
RUPTURE D'ANEVRYSMES CHEZ UN ENFANT IMMUNODEPRIME

SALAOU O., ERRADEY Z., NAJA A., EL KAMAR A., EL AZHARI A.

Service de Neurochirurgie
CHU Ibn Rochd - Casablanca - Maroc

RESUME

L'anévrisme intracrânien est une affection rare chez l'enfant. Nous rapportons l'observation d'un enfant de 10 ans, suivi pour leucémie aigue myéloïde sous chimiothérapie depuis 1 an avant son admission. Il a présenté brutalement une perte de connaissance avec coma et a été admis aux urgences. La TDM cérébrale a montré une hémorragie méningée et l'angio-IRM a révélé un anévrisme de l'artère sylvienne droite. L'évolution a été rapidement défavorable et l'enfant est décédé 2 jours plus tard.

Mots Clés : Anévrismes - Enfants - Immunodépression - Infections - Rupture

INTRODUCTION

Les anévrismes intracrâniens sont peu communs chez l'enfant et l'adolescent.

Leur présence doit faire rechercher en premier une origine infectieuse (anévrisme mycotique) surtout dans le cadre d'une immunodépression.

Nous rapportons un cas de rupture d'anévrisme chez un enfant de 10 ans, suivi depuis une année pour Leucémie Aigue myéloïde type 2 (LAM2), avec revue de la littérature

OBSERVATION

Patient M. A, âgé de 10 ans, suivi depuis une année pour LAM2 pour laquelle il avait reçu une poly chimiothérapie comportant des cures d'induction et de consolidation. L'enfant avait présenté des infections opportunistes sur aplasie post-chimiothérapie à savoir : une septicémie à staphylocoque aureus, 5 mois après le début de la maladie et au cours de la première cure de chimiothérapie, septicémie qui a été jugulée par une antibiothérapie ; une autre infection pulmonaire, dont une pneumonie atypique

à *Klebsiella pneumoniae* à 7 mois après le début de la maladie, traitée efficacement.

Il a été admis aux urgences pour troubles de la conscience de survenue brutale sans crises convulsives ni autres signes neurologiques de localisation.

A l'examen, l'enfant présentait un score de Glasgow à 10/15, sans troubles hémodynamiques ni respiratoires, ses pupilles étaient symétriques, les réflexes ostéo-tendineux étaient vifs aux 4 membres avec un signe de Babinski bilatéral, sans déficit sensitivomoteur.

La température était à 38 C°, l'auscultation cardiaque n'avait pas retrouvé de souffle, il existait une splénomégalie sans adénopathies ainsi qu'un purpura pétéchiale sans autres signes d'hémorragie cutanéomuqueuse.

La Tomodensitométrie cérébrale avait montré l'existence d'une hémorragie cérébro-méningée de grade IV de Fischer (Fig. 1).

L'IRM avec séquences angiographiques a révélé une image d'anévrisme développée au dépend de l'artère sylvienne droite (Fig 2, 3, et 4).



Fig. 1 : TDM cérébrale en coupe axiale, montrant une hémorragie méningée et ventriculaire, Grade IV de Fischer



Fig. 2 : IRM Cérébrale en coupe axiale, séquence T2, montrant une image hypointense d'addition sur l'artère sylvienne droite



Fig. 3 : IRM cérébrale en coupe coronale, séquence T1, montrant l'image d'addition hypointense sur l'artère sylvienne à droite

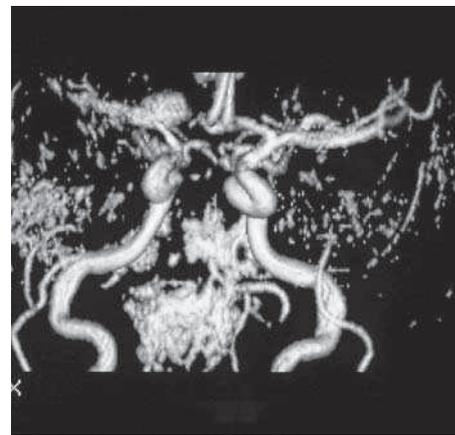


Fig. 4 : Séquence angiographique IRM révélant un anévrisme de l'artère sylvienne droite.

