



LES EMPYEMES INTRACRANIENS AU CNHU DE COTONOU

HOUNKPÈ P-C.¹, GANDAHO H. J. T.^{2 3}, MADOUGOU S.³, DOSSOU F. M.⁴,
HANS-MOËVI A. A.³, YAMONMI D.³, SOUNLIN M.³, ATCHADÉ D.¹

1 Service Polyvalent d'Anesthésie-Réanimation CNHU Cotonou (SPAR-CNHU)

2 Hôpital d'Instruction des Armées Cotonou (HIA- Cotonou)

3 Clinique Universitaire de Traumatologie Orthopédie et de Chirurgie Réparatrice (CUTO-CR) CNHU

4 Clinique Universitaire de Chirurgie Viscérale « B » CNHU- Cotonou

Auteur correspondant : pierclav@yahoo.fr

RESUME

Les empyèmes intracrâniens constituent une des infections fréquentes du système nerveux central. Le but de cette étude rétrospective était d'évaluer l'importance de cette infection et de rendre compte des résultats de sa prise en charge. Douze cas d'empyème ont été colligés pendant la période d'étude. L'âge moyen était de 20,25 ans . Le sexe masculin était largement prédominant. L'empyème était sous-dural chez 9 patients. La sérologie HIV était négatif chez tous les patients. Le diabète était également absent. Le traitement était prioritairement chirurgical. Un patient était décédé faute de chirurgie par défaut de scanner. Il est indispensable d'informer et de sensibiliser les populations afin que les patients soient vus précocement en consultation.

Mots-clés : empyème intracrânien, fréquence, chirurgie, sensibilisation

ABSTRACT

Intracranial empyemas at the University National Teaching Hospital of Cotonou

Intracranial empyemas are frequent infections of the central nervous system. The aim of this retrospective study was to evaluate the importance of this infection and report the results of its management. Twelve cases of empyema were collected during the study period. The median age was 20.25 years. The male was dominant. The subdural empyema was found in 9 patients. HIV serology was negative in all patients. Diabetes was also absent. Treatment was primarily surgical. One patient died due to lack of surgery by default of CT scan. It is essential to inform and raise awareness of people so that patients are seen very early in consultation.

Keywords: intracranial empyema, frequency, surgery, awareness

INTRODUCTION

Les empyèmes intracrâniens sont des collections suppurées, cloisonnées, extracérébrales extra- ou sous-durales [1]. Cette pathologie a sévi à bas bruit dans notre pays en raison alors de l'inexistence du scanner. L'acquisition d'un scanner a donc été pour notre hôpital, un tournant capital dans le diagnostic et le traitement des empyèmes intracrâniens. Le but de ce travail était d'évaluer l'importance de la pathologie et de rendre compte des modalités de sa prise en charge ainsi que des résultats.

PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective menée au Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) de Cotonou et qui couvre un période de 08 ans allant du 1^{er} Janvier 2004 au 31 décembre 2011. Ont été inclus tous les cas diagnostiqués d'empyèmes intracrâniens (sous dural et extradural) pendant la période d'étude. Les supports utilisés étaient les registres d'admission et des dossiers patients.

Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, les circonstances du diagnostic, la topographie de l'empyème, les modalités de la prise en charge et l'évolution.

RESULTATS

Douze (12) patients ont été sélectionnés, soit une répartition annuelle moyenne de 1,5 cas. La synthèse des dossiers est présentée dans le tableau I correspondant.

Le sexe : 9 patients étaient du sexe masculin sur les 12.

L'âge moyen est de 20,25 ans avec les extrêmes de 21 jours et 57 ans.

