

Séminaire DES/DESC maladies infectieuses et tropicales
Thématique n°12 – Infections du système nerveux central
Cas clinique n°2

Patiente de 79 ans, infirmière à la retraite, mariée, un fils, autonome, vit à domicile à Saint-Gaudens (31, milieu rural). Antécédent d'hystérectomie pour fibrome et d'ostéoporose. Aucun traitement de fond.

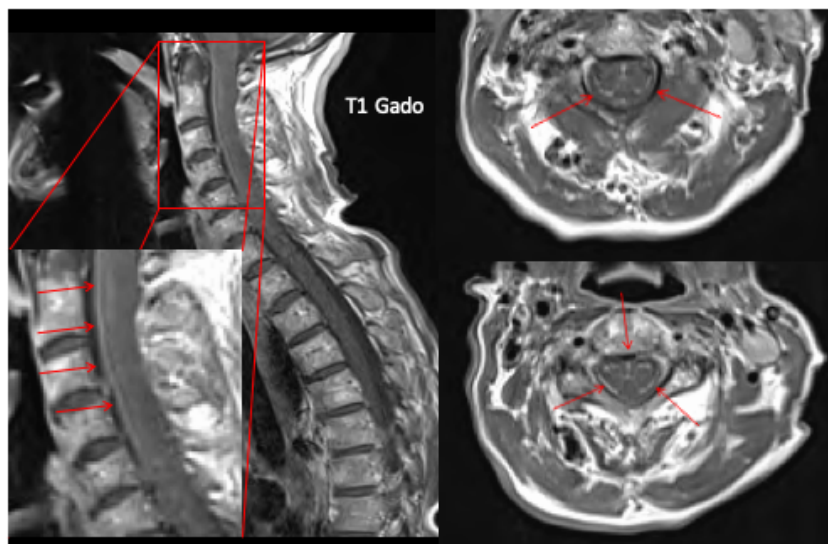
Le 13 juin 2019 : Hospitalisée en neurologie pour céphalées évoluant depuis début mai 2019 dans un contexte d'altération de l'état général avec anorexie et perte de 4 kg, de douleurs cervicales et des deux membres supérieurs. Pas de notion de fièvre. Apparition d'une confusion et d'une paralysie faciale droite depuis 1 semaine.

A l'entrée :

- Apyrexie, absence de sepsis
- Désorientation dans le temps et l'espace ; Raideur de nuque ; Déficit moteur proximal des membres supérieurs prédominant à gauche (abduction bilatérale et extension coude gauche) avec douleurs neuropathiques cervico-brachiales bilatérales. Dismétrie doigt-nez bilatérale, dismétrie à l'épreuve talon genou de manière plus marquée à droite. Paralysie faciale périphérique droite avec signe de Charles Bell sans autre anomalie des paires crâniennes. Réflexes ostéo-tendineux vifs aux deux membres supérieurs avec signe de Hoffman bilatéral ; aux membres inférieurs : réflexes ostéotendineux perçus normaux, réflexes cutanéoplantaires indifférents de manière bilatérale ; Myoclonies proximales des deux membres supérieurs, irrégulières non rythmiques, déclenchées par la mobilisation. Pas de troubles sensitifs aux quatre membres. Pas de négligence. Pas de troubles phasiques
- Bruits du coeur sont réguliers, sans souffle perçu. Auscultation pulmonaire libre. Absence d'élément tumoral. Absence d'éruption cutanée.

Examens complémentaires :

- Hyponatrémie 129 mmol/L hypo-osmolaire avec osmolarité urinaire augmentée ; Glycémie 6 mmol/L ; Fonction rénale normale ; Bilan hépatique normal ; CRP 0,6 mg/L ; NFS : hémoglobine 12,1 g/dL normocytaire, plaquettes 469 G/L, globules blancs à 10,8 G/L avec une formule normale ; Electrophorèse des protéines sériques normale ; Sérologies VIH négative, VHB en faveur d'une immunisation ancienne, VHC négative
- PL : Protéïnorachie à 3,4 g/L, Glycorachie 2,14 mmol/L, 373 éléments nucléés dont 86% de lymphocytes matures, 53 globules rouges
- Une IRM cérébrale et médullaire est réalisée et montre :
 - Plaque en hypersignal FLAIR sous-cortical frontal droit, avec coefficient ADC augmenté, en regard d'une anomalie veineuse de développement. Lacune caudée gauche d'allure ischémique. Pas d'anomalie sur les séquences pondérées en diffusion avec gradient pouvant faire évoquer un accident ischémique récent. Pas de prise de contraste intraparenchymateuse ou des espaces méningés mise en évidence à l'étage encéphalique, sous réserve d'artefacts liés aux mouvements de la patiente. Structures médianes en place. Système ventriculaire de taille correcte. Sinus veineux perméables.
 - Prises de contraste leptoméningées et radiculaires étendues de C1 à C6. Pas d'anomalie de signal intramédullaire.
 - Conclusion : Prises de contraste leptoméningées cervicales. Pas de prise de contraste méningée et radiculaires ou parenchymateuse mise en évidence à l'étage encéphalique notamment en fosse postérieure, sous réserve d'artefacts liés aux mouvements de la patiente.



Question 1 : Quelles étiologies évoquez-vous ?

Question 2 : Quel(s) traitement(s) probabiliste(s) vous semble(nt) licite ?

Question 3 : Le bilan étiologique est en cours. La sérologie *Borrelia* dans le sang est positive en ELISA mais douteuse en Western blot. Quel examen proposer pour avancer dans cette hypothèse ?

Question 4 : A 48 heures du traitement probabiliste initié l'évolution est déjà nettement favorable. Une PL de contrôle montre 120 cellules nucléées dont 90% de lymphocytes matures avec une protéinorachie à 1,6 g/L et une glycorachie normalisée. L'examen demandé à la question 3 confirme l'hypothèse d'une neuro-borréliose. Quel traitement proposez-vous à cette patiente ?