

l'Association Tunisienne de Réanimation
Le Service de Réanimation Médicale de la Rabta

**Les Vendredis de
la Réanimation**



2022

ETAT DE MAL EPILEPTIQUE À PROPOS D'UN CAS CLINIQUE

Présenté par : Rdte Wala BRAHMI, Dr I Sedghiani
Service Urgences et Réanimation Hôpital Habib Thameur

01/04/2022

- Mr M.F âgé de 22 ans
- Sans antécédents particuliers
- Vacciné contre la Covid-19
- Étudiant
- Consulte les urgences pour des céphalées rebelles au traitement avec des vomissements en jet évoluant depuis deux semaines
- anorexie et fièvre non chiffrée
- À l'arrivée des urgences il présente une convulsion tonico-clonique généralisée de 5 minutes sans retour à un état de conscience .





C'est **un état de mal épileptique**

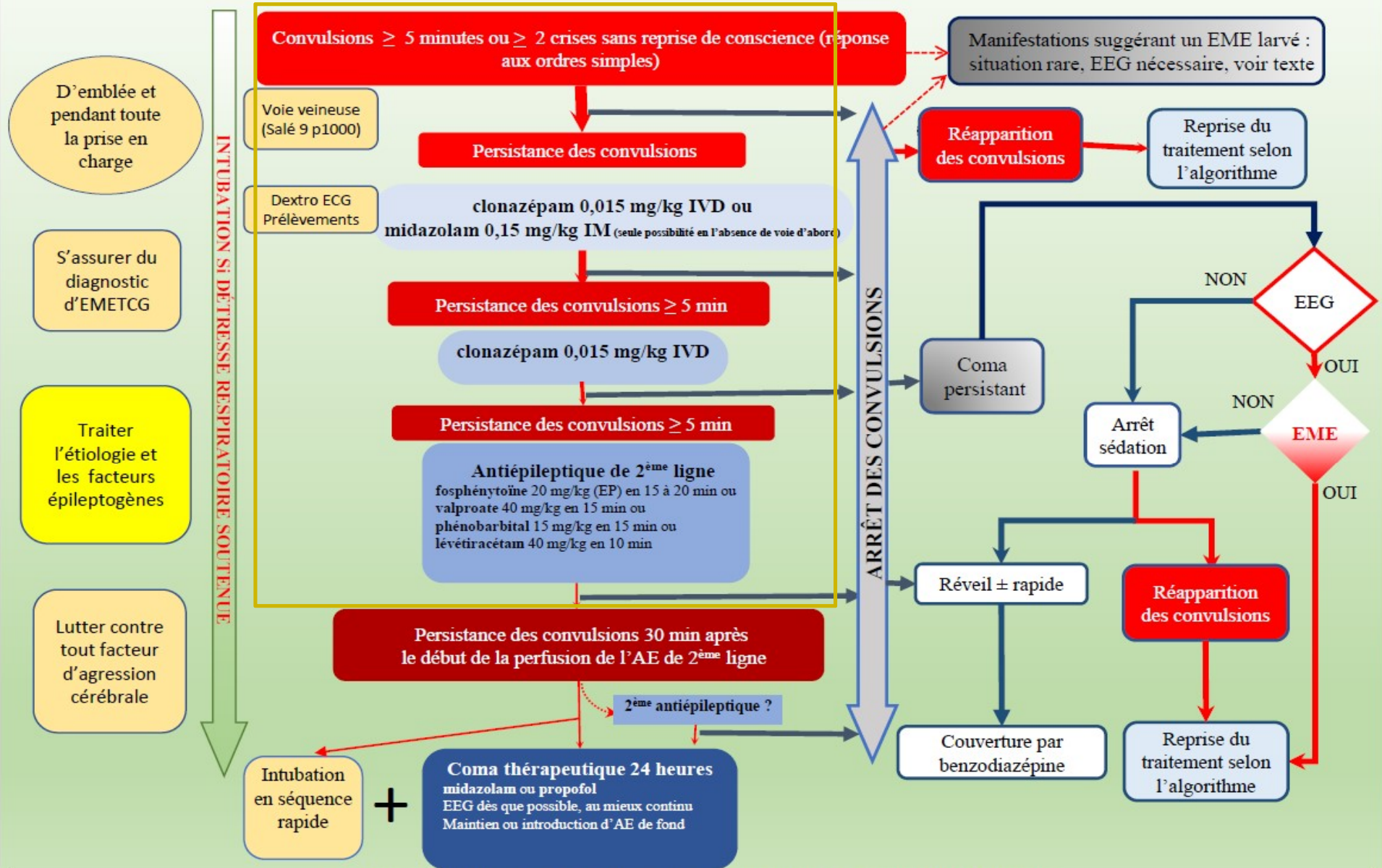
L'EMETCG est défini de façon opérationnelle par une crise généralisée dont les manifestations motrices se prolongent au-delà de cinq minutes ou par des crises (≥ 2) qui se répètent à des intervalles brefs sans reprise de conscience inter-critique (non réponse à des ordres simples).



