

Abcès cérébraux

Aspects chirurgicaux

Dr Laurent Riffaud

Service de Neurochirurgie

CHU Rennes

RICAI, 12 décembre 2016 – Paris

Appel service de Neurologie :

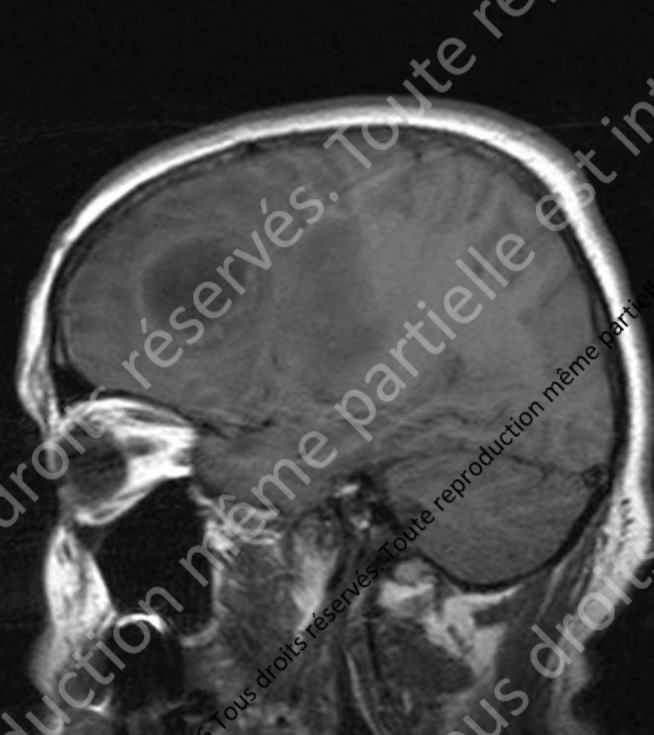
Mr X, 40 ans, céphalées + hémiparésie G progressive

Pas de fièvre, CRP 1, leucocytes 8000, PNN normaux

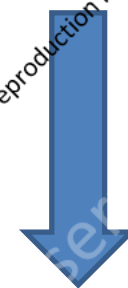
Glioblastome

Corticoïdes et transfert différé





T1
T1 Gado
T2
Diffusion



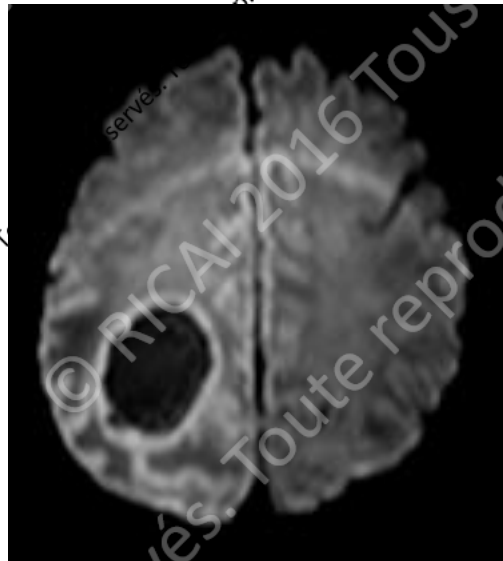
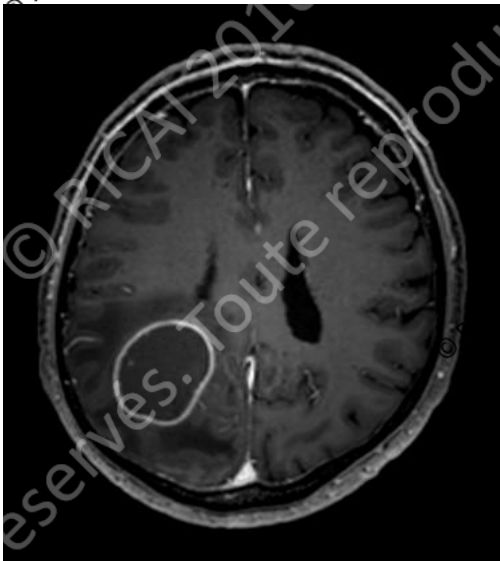
100 % abcès

Patient fragile (insuffisant respiratoire)
Ponction abcès le soir de son arrivée, réa post-op
DC le lendemain...

Messages :

