

pignon filamenteux et d'instaurer ainsi la mise en train d'un traitement antifongique précoce (4). Le résultat des cultures qui dans 25 % des cas ne se positivent qu'au bout de 15, voire même 21 jours, viendra confirmer le diagnostic.

REFERENCES

1. GAMS W. - Cephalosporium-artige. In "Schimmelpilze (Hyphomycetes)". Stuttgart; Gustav Fischer Verlag, 1971.
2. LUNDS O.E. - Strategie der Untersuchung und Therapie bei mykotischer Keratitis. Klin Monatsbl Augenheilkd. 1993 ; 202 : 188-94.
3. COLIN J., MEHOU-LOKO A., LE FLOHIC A.M. - Kératites amibiennes et kératites fongiques. EMC, Ophtalmologie, 21-200-D-25, 1995.
4. FISCHER R.M.E., FISCHER J.F., LOVELL R.D. - Infection due to the *Fungus acremonium*. Medicine. 1991 ; 70 : 398-409.
5. MINO de KASPAR H., ZOULEK G. - Mycotic keratitis in Paraguay. Mycoses. 1991 ; 34 : 251-4.



Méd Mal Infect. 1997 ; 27 : 739-40

Abcès rhombencéphalique en imagerie par résonance magnétique : listériose probable*

F. LAPOSTOLLE**, J.D. LAW KOUNE**
et J.J. ROUBY**

SUMMARY BRAINSTEM ABSCESS DIAGNOSED
BY MAGNETIC RESONANCE IMAGING.
A PROBABLE *LISTERIA MONOCYTOGENES* INFECTION

We report a case of rhombencephalitis. Brainstem abscess was revealed by magnetic resonance imaging. A *Listeria monocytogenes* infection was strongly suspected but not isolated.

Key-words: *Listeria monocytogenes* - Rhombencephalitis - Magnetic resonance imaging.

Mots-clés : *Listeria monocytogenes* - Rhombencéphalite - Imagerie par résonance magnétique.

Le diagnostic bactériologique d'infection du système nerveux central par *Listeria monocytogenes* n'est pas toujours possible. Les recherches bactériologiques sont fréquemment négatives surtout lorsque l'atteinte est à prédominance rhom-

bencéphalique. L'imagerie, en particulier par résonance magnétique (IRM) pourrait constituer dans ce cas une aide précieuse au diagnostic. Nous rapportons, après Baziz et coll. (1) une observation d'abcès du tronc cérébral mis en évidence à l'IRM. Le diagnostic d'infection listérienne a été retenu en dépit d'une bactériologie négative.

Madame W., âgée de 39 ans, n'avait pas d'antécédent médico-chirurgical. Elle présenta brutalement une fièvre à 38°C associée à des nausées, des vomissements, une paralysie faciale droite et une diplopie par atteinte des IIIe et VIe paires crâniennes gauches. Elle reçut à partir de ce jour un traitement oral par amoxicilline (2 g/jour). Trois jours plus tard, elle présentait, en plus des signes précédents, une confusion et des troubles de la déglutition. Le scanner cérébral était normal. Le liquide céphalo-rachidien (LCR) était clair. Il contenait 12 éléments nucléés/mm³ avec une prédominance lymphocytaire. La protéinorachie était à 0,56 g/L, la glycorachie et la chlorurorachie étaient normales. L'examen bactériologique direct et la culture du LCR étaient négatifs. Le traitement par amoxicilline (2 g/jour) était poursuivi. Deux jours plus tard, Madame W. était hospitalisée en réanimation et intubée pour coma. Le liquide céphalo-rachidien était clair. Il contenait 4 éléments nucléés/mm³ et 76 hématies. La protéinorachie était à 0,51 g/L, la glycorachie et la chlorurorachie étaient normales. Aucun germe n'était retrouvé dans le sang, les urines et le LCR. L'IRM (figure 1) montrait en T1 après injection, une image d'abcès protubérantielle gauche et en T2 un hypersignal avec un anneau central moins dense et en arrière, un quatrième ventricule un peu comprimé. Après injection de gadolinium, on observait un rehaussement en couronne du signal avec un contour hypodense. La recherche d'anti-listériolysine O et polymérase chain reaction pour la listériose étaient négatives. Sérologies VIH, maladie de Lyme, intradermo-réaction à la tuberculine et recherche de *Mycobacterium tuberculosis hominis* (poumon, urines et LCR) étaient négatives. Il n'était pas retrouvé de déficit immunitaire. Le traitement était poursuivi par amoxicilline (6 g/jour) et triméthoprim-sulfaméthoxazole (1 600-320 mg/jour). La fièvre disparaissait au 4e jour. L'extubation au 9e jour était un échec en raison de troubles de la déglutition. L'extubation définitive était réalisée au 15e jour. La patiente quittait la réanimation au 34e jour et l'hôpital après 2 mois et demi avec un traitement oral par amoxicilline (6 g/jour). La diplopie et la paralysie faciale disparaissaient trois mois après le début des symptômes. Une IRM au 3e mois montrait une régression incomplète de la lésion.

