

- Pour les indices supérieurs à 3 (10) : la corrélation clinico-biologique apparaît excellente. Dans 9 cas sur 10, les patients présentent une paralysie faciale uni ou bilatérale, une méningite lymphocytaire avec synthèse intrathécale d'immunoglobulines (nous utilisons un quotient tenant compte des valeurs des indices sérologiques du LCR et du sérum, ainsi que des

concentrations en albumine du sérum et du LCR.). Il ne semble pas nécessaire de réaliser un Western Blott.

- Pour les indices compris entre 1,5 et 3 (17), les signes cliniques sont variés. Le Western Blott paraît intéressant à réaliser pour confirmer la sérologie effectuée par la technique Vidas Biomérieux.



Méd Mal Infect. 1998 ; 28, N° Spécial : 406

Encéphalite aiguë grave à tique de l'enfant en Roumanie. A propos d'un cas*

M.I. DRAGAN**, O. PATEY***, C. CERNESCU****, M. LUMINOS** et I. DARASTEANU**

Les encéphalites aiguës, inflammations aiguës non supprimées de l'encéphale sont provoquées par des agents étiologiques multiples, au premier rang desquels les virus. Parmi elles, ont été décrites les encéphalites à tiques. Nous rapportons une forme grave observée chez un enfant.

Observation

La jeune A.D., âgée de 4 ans, a été hospitalisée à la Clinique des Maladies Infectieuses dans un tableau d'encéphalite aiguë primitive sévère. Ses antécédents personnels et familiaux ne sont pas significatifs.

Le début de la maladie a été brusque, marquée par des convulsions tonico-cloniques généralisées, suivie d'un coma. Il s'y associait une fièvre, des vomissements en "marc de café" et de nombreuses pauses respiratoires qui ont conduit à une intubation naso-trachéale avec ventilation assistée. L'examen clinique retrouvait un enfant dont l'état général était extrêmement grave, avec coma (Glasgow 7), faciès vultueux, téguments pâles, il existait des ecchymoses multiples et des escarres au niveau des membres, une hypertonie musculaire modérée, une aréflexie tendineuse. Les réflexes photomoteurs étaient présents mais légèrement diminués, le réflexe de déglutition absent. Le reste de l'examen neurologique montrait des signes pyramidaux avec réflexe cutané plantaire en extension. Il existait une tachycardie, et le foie était situé sous la côte.

Les examens biologiques montraient une polynucléose neutrophile avec élévation de la vitesse de sédimentation; l'urée

sanguine était augmentée. L'électroencéphalogramme montrait des ondes delta dans toutes les dérivations. Il existait un oedème cérébral diffus à la tomodensitométrie cérébrale. La sérologie pour les flavivirus du séro-groupe B (antigène tick borne encephalitis virus) objectivait une élévation du titre de 1/16 à 1/128.

Le diagnostic est ainsi confirmé par la clinique et les données épidémiologiques (provenance de la région Vrancea et notion de morsure de tiques). La positivité de la sérologie pour les flavivirus et les autres examens complémentaires permettaient d'écarter les autres diagnostics d'encéphalite (encéphalopathies toxiques, métaboliques, hypoxiques ou par agents physiques, l'hydrocéphalie, les encéphalopathies chroniques infantiles, certaines maladies psychiques, un processus tumoral). La méningo-encéphalite tuberculeuse a également été éliminée (absence d'antécédents et aspect normal du liquide céphalo-rachidien, l'IDR à PPD négatif et l'aspect normal de la radiographie thoraco-pulmonaire). Il en est de même pour les encéphalites à Herpès simplex virus.

Le traitement fut institué en urgence par voie intraveineuse. La thérapie pathogénique détient le rôle primordial comprenant une corticothérapie à fortes doses, un traitement anti-oedémateux et sédatif; un traitement anti-épileptique a été poursuivi en raison de la persistance des ondes delta sur l'EEG.

L'évolution a été lentement favorable : les convulsions ne se sont plus répétées, la fièvre a persisté pendant 5 jours, le coma a régressé en quelques jours. Il existait une hépatomégalie avec foie hyperéchogène à l'échographie qui s'est progressivement amendée. Un mois après la sortie de l'hôpital, le contrôle clinique montrait un enfant dont l'état général était bon, sans trouble psychique, ni anomalie neurologique, avec un foie situé à 1 cm sous la côte. L'évolution a donc été favorable malgré la présence initiale de signes de très mauvais pronostic : hémorragies gastro-intestinales, troubles de respiration, coma, réflexes plantaires anormaux.

* 7^e Colloque sur le Contrôle Epidémiologique des Maladies Infectieuses, Institut Pasteur de Paris, 29 mai 1998.

** III^e Clinique des Maladies infectieuses-Pédiatrie "Colentina", UMF "Carol Davila", Bucarest, Roumanie.

*** Service des Maladies infectieuses, Centre Hospitalier Inter-communal - F-94195 Villeneuve St Georges.

**** Institut de Virologie "St Nicolau", Bucarest, Roumanie.