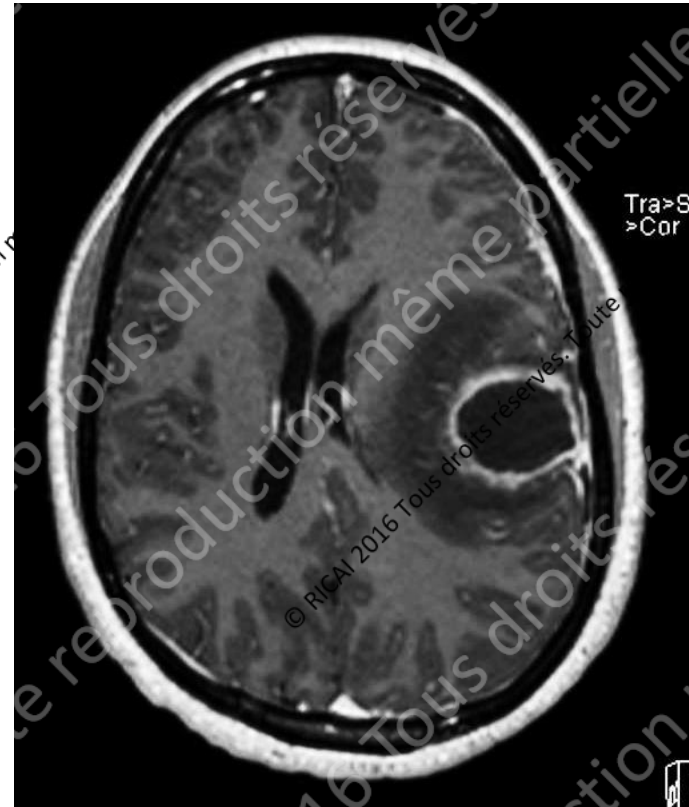
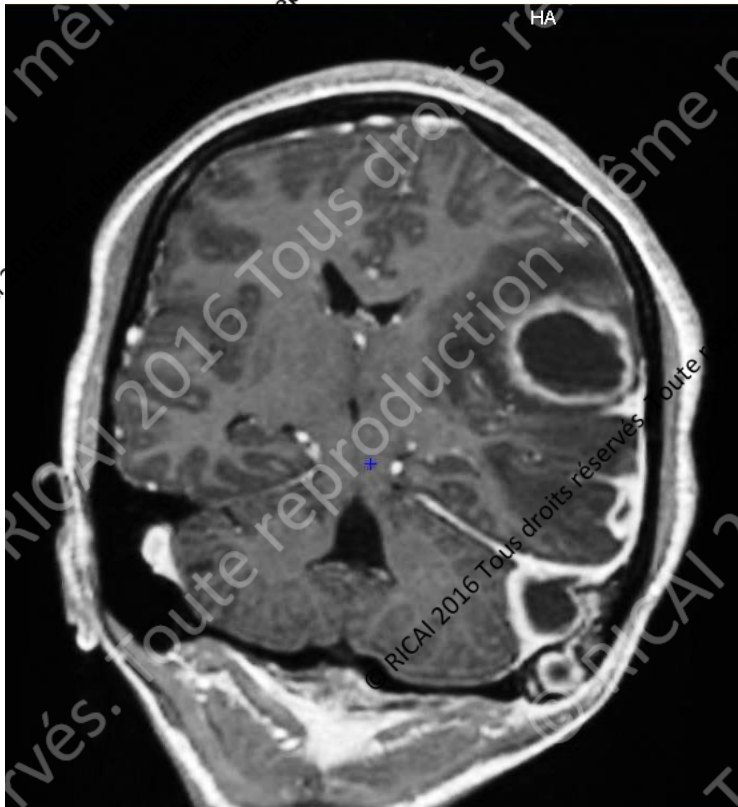
- Signes infectieux cliniques et biologiques < 25%
- Rôle de l'IRM : T1, T1 gado, T2, Diffusion B1000

-Absces volumineux = **URGENCE**



← Tumeur nécrotique

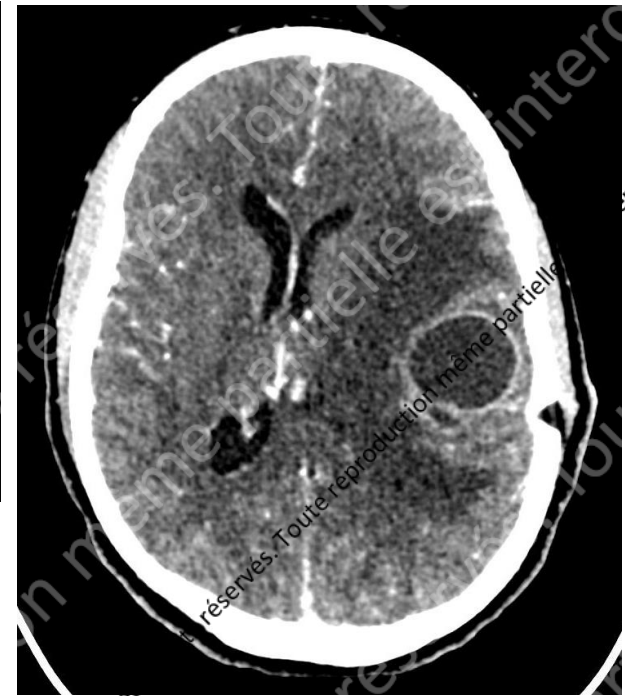
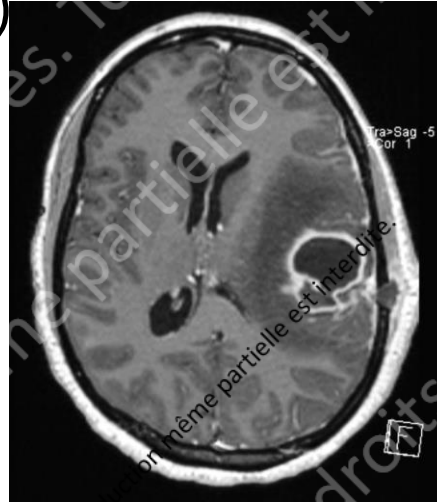
Amina, 16 ans,
céphalées traitées par AINS depuis plusieurs semaines
Vient aux urgences HTIC + hémiparésie droite



- Ponction abcès en urgence : 40 cc pus verdâtre
- Traitement de la mastoïdite + empyème : mastoïdectomie
- TTT C3G + imidazolés puis oxacilline 200 mg/kg/j
(pneumocoque sensible)
- va mieux

Piège ?

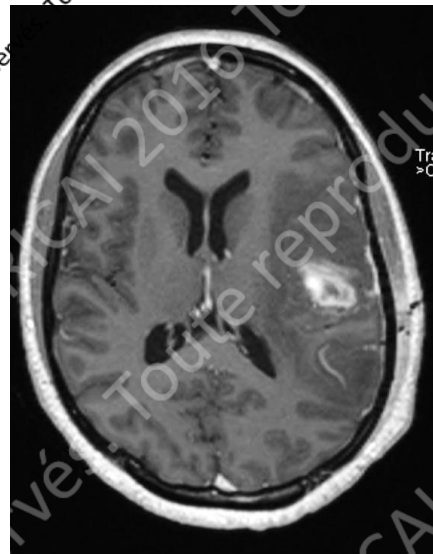
IRM à J7



Réapparition signes HTIC + déficit J10

Nouvelle ponction

IRM J 20



© RICAI 2016 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Messages :

1) Gros abcès = **URGENCE**

2) Très gros abcès : **surveillance clinique + IRM 1-2 semaines**
Renouveler ponction au besoin

© RICAI 2016 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2016 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2016 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

