

CAS CLINIQUE

Collège de maladies infectieuses, microbiologie et parasitologie

Tunis le 28/10/2011

R. Abid

R. Abdelmalek

- Mme H.B âgée de 21 ans
- ATCD pathologiques = 0
- 4 jours avant son admission:
 - fièvre
 - céphalée rétro-orbitaire à irradiation apexienne
 - rhinorrhée purulente bilatérale
- La symptomatologie a été négligée par la patiente



- Devant la constatation d'une
 - odynophagie
 - altération de l'état général
 - aggravation des céphalées devenant holocrânienne

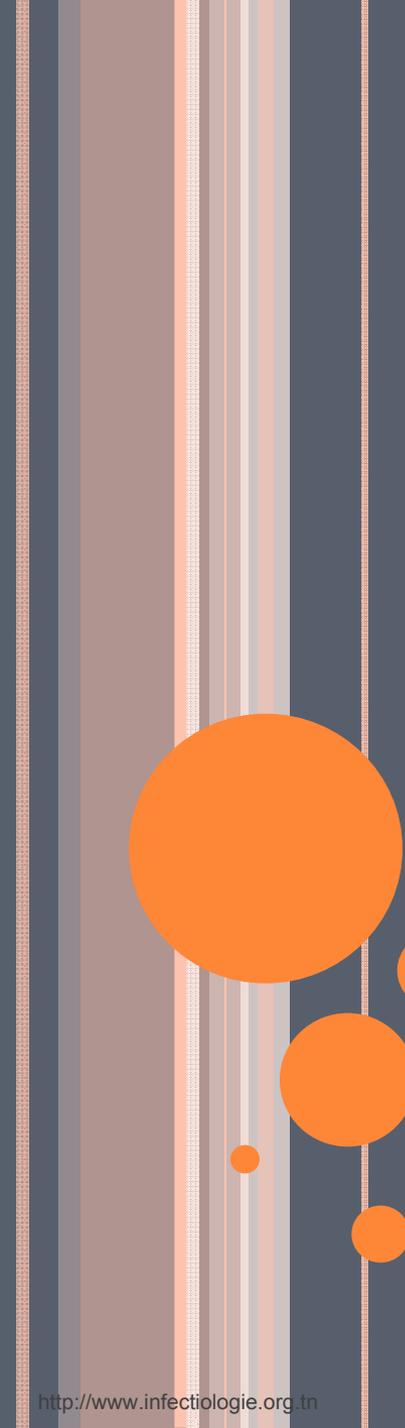
- La patiente vous a consulté



L'examen clinique :

- fièvre à 40°C
- AEG
- œdème et rougeur des paupières
- exophtalmie bilatérale
- mydriase droite areflectique
- strabisme convergent bilatéral
- raideur méningée
- signes de Kernig et Brudzinski présents





QUELLE(S) EXPLORATION(S)

DEMANDER?

○ Demander en urgence

- scanner cérébral et du massif facial
- ponction lombaire
- hémocultures
- NFS
- CRP



○ NFS:

➤ GB=13.400/ μ l à PNN

➤ Hb= 12 g/dl

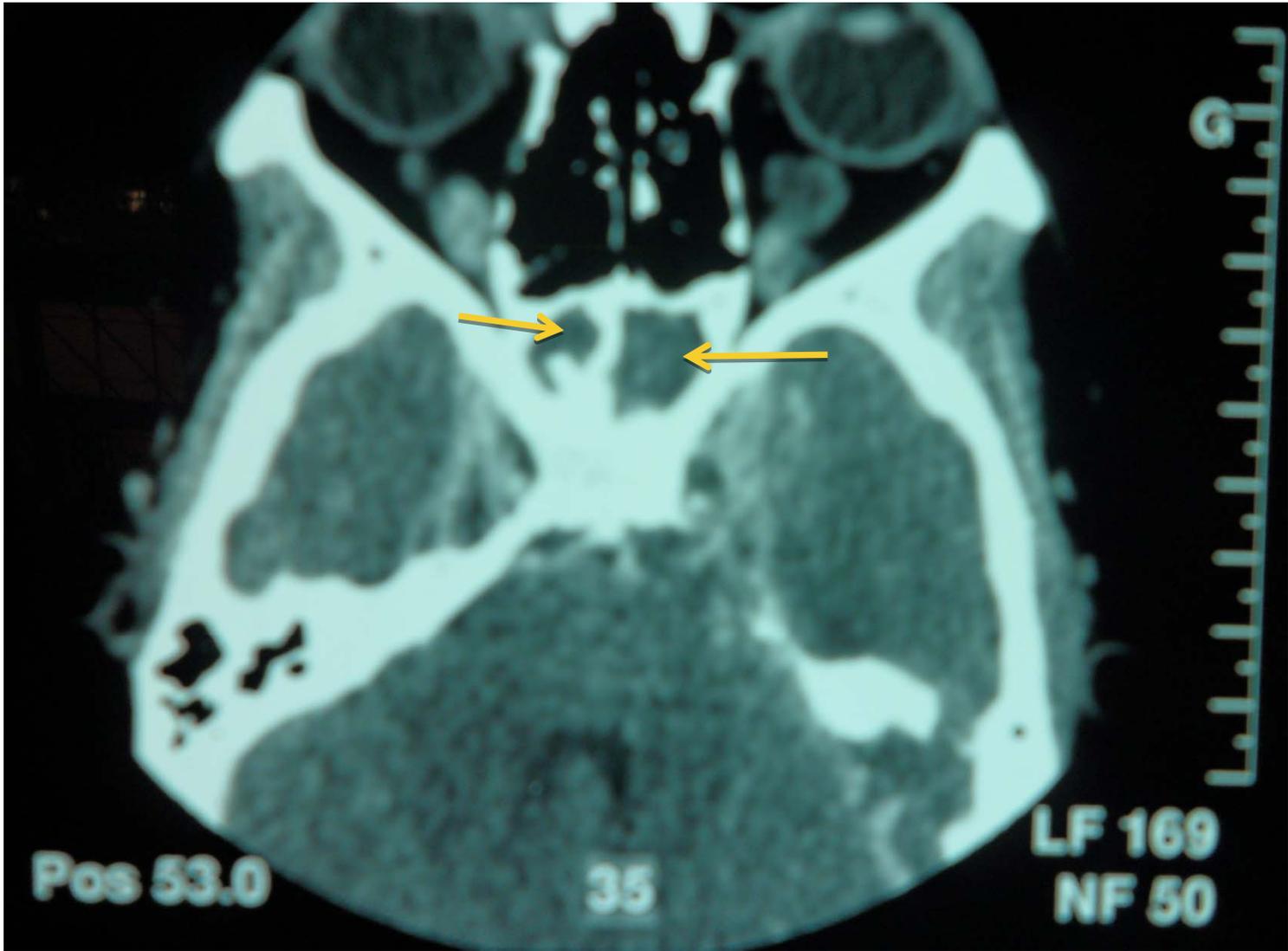
➤ Plq = 180.000/mm³

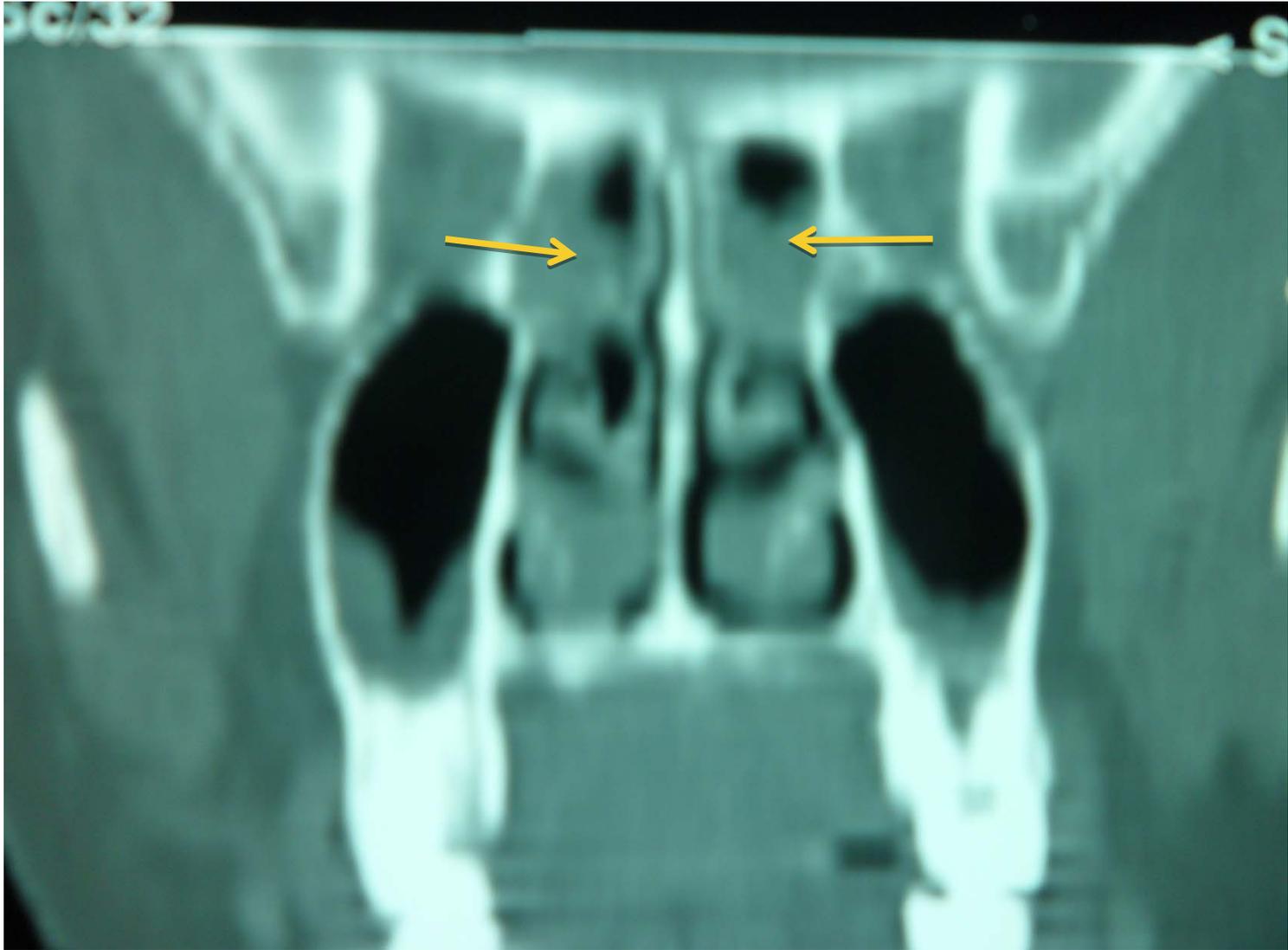
○ CRP= 120 mg/l



- A la réception du scanner cérébral et du massif facial:
 - Sinusite sphénoïdale avec extension aux sinus caverneux
 - Thrombophlébite des sinus sigmoïdes de la veine ophtalmique
 - Abscès cérébraux temporal droit et insulaire gauche
 - Prise de contraste méningée
 - Collection de 2 cm parapharyngée droite avec rehaussement des parois du rhinopharynx
 - Thrombose des jugulaires