- Quelle sera votre conduite à tenir symptomatique ?



État de mal épileptique convulsif tonico-clonique généralisé de l'adulte non obèse



EEG dès que possible si doute diagnostique, coma, suspicion d'EMETCG larvé (rare), EME réfractaire.

Imagerie précoce indispensable si EME de novo. Autres examens. Avis spécialisés dès que possible, ce d'autant qu'il s'agit d'un EME réfractaire, pour interpréter l'EEG et préciser l'étiologie.

NOTRE PATIENT

- deux injections de 1 mg de clonazepam
- une dose de charge de dépakine
- intubé , ventilé et sédaté devant la persistance de l'altération de la conscience
- Traitement d'entretien : Lévétiracétam
500mg*2/j



QUELLES ÉTIOLOGIES ÉVOQUEZ VOUS?
QUELLES EXPLORATIONS DEMANDEZ-VOUS ?



DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE DE L'EME :

EME de novo	%
Maladie cérébrovasculaire (séquelle ou aigue)	32%
Tumeur cérébrale (incluant changement aigu, saignement par exemple)	3-18% (5%)
Intoxication (volontaire/accident)	5-20%
Origine inconnue	5-10%
Sevrage alcool/BZD	6-10%
Toxique ou métabolique	6-10%
Infection du SNC	5-9%
Traumatisme crânien aigu	7%
Maladie inflammatoire (y compris auto-immunes)	6%
Origine indéterminée	5%
Infection hors du SNC	2%
Maladies neurodégénératives	2%



NOTRE PATIENT

À la biologie :

GB: 4080 elts/mm³

PNN : 3370 elts/mm³

Lym : **600** elts/mm³

Hgb : 10.4g/dl

Hct : 32%

Plq : 174000 elts/mm³

TP : 74%

Glycémie : 5.79 mmol/L

Urée : 4.7 mmol/L

Créat : 58 µmol/L

Na/K/Cl : 137/3.5/104 mmol/L

Calcium: 2.26 mmol/L

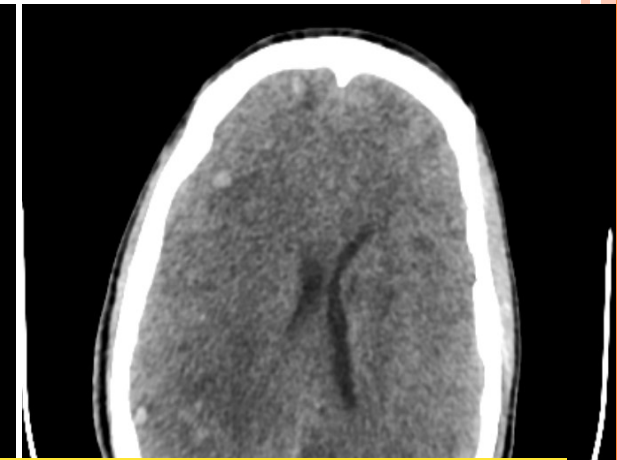
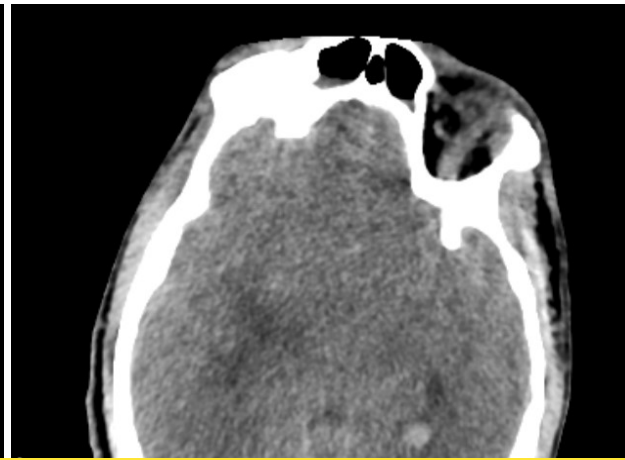
ASAT/ALAT : **83/ 77**UI/L