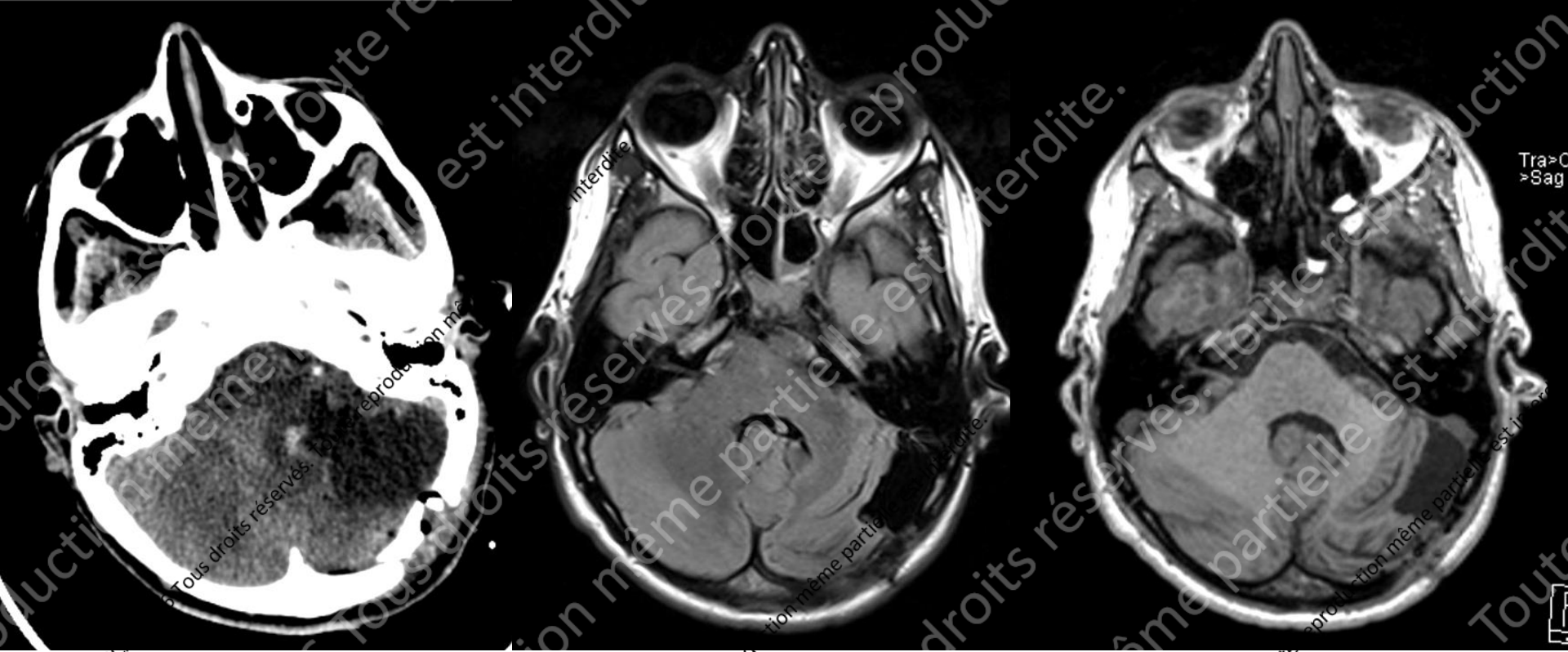
Mathis, 14 ans,

- sport-étude foot, Atcd RAS, « jamais malade »
- sinusite puis hospitalisé en pédiatrie pour pan sinusite puis
- Revient aux urgences 1 semaine plus tard, adressé par médecin traitant pour suspicion méningite, raideur nuque. Apyrétique. Aux urgences : Douleurs cervicales avec contracture, apyrexie.
- Sortie avec AINS et paracétamol : Diagnostic : cervicalgies
- Revient aux urgences 2 jours après pour vomissements, paresthésies des membres, sd cérébelleux, déviation marche, cervicalgies, photophobie. Apyrétique. Bio : hyperleucocytose modérée. PL : hypoglycorachie, GB 56 avec 43%PNN.
- Dégradation conscience après PL : coma



Abcès cérébelleux

- 1° chir : craniectomie large, évacuation abcès, lavage, plastie agrandissement, dérivation externe, surveillance réa +++
- 2° chir à H72 car réapparition signes dysautonomiques, HTIC...
⇒ lobectomie partielle hémisphère gauche
- Amélioration lente secondaire



Messages :

- Traitement agressif en fosse cérébrale postérieure
- Surveillance des premiers jours +++ (abcès volumineux)
- « on ne lâche rien »

Messages :

1) Gros abcès = URGENCE

2) Très gros abcès : surveillance clinique + IRM 1-2 semaines
Renouveler ponction au besoin (retard action AB)

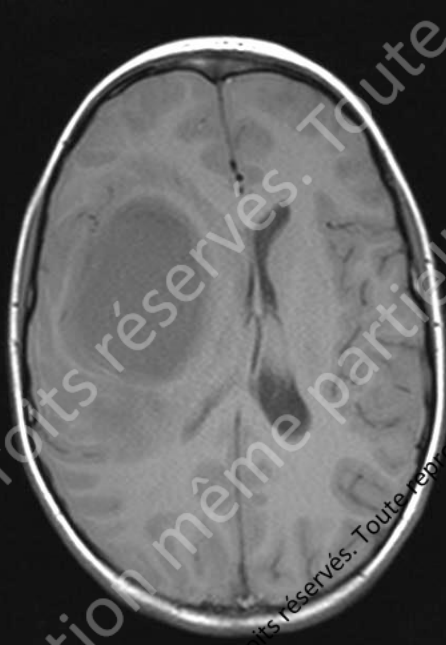
3) **Fosse cérébrale postérieure** : décompensation imprévisible et brutale : espace réduit + proximité tronc cérébral

4) « ne pas lâcher le morceau »

Cas « idéal »