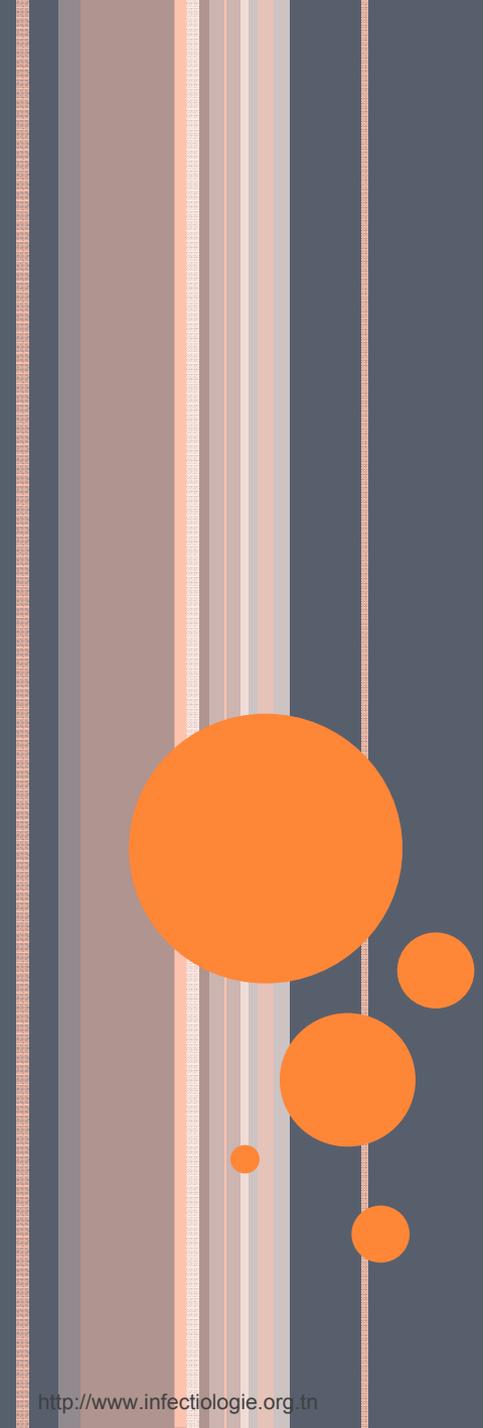




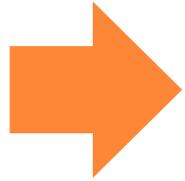
○ PL

- Liquide trouble
- 250 EB/mm³, 90% PNN
- Hyperprotéinorrhachie
- Hypoglycorrhachie
- Culture négative



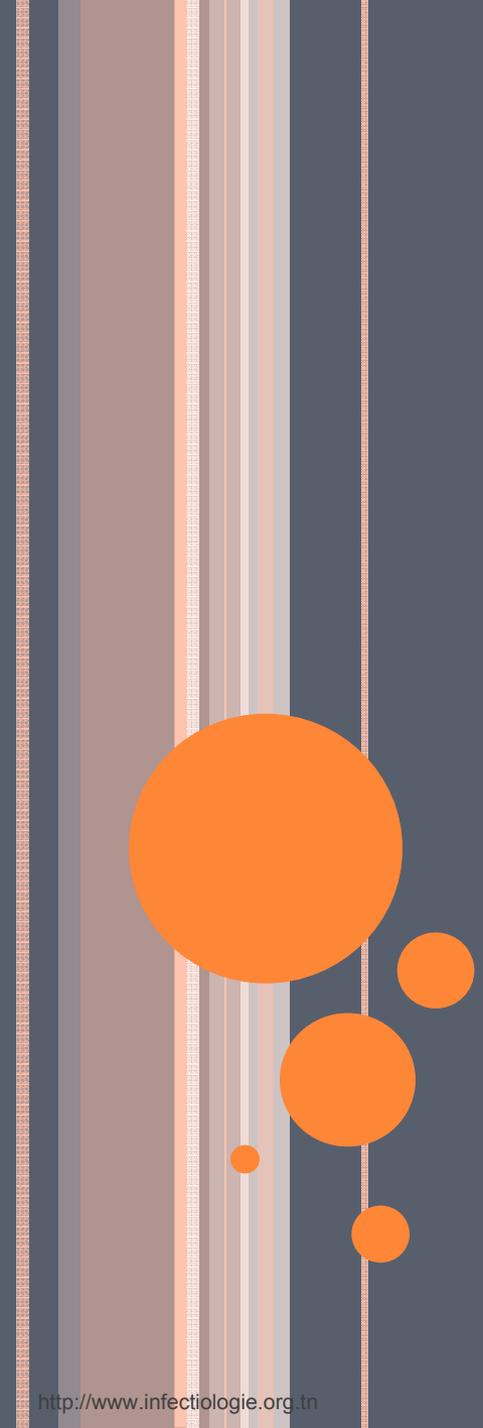


QUEL DIAGNOSTIC EVOQUER?



