

## Syndrome de Lemierre : apport de l'imagerie

MA Perrin (1), A Jankowski (1), C Righini (2), K Boubagra (3), M Coulomb (1) et G Ferretti (1)

### Abstract

#### Imaging findings in Lemierre syndrome

J Radiol 2007;88:65-8

Lemierre syndrome is a septic thrombosis of the internal jugular vein with pulmonary abscesses secondary to untreated pharyngotonsillitis due to anaerobic bacteria. It occurs in young, previously healthy patients and leads to life-threatening consequences if not treated. We illustrate the value of imaging and particularly cervical and thoracic CT in a report of three recent cases.

**Key words:** Lemierre syndrome. Pharyngotonsillitis. Internal jugular thrombophlebitis. Septic pulmonary embolism. Helical CT. Fusobacterium.

### Résumé

Le syndrome de Lemierre est défini par une thrombophlébite septique de la veine jugulaire interne ou d'une de ses branches associée à des embolies septiques à distance dont le point de départ est une angine à germes anaérobies. Il survient chez des patients jeunes sans antécédents et, en absence de traitement précoce, peut mettre en jeu le pronostic vital. Le rôle de l'imagerie, et notamment du scanner cervico-thoracique avec injection de produit de contraste iodé est primordial pour le diagnostic et le bilan d'extension, comme nous le montrerons dans l'étude de trois cas récents.

**Mots-clés :** Syndrome de Lemierre. Angine. Thrombophlébite jugulaire interne. Embolie pulmonaire septique. Scanner cervico-thoracique. Fusobacterium.

Le syndrome de Lemierre est une septicémie à germes anaérobies ayant pour point de départ une angine compliquée d'une thrombophlébite septique de la veine jugulaire interne ou d'un de ses affluents, avec métastases septiques à distance, le plus souvent pulmonaires, mais pouvant aussi être ostéoarticulaires, hépatiques ou rénales (1-5). Ce syndrome survient chez des patients jeunes sans antécédent, ou des enfants (6) et peut avoir des conséquences dramatiques en cas de retard diagnostique (1) comme nous le soulignerons dans l'étude de 3 cas. Le but de cet article est de sensibiliser le radiologue au diagnostic de ce syndrome souvent méconnu lors d'infections ORL, car il se manifeste par des signes cliniques non spécifiques. Il doit être évoqué de manière systématique devant la découverte d'une thrombophlébite de la veine jugulaire interne ou d'une de ses branches associée à des images pulmonaires évocatrices d'embolies septiques dans un contexte d'infection ORL (3).

### Observations cliniques

#### Cas 1

Un homme de 21 ans, sans antécédent, était adressé aux urgences pour une angine érythémateuse traitée par antibiotiques et

anti-inflammatoires non stéroïdiens depuis 8 jours. Malgré le traitement, il présentait avec aggravation clinique récente conduisant à une hospitalisation en réanimation en raison d'un choc septique : polypnée à 40/min, pouls à 103/minute, tension artérielle à 8,5/3,5 mmHg, fièvre à 39,6 °C. De plus il présentait des douleurs thoraciques, un empatement cervical inflammatoire et un index droit gros, rouge, douloureux évoquant une arthrite septique.

La radiographie thoracique de face montrait des opacités rondes à contours flous de la base pulmonaire droite et de la partie moyenne du champ pulmonaire gauche (fig. 1a). Un scanner cervico-thoracique avec opacification montrait une abcédation amygdalienne, une thrombose suspendue de la veine faciale gauche (fig. 1b), une cellulite cervicale et, par continuité une infiltration de la graisse médiastinale. Ce scanner confirmait de multiples nodules pulmonaires bilatéraux de contours flous prédominant à la périphérie des champs pulmonaires, présentant pour certains un bronchogramme aérique, évocateurs d'abcès pulmonaires bilatéraux.

Outre la prise en charge médicale (réanimation, mise sous triple antibiothérapie), un geste chirurgical ORL et thoracique a été réalisé : amygdalectomie, débridement cervical avec drainage et excision de tous les tissus nécrotiques cervicaux et médiastinaux, thymectomie, thoracotomie antérieure bilatérale pour évacuation de l'épanchement pleural, trachéotomie de sécurité. Les hémocultures et les prélèvements chirurgicaux sont restés stériles.

L'évolution a été favorable après 1 mois de prise en charge en réanimation.

#### Cas 2

Un homme de 28 ans, sans antécédent particulier, a été hospitalisé pour la persistance d'une angine avec douleur amygdalienne gauche traitée depuis 6 jours par amoxicilline, compliquée d'une pneumopathie gauche. L'examen clinique a retrouvé une température à 40 °C, une augmentation du volume de l'amygdale gauche, une adénopathie cervicale gauche ainsi qu'une voussure du pilier antérieur gauche de l'amygdale. Le diagnostic initial est une angine avec phlegmon péri-amygdalien associée à une pneumopathie. Le patient a bénéficié d'une ponction et d'une incision sous anesthésie locale de son abcès. Du fusobacterium nucleatum a été identifié dans les hémocultures et dans les prélèvements de l'abcès amygdalien. La radiographie thoracique montrait une condensation pulmonaire bilatérale sus-diaphragmatique avec plusieurs nodules intra-parenchymateux à contours flous au niveau du champ pulmonaire gauche. Le scanner cervical avec opacification montrait une thrombophlébite de la veine faciale gauche et un abcès collecté péri-amygdalien (fig. 2). Le scanner thoracique avec injection confirmait la présence d'embolies septiques et la condensation lobaire moyenne et bi-basale avec discrète réaction pleurale bilatérale. Le patient a donc bénéficié d'un traitement antibiotique, d'une mise à plat de son phlegmon péri-amygdalien et d'un

