



Cas Clinique

Empyème Sous Dural Compliquant un Traumatisme Cranio Facial à Abidjan: A Propos d'un Cas

Subdural Empyema Complicating Craniofacial Trauma in Abidjan: A Case Report

Yapo AR¹, Viera Sawadogo¹, Meuga MW², Traoré L¹, Menzan KK¹, Seguy FO¹, Berete PI³, Konan E¹

Affiliations

1- Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU de Treichville, Abidjan (Côte d'Ivoire)

2- Service de neurochirurgie CHU Yopougon-Abidjan (Côte d'Ivoire)

3- Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)

Auteur correspondant : Yapo Assi Romaric Evrard, Service de stomatologie et chirurgie maxillo-faciale du CHU de Treichville, Abidjan (Côte d'Ivoire) Tel: 00 225 0707663051
Email : assiromaricyapo@gmail.com

Mots clés : Empyème sous dural; Traumatisme cranio-facial ; Diagnostic ; Traitement.

RÉSUMÉ

Les accidents de la circulation routière sont les causes principales des traumatismes craniofaciaux. Ces traumatismes peuvent se traduire par des fractures de l'étage antérieur de la base du crane avec brèche ostéoméningée pouvant passer inaperçue en l'absence de bilan clinique et radiologique précis. Dans ces cas, des complications infectieuses peuvent survenir, engageant ainsi le pronostic vital et fonctionnel du patient. Nous décrivons le cas d'un patient de 22 ans admis suite à un traumatisme cranio-facial consécutif à un accident de la circulation routière survenu 3 semaines avant son admission. Ce cas montre l'importance d'un examen clinique minutieux et d'une tomодensitométrie de façon systématique devant tout traumatisme cranio-facial pour un diagnostic et une prise en charge précoce et effective.

ABSTRACT

Road traffic accidents are the main causes of craniofacial trauma. These traumas can result in fractures of the anterior cranial base with osteomeningeal breach, which can go unnoticed without a precise clinical and radiological assessment. In these cases, infectious complications may occur, thus jeopardizing the patient's vital and functional prognosis. We describe the case of a 22-year-old patient admitted following craniofacial trauma resulting from a road traffic accident that occurred 3 weeks before admission. This case highlights the importance of conducting a thorough clinical examination and of a systematic computed tomography in the presence of any craniofacial trauma for early and effective diagnosis and management.

INTRODUCTION

Les accidents de la circulation routière sont les causes principales des traumatismes craniofaciaux. Ces traumatismes peuvent se traduire par des fractures de l'étage antérieur de la base du crane avec brèche ostéoméningée pouvant passer inaperçue en l'absence de bilan clinique et radiologique précis. Par conséquent, dans ces cas, des complications infectieuses peuvent survenir, engageant ainsi le pronostic vital et fonctionnel du patient. Nous décrivons le cas d'un patient de 22 ans admis suite à un traumatisme cranio-facial consécutif à un accident de la circulation routière survenu 3 semaines avant son admission. Ce cas montre donc l'importance de réaliser un examen clinique minutieux et une tomодensitométrie de façon systématique devant tout traumatisme cranio-facial pour un diagnostic et une prise en charge précoce et effective.

OBSERVATION

Mr N.A, âgé de 22 ans, a été admis au service de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale du CHU de Treichville, pour un traumatisme cranio-facial consécutif

à un accident de la circulation routière avec une notion de perte de connaissance initiale de durée non précisée, survenu 3 semaines avant son admission.

Monsieur N.A a été admis dans un centre hospitalier de sa localité dans les heures qui ont suivies l'accident. Il a reçu des premiers soins de nature non précisée, sans aucun bilan radiologique avant sa sortie. Un traitement traditionnel par application de cataplasmes a été entrepris par la famille après la sortie du patient. L'évolution a été marquée une semaine plus tard par une suppuration cranio-faciale et une fièvre non chiffrée, motivant sa consultation dans notre service. Les antécédents médico-chirurgicaux étaient sans particularités. Le statut vaccinal antitétanique et anti-méningocoque n'était pas à jour ; L'état général était conservé avec une hyperthermie à 38,5°C. L'examen stomatologique a permis de mettre en évidence de multiples plaies (**Figure 1**): Une plaie frontale étendue à la racine du nez présentant en région médiane une zone de suppuration avec un lâchage des fils de suture ; Une plaie nasale suppurée avec une perte de substance cutanée intéressant la pointe du nez et les deux

ailes nasales ; Une plaie de l'hémi lèvre supérieure gauche délabrante supprimée ; Une avulsion traumatique des blocs incisivo-canins supérieur et inférieur.