Tableau I : Synthèse des dossiers patients

Patients	Age, sexe	Circonstances diagnostiques.	Clinique	imagerie	Traitement	Evolution immédiate
N°1	13 ans M	Coma fébrile	hémiplégie droite	Empyème sous dural Gauche Pan sinusite	Chirurgie	Récupération motrice bonne performance Sco- laire contrôle TDM normal
N°2	48ans M	Epistaxis précédé de céphalée	Crises convulsives inaugu- rales	Empyème extra dural PanSinusite	Chirurgie	Suites simples Contrôle TDM satisfaisant
N°3	45 jours M	Conv. Fébriles	hémiparésie gauche	Empyème sous dural Droit	Chirurgie	Hydrocéphalie dérivée à J21 PO
N°4	21 jours F	Macrocrânie	Déficit hémi- corporel	Empyème avec sous dural + engagement	Chirurgie	Suites simples Contrôle TDM satisfaisant
N°5	14 ans M	Coma fébrile	Hémiplégie droite	Empyème avec sous dural	Chirurgie	Récupération motrice rapide
N°6	6 mois F	Convulsions fébriles	Non déficitaire	Empyème avec sous dural	Chirurgie	Hydrocéphalie dérivée à 6 mois PO
N°7	32ans M	convulsions	Paralysie faciale G	Empyème sous dural	chirurgie	Suites simples Contrôle satisfaisant
N°8	57ans M	Hyperthermie long cours	Déficit hémi- corps droit	Volumineux em- pyème sous dural G + engagement	chirurgie	Persistance d'une parésie crurale droite Mais contrôle TDM satis- faisant
N°9	24 ans M	Sinusite chro- nique Altération EG	hémiplégie droite	Empyème extra dural + ostéite	Chirurgie	Diabète insipide Reprise activité génitale 7ans
N°10	18 ans M	Syndrome HIC Sinusite maxill chronique	hémiplégie droite	Empyème extra dural fronto pariétal gauche Pan sinusite	Chirurgie	Excellente Disparition de la collection
N°11	14 ans M	Coma fébrile	Coma Scanner hono- ré 15 jours après l'admission	Empyème extra dural pan hémisphé- rique + engagement	-	Décès sans chirurgie
N°12	16 ans M	Céphalées chroniques	Non déficitaire	Empyème extra dural frontal gauche	Médical	Favorable

Les circonstances du diagnostic :

- dans 4 cas, soit le tiers des cas il s'agit de sinusite maxillaire traînante
- deux (02) patients étaient en coma. Il s'agit de 02 enfants âgés respectivement de 13 et 14ans.
- quatre (04) patients avaient convulsés dans un contexte fébrile.

Examen clinique : Signes de focalisation : 5 patients avaient présenté un déficit hémicorporel. Parmi ceux qui avaient un déficit moteur y figurait un des deux comateux. Tous les patients avaient une hyperthermie.

Paraclinique : Tous les patients avaient pu obtenir un scanner cérébral à l'admission à l'exception du deuxième de 14 ans qui était en coma et pour lequel le bon de scanner n'a été honoré que deux (2) semaines plus tard après l'admission et qui était d'ailleurs décédé sans chirurgie. Sur le plan topographique, on avait dénombré 9 cas d'empyème sous-dural soit 75% et 3cas extraduraux. **Sur le plan biolo-**

gique : tous les prélèvements avaient montré une hyper leucocytose.

La prise en charge a été chirurgicale chez tous les patients à exception d'un seul qui avait bénéficié avec succès d'un traitement médical fait d'une triple antibiothérapie. Il s'agit du patient âgé de 16 ans qui avait un empyème extradural non compressif.

L'évolution immédiate et à court terme et a été favorable chez tous les patients sauf celui qui était décédé sans chirurgie.

DISCUSSION

La fréquence : Les empyèmes intracrâniens sont une infection fréquente au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou. Notre fréquence de 1,5 cas par an est comparable à celle de la série de Bayonne et al.[2] qui ont enregistré entre 1992 et 2005 (soit pendant 14 ans), 25 cas de complications intracrâniennes des sinusites avec les empyèmes en tête de file. Loembe et al. (1997), en faisant une revue de la littérature africaine

sur les infections intracrâniennes, avaient déjà observé que les abcès cérébraux et les empyèmes sous duraux étaient les plus fréquents [3].

L'âge : Selon Leys [1] et Gilain et al.[4], tous les âges sont concernés par les empyèmes intracrâniens. Cependant, ce sont les jeunes qui sont le plus affectés. L'âge moyen dans la série de Gilain et al. était de 30,27 ans avec les extrêmes de 06 et 72ans. Gehanno cité par Gilain et al, avait observé en 1982 que 75% des patients de sa série avaient moins de 30ans [4]. Les données de notre série confirment bien ces observations avec l'âge moyen de 20,25ans.

Le sexe : dans toutes les séries précitées la prédominance masculine a été mentionnée. Leys avait obtenu une sex- ratio H/F de 3/2 [1]. Cette prédominance masculine est plus marquée dans notre série avec deux patientes sur les 12.