Il s'agit d'un tableau de **sinusite sphénoïdale**
compliquée de localisation méningo-cérébrale, para-
pharyngée et de thrombophlébite septique





QUELLE SERA

L'ANTIBIOTHERAPIE DE

PREMIERE INTENTION?

- A. amox/ac. clavulanique IV + aminoside
- B. cefotaxime 100 mg/kg/j IV + aminoside
- C. cefotaxime 200 mg/kg/j IV + fosfomycine + métronidazole
- D. Levofloxacin + rifampicine
- E. Cefotaxime + fosfomycine
- F. AINS
- G. Corticoïdes



QUELLE PLACE POUR L'HEPARINOTHERAPIE?

oui

- Thrombophlébite septique et cruorique
- Héparinothérapie s'impose x 6 semaines au moins

non

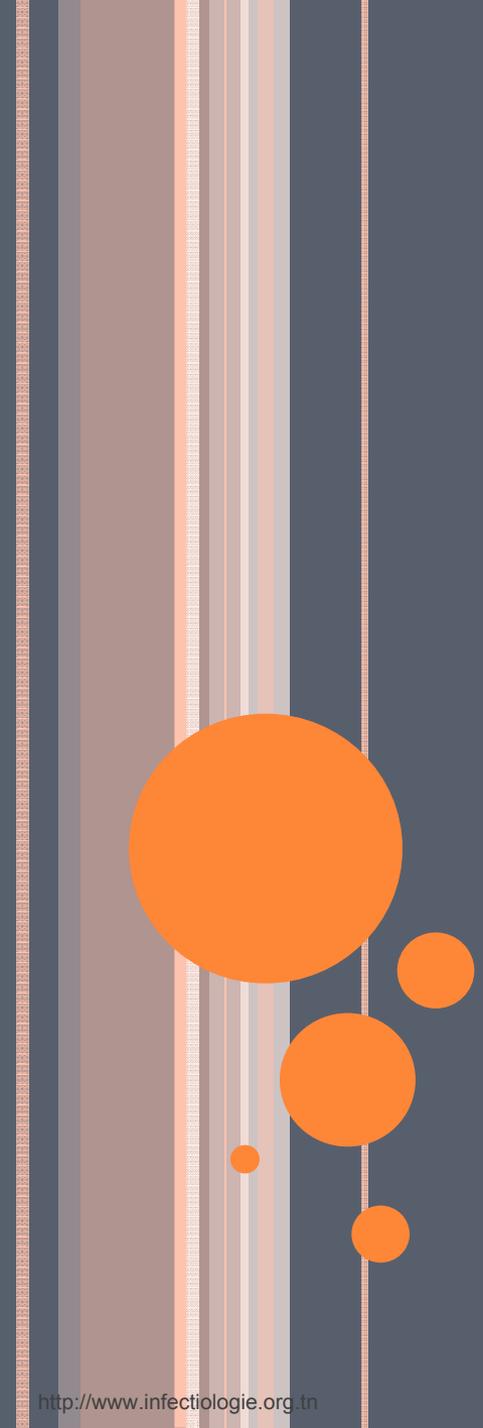
- Thrombophlébite septique
- Disparaitra avec la guérison de l'infection



