



LETTRE / Neurologie

Encéphalite de Bickerstaff : à propos de deux cas

Bickerstaff's brainstem encephalitis: Report of two cases

W. Nejhy*, W. Zamiaty, S. Lezar, A. Adil

Service central de radiologie, CHU Ibn Rochd, 1, rue des Hôpitaux, Casablanca, Maroc

MOTS CLÉS

Encéphalite de Bickerstaff ;
Tronc cérébral ;
IRM

KEYWORDS

Bickerstaff's
encephalitis;
Brainstem;
MRI

L'encéphalite de Bickerstaff est une maladie auto-immune caractérisée par des lésions inflammatoires démyélinisantes du tronc cérébral. Elle se traduit par un tableau de dysfonction aiguë du tronc cérébral survenant dans les suites d'une infection après un intervalle libre. L'objectif de ce travail est de montrer l'apport de l'IRM dans le diagnostic de cette pathologie à travers l'étude de deux observations.

Observations

Cas clinique n° 1

Il s'agit d'un enfant de 14 ans, de sexe masculin, ayant présenté au décours d'une fièvre éruptive, probablement virale, un syndrome méningé fébrile. Une ponction lombaire a été réalisée, révélant une pléiocytose lymphocytaire associée à une hyperprotéïnorrhée avec examen direct et cultures négatives. Le diagnostic de méningite virale a été retenu. Devant l'apparition de trouble de la conscience et d'une ataxie, avec à l'examen clinique un signe de Babinski positif, l'enfant a eu une IRM cérébrale avec des séquences pondérées en T1, T2, FLAIR et injection de gadolinium qui a montré une plage en hyposignal T1 (Fig. 1a), hypersignal T2 et FLAIR (Fig. 1b, c) intéressant tout le tronc cérébral sans élargissement ni prise de contraste anormale (Fig. 1d).

Cas clinique n° 2

M. B.H., âgé de 40 ans, a présenté à la suite d'un syndrome infectieux non étiqueté une ataxie et une obnubilation évoluant dans un contexte apyrétique. La ponction lombaire réalisée a révélé une pléiocytose lymphocytaire associée à une hyperprotéïnorrhée avec examen direct et cultures négatives. Le patient a eu une IRM cérébrale objectivant une plage en hyposignal T1 (Fig. 2a) et hypersignal T2 (Fig. 2b) intéressant la protubérance sans élargissement ni prise de contraste anormale (Fig. 2c, d).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nejhy.wafaa@gmx.fr (W. Nejhy).

