

Les IV èmes Journées Internationales Auresiennes de Pneumologie  
BATNA LE 20 et 21 mai 2009

## Tuberculose cérébro-méningée chez l'adulte (À propos de 10 cas)

M.DRIS - H. TEBIB - F.SERRADJ -  
PR.A.HAMRI

## INTRODUCTION

- La tuberculose constitue encore un problème de santé publique majeur dans les pays en voie de développement.
- Les manifestations neurologiques de la tuberculose sont relativement rares.
- L'atteinte cérébro-méningée est une des formes graves de la tuberculose dont le diagnostic doit se faire dans les plus brefs délais en raison de la fréquence et de la gravité de ses complications.
- Les difficultés diagnostiques entraînent souvent un retard de prise en charge.
- L'objectif de ce travail a été de souligner l'hétérogénéité des présentations cliniques et para cliniques de la tuberculose neuro-méningée.
- Nous rapportons ici dix observations de patients présentant divers tableaux neurologiques de tuberculose Neuro-méningée.

## Matériels et méthodes

- Nous avons colligé entre Janvier 2004 et mai 2009 10 cas de tuberculose Neuro-Méningée hospitalisés dans le service de neurologie C.H.U CONSTANTINE
- Il s'agissait de 10 patients (7H et 3F d'âge moyen 34,4 ans) tous les patients ont bénéficié d'une ponction lombaire (sauf 1 ayant présenté une HIC avec troubles de la conscience.
- Il a été réalisé 4 TDM et 5 IRM cérébrales, une sérologie VIH faite chez tous les patients était négative, une recherche de BAAR sur crachats et LCR était négative.
- L'IDR était positive chez un seul patient (présentant une tuberculose pulmonaire).
- La Rx du thorax était anormale chez un seul patient.

## Résultats

- Les symptômes initiaux étaient :
  - Un syndrome méningé dans 4 cas,
  - Des troubles de la conscience avec coma d'emblée et HIC dans 1 cas,
  - 2 cas de syndrome démentiel,
  - 2 cas de crises d'épilepsie.
  - 1 cas hémiparesie droite à prédominance brachio-faciale.
- Le LCR était anormal dans 9 cas= 90% cas,
- Hypercytose 9 cas = 90 % ( 96 à plus 1000 éléments/mm) avec toujours une prédominance lymphocytaire,
- Hyperproteïnorrhée 9 cas,
- Hypoglycorachie 7 cas
- La recherche du BK à l'examen direct était négative dans 100% des cas

- La TDM montrait une hydrocéphalie dans 2 cas et normale dans 2 cas.
- L'IRM montrait des lésions nodulaires multiples (tuberculomes) dans 5 cas.
- L'évolution fut favorable dans 6 cas = 60 %
- Des séquelles à type d'hydrocéphalie; des crises d'épilepsie dans 3 cas 30 %
- Décès dans 1 cas = 10 % en rapport avec un retard Diagnostique Important associé à des troubles de la conscience et coma d'emblée.
- 9 patients ont été mis sous anti-tuberculeux quadrithérapie : (ERHZ) ETHAMBUTOL-RIFAMPICINE ISONIAZIDE-PYRAZINAMIDE.
- Durée du traitement 12 mois.

## Discussion

La tuberculose neuro-méningée est une affection hétérogène dans sa présentation clinique est radiologique pouvant entraîner un retard diagnostique important.