- Evolution favorable
 - Apyrexie
 - Diminution des céphalées
- 2 hémocultures parviennent après cinq jours, positives à *Staphylococcus aureus* Méti S

garder céfotaxime-fosfo-flagyl





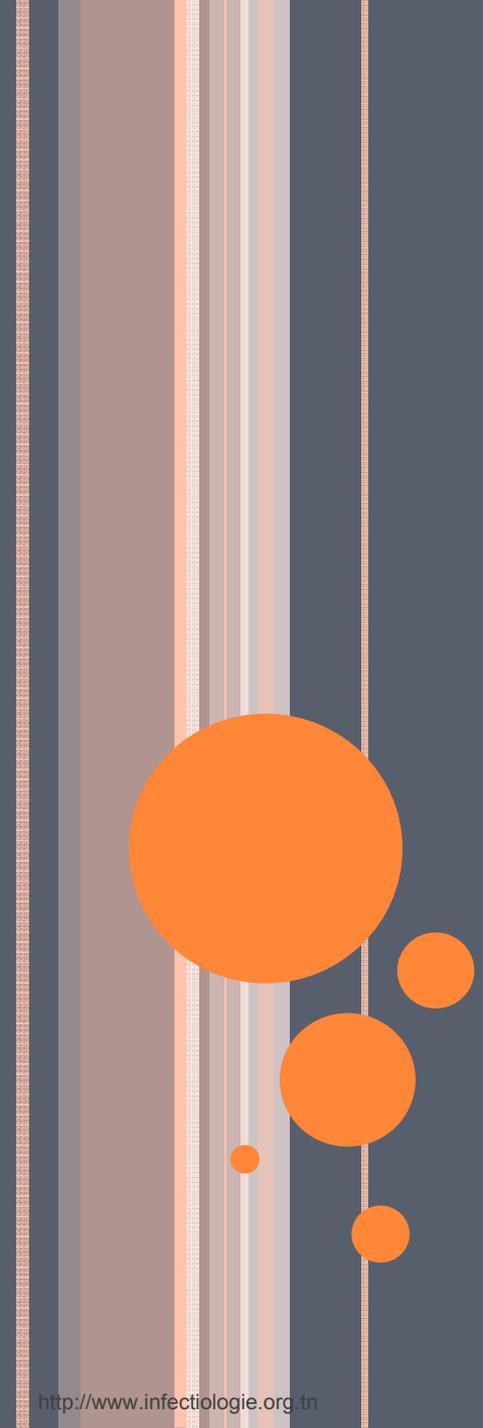
QUELLES COMPLICATIONS FAUT-IL RECHERCHER?

- Ostéite de la base du crâne
- Spondylodiscite cervicale
- Endophtalmie
- Abscès rétro-oculaire
- Abscès du cerveau



Complication	
oculaires	cellulite rétro-orbitaire
	abcès sous périosté
neurologiques	Méningite / encéphalite
	Abcès cérébral
	Thrombophlébite du sinus caverneux
Générales	Septicémie (rares)





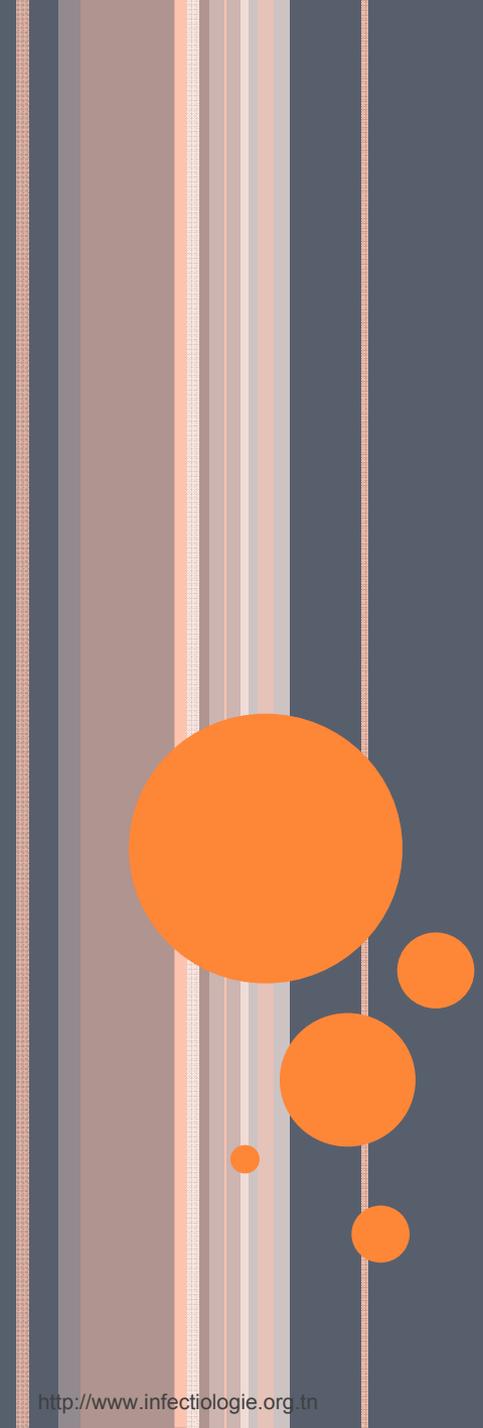
QUELS SONT LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS?