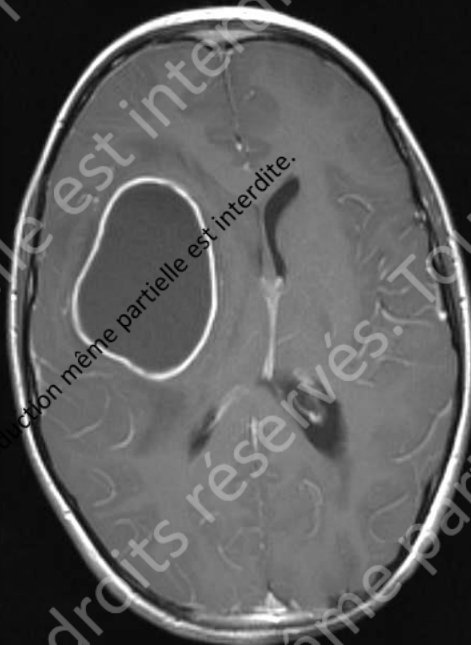
Fillette 10 ans, diplopie isolée par paralysie VI, signes infectieux = 0
TDM : lésion en « cocarde », PdC annulaire



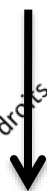
T1



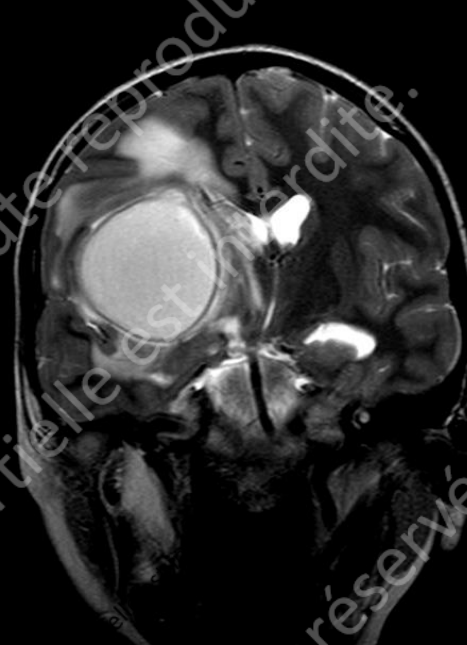
Lésion
hypointense



T1 gado



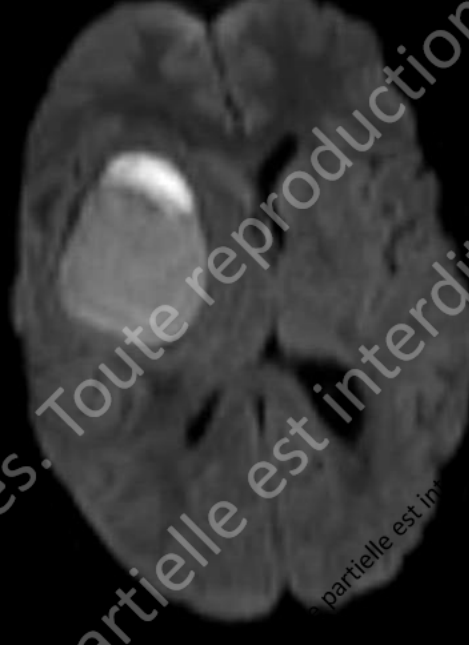
PdC annulaire
en cocarde



T2



Coque
hypointense



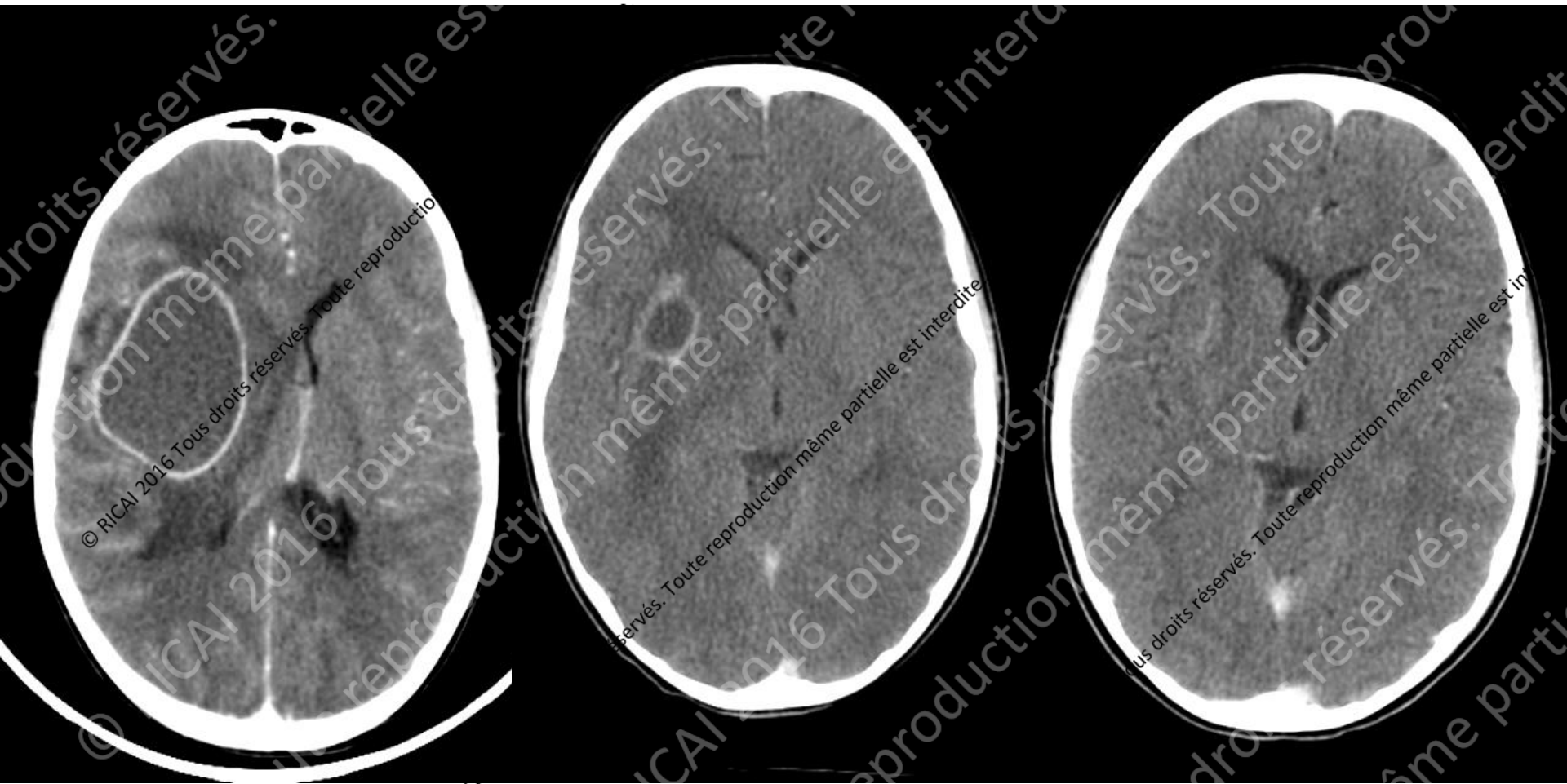
Diffusion

B1000



Abscès
hyperintense

Evolution radiologique



J 5

J 15

UN JOUR
«une image»

Bonjour,



une petite carte pour donner
des nouvelles et vous dire que
tout va très bien.