GGT: 94 UI/L

Bili T/D : 13/5 µmol/L

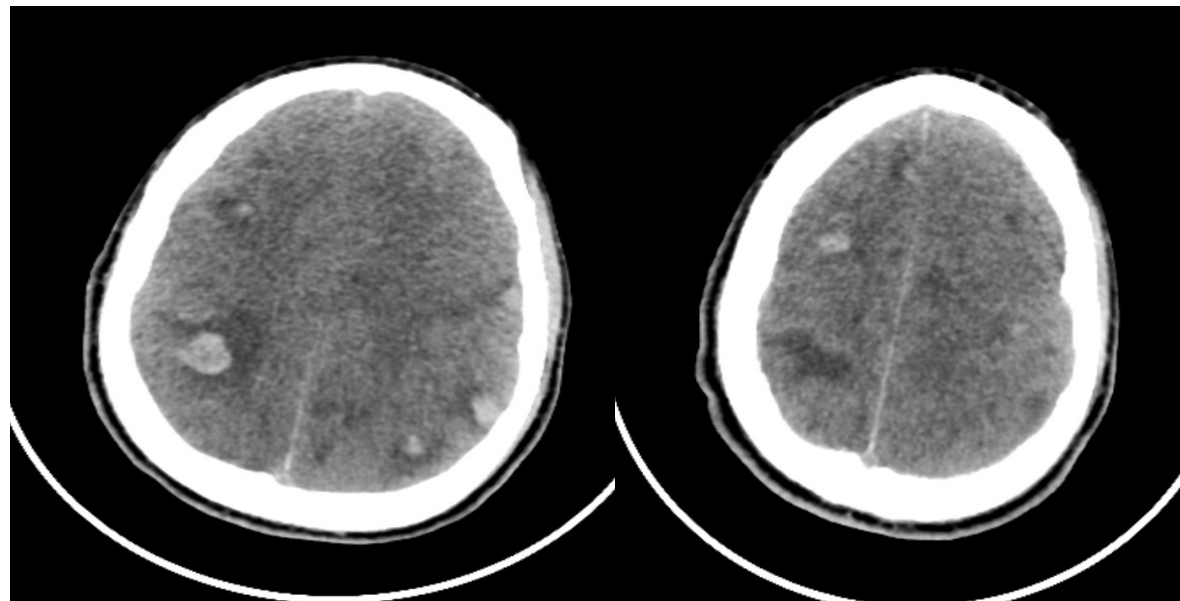
CRP :**17** mg/l





Résultat du scanner :

Lésions cérébrales nodulaires bilatérales sans réhaussement, turgescence cérébrale diffuse, début d'engagement sous falcoriel.



LÉSIONS CÉRÉBRALES NODULAIRES

	Lésion unique	Lésions multiples
Fréquent	• Infectieux : abcès • Oncologique : métastases, glioblastome multiforme • Autres : hématome intracérébral subaigu, infarctus cérébral subaigu, nécrose radique	• Infectieux : abcès, neurocysticercose • Oncologique : métastases • Sclérose en plaques • ADEM (encéphalite aiguë disséminée)
Moins fréquent	• Infectieux : neurocysticercose, toxoplasmose, tuberculome • Oncologique : lymphome cérébral primaire, astrocytome pilocytique • Lésion démyélinisante • Autres : anévrisme thrombosé, malformation intraveineuse thrombosée	• Infectieux : tuberculome, • Oncologique : lymphome cérébral primaire, glioblastome multiforme multifocal • Autres : ADEM, neurosarcoïdose, hématomes cérébraux subaigus, infarctus cérébraux subaigus
Rare	• Infections fongiques • Infarctus lacunaire subaigu	• Infections fongiques • Vasculite

Origine infectieuse des lésions cérébrales à rehaussement annulaire Grandmaison et al , 2015

- Quelles autres explorations pratiquez vous pour mieux étayer votre diagnostic ?



