



ISSN: 0975-833X

Available online at <http://www.journalcra.com>

International Journal of Current Research
Vol. 12, Issue, 05, pp.11802-11804, May, 2020

DOI: <https://doi.org/10.24941/ijcr.38824.05.2020>

INTERNATIONAL JOURNAL
OF CURRENT RESEARCH

RESEARCH ARTICLE

ABCÈS DU CERVELET SECONDAIRE À UNE OTOMASTOÏDITE CHRONIQUE À PROPOS D'UN CAS AU SERVICE DE NEUROCHIRURGIE DU (CHU-GABRIEL TOURÉ)

Agaly H¹, Diallo M¹, Diallo S², Elansari M.S³, Djerma I¹.

¹Service de Neurochirurgie CHU Gabriel TOURE

²Service de Neurologie CHU Gabriel TOURE

³Service ORL CHU Gabriel TOURE

ARTICLE INFO

Article History:

Received 10th February, 2020

Received in revised form

19th March, 2020

Accepted 27th April, 2020

Published online 31st May, 2020

Key Words:

Abcès du Cervelet, Otomastoïdite
Chronique, Syndrome Cérébelleux,
Trépanation.

Copyright © 2020, Agaly et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Agaly, H., Diallo, M., Diallo, S., Elansari, M.S. and Djerma, I. 2020. "Abcès du cervelet secondaire à une otomastoïdite chronique à propos d'un cas au service de neurochirurgie du (chu-gabriel touré)", *International Journal of Current Research*, 12, (05), 11802-11804.

ABSTRACT

L'abcès du cervelet est une localisation peu habituelle des abcès encéphaliques il peut survenir au cours des infections de l'oreille moyenne et mastoïde. La contamination se fait généralement par contiguïté, le germe le plus fréquent est le streptocoque B. Le diagnostic doit être suspecté devant une suppuration otomastoïdienne avec un syndrome d'hypertension intracrânienne et un syndrome cérébelleux. L'imagerie est l'examen clé pour le diagnostic et thérapeutique. Le traitement chirurgical doit être choisi en fonction de la taille et le besoin d'identification du germe. Qui doit être suivi par un traitement de la porte d'entrée.

INTRODUCTION

L'abcès du cervelet est une localisation peu habituelle des abcès encéphaliques. Il s'installe de façon insidieuse, et en règle consécutivement à une suppuration otomastoïdienne chronique. Malgré les développements de l'imagerie médicale, son diagnostic est souvent fait au stade d'encapsulation, avec le risque possible d'engagement amygdalien mettant en jeu le pronostic vital (1). Nous rapportons l'observation d'un cas d'abcès du cervelet secondaire à une otomastoïdite chronique.

OBSERVATION: Il s'agissait de M. W patient de 16 ans, avec antécédent d'otomastoïdite de 3ans d'évolution. Depuis 2 mois, il commençait à présenter des otalgies droites, fièvre 39-40°C à plusieurs reprises associée à des frilosités, otorrhée purulente droite fétide à type de poisson pourrie. Il a été amené au centre de santé de leur localité où il a reçu un traitement à base d'antibiotique et d'antalgique sans amélioration. 15 jours après, la symptomatologie s'est aggravée par des céphalées intenses occipitales à irradiation diffuse, rebelles aux antalgiques habituels, puis des vomissements en jet, des troubles visuels (vision floue, diplopie horizontale). Vu la dégradation de son état, il a été amené au service de neurochirurgie du centre hospitalier universitaire de Gabriel Toure.

*Corresponding author: Agaly, H.

Service de neurochirurgie CHU Gabriel TOURE.

Examen Clinique: Température à 37°C, T.A= 110/80 mmHg, pouls 96 bat/mn. Ataxie avec latéralisation vers le coté droit, dissymétrie. Strabisme convergent (paralysie du nerf VI), nystagmus horizontal et rotatoire. Devant ce tableau, une tomodynamométrie (TDM) crânio-encéphalique a été réalisée et qui a objectivé une dilatation ventriculaire et une image en cocarde, faite d'une lésion cerclée par une couronne hyperdense prenant le contraste, entourée d'une hypodensité périphérique qui correspond à un œdème au niveau du droit (Fig. 1 et Fig. 2). Le même jour on a réalisé l'intervention chirurgicale en urgence avec l'équipe d'Otorhinolaryngologie (ponction évacuatrice et l'évidement péto-mastoïdien), suivi de l'isolement du germe. Une triple antibiothérapie a été instaurée (ceftriaxone 1g x2/jour, gentamycine 80mg x2/jour, métronidazole 500mg x3/jour) par voie veineuse. L'examen bactériologique a retrouvé un Streptocoque B, sensible à la ceftriaxone et la cefotaxime. Ce qui a permis de continuer avec le même traitement.

