



Extrait du Campus de Neurochirurgie

<http://campus.neurochirurgie.fr/spip.php?article183>

# Dossier clinique n°9 - ENC

- Etudiant en Médecine - Livrets - Cas cliniques - ECN -

Date de mise en ligne : lundi 4 septembre 2006

---

**Campus de Neurochirurgie**

---

- **Références programme ENC** : questions n°4, 5, 98, 173, 188, 192, 230

---

Le jeune Olivier Redon, âgé de 13 ans, droitier, se présente aux urgences pour des céphalées évoluant depuis une semaine, associées depuis 48 heures à des nausées, des vomissements et des difficultés pour parler. Il se plaint également d'une otalgie gauche. Vous retrouvez lors de votre examen clinique un patient apyrétique (37,5°C), présentant un syndrome méningé avec une raideur de nuque, une photophobie, un ralentissement idéo-moteur avec des troubles phasiques à type de manque du mot et paraphasies sémantiques. Il ne présente pas de déficit sensitivo-moteur, ses pupilles sont intermédiaires, réactives et symétriques. Enfin, l'examen otoscopique retrouve une otite moyenne aiguë avec un bombement tympanique préperforatif.

---

► **Questions :**

1) Quelles complications de l'affection otologique suspectez vous ?

► [Réponse](#)

2) Quel bilan réalisez vous ?

► [Réponse](#)

3) Interprétez le cliché d'imagerie ci-dessous. Au vu du contexte et de l'imagerie, quel diagnostic retenez vous ? Quels sont les germes les plus fréquemment en cause ?

► [Réponse](#)

4) En cas de doute diagnostique, quel autre examen d'imagerie auriez-vous pu demander ?

► [Réponse](#)

5) Comment expliquez vous les troubles du langage ?

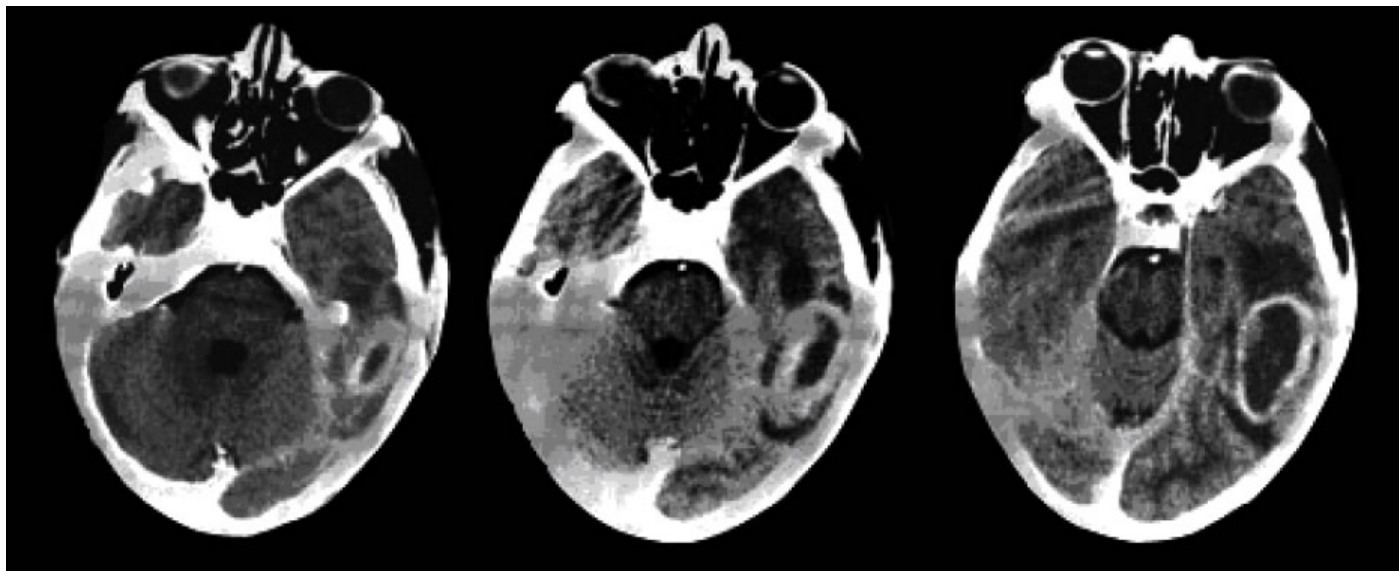
► [Réponse](#)

6) Une heure après la réalisation de l'examen, l'infirmière vous appelle car elle trouve que le patient est plus somnolent qu'à son arrivée. Vous constatez également une anisocorie gauche réactive. Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

► [Réponse](#)

7) Quelle sera votre surveillance ?