Sur le plan biologique, la formule numération sanguine avait montré une pan cytopénie sans blastose, la fonction rénale était normale ainsi que le reste du bilan hydro électrolytique. Un bilan infectieux a été fait comportant : trois hémocultures, un ECBU, et une électrophorèse des protéines sériques. La radiographie du thorax était normale et un ECG a été réalisé n'objectivant pas de troubles du rythme.

Le patient a été dès son admission mis sous une couverture antibiotique, anti-convulsivants, inhibiteurs calciques et antalgiques.

DISCUSSION

Les anévrismes intracrâniens constituent une entité rare chez l'enfant et l'adolescent avec une fréquence de 1,2 à 5,4 % [1].

Leur rupture se manifeste toujours par un tableau brutal, une perte de conscience initiale est associée à la rupture dans 44 % des cas.

Le tableau inaugurale peut prendre la forme d'une céphalée bien qu'inhabituelle, une crise épileptique, une perte de conscience pouvant être brève ou prolongée allant jusqu'au coma [2].

La confirmation de la rupture se fait par le scanner cérébral sans injection de produit de contraste qui permet de localiser éventuellement le lieu de la lésion en cas de présence d'un hématome intra cérébral associé à l'hémorragie méningée et de révéler toute complication précoce de l'hémorragie méningée. La confirmation de l'anévrisme se fait par le biais d'une angiographie cérébrale ou d'une angio-IRM [2].

La présence d'un anévrisme intra-cérébral sur un terrain d'immunodépression doit faire rechercher une cause infectieuse notamment une endocardite, réalisant un anévrisme mycotique [3].

La plupart des anévrismes sur terrain d'immunodépression rapportés dans la littérature l'ont été dans le cadre d'une infection HIV [3, 4].

Le mécanisme physiopathologique inclus [5] :

- une hypo perfusion avec embols septiques ou thrombotiques
- une cardiomyopathie ou endocardite
- une thrombocytopénie
- une vascularite cérébrale infectieuse secondaire à une infection à CMV, à VZV, à une mycobactérie ou à un agent fongique.

L'artériopathie se caractérise par une dilatation des gros troncs du cercle de Willis [5].

Les anévrismes mycotiques sur endocardite infectieuse siègent préférentiellement au niveau de l'artère sylvienne et ont une prévalence de 2 à 6 %.

Il faut néanmoins savoir aussi que les anévrismes infectieux peuvent se rencontrer en dehors de tout foyer inflammatoire évident [6, 7].

Le pronostic de la rupture d'un anévrisme chez un enfant immunodéprimé est fâcheux et dépend des facteurs suivants:

- l'âge jeune.
- le terrain d'immunodépression (aplasie, infections opportunistes)
- le tableau neurologique précaire (coma).

CONCLUSION

Les anévrismes intracrâniens chez l'enfant immunodéprimé constituent une entité rare qui doit faire rechercher une cause infectieuse notamment une endocardite d'osler.

Leur pronostic demeure très fâcheux.

BIBLIOGRAPHIE

- 1] SCHIEVINK, WOUTER I.
Progressive intracranial aneurysmal disease in child with progressive hemifacial atrophy: case report
Neurosurgery 1996, 38,1237-41.
- 2] P. DECQ, Y. KÉRAREL.
Les anévrismes intracrâniens
Neurochirurgie 1995.
- 3] DUBROVSKY. T.
Cerebral aneurysmal arteriopathy in child AIDS.
Neurology 1998, 51: 560-565.
- 4] SMRUSH SHAH, ROBERT ZIMMERMAN.
Cerebrovascular complications of HIV in children.
AJNR 1996, 17 : 1913-17.
- 5] PETER CARR.
Endocarditis related cerebral aneurysms.
AJNR 1995, 16: 745-48
- 6] RABESH BJ, SEND HYAMANI.
Clinico-pathological study of cerebral aneurysm.
Neurology india 2004, 52, 82-86.
- 7] KOVOOR JM.
Intracranial infective aneurysm.
Neurology India 2001, 49, 262-66