Suites Operatoires: Au 3^e jour on a noté une amélioration clinique du patient, les troubles visuels ont disparus et le syndrome cérébelleux a disparu complètement à la fin de la 2^e semaine. Au 2^e mois la TDM a montré la disparition de l'image en cocarde, permettant l'arrêt des antibiotiques (Fig.3). Au 3^e mois la TDM cérébrale a montré la disparition de l'hydrocéphalie et une hypodensité séquellaire (Fig.4).

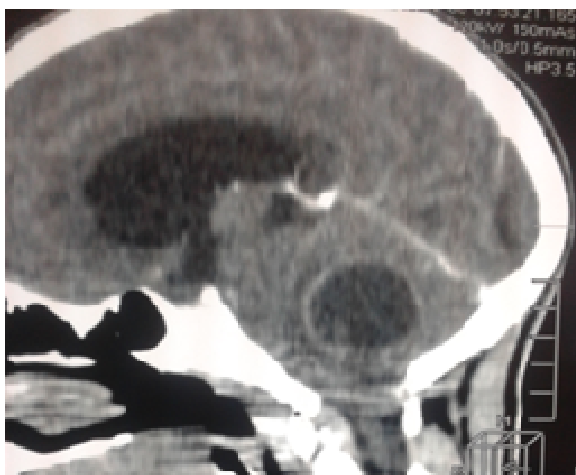


Fig. 1. TDM cérébrale montrant la disparition de l'hydrocéphalie (coupe axiale)



Fig. 2. TDM cérébrale montrant un abcès du cervelet droit (coupe axiale)



Fig. 3 : TDM cérébrale montrant un abcès du cervelet (coupe sagittale)

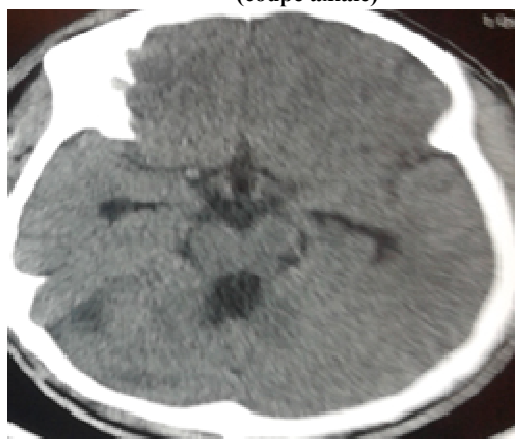


Fig. 4 : TDM cérébrale montrant une hypodensité séquellaire (coupe axiale)

DISCUSSION

L'abcès otogène du cervelet est relativement rare, représentant 6 % à 13,8 % des abcès encéphaliques (Ndoye *et al.*, 2007). Dans la littérature, il survient le plus souvent chez le sexe masculin. C'est une affection qui touche habituellement l'enfant et l'adulte jeune (Agrawal, 2003). Il est le plus souvent consécutif à une suppuration otomastoïdienne chronique. Au plan pathogénique, l'infection se localise d'abord au niveau osseux, gagne le parenchyme cérébelleux le plus souvent par contiguïté (Ouboukhlika, 1993) ce qui concorde avec notre cas. Parfois par voie veineuse: le sinus pétreux, le sinus latéral puis les veines du cervelet sont successivement atteints par un processus de thrombophlébite rétrograde, permettant aux germes de parvenir à un foyer de ramollissement cérébelleux d'origine veineuse et d'y proliférer (Erdogan, 2008).

IL peut succéder à une infection de l'extrémité céphalique d'origine ORL ou stomatologique (sinusite maxillaire, phlegmon orbitaire ou dentaire) (Trimis *et al.*, 2003). D'autres modalités de constitution de l'abcès existent, d'origine métastatique se développant à partir d'un embol septique né d'un foyer infectieux (quel que soit le siège) qui gagne le cervelet par voie artérielle ou veineuse, ou d'origine traumatique consécutive à une plaie crânio-cérébelleuse ou à l'introduction d'un corps étranger. La durée de l'otite moyenne chronique avant la présentation de l'abcès peut varier d'un mois à vingt ans (Agrawal, 2003). Dans notre cas elle a été de 3 ans.

