

SUPPURATION SPONTANEE D'UN GLIOBLASTOME KYSTIQUE A PROPOS D'UN CAS

O. GUIDOUM, T. BENBOUZID¹

EPH Laghouat

1. Service de Neurochirurgie,
CHU Bab El Oued, Alger

RÉSUMÉ: Les processus expansifs intracérébraux peuvent parfois revêtir, aussi bien cliniquement qu'à l'imagerie, un aspect trompeur et ainsi conduire à une prise en charge inappropriée. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 67 ans, qui s'est présenté avec un tableau clinique fait des céphalées, associé à un syndrome frontal, dans un contexte fébrile et ayant comme antécédent une otite moyenne chronique. La tomодensitométrie cérébrale a montré un processus kystique frontal gauche faisant évoquer soit un gliome kystique soit un abcès en phase suppurative. La ponction de ce processus kystique, par voie frontale gauche, a ramené du pus franc, dont l'étude cyto bactériologique a montré l'existence de polynucléaires altérés et de cocci grame positif. Un traitement à base de triple antibiothérapie a été entamé et a conduit à l'amélioration clinique du patient. Cependant, à J30 post opératoire, il a présenté une hémiparésie droite sévère, une aphasie motrice et une dégradation de l'état de conscience ; une tomодensitométrie cérébrale de contrôle a été effectuée et a montré la lésion initiale sous forme d'un important processus fronto pariétal gauche, avec une double composante. Le patient a été réopéré et a bénéficié d'une exérèse large de sa lésion, dont l'étude anatomopathologique est revenue en faveur d'un glioblastome. Ce patient a ainsi posé un problème initial d'ordre diagnostique et secondairement d'ordre thérapeutique.

Mots clés : Glioblastome, Abcès cérébral, Processus kystiques intracrâniens

ABSTRACT: Intracerebral lesions sometimes may harbor a misleading aspect which can result in an inappropriate management. We report this case of a 67-year-old patient who complained of headache and a frontal syndrom with fever and history of chronic otitis. The CT scan showed a left frontal cystic process that could be either a cystic glioma or an abscess in suppurative phase. The patient was operated through a left frontal approach and the puncture of the cystic process brought pus, containing altered polynuclears cells and positive gram cocci at its cytological study. A triple antibiotic therapy was started which led to clinical improvement. However, at the 30th postoperative day, he presented a severe right hemiparesis, motor aphasia and a deterioration of consciousness ; a CT scan was performed and showed a large left frontoparietal lesion with double component. The patient was reoperated and an optimal removal of the tumor was achieved. The histological study indicated a glioblastoma. Thus, this patient presented at first a pitfall about diagnosis and by consequence a problem of therapeutic management.

Key words : Glioblastoma, Brain abscess, Intracranial cystic process.

INTRODUCTION

Le glioblastome est la tumeur cérébrale primitive la plus fréquente, dont le pronostic reste toujours assez sombre. La suppuration spontanée est un mode de révélation très rare d'un gliome kystique de haut grade de malignité, dont les autres modes de révélation les moins fréquents étant la nécrose ou l'hémorragie spontanée.

OBSERVATION

C'est un patient âgé de 67 ans, de sexe masculin, aux antécédents d'otite moyenne chronique, qui a consulté pour des

céphalées, une discrète hémiparésie à droite et un syndrome frontal fait d'indifférence et de désinhibition, le tout évoluant dans un contexte fébrile avec une (température à 38,5 °C) et un indice de Karnofsky (Karnofsky performance scale ou KPS) à 60%.

Une tomодensitométrie cérébrale a été pratiquée et a retrouvé une lésion kystique frontale gauche, entourée d'un œdème péri lésionnel et exerçant un effet de masse sur les structures médianes (Fig1)

Devant le contexte clinique associant la fièvre et l'aspect kystique de la lésion, le diagnostic d'un abcès cérébral était très fort probable.



Fig1 : TDM cérébrale en coupe axiale montrant une lésion kystique frontale gauche, hypodense et entourée d'un œdème péri lésionnel.

Le patient a été opéré par une voie frontale gauche, permettant la ponction de la lésion kystique qui a ramené 40 CC de pus franc de couleur jaune verdâtre, d'odeur fétide. L'étude cytobactériologique du pus a montré des polynucléaires altérés et la présence de cocci gram positif à la lecture directe. Un traitement à base de triple antibiothérapie, associant claforan + gentamicine + flagyl, à dose méningée, a été entamé et a conduit à l'amélioration de l'état clinique du patient et à l'obtention de l'apyrexie dès le 7^e jour post opératoire. La culture du pus est revenue négative.