(1) Service Central de Radiologie et Imagerie Médicale, (2) Service d'ORL, (3) Service de Neuroradiologie, CHU Grenoble, BP 217X, 38043 Grenoble cedex 09.  
Correspondance : G Ferretti  
E-mail : gferretti@chu-grenoble.fr



**Fig. 1 :** Patient 1.

- a** Radiographie thoracique debout de face : opacités rondes à contours flous de la base pulmonaire droite et de la partie moyenne du champ pulmonaire gauche.
- b** Scanner cervical après injection de produit de contraste au niveau de la mandibule montrant une hypodensité de la veine faciale gauche avec rehaussement de ses parois traduisant sa thrombose (flèche) ; à noter, la liberté de la veine jugulaire interne gauche. Présence d'une collection amygdalienne gauche témoignant de l'abcès amygdalien (tête de flèche).

traitement anticoagulant. Les suites ont été simples.

### Cas 3

Un homme de 22 ans, sans antécédent, a consulté son médecin traitant car il présentait des douleurs musculaires diffuses avec odynophagie et hyperthermie à 39 °C conduisant au diagnostic d'angine érythémato-pultacée bilatérale. Une mononucléose infectieuse a été évoquée et un traitement par corticoïdes a été débuté. Trois jours plus tard, le patient a été hospitalisé pour une aggravation de l'hyperthermie. À l'entrée, la température était à 40 °C, la tension artérielle à 11/5 mmHg, la fréquence respiratoire était à 24/min. Les hémocultures étaient positives à *Fusobacterium necrophorum*.

La radiographie thoracique montrait une opacité rétro-cardiaque, mais était d'interprétation difficile. Une échographie Doppler montrait une thrombose de la veine faciale gauche. Le scanner cervico-thoracique avec injection révélait de multiples ganglions jugulo-carotidiens bilatéraux, une thrombose de la veine faciale gauche ainsi que des nodules pulmonaires à contours flous, bilatéraux, avec bronchogramme aérique pour certains, associés à une condensation des bases avec lame d'épanchement pleural bilatéral, sans hypertrophie ganglionnaire médiastinale (fig. 3).

L'évolution a été marquée par la survenue d'un épanchement pleural gauche récidivant en rapport avec une pleurésie purulente secondaire pour laquelle une pleurotomie postérieure gauche par résection de 5 cm de la 8<sup>e</sup> côte a été effectuée. Elle a été favorable après 3 semaines d'hospitalisation, 8 semaines d'antibiothérapie et de nombreuses séances de kinésithérapie respiratoire.

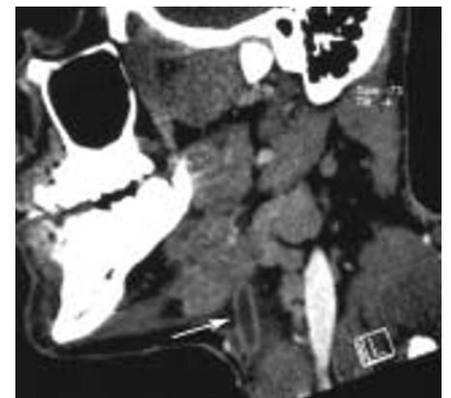
### Discussion

Ces trois observations, dont les caractéristiques en imagerie sont résumées dans le *tableau 1*, confirment le retard diagnostique habituel des syndromes de Lemierre (de 3 à 8 jours) (7), conduisant à des traitements chirurgicaux parfois très lourds en raison du risque vital encouru. Elles soulignent également le rôle primordial de l'imagerie, qui en montrant une infiltration nodulaire thoracique associée à une angine doit faire évoquer le diagnostic d'embolie pulmonaire septique à point de départ ORL (8), qui sera confirmée par un scanner cervico-thoracique avec injection de contraste.

L'incidence du syndrome de Lemierre a beaucoup diminué depuis les années 1950, et l'utilisation des antibiotiques. L'augmentation récente de l'incidence de ce syndrome semble corrélée à une prescription fréquente d'anti-inflammatoires

pour le traitement des angines sans couverture antibiotique (5). Chez nos trois patients, un patient a bénéficié d'une prescription combinée d'antibiotiques inadaptés et d'anti inflammatoires, un autre a eu un traitement par antibiothérapie insuffisant et un troisième a eu pour seul traitement une corticothérapie orale. Le syndrome de Lemierre est une septicémie à germes anaérobies (le plus souvent *Fusobacterium necrophorum*) dont le point de départ infectieux est oropharyngé (6).

Le tropisme vasculaire de ce germe entraîne une thrombophlébite de la veine jugu-



**Fig. 2 :** Patient 2 : scanner cervical avec injection de produit de contraste, coupe sagittale oblique montrant l'hypodensité de la veine faciale gauche traduisant sa thrombose (flèche).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4236320>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4236320>

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