Au plan clinique, le syndrome infectieux (hyperleucocytose, VS accélérée) et un syndrome d'hypertension intracrânienne (HTIC) (céphalées, vomissements) ont été constaté. La recherche d'un syndrome cérébelleux est importante, nous permettant de nous orienter vers une lésion de la fosse cérébrale postérieure. Dans la série de Houtteville (Houtteville, 1973), ce signe a été noté dans 90 % des cas. L'atteinte des V, VI, VII ou VIII nerfs crâniens, secondaire à un processus inflammatoire local, a été retrouvée par plusieurs auteurs (Trimis, 2003; Houtteville, 1973). Dans notre observation, il y avait une atteinte du VI et VIII nerf crâniens. Le tableau neurologique est le plus souvent au premier plan, et conduit à réaliser une tomодensitométrie cérébrale en urgence ; celle-ci permet d'établir le diagnostic positif, topographique et de gravité (Lemaire, 2004). Le diagnostic différentiel comprend l'astrocytome kystique du cervelet, la toxoplasmose, le lymphome, le tuberculome, l'hématome intra parenchymateux en voie de réabsorption (Trimis, 2003), mais ceci s'élimine dans notre cas par la notion de porte d'entrée. Quant au traitement, l'exérèse en masse de l'abcès a de nombreux défenseurs (Ouboukhlika, 1993; Trimis *et al.*, 2003). Cette technique plus complexe puisqu'il s'agit d'aborder la fosse cérébrale postérieure, permet une bonne exposition des lésions et l'enlèvement de la coque qui, laissée en place, serait source de récurrence, permet d'éviter la dissémination des germes dans le 4e ventricule et les espaces sous arachnoïdiens. Elle permet aussi de parer aux dangers d'un éventuel engagement (laminectomie de l'atlas, résection amygdalienne).

La ponction évacuatrice garde toujours ses partisans (Lemaire, 2004; Friedleander, 2013). Comme dans notre cas, c'est un geste réalisé le plus souvent en extrême urgence, compte tenu du blocage ventriculaire rapide dans cette localisation et du risque majeur d'engagement. Il permet de passer le cap de l'urgence en évacuant la collection purulente, entraînant ainsi l'amélioration des signes cliniques. Il permet l'identification du ou des germes responsables et l'institution d'une antibiothérapie adaptée. L'évidement pétro-mastoïdien est une étape nécessaire comme traitement de la porte d'entrée en cas d'origine otitique. Il peut être réalisé dans le même temps opératoire que l'abcès, à travers la même voie d'abord, à condition qu'il n'y ait pas de signes cliniques de gravité et que l'abcès soit de petite taille et facilement accessible (Kuczkowski, 2001) ou à distance de celui-ci, de façon à évacuer le pus mastoïdien, le foyer ostéitique, et un éventuel cholestéatome. Chez notre patient le traitement de la porte d'entrée ont été effectué dans le même temps opératoire. Le diagnostic histologique ne pose aucun problème, car le streptocoque B est le germe le plus couramment rencontré au cours des infections de l'oreille moyen et mastoïde. La surveillance post opératoire doit être régulière et rigoureuse, basée sur la clinique et la TDM (Friedleander *et al.*, 2013). Elle permet de dépister des signes d'hypertension intracrânienne aiguë et les récurrences de l'abcès.

Conclusion

L'abcès du cervelet est une localisation moins fréquente des abcès encéphaliques. Son développement dans une loge exiguë signe l'urgence de la prise en charge avec un risque de blocage de l'écoulement du liquide cérébro-spinal, et d'engagement mettant en jeu le pronostic vital.

La trépano-ponction de l'abcès vu sa simplicité et sa rapidité d'exécution reste une technique largement utilisée.

RÉFÉRENCES

- Agrawal D, Suria, Mahapatraak - Primary excision of pediatric posterior fossa abscesses. Towards zero mortality ? A series of nine cases and review. *Pediatr Neurosurg* 2003 ; 38 : 63-7.
- Erdogan E, Cansever T. Pyogenic brain abscess *Neurosurg Focus* 2008, 24:1-10.
- Friedleander RM, Gonzalez RG, Afridi NA, Pfannl R, A58-year-old woman with left. Sided weakness and a night frontal brain mass. *N Engl J med* 2013; 348: 2125-32.
- Houtteville JP, VAN Effenterre R - Les abcès de la fosse postérieure. *Nouv Presse Med* 1973 ; 2 :1061-6.
- Kuczkowski J, Mikaszewski B. 2001. Intracranial complications of acute and chronic mastoids : report of two cases in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 60 : 227-37.
- LEMAIRE B, RACY E, LESCANNE E et Coll – Complications méningo-encéphaliques des otites chroniques cholestéatomateuses. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2004 ; 121 : 197-204.
- Ndoye, N., Hossini, A., M.C. BA, M.B. Faye, A.B. Thiam: Les abcès de la fosse cérébrale postérieure à propos de 4 cas. *Médecine Tropicale* 2007 ; 485 : 67-5.
- Ouboukhlika, EL Kamara, EL Azharia, Boucetta M. 1993. Les abcès de la fosse cérébrale postérieure à propos de 10 cas. *Neurochirurgie*; 39 : 47-9.
- Trimis G, Mostrou G. 2003. Lourida A et Coll - Petrositis and cerebellar abscess complicating chronic otitis media. *J Paediatr Child Health.*, 39 : 635-6.