► [Réponse](#)



► **Réponses :**

► **1° Question :**

Suspicion de complication infectieuse intra-crânienne, (4)  
à type d'abcès cérébral (3)  
ou d'empyème (3)

Car : association infection otologique (otite moyenne aigue gauche), signes d'hypertension intra-crânienne (céphalées, nausées et vomissements), syndrome méningé (raideur de nuque, photophobie), signe de focalisation (troubles phasiques)

L'absence de fièvre n'a pas de valeur négative (nc)

► **2° Question :**

En urgence (2)

Bilan pré-opératoire (groupe, RAI, rhésus, TP, TCA, iono, urée créat, NFS, plaquettes) (2)

Bilan infectieux (CRP, VS, paracentèse) (2)

TDM cérébral sans et avec injection de produit de contraste à la recherche d'un abcès ou d'un empyème intra crânien, après vérification de l'absence de contre-indication (allergie à l'iode, insuffisance rénale) (9)

Fond d'oeil (nc)

0 à la question si ponction lombaire !! Signes d'hypertension intracrânienne se majorant depuis 48 heures, signes de focalisation

► **3° Question :**

Image arrondie, temporale gauche, à centre hypodense et prenant le contraste en périphérie (image en cocarde avec prise de contraste de la coque), avec une hypodensité péri-lésionnelle correspondant à un oedème péri-lésionnel (10)

Diagnostic d'abcès temporal gauche compliquant une infection otologique homolatérale (5)

NB : le diagnostic différentiel est celui d'un empyème étalé sur le rocher et la tente du cervelet, partiellement

enchâssé dans le lobe temporal L'analyse des clichés d'IRM dans les différents plans de l'espace (en particulier les coupes coronales) permet de faire la différence entre un abcès et un empyème

Germes les plus fréquemment en cause : streptocoque pneumoniae, moraxella catarrhalis, streptocoque A, haemophilus influenzae, staph A, pyocyanique (quand otite chronique), protéus, association polymicrobienne dans un quart des cas (10)

► 4° Question :

En urgence (pronostic vital engagé, urgence diagnostic) (2) IRM cérébrale, sans et avec injection de gadolinium, avec réalisation de séquences de diffusion (6) CDA abaissé (centre de l'abcès en hyposignal) (nc) TDM du rocher à la recherche d'une otite chronique cholestéatomateuse avec lyse osseuse du tegmen tympani (2) Scinti au Gallium (nc)

► 5° Question :

La lésion est située en temporal gauche, centre du langage, car (5) correspondant à l'hémisphère dominant chez ce patient droitier (5)  
NB : atteinte temporale = aphasie de compréhension, fluente (Wernicke)  
Atteinte frontale (pied de F3) = aphasie motrice, non fluente (Broca)

► 6° Question :

Prise en charge en extrême urgence, pronostic vital engagé, tableau d'engagement cérébral temporal (anisocorie gauche par compression du n oculomoteur gauche) (4)  
Traitement chirurgical : ponction de l'abcès par trou de trépan, ou évacuation de l'empyème par volet envoi du liquide en bactériologie pour examen direct et cultures aéro et anaérobies (4)  
Traitement de la porte d'entrée : plastie de dure-mère par voie sous-temporale (1)  
Paracentèse dans le même temps opératoire (2)  
Plastie de la caisse du tympan et de la chaîne ossiculaire : à distance par l'ORL (1)  
Tri-antibiothérapie parentérale probabiliste, active sur les germes pré-cités, bactéricide, secondairement adaptée à l'antibiogramme : associant des C3G (type céfotaxime ou ceftriaxone), des glycopeptides (vancomycine), des antianaérobies type métronidazole (flagyl) (4)  
Traitement antioedemateux par solumédrol 120 mg IV par jour (4)  
Autorisation d'opérer signée par les parents (nc)  
Antalgiques (nc)

► 7° Question :

Hospitalisation en unité de réanimation (1)  
Surveillance horaire (1)  
clinique (conscience, déficit sensitivo-moteur, évolution des troubles du langage, état et réactivité des pupilles) (2)  
constantes (FC, TA, SaO2, température) (2)  
biologique (NFS, CRP, iono) (2)  
et radiologique (TDM de contrôle avec injection à J1) (2)