L'année prochaine c'est la
6ème ! On vous souhaite de
très bonnes vacances.
À bientôt.

Lila

Très bon trimestre, Très bonne année scolaire, De réelles qualités et de bonnes bases pour attaquer le
collège. Bravo ! Je te souhaite bonne continuation !

Signature de l'enseignant :

Traitement chirurgical

Abcès cérébraux

Ponction à l'aiguille (trocard)

- Ponction-aspiration
- Géant : à l'aveugle
- Sinon, guidage par neuronavigation
- Abord minimal par trou de trépan
- Problème des petites lésions et des lésions profondes para-ventriculaires
- En urgence si volumineux ou œdème +++



Laboratoire	Prélèvement	Type de recherche
Bactériologie (bon violet)	1) flacon hémocultures <u>aéro/anaérobie</u> à ensemercer au bloc	Milieu d'enrichissement : recherche standard notamment si <u>ATB</u> <u>thérapie</u> débutée
	2) 2 tubes type tube à ponction lombaire	- examen direct - recherche standard - biologie moléculaire : ne sera réalisée qu'en cas de négativité à 48 h de culture (PCR spécifiques, PCR ARN 16S) - mycobactérie
Anatomopathologie	3) 1 tube	Diagnostic différentiel
Mycologie- Parasitologie (bon jaune)	4) 1 tube type tube à ponction lombaire : A réaliser en cas d'immunodépression (infection par le VIH, hémopathie, chimiothérapie ou autre traitement immunosuppresseur, corticothérapie au long cours quelque soit l'indication)	Bon précisant « abcès cérébral, immunodépression en précisant le type d'immunodépression et la notion ou non de voyage à l'étranger » : cultures fongiques et biologie moléculaire (toxoplasme, PCR fongiques si cultures négatives)

+ Réalisation d'une hémoculture (flacon aéro/anaérobie) dans les minutes qui suivent le prélèvement intracérébral et avant la mise sous antibiotique



Neuronavigation : localisation 3D = GPS

Simple, précision 5 mm, TDM ou IRM 3D pour recalage, disponibilité ?...,



Traitement chirurgical

Abcès cérébraux

Ponction- aspiration

Craniotomie = volet

-si arrière-pensée résection...pas de diagnostic

Craniectomie décompressive

-si HTIC sévère clinique et radiologique
(œdème)

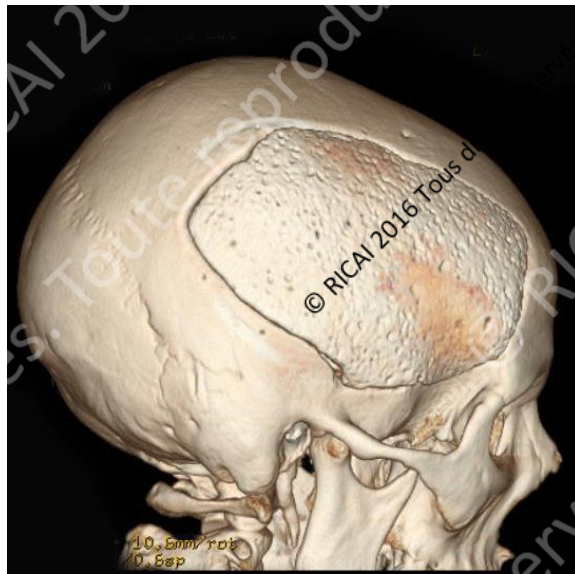
-empyème associé +++



CRANIECTOMIE large, DECOMPRESSIVE (empyème sous-dural associé)

- hémisphérique
- ouverture large dure-mère (H)
- plastie autologue d'agrandissement
- pas de plastie synthétique
- volet en nourrice ou cranioplastie secondaire
- repositionnement précoce pour éviter