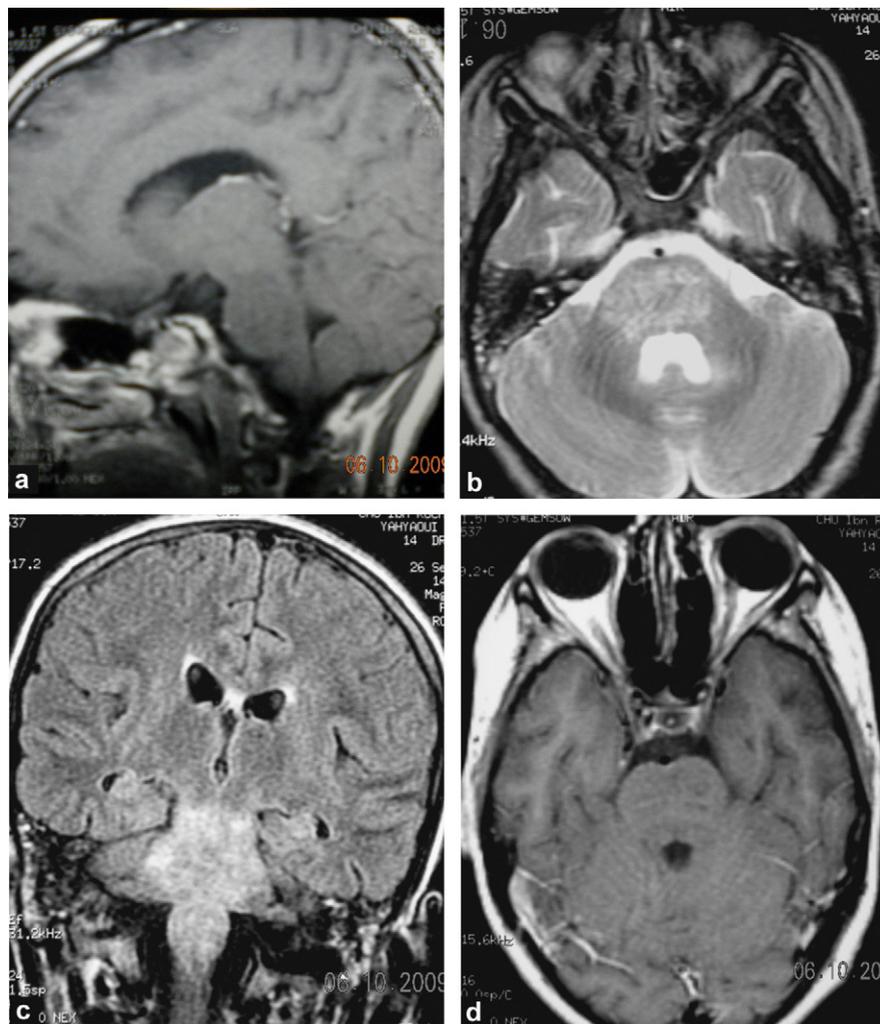


Figure 1. Hyposignal T1 et hypersignal T2 et FLAIR intéressant tout le tronc cérébral sans élargissement ni rehaussement anormal après injection de gadolinium : a : séquence sagittale T1 ; b : séquence axiale T2 ; c : séquence coronale FLAIR ; d : séquence axiale T1 + C.

Le profil évolutif, la négativité de l'enquête infectieuse et la distribution des lésions en IRM ont fait évoquer le diagnostic de l'encéphalite de Bickerstaff. Les deux patients ont été mis sous corticothérapie avec une évolution clinique favorable.

Discussion

L'encéphalite de Bickerstaff est une démyélinisation aiguë du tronc cérébral survenant dans les suites d'une infection. Sa physiopathologie reste peu claire, néanmoins des mécanismes auto-immuns secondaires à une infection bactérienne sont évoqués [1–3]. Certains auteurs considèrent cette entité comme une variante de l'encéphalomyélite aiguë disséminée (une maladie inflammatoire démyélinisante intéressant principalement la substance blanche et s'installant en général dans les suites d'une infection ou d'une vaccination) [3,4]. Il n'existe pas de marqueur biologique spécifique de la maladie et le diagnostic est basé sur un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques et radiologiques [1,4]. Le tableau clinique associe typiquement

une ophtalmoplégie, une ataxie et une confusion survenant en période post-infectieuse [1,2,4]. Un facteur déclenchant infectieux est retrouvé dans 92% des cas et une sérologie *Campylobacter jejuni* est positive dans 22% des observations [3–5]. L'analyse du LCR est fondamentale et permet tout d'abord d'exclure une méningo-encéphalite infectieuse nécessitant un traitement spécifique. Elle peut montrer des anomalies non spécifiques à type de pléiocytose lymphocytaire dans 40% des cas, hyperprotéinorachie dans 59% des cas et une dissociation albumino-cytologique dans 19% des cas [3,4]. Des anticorps antigangliosides (anti-GQ1b) sériques sont retrouvés dans deux tiers des cas. Néanmoins, leur absence ne permet pas d'éliminer ce diagnostic [1,4,6]. L'encéphalite de Bickerstaff présente des analogies avec le syndrome de Miller-Fischer (forme clinique de syndrome de Guillain-Barré associant ophtalmologie, ataxie, aréflexie, dissociation albumino-cytologique et présence d'anticorps anti-G1b). Toutefois, la présence d'un syndrome pyramidal, de troubles de conscience ou des anomalies de signal du tronc cérébral à l'IRM permet de retenir le diagnostic de l'encéphalite de Bickerstaff [2,4]. L'IRM montre dans seulement 30% des cas des anomalies de signal à type

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4234786>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4234786>

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