○ Une sérologie VIH positive

N° Demande : 202220177

N° d'ordre : 246

Prélèvement du: 25/02/22 à 10:06

Provenance : Admission N° [REDACTED]

URGENCES MEDICALES

REANIMATION

[REDACTED]
Date Naiss. [REDACTED]

N° Dossier [REDACTED]

Matricule [REDACTED]

SEROLOGIE DU VIRUS DE L'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (VIH)

TECHNIQUE..... ECLIA ROCHE

Ag p24 / Anticorps Anti HIV-1 et HIV-2... POSITIF.CONFIRMATION WESTERN BLOT EN COURS.

À la reprise de l'interrogatoire: pas de notion de toxicomanie IV

À l'examen: pas de traces d'injection

examen anal: multiples fistules et un sphincter anal béant



Tableau 1 Étiologie des abcès ou des lésions cérébrales chez le patient immunodéprimé (adapté de [31])

Type d'immunodépression	Parasites/champignons	Bactéries
Infection par le VIH	<i>Toxoplasma gondii</i> <i>Cryptococcus neoformans</i>	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> <i>Nocardia</i> <i>Listeria</i>
Neutropénie	<i>Aspergillus</i> <i>Mucorales</i> <i>Candida</i> <i>Scedosporium</i>	Bacilles Gram négatif aérobies
Transplanté d'organe	<i>Aspergillus</i> <i>Mucorales</i> <i>Scedosporium</i> <i>Cryptococcus neoformans</i> <i>Toxoplasma gondii</i> <i>Candida</i>	<i>Nocardia</i> Bacilles Gram négatif aérobies <i>Mycobacterium tuberculosis</i>

○ **Bilan VIH:**

- Sérologies VHB/VHC
- Sérologies toxoplasmose et CMV
- Charge virale
- Génotype
- CD4/CD8
- HLAB57-01
- Sérologie syphilis

○ **Bilan lésion cérébrale:**

- IRM avec injection
- PL avec biochimie et bactério standard
- Recherche de HSV/VZV/CMV/JC /EBV
- Charge virale VIH LCR ; PCR toxo
- Encre de chine et Ag cryptocoque
- VDRL
- Cytologie; garder un tube



CHEZ NOTRE PATIENT

- PL formellement contre indiquée:
- Sérologie VHA , VHB , VHC négative
- Sérologie toxoplasmose : IgG + , IgM –
- Sérologie CMV: IgM+
- PCR Toxoplasmose sur sang +
- PCR CMV sur sang –
- PCR HSV sur sang –
- Antigènes solubles de cryptococcose dans le sang –
- TDM thoracique: Absence de lésions en faveur d'une tuberculose pulmonaire , pneumopathie d'inhalation



QUELS TRAITEMENTS?

- pour la toxoplasmose cérébrale
Triméthoprim – Sulfaméthoxazole (5/25): 3 Amp*4/J
Clindamycine 600 mg*4/j
- Ttt anti-tuberculeux:
HRZE
- Ceftriaxone à dose méningée:
4g*2/j
- pour la pneumopathie d'inhalation:
Metronidazole 500 mg*3/J
- pour la réactivation de CMV :
Ganciclovir 500mg*2/j
- pour l'œdème cérébral:
Dexaméthasone 0.4mg/kg/j



ÉVOLUTION

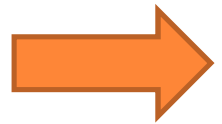
- Aggravation neurologique
- Engagement cérébral antérieur
- Augmentation de l'œdème cérébral et mort cérébrale
- Une PL post mort encéphalique a été faite :

PONCTION

PRELEVEMENT.....	LOMBAIRE
ASPECT.....	XANTHOCROMIQUE
NOMBRE DE LEUCOCYTES / mm3.....	12
NOMBRE DE GR/mm3.....	900
FORMULE LEUCOCYTAIRE.....	LYMPHOCYTES 80%
CULTURE.....	NEGATIVE



- Hypoglucorachie à 0.4 g/l
- Hyperproteinorachie à 7.8 g/l
- Examen direct cryptococcose –
- PCR sur LCR de toxoplasmose +



**C'est un état de mal épileptique sur
toxoplasmose cérébrale chez un patient
immunodéprimé**



Toxoplasmose cérébrale

Cerebral Toxoplasmosis

E. Magalhaes · B. Mourvillier · M. Neuville · J.-F. Soubirou · G. Voiriot · R. Smonig · A. Radjou · L. Bouadma · M. Wolff · J.-F. Timsit · R. Sonnevile