« bone flap syndrome »
hydrocéphalie secondaire
grignotage du volet



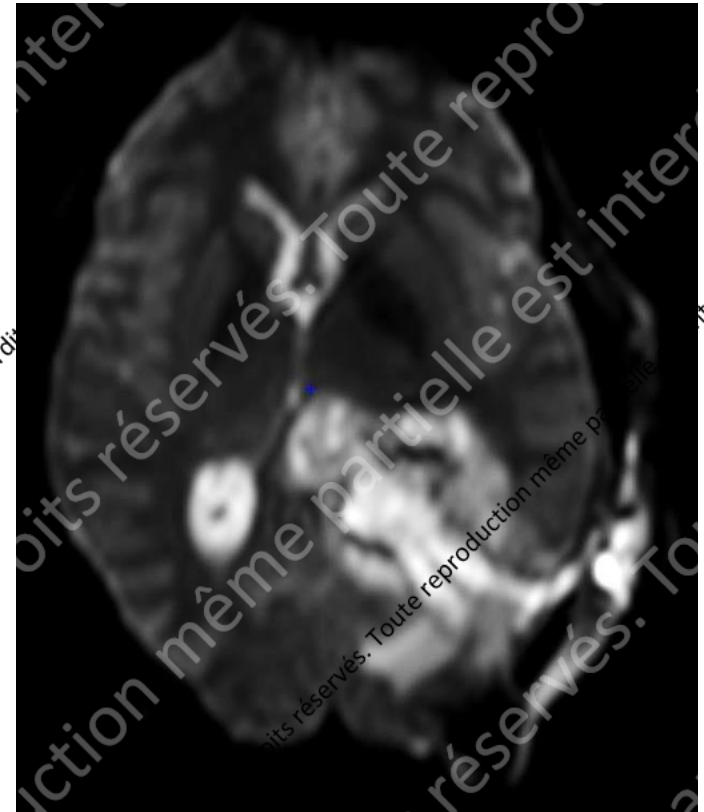
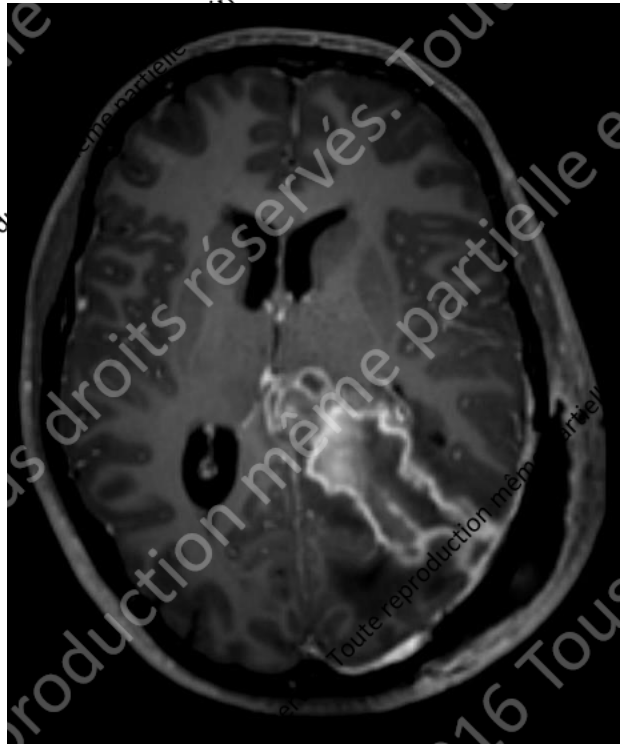
Cas particuliers

© RICAI 2016 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2016 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2016 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Cas particulier des abcès post-opératoires

