

# **Abcès cérébraux de l'adulte non immunodéprimé**

**A.M. KORINEK**

# Introduction

- Pronostic transformé en 20 ans grâce à :
  - la tomодensitométrie
  - la bactériologie
  - l'antibiothérapie
  - la chirurgie stéréotaxique

# Diagnostic clinique

## 1) Signes neurologiques

- Installation progressive
- Sd d'hypertension intracrânienne
  - céphalées : 75 %
  - nausées - vomissements : 50 %
  - crises convulsives : 30 %
- Signes de localisation : 50 %
- Troubles de la conscience : 50 %

# Diagnostic clinique

## 2) Signes infectieux :

- Fièvre modérée : 50 %
- Hyper leucocytose : 60 % ( $< 20\ 000/\text{mm}^3$ )
- VS peu accélérée
- Signes en rapport avec la porte d'entrée : 50 %
- PL : contre indiquée. Si pratiquée :  
    méningite puriforme aseptique : 25 à 50 %

# Examens complémentaires

## 1) Scanner cérébral

### Sans injection

- Image arrondie hypodense + effet de masse

### Avec injection

- Image en cocarde : prise de contraste intense, annulaire, régulière avec hypodensité en périphérie (oedème)

# Examens complémentaires

## 2) Imagerie par résonance magnétique

- Plus précise sur la fosse postérieure
- Au cours des abcès multiples
- Au stade précoce de cérébrite
- A pratiquer en complément du scanner pour le diagnostic différentiel (liseré hypo-intense en T2)

# Examens complémentaires

- Radio du crâne : non
- Scanner centré sur les sinus
- Panoramique dentaire
- EEG +++ : anormal dans 90 % des cas (foyer d'ondes lentes, recherche de crises infra-cliniques)

# Étiologie

- **Abcès par contiguïté : 50 à 60 %**  
**Sinusites - Otites - Mastoïdites - Infections bucco-dentaires**
- **Abcès post traumatiques/post opératoires : 10 à 20%**
- **Abcès métastatiques : 10 à 20 %**  
**Cardiopathies congénitales - Suppurations profondes**
- **Pas d'étiologie : 10 à 25 %**

# Étiologie - Bactériologie (1)

Étiologie	Localisation	Germes
Otite / mastoïdite	Temporal Cérébelleux	Streptocoques B.Fragilis Entérobactéries
Sinusite Fronto ethmoidale	Frontal	Streptocoques Bactéroïdes sp.
Sinusite Sphénoïdale	Frontal Temporal	Streptocoques Entérobactéries Staphylocoques
Infections dentaires	Frontal	Streptocoques Fusobacterium Bacteroïdes sp.

# Étiologie - Bactériologie (2)

## Étiologie

## Localisation

## Germes

Plaie cranio cérébrale  
Post opératoire

Dépend du site

S.aureus, SCN  
P. acnes  
Entérobactéries

Cardiopathies  
congénitales

Abcès multiples

S.viridans  
S. milleri

Suppurations  
profondes

Abcès multiples

Bacteroides  
Fusobacterium  
Streptocoques

Endocardites

Abcès multiples

S.aureus  
Streptocoques

# Bactériologie

- Streptocoques (S.milleri) : 60 à 70 %
- Bacteroides sp. : 20 à 40 %
- S.aureus : 10 à 15 %
- Entérobactéries : 20 à 30 %
- S.pneumoniae : 1 %
- H.influenzae : 1 %

## Diagnostic bactériologique (2)

- Abscesses par contiguïté : germes stéréotypés, prévisibles : streptocoques, anaérobies
- Abscesses post traumatiques et post opératoires : germes imprévisibles : ponction obligatoire
- Abscesses métastatiques : germes moins prévisibles hémocultures, ponction si possible

# Diagnostic bactériologique (1)

- Ponction de l'abcès contributive dans 90 % des cas
- Prélèvement à la seringue en anaérobiose
- Inoculation immédiate dans flacons hémoculture anaérobie + tube sec
- Cultures en milieux enrichis solides + bouillon
- Incubation en aéro + anaérobiose à 37 °

# Diagnostic différentiel

- Tumeurs malignes cérébrales :  
gliomes, métastases
- Nécrose post-radique
- Hématome ou contusion en voie de résorption
- Empyèmes sous-duraux
- Abscès épiduraux
- Atteinte neurologique au cours du SIDA