A J30 post opératoire le patient présente une hémiparésie sévère à droite, une aphasie motrice ainsi qu'une torpeur et une dégradation rapide de son état général. Le KPS était à 40%. Une tomodensitométrie cérébrale a été pratiquée et a montré une importante lésion fronto pariétale gauche, à double composante charnue et kystique, exerçant un important effet de masse sur les structures médianes, évoquant un gliome de haut grade de malignité (Fig2).

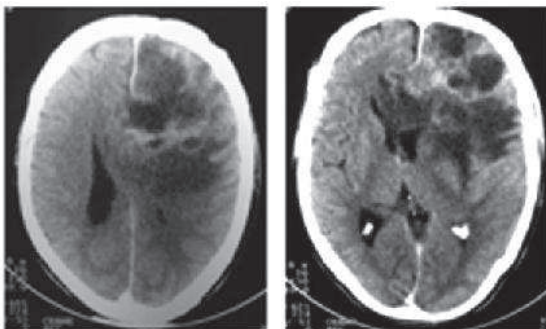


Fig. 2 : TDM cérébrale en coupes axiales avec injection de produit de contraste montrant une lésion fronto pariétale gauche à double composante, exerçant un important effet de masse sur les structures médianes.

Le patient a été réopéré à travers l'ancien abord et une exérèse large de la tumeur a ainsi pu être réalisée.

L'étude anatomopathologique est alors revenue en faveur d'un glioblastome (gliome de haut grade type IV selon la classification de l'OMS).

Le patient a, par la suite, été orienté en oncologie médicale pour un complément thérapeutique de chimio et radiothérapie. Cependant, l'évolution les jours suivants s'est malheureusement faite vers une issue fatale.

DISCUSSION

Le glioblastome multiforme est la forme la plus maligne des gliomes et son pronostic est mauvais avec une progression rapidement fatale. La survie varie de quelques semaines à une année, pouvant atteindre exceptionnellement 3 à 4 ans [5].

Les modes de révélation connus, les moins fréquents, sont la nécrose ou l'apoplexie [4].

Le pronostic est lié à l'âge du patient (la survie est d'autant faible que l'âge est supérieur à 60 ans) [2], au KPS quand il est inférieur à 80% en pré opératoire [1] et aux caractéristiques radiologiques de la lésion et de sa localisation [3].

L'intérêt de notre observation porte beaucoup plus sur le mode de révélation inhabituel du glioblastome multiforme qui est la suppuration ou l'abcédation spontanée et nous n'avons trouvé aucun cas similaire dans la littérature. Ce cas de glioblastome kystique simulant un abcès du cerveau a posé un problème diagnostique et thérapeutique.

La suppuration spontanée peut être expliquée par une surinfection de contiguïté à partir de l'otite moyenne chronique, l'abcès cérébral étant une complication connue des infections de la sphère ORL mais la surinfection spontanée d'une lésion tumorale cérébrale est plus rare.

L'apport de l'imagerie par résonance magnétique aurait certainement permis une meilleure analyse radiologique de la lésion initiale.

CONCLUSION

Le glioblastome kystique peut rester un diagnostic différentiel de l'abcès cérébral difficile à établir, d'où l'intérêt de l'imagerie par résonance magnétique qui, elle peut être à même de faire la différence. Son pronostic reste sombre en dépit de la cure chirurgicale et des traitements adjuvants.

RÉFÉRENCE

- 01] KARNOFSKY DA, BURCHENAL JH
The clinical evaluation of
chemotherapeutic agents in cancer,
in MacLeod CM (ed): Evaluation of
Chemotherapeutic Agents. New
York : Columbia University
Press, 1949, pp 191–205
- 02] BRANDES AA, MONFARDINI S
(2003) The treatment of elderly
patients with high-grade gliomas.
Semin Oncol 30(Suppl 19):58–62
- 03] BURGER PC, GREEN SB : Patient
age, histological features, and length
of survival in patients with
glioblastoma multiforme. Cancer
59 : 1617–1625, 1987
- 04] GILBERT H, KAGAN AR, CASSIDY
F ET AL : Glioblastoma multiforme
is not a uniform disease. Cancer Clin
Trials 4:87–89, 1981
- 05] KREX, D., KLINK, B., HARTMANN,
C., VON DEIMLING, A., PIETSCH,
T., SIMON, M., SABEL,
M., STEINBACH, J., HEESE, O.,
REIFENBERGER, G., WELLER, M.,
SCHACKERT, G., GERMAN :
Glioma Network, 2007. Long term
survival with glioblastoma
multiforme. Brain 130, 2596–2606.