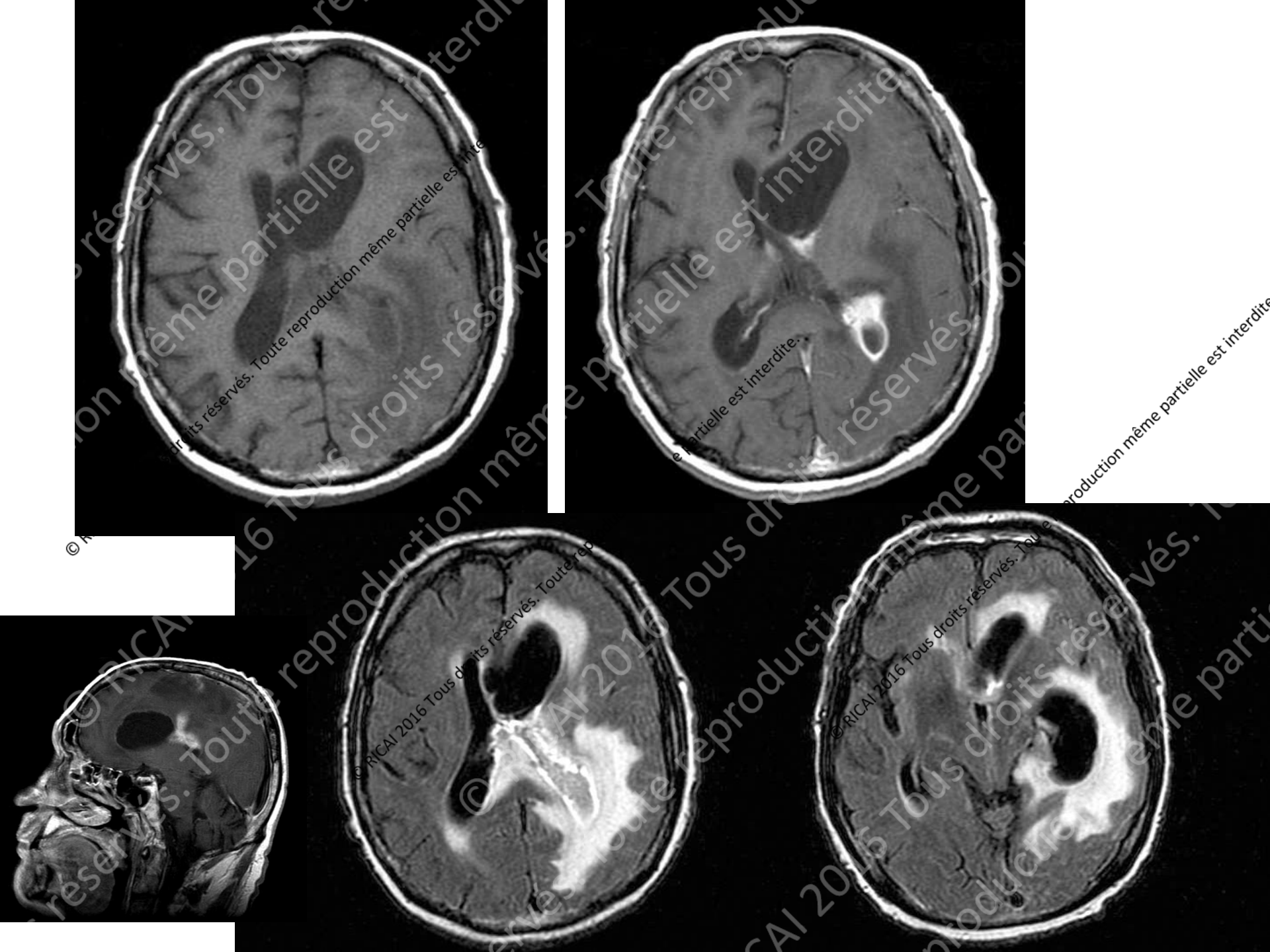


• Signes infectieux

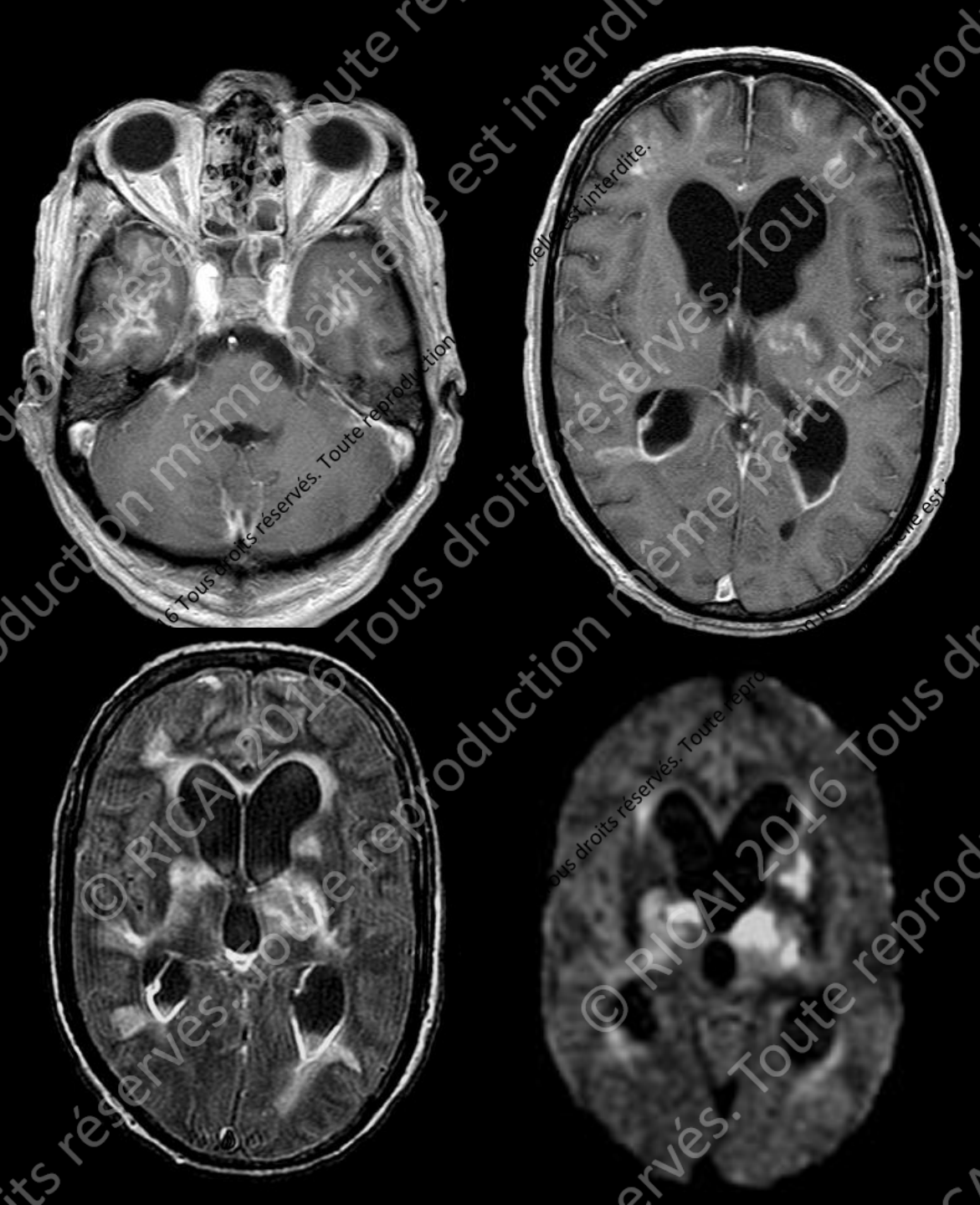
- imagerie mise en défaut (B1000 perturbée par sang)
- Abord direct : prélèvements et lavage
- Ponction : NON

Problème des abcès profonds

- Risque de vidange ventriculaire spontanée ou post-ponction
= ventriculite ⇒ Pronostic CATASTROPHIQUE
- Ventriculite = risque **d'hydrocéphalie multicloisonnée**
 - Cycle infernal de dérivations ventriculaires externes itératives
 - Dérivations avec montages complexes
 - « Shunt-dépendance »