- **Oedème ou cellulite post-traumatique:** contexte +++
- **Piqûre d'insecte:** contexte+++
- **Œdème allergique:** extension rapide de l'œdème aux 2 orbites et aux joues.
- **Erysipèle de la face :** +/- bourrelet périphérique et l'œdème déborde rapidement les paupières vers les joues.



- **Dacryocystite aiguë:** Tuméfaction prédominant à la paupière inférieure. Le diagnostic est posé sur l'existence d'un cordon inflammatoire au niveau du sillon naso-génien et l'issue de pus à la pression du sac lacrymal de bas en haut.
- **Conjonctivite aiguë:** l'existence de pus, de rougeur conjonctivale et d'une tuméfaction bipalpébrale permet d'évoquer le diagnostic. Il s'agit d'un œdème non douloureux sans fièvre ni altération de l'état général.





QUEL SERA LE TRAITEMENT DE RELAI?

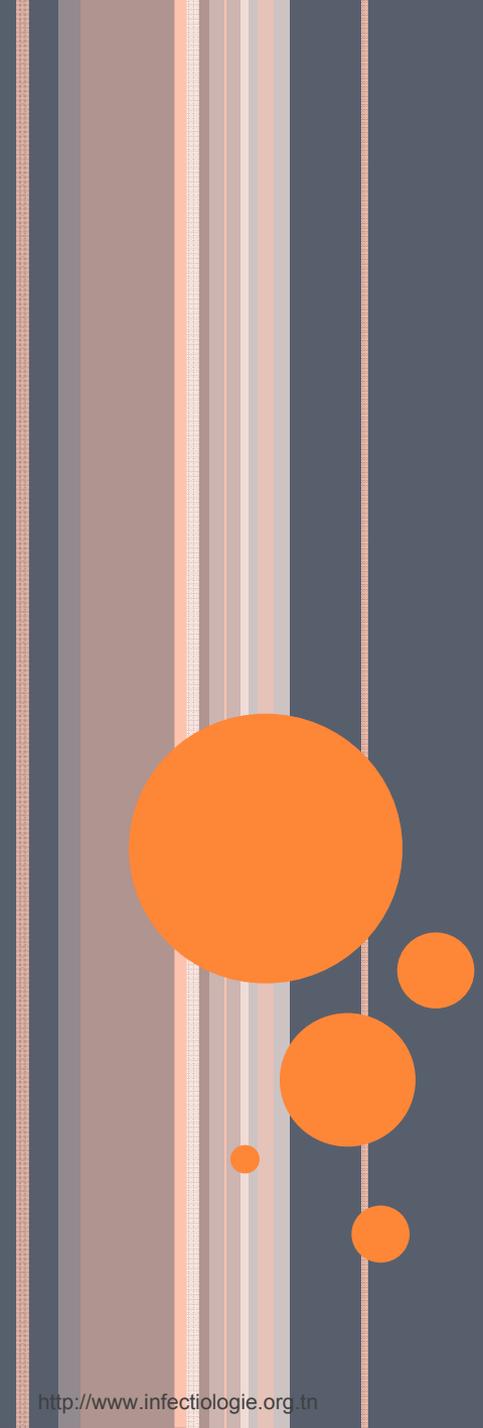
Après une antibiothérapie injectable de 4
semaines