# Traitement

- Il est médico-chirurgical
- Surveillance en milieu neurochirurgical

# Traitement chirurgical (1)

- Ponction - aspiration
  - Simple - Sous anesthésie locale
  - Repérage stéréotaxique
  - Mortalité et morbidité faibles
  - Renouvelable si nécessaire

# Traitement chirurgical (2)

- Excision
  - Intervention lourde (craniotomie, volet)
  - Séquelles possibles
  - Traitement des abcès fongiques
  - Raccourcit la durée du traitement AB

# Traitement médical

- Antibiothérapie de 2 à 3 mois
- Antibiotiques à bonne diffusion cérébrale et spectre adapté
- Voie parentérale la première semaine
- Fortes posologies
- Anticonvulsivants
- Corticoïdes à éviter

# Diffusion intra-cérébrale des antibiotiques

Antibiotique	Tissu cérébral	Pus d'abcès
Péni G. Ampicilline	< 10 %	< 10 %
<b>Moxolactam</b>	?	<b>10- 30%</b>
Vancomycine	?	30 %
<b>Phénicolés</b>	<b>&gt; 30 %</b>	<b>&gt; 30 %</b>
Lincosamides	?	30 %
<b>Imidazolés</b>	?	<b>30 %</b>
Ac.Fusidique	?	30 %
<b>Cotrimoxazole</b>	?	<b>30 %</b>
Pefloxacine	> 30 %	?
<b>Rifampicine</b>	?	<b>30 %</b>

# Choix des antibiotiques

- Abscès par contiguïté : Phénicolés + Amoxicilline ± Imidazolés (otites - mastoïdites)
- Abscès métastatiques : selon antibiogramme  
Phénicolés - Amoxicilline - Imidazolés
- Abscès post traumatiques - post opératoires : selon antibiogramme  
Phénicolés - Péfloxacine - Ac.Fusidique -  
Rifampicine - C3G

# Indications thérapeutiques (1)

(Rosenblum et coll. 1980)

- Patients comateux à l'admission ou syndrome d'hypertension intra-crânienne :  
Chirurgie d'emblée: ponction - aspiration  
Traitement antibiotique empirique puis adapté  
Scanner hebdomadaire  
Surveillance en neurochirurgie

# Indications thérapeutiques (2)

(Rosenblum et coll. 1980)

- Patients en grade I - II à l'admission :

- \* Si abcès par contiguïté ou abcès multiples

Traitement AB probabiliste

Surveillance en neurochirurgie

Scanner hebdomadaire

Amélioration clinique: poursuite du Tt médical 3 mois

Aggravation clinique ou scannographique : ponction

# Indications thérapeutiques (3)

(Rosenblum et coll. 1980)

- Patients en grade I - II à l'admission :
  - \* Abscès métastatiques, post opératoires, post traumatiques

Ponction - aspiration chirurgicale  
(diagnostic bactériologique)

Traitement AB adapté : 3 à 6 mois

Traitement de la cause

# Indications du traitement chirurgical

- D'emblée :
  - diagnostic douteux
  - effet de masse important
  - syndrome d'HIC
  - diagnostic bactériologique
- Secondaire :
  - inefficacité du Tt médical
  - persistance ou aggravation des signes cliniques ou radiologiques

# Prise en charge actuelle des abcès

- Ponction-aspiration stéréotaxique quelque soit l'état du patient et l'étiologie de l'abcès
- Antibiothérapie adaptée aux germes pendant 2 à 3 mois
- TDM réguliers: post ponction puis mensuel

# Évolution clinique

- Séquelles neurologiques : 30 à 50 %
- Lésions invalidantes : 15 à 20 %
- Épilepsie résiduelle : 50 %
- Persistance des images radiologiques jusqu'au 3 - 6 mois : l'évolution se juge sur la clinique

# Évolution TDM des abcès cérébraux

- Diminution des lésions en 3 - 4 semaines
- Deux types d'évolution:
  - Diminution de la taille de l'abcès avec persistance de la prise de contraste évoluant vers une micro calcification séquellaire
  - Disparition de la prise de contraste avec hypodensité séquellaire

# Mortalité

(Wispelwey et coll. 1990)

- Fonction de l'état neurologique à l'admission
  - Grade I - II : 0 à 5 %
  - Grade III : 30 à 40 %
  - Grade IV : 80 %
- Due à un engagement cérébral ou à la rupture intra-ventriculaire