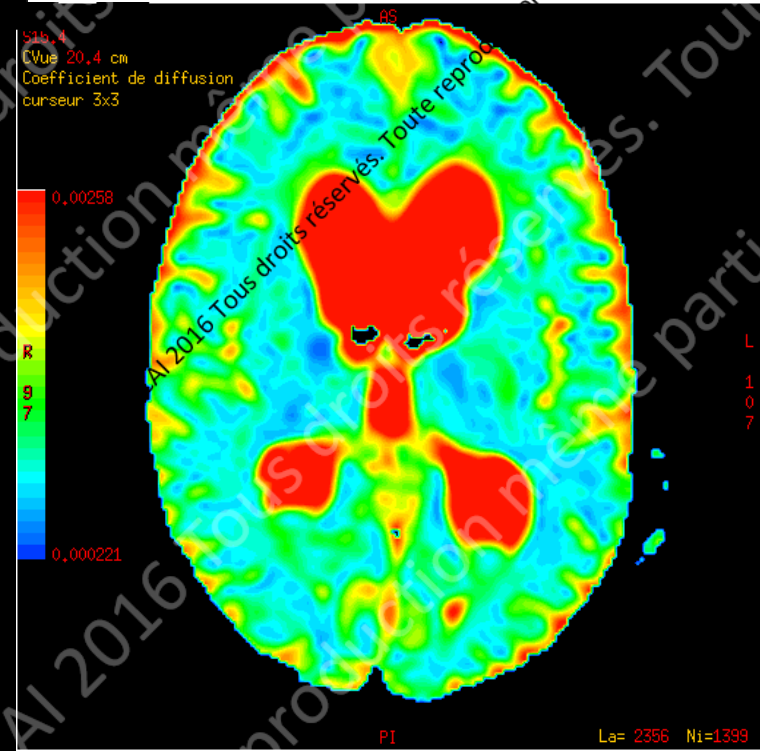


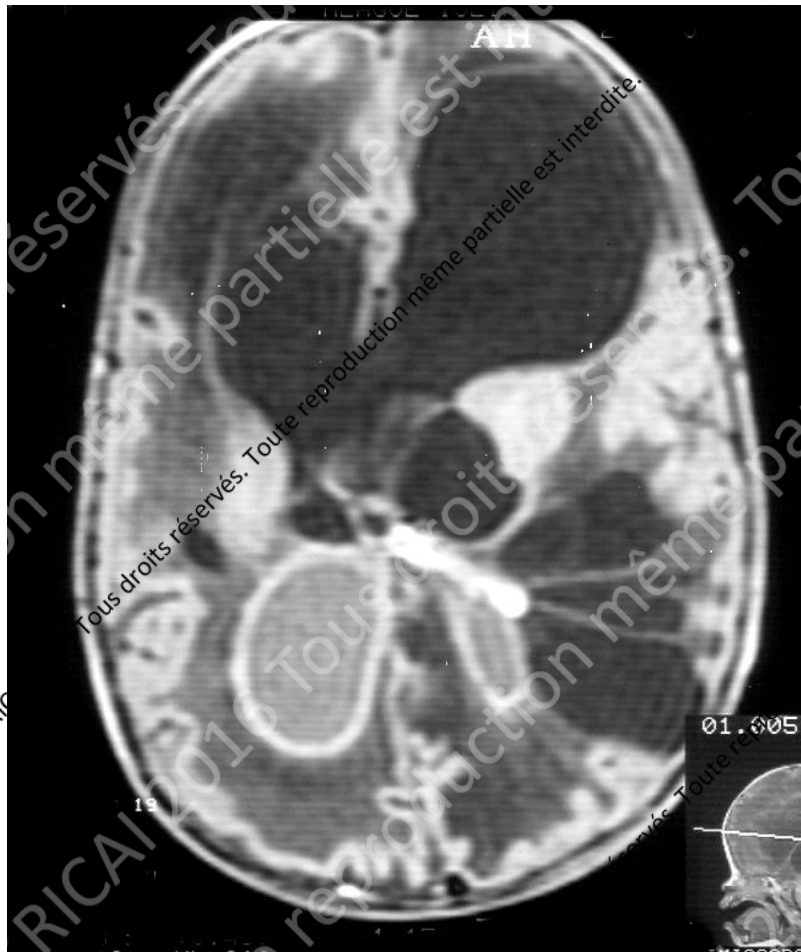




Terrain débilite :

Risque de diffusion
parenchymateuse diffuse

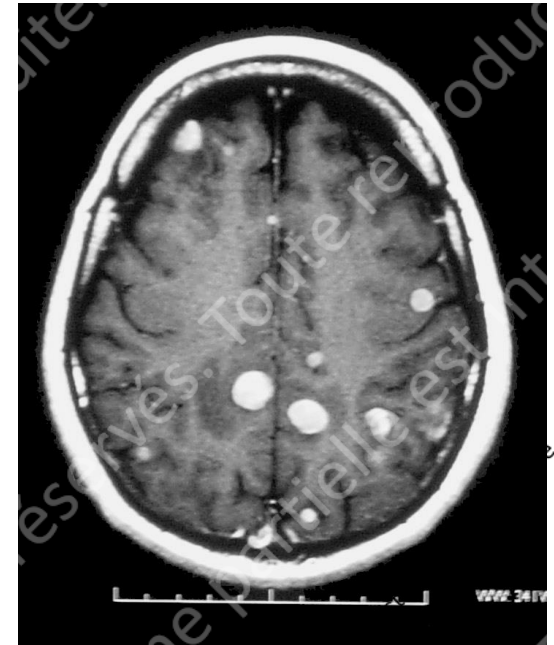
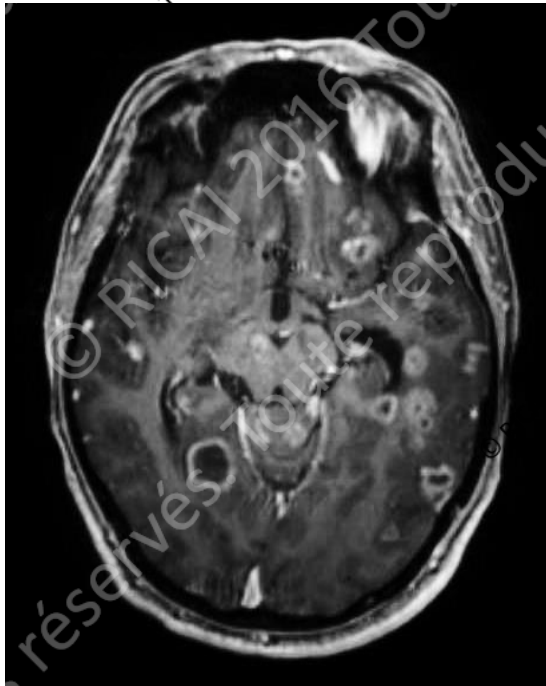




Hydrocéphalie multicloisonnée post-ventriculite

Lésions multiples

- Éliminer métastases +++
(mélanome, CPC)
- Endocardites
- Facteurs favorisants



© RICAI 2016 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Points-clés abcès cérébraux

- **Urgence** diagnostique ET thérapeutique
- **Abcès volumineux** : SURVEILLANCE clinique + IRM les 1^{er} jours
(Altération vigilance = Réa)
- Fosse cérébrale postérieure : pas de place, aggravation rapide
- « Ne rien lâcher »
- Geste chirurgical *a minima* : **ponction-aspiration**
- Pb des abcès profonds
→ risque ventriculite + hydrocéphalie cloisonnée

Abcès cérébraux (résumé)

- Terrain = tous les âges
- Origine dentaire
- Histoire clinique = syndrome HTIC, déficitaire, épilepsie...
- Signes infectieux cliniques ou biologiques TRES inconstants ($< \frac{1}{4}$ cas)
- Le plus souvent lésion unique
- Importance de l'IRM et interprétation neuroradiologique +++
- Prise en charge chirurgicale en urgence, geste à minima = PONCTION
- Prise en charge optimale collaborative médico-chirurgicale



© RICAI 2016 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2016 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

© RICAI 2016 Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.