Germe identifié : Staphylococcus aureus Numération :

Noms des antibiotiques	Diam	D.seuil	CMI	Résultats
PENICILLINE G	40	29	< 0.25	<u>SENSIBLE</u>
AMOXICILLINE	-	14-21		<u>SENSIBLE</u>
XX OXACILLINE	38	20	< 2	<u>SENSIBLE</u>
CEFALOTINE	40	12-18	0.05	SENSIBLE
IMIPENEME	-	17-22		SENSIBLE
STREPTOMYCINE	17	13-15	4	SENSIBLE
KANAMYCINE	25	15-17	0.50	SENSIBLE
TOBRAMYCINE	27	20	< 1.00	SENSIBLE
GENTAMICINE	27	20	< 1.00	SENSIBLE
AMIKACINE	-	15-17		SENSIBLE
CHLORAMPHENICOL	28	19-23	3	SENSIBLE
TETRACYCLINE	10	17-19	91	Résistant
ERYTHROMYCINE	28	17-22	0.19	SENSIBLE
SPIRAMYCINE	27	19-24	0.44	SENSIBLE
OLEANDOMYCINE	-	17-22		SENSIBLE
LINCOMYCINE	30	17-21	0.09	SENSIBLE
PRISTINAMYCINE	28	19-22	0.25	SENSIBLE
PEFLOXACINE	-	16-22		SENSIBLE
OFLOXACINE	27	16-22	0.31	SENSIBLE
TRIMETHOPRIME + SULFAMIDES	26	10-16	0.20	SENSIBLE
FOSFOMYCINE	40	14	< 32	SENSIBLE
RIFAMPICINE	38	14-29	0.06	SENSIBLE
ACIDE FUSIDIQUE	35	15-22	0.04	SENSIBLE
VANCOMYCINE	20	17	< 4	SENSIBLE
TEICOPLANINE	20	17	< 4	SENSIBLE

- Pristinamycine
- Ciprofloxacin
- Levofloxacin
- Cotrimoxazole





QUELLE EST LA DUREE DU TRAITEMENT?

VARIABLE

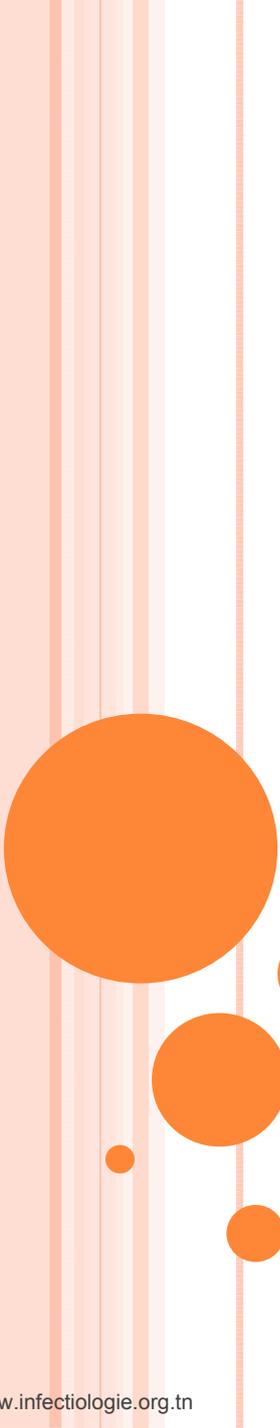
Sans abcès du cerveau

- 7 à 10 jours

En présence d'un abcès du cerveau

- Selon l'évolution radiologique des abcès





**MERCI POUR
VOTRE ATTENTION**