Les circonstances de diagnostic et les facteurs favorisants : les circonstances observées dans notre série sont comparables à celles relatées dans la littérature. Les sinusites sont retrouvées chez le tiers de nos patients soit 33,33%. Ce taux est identique à celui de Page qui avait trouvé que 32% des empyèmes intracrâniens d'origine ORL avaient une porte d'entrée sinusienne [5]. Tous les 25 cas de la série de Bayonne et al. étaient d'origine sinusienne [2].

Quant aux facteurs favorisants, la sérologie HIV était négative chez tous nos patients. Le diabète sucré était également absent chez tous nos patients.

A l'examen clinique, les signes chez nos patients sont les mêmes que ceux décrits dans la littérature : la fièvre était présente chez tous nos patients comme l'a déjà observée Gilain et al. [4] ; il en est de même pour les autres signes que sont : les céphalées, les troubles de la conscience dont essentiellement le coma, les crises convulsives ainsi que

les déficits focaux [6] tels que présentés dans le tableau synthétique des patients.

Les explorations paracliniques : le scanner a été l'outil diagnostique comme recommandé par Adamsbaum et al. [7]. Le scanner a montré 8 empyèmes sous-durax contre 3 extradurax. Cette observation est conforme à celle de Loembe et al.[3]. La biologie avait montré un syndrome infectieux patent chez tous les patients comme l'ont mentionné Gilain et al. [4].

Le traitement a été prioritairement chirurgical comme pour Bissagnene et al. à Abidjan [8], contrairement aux recommandations actuelles de la littérature [1,4]. En effet nos patients avaient été tous admis à une phase tardive à l'exception d'un patient de 16 ans qui a bénéficié avec succès d'un traitement médical fait d'une triple antibiothérapie intraveineuse avec relais per os.

L'évolution immédiate a été favorable dans tous les cas sauf chez le patient qui était décédé faute de n'avoir été pris en charge par défaut du scanner qui n'a été fait que deux semaines plus tard. L'évolution à long terme s'est faite vers une hydrocéphalie avec cause épileptique d'un nourrisson qui avait été reçu a 3 mois et qui avait bénéficié d'une dérivation ventriculo -éritonéale sans succès cas on note une persistance des crises épileptique malgré l'usage régulier d'antiépileptiques.

CONCLUSION

Les empyèmes intracrâniens sont fréquents au CNHU de Cotonou. Le scanner cérébral permet de poser le diagnostic. La prise en charge demeure chirurgicale chez la plupart des patients en raison du diagnostic tardif lié au retard qu'accusent les patients à consulter. Ces résultats sont satisfaisants. Il est cependant nécessaire d'initier une campagne d'information et de sensibilisation afin d'amener les patients à une consultation précoce pour prévenir la survenue de complications et pour améliorer le taux de prise en charge médicale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Leys D. Abcs cérébraux et empyèmes intracrâniens. EMC Neurologie 17-485-A-10
- 2 Bayonne E, Kania R, Tran Ba Huy P, Herman P. Complications crâniennes et endocrâniennes des infections naso sinusiennes. EMC Oto-rhino-laryngologie 20-445-A-10. Doi :10.1016/S0246-0351(07)41895-5
- 3 Loembe PM, Okome-Kouakou M, Alliez B (1997). Suppurative intracranial infections in Africa. Med Trop ; 57(2):186-94.
4. Gilain L., Manipoud P. Complications crâniennes et endocrâniennes des infections naso sinusiennes EMC Oto Rhino Laryngologie 20-445-A-10

- 5 Page C., Lehmann P. Jeanjean V. Strunski D. Legars (2005). Abscesses et empyèmes intracrâniens d'origine O.R.L. *Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale* ;122(3) :120-126. Doi :AORL-06-2005-122-3-0003-438X-101019-200514551
- 6 Deschamps R., Houeto J.-L., Gout O.. Manifestations neurologiques des infections. EMC, Maladies infectieuses, 8-003-A-60, 2008. Doi :10.1016/S1166-8598(08)45922-7
- 7 Adamsbaum C., Toussaint I., Hornoy P., Falip C.. Neuro-imagerie : indications et principaux résultats. EMC, Pédiatrie - Maladies infectieuses, 4-090-B-05, 2010. Doi :10.1016/S0246-0513(10)54946-0
- 8 Bissagnene E, Ba Zeze V, Varlet G, Kakou M, Guede A, Beugre K (1994). Medicosurgical approach of intracranial pyogenic bacterial suppurations in Abidjan. Analysis of 26 clinical cases. *27 Neurochirurgie*. 40(5):296-300.