Tableau 2 Critères diagnostiques du CDC de la toxoplasmose cérébrale chez le patient infecté par le VIH

Toxoplasmose probable	Sérologie <i>Toxoplasma gondii</i> positive en IgG Taux de CD4 < 200/mm ³ Tableau clinioradiologique compatible Réponse au traitement d'épreuve (14 jours)
Toxoplasmose définie	Biopsie cérébrale avec mise en évidence de <i>Toxoplasma gondii</i> PCR positive dans le sang ou le LCR

LA TOXOPLASMOSE CÉRÉBRALE

- Parasitose due à *Toxoplasma gondii*
- une infection ubiquitaire largement répandue dans la population.
- La séroprévalence varie de 5 à 10 % en Europe et de 10,8% aux États-Unis
- La TC reste encore un mode de révélation fréquent de l'infection VIH.
- Sujets ayant moins de 100 lymphocytes CD4/mm³, présentant une sérologie toxoplasmique positive et ne recevant pas de prophylaxie spécifique.



MANIFESTATIONS CLINIQUES

- déficit neurologique focal rapidement progressif
- fièvre : 50 % des cas.
- Parfois tableau plus insidieux: céphalées, crises comitiales
- Les signes méningés sont rares



3 SITUATIONS CLINIQUES PRINCIPALES

- **Abcès cérébral**

- **Encéphalite toxoplasmique:** encéphalite diffuse, troubles de la conscience, crises comitiales généralisées, céphalées d'évolution subaiguë, fièvre

- **Abcès médullaire** : rare, isolé ou associé à une atteinte cérébrale

tableau en général aigu paraparétique ou paraplégique

troubles sensitifs et sphinctériens en fonction de la région atteinte.

IRM+++

Le principal diagnostic différentiel est le lymphome

DIAGNOSTIC

- **Radiologique:**

- L'IRM est l'examen de choix.
- pas d'image pathognomonique: 80%
- abcès multiples, localisés dans les noyaux gris centraux et les régions sous-corticales, prenant le contraste en anneau, associés à un oedème périlésionnel souvent important, l'ensemble réalisant un aspect en cocarde.



DIAGNOSTIC

- **Sérologie toxoplasmique et étude du LCR**
- A demander en cas d'infection VIH (infection ancienne: IgG)
- PCR toxoplasmique dans le sang: sensibilité et spécificité > 90 % [en cas de contre-indication de la PL]
- PCR toxoplasmique dans le LCR: spécificité de 96 à 100 %, mais sensibilité faible et variable [11,5 et 100 % selon les séries]



- **Traitement d'attaque**

- La TC est une urgence thérapeutique.

- **Pyriméthamine–sulfadiazine**

- Pyriméthamine: 100 mg le premier jour, puis 1 mg/kg par jour soit 50 à 75 mg/j en une prise.

- Sulfadiazine: 4 à 6 g/j en quatre prises.

- Acide folinique: associé systématiquement

- à la dose de 25 mg/j pour prévenir les effets hématotoxiques de la pyriméthamine et de la sulfadiazine

- **Triméthoprim–sulfaméthoxazole** (5/25 mg/kg) per os ou par voie intraveineuse toutes les 12 heures

- **Pyriméthamine–clindamycine.** (2,4 g/j)



TRAITEMENT D'ATTAQUE

- habituellement de six semaines
- et jusqu'à réponse clinique et radiologique
(disparition de l'œdème périlésionnel surtout et du rehaussement des lésions par le produit de contraste)



TRAITEMENT D'ENTRETIEN

- Traitement de référence:pyriméthamine (25 mg/j) et sulfadiazine (2 g/j)
- Association pyriméthamine (25 mg/j) et clindamycine (1,2 g/j)
- cotrimoxazole: 960 mg



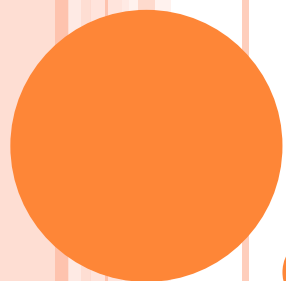
Special Considerations with Regard to Starting ART

There are no data on which to base a recommendation regarding when to start ART in a patient with TE.

However, many physicians would initiate ART within 2 to 3 weeks after the diagnosis of toxoplasmosis (CIII),

Guidelines for the Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents





MERCI POUR VOTRE ATTENTION