème, vancomycine, amikacine et ciprofloxacine.

Devant l'absence d'évolution clinique et radiologique, le patient est transféré dans notre institution pour réaliser une biopsie de la lésion cérébrale et poursuivre la prise en charge.

Questions

Question 1.— En tenant compte des résultats des examens réalisés, quelles sont les étiologies possibles de cet abcès cérébral ?

L'examen anatomopathologique de la biopsie montre la présence de nombreux filaments mycéliens (Fig. 3).

Question 2.— Quelle est votre démarche au laboratoire de microbiologie pour étayer le diagnostic ?

Suite aux résultats anatomopathologiques, une PCR spécifique de genre *Aspergillus* est réalisée sur le matériel de biopsie. Son résultat est positif.

Le lendemain, de rares colonies d'*Aspergillus fumigatus* sont isolées sur milieu de Sabouraud. La souche apparaît bien sensible aux azolés : les CMI mesurées sont de 0,5 µg/mL pour le voriconazole, de 1 µg/mL pour l'itraconazole, et de 0,25 µg/mL pour le posaconazole.

La recherche d'antigène galactomannane sur sérum est négative (index à 0,13). Les hémocultures réalisées sont également négatives.

Le diagnostic d'aspergillose cérébrale est posé. Sur base des résultats du scanner thoracique, une aspergillose pulmonaire invasive est considérée comme l'origine de la

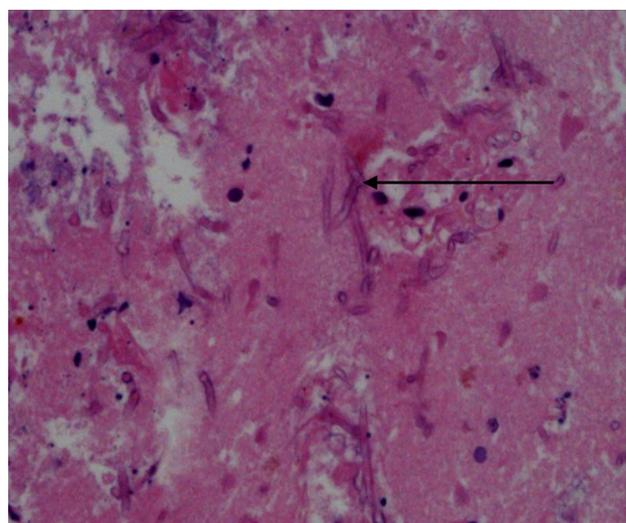


Figure 3 Cytologie du liquide de ponction colorée à l'hématoxyline-éosine. Présence d'hyphes réguliers, septés à 45 °C (flèche).

Grocott-Gomori stain (50× magnification) showing large, regular, branched hyphae suggesting Aspergillus.

dissémination. Aucun prélèvement au niveau respiratoire n'est cependant réalisé pour confirmer ce diagnostic.

Question 3.— Quel traitement proposez-vous (molécules, doses, durée) ?

Le traitement instauré est le suivant : voriconazole 6 mg/kg par 12 heures les 24 premières heures puis 4 mg/kg par 12 heures. À cette posologie, le voriconazole apparaît bien dosé à 3,3 µg/mL (intervalle thérapeutique de 2,0 à 6,0 µg/mL).

Une semaine plus tard, le scanner cérébral de contrôle montre une diminution de volume de l'abcès ainsi qu'une ré-expansion du système ventriculaire droit. Au niveau thoracique, on note une régression partielle des condensations bi-basales, et de la plupart des lésions nodulaires précédemment visibles. Le syndrome inflammatoire est également en amélioration.

Après trois mois de traitement, le patient remarque une diminution de son champ visuel aux exercices de lecture et à la conduite d'un véhicule. Le scanner cérébral, réalisé en urgence, objective l'apparition de nouvelles lésions abcédées au niveau temporal interne homolatéral. Les images thoraciques sont toujours en régression, tandis que la CRP stagne à 56 mg/L.

Une récurrence clinique et radiologique de l'aspergillose cérébrale est diagnostiquée. A ce moment, les taux sanguins de voriconazole sont dosés à 2,7 mg/mL. La diffusion au sein du parenchyme cérébral est jugée insuffisante et la dose de voriconazole est augmentée à 5 mg/kg par 12 heures.

Après trois semaines, on observe une réduction des symptômes présentés par le patient ainsi qu'une normalisation de la CRP. Le voriconazole est dosé à 4,7 mg/L.

Actuellement, la poursuite du traitement s'accompagne d'une régression lente mais continue des lésions cérébrales et pulmonaires.

A. Huwart^{a,*}, J. Radermacker^b, P. Caprassé^c, M.-P. Hayette^a

^a*Department of Medical Microbiology,
Sart Tilman University Hospital, 4000 Liège,
Belgique*

^b*Department of Pathology, Sart Tilman University Hospital,
4000 Liège, Belgique*

^c*Department of Infectious Diseases,
Sart Tilman University Hospital, 4000 Liège, Belgique*

**Auteur correspondant
Adresse e-mail : aline.huwart@student.ulg.ac.be
(A. Huwart)*