Fig.1 : Plaies faciales supprimées

L'examen neurologique a permis d'objectiver un syndrome méningé, des crises convulsives tonico-cloniques généralisées et une parésie brachiale gauche à 3/5. Le scanner cranio-facial a mis en évidence (**Figures 2,3**): une fracture de l'étage antérieur de la base du crane intéressant l'os frontal avec effraction de la table interne du sinus frontal gauche et brèche ostéoméningée, un empyème sous dural fronto-pariétal gauche, réalisant un effet de masse important avec engagement sous falcoriel, une fracture des os nasaux, des fractures alvéolo-dentaires maxillaires et mandibulaire.

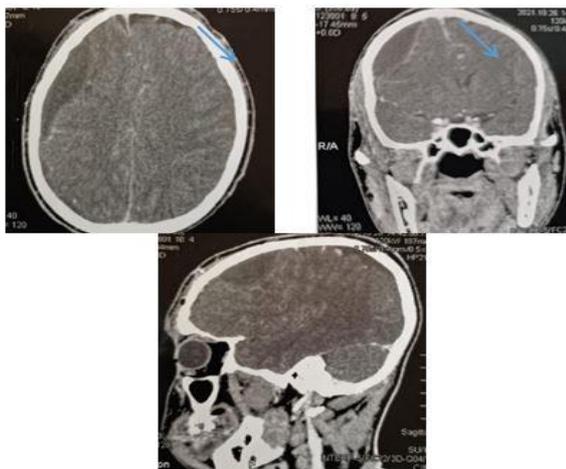


Fig.2 : Empyème sous dural fronto-pariétal droit

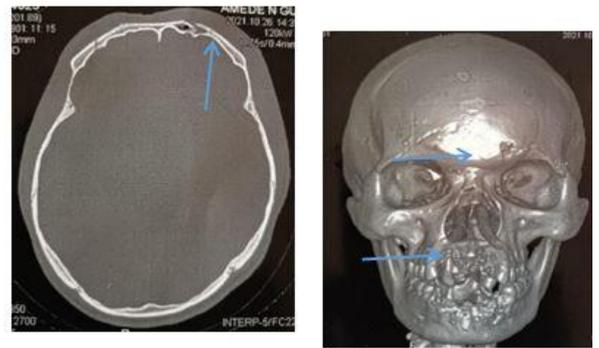


Fig.3 : Fractures cranio-faciales

Un parage des plaies a été réalisé à J1 d'hospitalisation (**Figure 4**).



Fig.4 : Plaies cranio-faciales après parage

Une approche multidisciplinaire réunissant chirurgiens maxillo-faciaux, infectiologues et neurochirurgiens a conclu à une indication opératoire permettant l'évacuation et le drainage d'un empyème sous dural (**Figure 5**) associées aux sutures des plaies cranio-faciales.

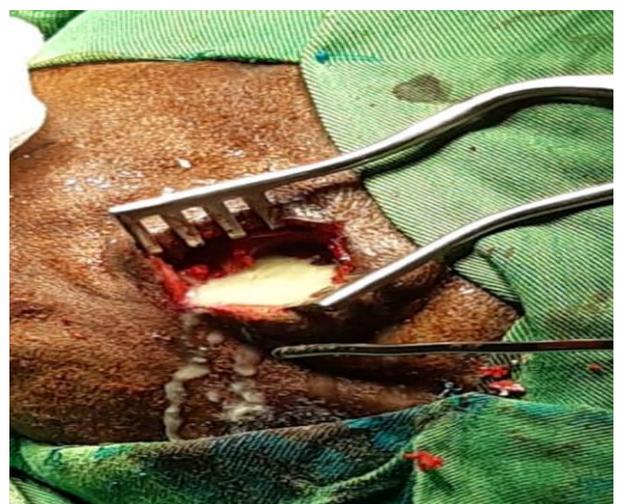


Fig.5 : Evacuation de l'empyème sous dural

Une triantibiothérapie par voie parentérale faite de Ceftriaxone (4g/jour), Metronidazole(1,5g/ jour), gentamycine(160 mg/jour) a été instaurée.