L'IRM peut être une aide précieuse au diagnostic des infections du système nerveux central à *L. monocytogenes*. Particulièrement dans les atteintes rhombencéphaliques qui sont les formes les plus rares des atteintes du système nerveux central des listérioses (2) et lorsque les examens bactériologiques sont négatifs. Le tableau clinique de cette patiente était extrêmement évocateur. Le syndrome méningé est souvent modéré dans les formes rhombencéphaliques. Paralysies oculomotrices, faciales périphériques et pharyngo-laryngées sont dans cet ordre décroissant les atteintes les plus fréquentes

* Reçu le 26.4.96. Acceptation définitive le 9.9.96.

** Service de Réanimation chirurgicale, CHU Pitié-Salpêtrière, 47-83 bld de l'Hôpital - F-75651 Paris Cedex 13.

Correspondance : F. Lapostolle, Réanimation toxicologique, Hôpital Fernand Widal, 200 rue du Faubourg Saint-Denis - F-75475 Paris Cedex 10.

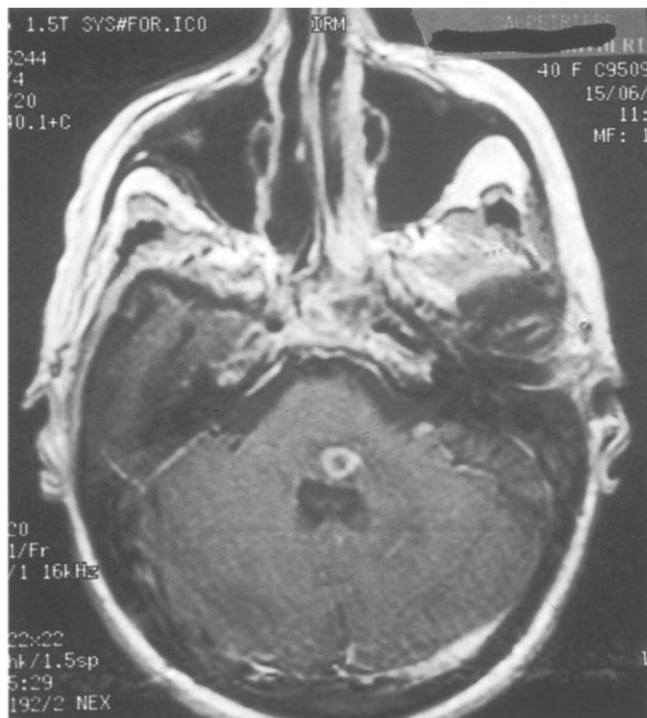


Fig. 1 : IRM en T1 : image d'abcès protubérantielle gauche, avec en arrière, le quatrième ventricule un peu comprimé. Rehaussement en couronne du signal avec un contour hypointense après injection de gadolinium

des rhombencéphalites à *L. monocytogenes* (2). L'absence d'argument en faveur d'une autre étiologie ainsi que l'évolution clinique et iconographique favorable sous traitement anti-*Listeria* sont des arguments diagnostiques importants.

