

Coma et retard de réveil en réanimation : à propos de deux cas de syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible

Enio Furudoï¹, Nicolas Fritsch¹, Nicolas Alberti², Elodie Mazocky¹, Bruno Fontaine¹

Disponible sur internet le :

1. Pôle anesthésie réanimation, hôpital d'instruction des Armées Robert-Picqué, 351, route de Toulouse, 33882 Villenave-d'Ornon cedex, France
2. Service d'imagerie médicale, hôpital d'instruction des Armées Robert-Picqué, 351, route de Toulouse, 33882 Villenave-d'Ornon cedex, France

Correspondance :

Enio Furudoï, Pôle anesthésie réanimation, hôpital d'instruction des Armées Robert-Picqué, 351, route de Toulouse, 33882 Villenave-d'Ornon cedex, France.
e.furudoï@gmail.com

Mots clés

Syndrome
d'encéphalopathie
postérieure réversible
Coma
Réanimation
Imagerie par résonance
magnétique
Retard de réveil post-
anesthésique
Choc septique
Crise comitiale

Keywords

Posterior reversible
encephalopathy syndrome
Coma
Critical care
Magnetic resonance
imaging
Delayed awakening from
anesthesia
Septic shock
Seizure

■ Résumé

Nous rapportons les cas de deux patientes ayant présenté un syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (SEPR) dont le diagnostic est difficile en réanimation. Ces deux situations nous rappellent que la présentation clinique de cette pathologie peut être très variée et que le pronostic neurologique reste bon quand le SEPR est évoqué et traité précocement.

■ Summary

Coma and delayed awakening in intensive care unit: Two cases of posterior reversible encephalopathy syndrome

We report two cases of posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) whose diagnosis is difficult in intensive care unit. These two situations remind us that the clinical presentation can vary widely and that the neurological prognosis remains good when the PRES is discussed and treated early.

Introduction

Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (SEPR) est une entité clinique de découverte récente qui nécessite fréquemment une hospitalisation en réanimation [1]. Cette pathologie souvent méconnue peut se manifester par des signes neurologiques sévères allant jusqu'au coma. La symptomatologie est classiquement réversible, sans être systématique [2].

Nous rapportons deux cas de SEPR ; un premier typique et un second survenu au décours d'un choc septique.

Observations

Cas n° 1

Une patiente de 63 ans était admise aux urgences pour la prise en charge d'un coma (score de Glasgow à 9). Ses antécédents étaient marqués par un état dépressif majeur associé à plusieurs tentatives de suicide et une hypertension artérielle. Son traitement habituel comprenait loxapine, mirtazapine, prazépam et heptaminol.

Le scanner cérébral non injecté n'a montré aucune anomalie et la ponction lombaire était normale (3 leucocytes/mm³, protéinorachie normale et culture bactérienne stérile). L'état de conscience s'est aggravé à j3 et la trachée de la patiente était intubée au décours d'une crise comitiale tonico-clonique. Un collapsus cardiovasculaire était secondairement apparu nécessitant un support par noradrénaline. Elle était alors transférée en

réanimation. L'examen clinique sous midazolam-sufentanil n'a pas mis en évidence de signes neurologiques focaux.

Un deuxième scanner cérébral injecté révélait des plages d'hypodensités occipitales bilatérales, évoquant un diagnostic d'accident vasculaire cérébral (AVC). Le tracé d'électroencéphalogramme (EEG) inscrivait un rythme alpha à 11-12 Hz sans foyer épileptogène. À l'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale, un œdème vasogénique en hypersignal FLAIR prédominait au niveau cortico sous-cortical pariéto-occipital bilatéral, sans argument pour des complications ischémiques ou hémorragiques associées, respectivement sur les séquences de diffusion et T2*, confirmant le diagnostic de SEPR (figure 1).

La prise en charge thérapeutique a été symptomatique associant la mise en place d'un traitement antiépileptique prophylactique par lévétiracétam et la prévention des atteintes cérébrales secondaires d'origine systémique (ACSOS). Les sédations ont été arrêtées dès son admission en réanimation.

La tachée de la patiente était extubée à j5. Une hypertension artérielle s'est secondairement installée, nécessitant un traitement par antihypertenseur intraveineux (nicardipine). L'examen neurologique retrouvait une patiente consciente mais ralentie, désorientée et confuse. Aucun déficit focal n'était objectivé. Sa sortie a été possible en service de neurologie à j11, puis en psychiatrie avant de rejoindre son domicile. L'IRM réalisée à trois mois a retrouvé une normalisation totale des images de SEPR.

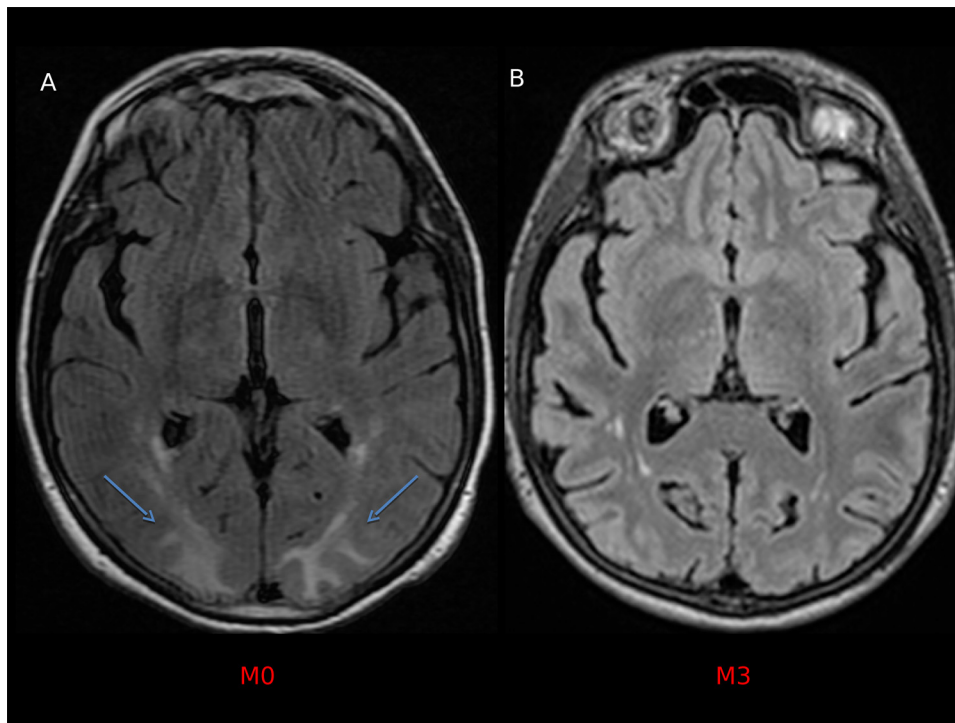


FIGURE 1

Patient n° 1 : IRM cérébrale. A (séquence axiale FLAIR initiale [M0]). Plages œdémateuses (flèches) cortico sous-corticales pariéto-occipitales bilatérales et symétriques. B (séquence axiale FLAIR réalisée à 3 mois [M3]). Disparition totale des lésions

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2744065>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2744065>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)