L'examen bactériologique du pus a permis d'isoler le staphylocoque auréus sensible aux céphalosporines de 3ème génération et aux aminosides. Les suites opératoires ont été simples (**Figure 6**). Devant la bonne évolution clinique, le malade est sorti à J15 post opératoire avec un relais de l'antibiothérapie parentérale par voie orale.



Fig.6 : Plaies cranio-faciales à J8 post opératoire

DISCUSSION

L'empyème sous-dural intracrânien est une infection peu fréquente [4]. Les étiologies sont diverses dominées par les infections des cavités nasosinusiennes [5]. Les causes traumatiques sont moins fréquentes [5,6]. Les facteurs étiologiques retrouvés dans notre cas étaient au plan diagnostique, l'absence de TDM cranio-faciale pour déceler des lésions cranio-encéphaliques traumatiques et au plan thérapeutique, l'application de cataplasmes sur les plaies. Les signes cliniques tels que le syndrome méningé et les signes de focalisation, également retrouvés chez notre patient, orientent le diagnostic, confirmé à la TDM cranio-faciale [7,8]. Une fois le diagnostic d'empyème sous dural confirmé, un traitement doit être débuté précocement afin de prévenir les séquelles neurologiques [3,9]. Le traitement de l'empyème sous-dural est médical et / ou chirurgical. La prise en charge multidisciplinaire associant chirurgiens maxillo-faciaux, neurochirurgiens et infectiologues est indispensable [5]. Le traitement de notre patient a consisté essentiellement au drainage de

l'empyème et une antibiothérapie probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme. Le staphylocoque auréus est le germe le plus retrouvé dans les cas d'empyèmes cérébraux secondaires aux traumatismes [10], comme ce fut le cas chez notre patient. Le pronostic était bon, marqué par des suites opératoires sans complications. L'évolution favorable est possible malgré un retard de consultation et un diagnostic tardif lorsque la prise en charge est précoce.

CONCLUSION

L'empyème sous dural est une complication grave et mortelle des traumatismes cranio-faciaux. Le diagnostic et la prise en charge doivent être précoces afin d'éviter la mort voire minimiser les séquelles. Devant tout traumatisme cranio-facial, la Tomodensitométrie cranio-faciale est obligatoire.

Conflit d'intérêt : Aucun

RÉFÉRENCES

- 1- Sung J, Kwon O, Kim D, Kim K. Abscess sous-dural bilatéral avec méningite, secondaire à une sinusite aigüe barotraumatique, Annales françaises d'Oto-rhinolaryngologie et de Pathologie Cervico-faciale, 2018; 135 (6): 445-47.
- 2- Page C, Lehmann P, Jeanjean P, Strunski V, Legars D, Abscess et empyèmes intracrâniens d'origine ORL. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac, 2005; 122:120-6
- 3- Mathon B, Korinek AM. Reproduction de: L'empyème sous-dural: une urgence neurochirurgicale sous-estimée. Journal Européen des Urgences et de Réanimation, 2019 ; 31(1): 50-53.
- 4-Yoon J, O'Bryan CM, Redmond M. Intracranial Subdural Empyema-A Mini Review. Journal of Infectiology and Epidemiology, 2020; 3(1).
- 5- Fernández-de Thomas RJ, De Jesus O. Subdural empyema. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2021.
- 6-Wu TJ, Chiu NC, Huang FY. Subdural empyema in children--20-year experience in a medical center. J Microbiol Immunol Infect. 2008;41(1):62-7
- 7- Suthar R, Sankhyan N. Bacterial Infections of the Central Nervous System. Indian J Pediatr. 2019 ;86(1):60-69.
- 8- Brouwer MC, Tunkel AR, McKhann GM, Van de Beek D. Brain abscess. N Engl J Med. 2014 ;371(5):447-56.
- 9- Diop A, Meh C, Sow O, Faye M, Thioub M, Ba M. Traitement des suppurations intra-craniennes. A propos de 34 cas dans l'unité de neurochirurgie de l'Hôpital Régional de Thiès (Sénégal). Revue Africaine de Chirurgie et Spécialités, 2020; 14(2).
- 10- Greenlee JE. Subdural empyema. Current treatment options in Neurology, 2003; 5(1):13-22.