Le diagnostic bactériologique n'a pu être confirmé. Ceci est fréquent (2, 3). L'antibiothérapie précoce adaptée l'explique en partie. Les anomalies du LCR sont modérées quand le syndrome méningé clinique est modéré. La négativité des méthodes bactériologiques classiques ne permet pas d'exclure le diagnostic car leur sensibilité est faible. La négativité des nouvelles méthodes, polymérase chain reaction pour la listériose et recherche d'anti-listériolysine O ne permettent pas non plus d'exclure le diagnostic (4). Le scanner est peu contributif. L'aspect en IRM des lésions listériennes du tronc cérébral a déjà été décrit (5). La présence en séquence T2 d'un hyposignal au sein d'un hypersignal retrouvé chez notre patiente fait partie des signes les plus évocateurs. La topographie de ces lésions est en accord avec les données anatomopathologiques (2). Cette topographie plus que l'aspect non spécifique de la lésion est en faveur du diagnostic de listériose. L'IRM est alors un argument de poids en faveur du diagnostic.

Devant un tableau clinique évocateur, en l'absence de confirmation bactériologique, l'IRM peut apporter des arguments en faveur du diagnostic d'infection à *L. monocytogenes*.

REFERENCES

1. BAZIZ A., WERTEL F., PICOT F., POUGET-ABADIE J.F., DES-CAMPS J.M. - Abscès du tronc cérébral avec bactériologie négative, abcès listérien ? *Méd Mal Infect.* 1996 ; 26 : 133-5.
2. ARMSTRONG R.W., FUNG P.C. - Brainstem encephalitis (rhombencephalitis) due to *Listeria monocytogenes* : case report and review. *Clin Inf Dis.* 1993 ; 16 : 689-702.
3. BRUN-BUISSON C.J., DE GIALULY E., GHERARDI R., OTTERBEIN G., GRAY F., RAPIN M. - Fatal non meningitic *Listeria* rhombencephalitis. *Arch Int Med.* 1985 ; 145 : 1982-5.
4. GAILLARD J.L., GHOLIZEDEH Y., PRON B. - Nouvelles approches diagnostiques dans la listériose humaine. *Méd Mal Infect.* 1995 ; 25 : 251-6.
5. SOULIÉ D., MEYER P., RAYNAUD M., BERGE J., DOUSSET V. - IRM et rhombencéphalites à *Listeria monocytogenes*. *J Radiol.* 1996 ; 77 : 489-96.



Méd Mal Infect. 1997 ; 27 : 740-1

“Le pneumocoque : actualité. Intérêt de l'amoxicilline”*

Médecine et Maladies Infectieuses

Tome 27, 1997, n° spécial

P. DELLAMONICA** et Ch. PRADIER**

SUMMARY

USEFULNESS OF AMOXICILLIN ON PNEUMOCOCCUS

A report in the Special Issue 1997 27, gives data on *pneumococci* isolated in a wide range of hospital laboratories. We do not agree with this report's conclusion. Data on the population and the infection lacks precision. The authors should not be allowed to generalize their results.

Key-words: Pneumococcus - Amoxicillin.

Mots-clés : Pneumococcus - Amoxicilline.

Ce numéro spécial rapporte des données sur des pneumocoques isolés dans un grand nombre de laboratoires hospitaliers, puis essaie de justifier un traitement antibiotique, celui du promoteur du numéro spécial.

Cette démarche appelle quelques commentaires. Tout d'abord, les données “épidémiologiques régionales” sont en fait des données de laboratoires hospitaliers ou de villes dont la répartition est très inégale.

* Reçu le 6.6.97. Acceptation définitive le 25.6.97.

** Service des Maladies infectieuses et tropicales, Hôpital de l'Archet, BP 3079 - F-Nice Cedex 3.