Ce travail confirme la variété des localisations :

- Méningée ( méningite lymphocytaire ou méningo-encéphalite
- Encephalite pure
- Intraparenchymateuse ( tuberculome )

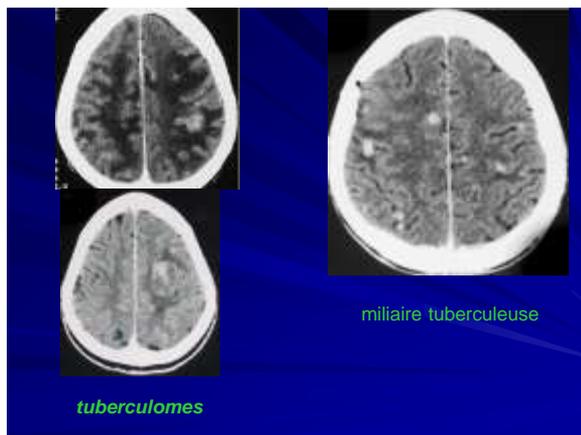
- Le critère diagnostique essentiel est l'examen du LCR ; ainsi une tuberculose neuro-méningée doit être évoquée devant toute méningite lymphocytaire avec hypoglycorachie
- Le diagnostic de certitude d'une neuro-tuberculose est difficile à obtenir .
- La présence d'une localisation extra neurologique est rare dans la neuro-tuberculose (un seul cas de tuberculose pulmonaire associée). Ce qui rend le diagnostique plus difficile.

## L'imagerie cérébrale

- Au cours de la tuberculose du SNC, le scanner cérébral demeure l'examen à pratiquer en première intention, d'autant plus qu'il est plus facilement réalisable, en particulier dans le cadre de l'urgence.
- L'IRM, examen plus sensible, devra être réservée lorsque les lésions scanographiques ne sont pas suggestives ou lorsqu'on suspecte des lésions vasculaires, des localisations au tronc cérébral ou une atteinte spinale associée.
- L'imagerie Permet de - poser le diagnostic  
- réaliser un bilan lésionnel  
- un suivi post thérapeutique

## TDM cérébrale

- Des **tuberculomes**: lésions hypodenses, arrondies entourées d'oedème périlésionnel
- Une **hydrocéphalie**: Son existence précoce est un argument en faveur du diagnostic.
- L'injection de PC peut révéler :
  - Une prise de contraste méningée notamment de la base du cerveau évocatrice du diagnostic
  - Les tuberculomes prennent le contraste de façon annulaire ± intense
  - Multiples petites lésions arrondies prenant le contraste correspondant à une miliaire tuberculeuse

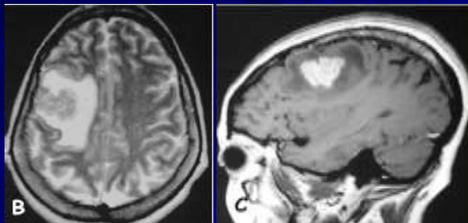


## L'hydrocéphalie



## IRM cérébrale

- L'**arachnoïdite** de la base constitue le signe direct le plus important. Elle apparaît surtout sur les clichés après injection sous forme d'une prise de contraste diffuse.
- Les **tuberculomes** peuvent se localiser au niveau des citernes, du parenchyme ou à la fosse postérieure. c'est une lésion isointense en T1, discrète, en hyperintense en T2 avec rehaussement annulaire.
- L'IRM permet aussi une meilleure délimitation de l'**oedème périlésionnel**.
- L'**hydrocéphalie** est due à une obstruction d'origine le plus souvent inflammatoire des citernes de la base. Cette obstruction peut être également due à la compression des voies d'écoulement du LCR par des tuberculomes.



tuberculomes avec oedème péri lésionnel

- Donc toute suspicion de neuro-tuberculose même en l'absence de preuve biologique doit bénéficier d'un traitement d'épreuve immédiat.
- Une corticothérapie serait indiquée en cas d'œdème périlesionnel , d'arachnoidite ou d'HIC.
- Un traitement chirurgical reposant sur une dérivation est parfois nécessaire.

## CONCLUSION

- En dehors d'un programme général de lutte contre la tuberculose, le pronostic ne pourra être amélioré que si les Médecins se rappellent que la tuberculose neuroméningée existe encore et l'évoqué devant toute méningite lymphocytaire avec AEG et commencer sans attendre le traitement anti-tuberculeux .

# MERCI