

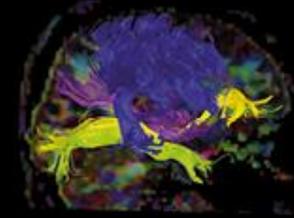


3-5 avril 2014

Novotel Paris Tour Eiffel

nouveau lieu

41^{ème} CONGRÈS ANNUEL
de la Société Française
de NeuroRadiologie



Présidente du congrès
Pr Alessandra Biondi

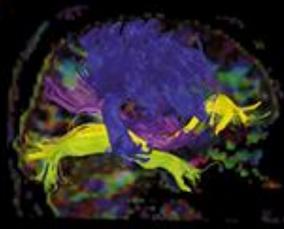
Président de la SFNR
Pr Alain Bonafé

Toxoplasmoses cérébrales en IRM 3Tesla : à propos de 2 cas

BOUJEMAA H, FADHEL A, BOUGUERRA S, ALOUI M, KOUKI S,
AROUS Y, BEN ABDALLAH N.

Service d'imagerie médicale. Hôpital militaire principal de Tunis

www.sfnrcongres.net



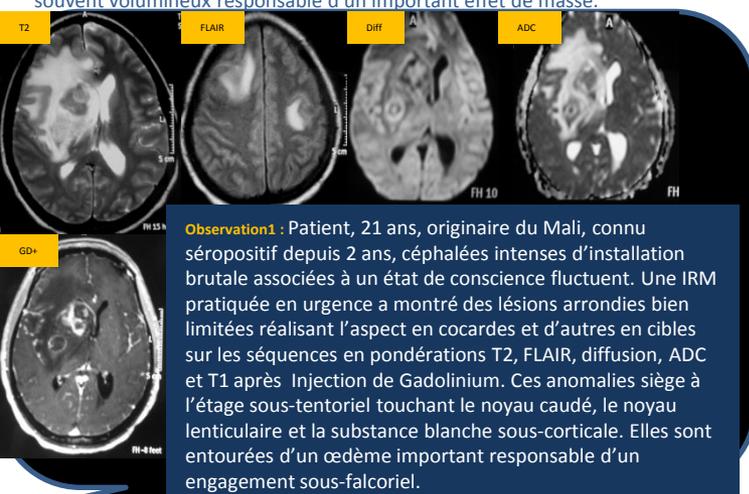
Toxoplasmoses cérébrales en IRM 3Tesla

Introduction : La toxoplasmose cérébrale (TC) est une infection parasitaire ubiquitaire, liée à la réactivation, au cours d'un déficit immunitaire acquis, de kystes cérébraux latents de *Toxoplasma gondii* responsables d'abcès cérébraux (1). Elle représente la principale complication neurologique chez les patients séropositifs (2), bien que sa fréquence a considérablement diminué ces dernières décennies depuis l'introduction des traitements antirétroviraux de haute activité (HAART) (3, 4). Nous rapportons 2 cas, dont un connu séropositif et dont l'aspect lésionnel en IRM a orienté le diagnostic.

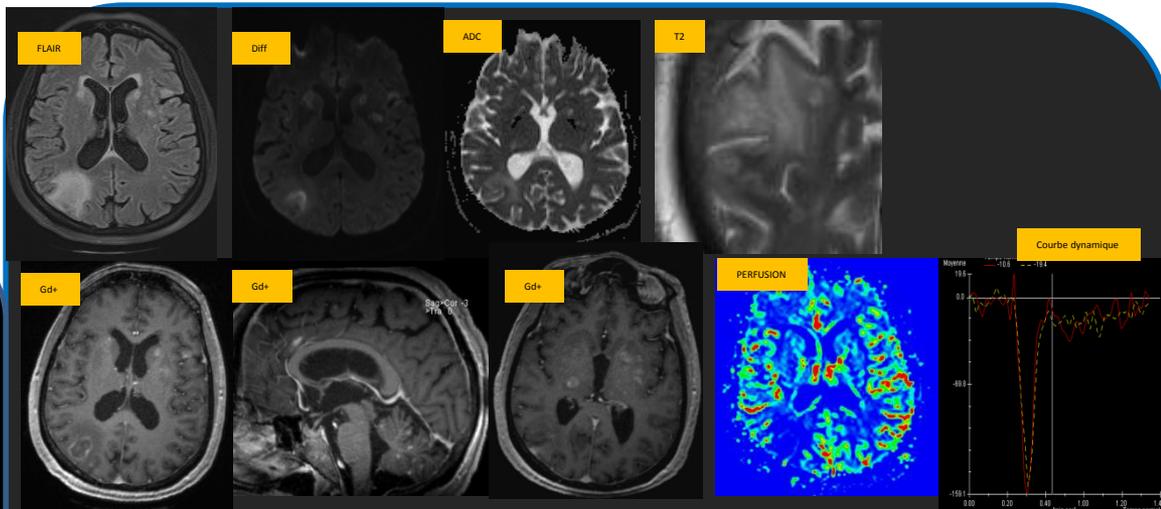
Discussion: En Tunisie, malgré la baisse de l'incidence de TC, elle représente encore la première cause d'infection opportuniste neurologique (5). Le *Toxoplasma gondii* infecte toute les cellules cérébrales. Mais, les lésions siègent essentiellement au niveau des noyaux gris centraux en particulier les thalami et la jonction cortico-médullaire (6). L'atteinte est le plus souvent multiple (70% des cas), mais, elle peut être unique (2). L'IRM demeure l'examen de choix pour faire le bilan des lésions et affiner leur sémiologie (7). Elle met en évidence un aspect en cible ou en cocarde fait d'une alternance de zones concentriques hypo/hyperintenses visibles en T2, diffusion et cartographie ADC (7). Ces anomalies sont entourées d'œdème souvent volumineux responsable d'un important effet de masse.

d'autres affections peuvent être discutées devant des lésions multiples et à rehaussement annulaire: L'origine tumorale notamment le lymphome cérébral primitif peut poser le diagnostic différentiel avec la TC même si les lésions sont multiples: mais : L'ADC est nettement plus élevé en cas de TC qu'en cas de lymphome (9), la perfusion montre une réduction du rCBV en cas de TC, alors qu'une augmentation relative est notée dans la partie active d'un lymphome avec un leakage massive. Les abcès à pyogènes sont écartés devant l'absence de restriction de la diffusion. La tuberculose cérébrale doit être aussi discutée. Mais, la présence d'une prise de contraste leptoméningée des citernes de la base, d'infarctissement des noyaux des gris centraux ou d'une hydrocéphalie communicante doit orienter le diagnostic vers la tuberculose.

Conclusion : Dans le cadre du SIDA, la TC pose un problème de diagnostic différentiel essentiellement avec le lymphome primitif. Ce sont les deux principales étiologies à discuter devant une atteinte cérébrale unique ou multiples à rehaussement périphérique. Non traitées à temps, l'évolution est fatale. L'IRM cérébrale et notamment les séquences avancées constitue l'examen de choix pour le diagnostic positif et le suivi de l'encéphalite toxoplasmique et permet d'éviter des gestes invasifs de biopsie cérébrale inutile en apportant des arguments contre le diagnostic de lymphome. « **concentric target sign** », l'intégrité du corps calleux, l'absence d'extension péri-ventriculaire et épéndymaire plaident en faveur de la toxoplasmose. L'imagerie multimodale permet aussi d'écartier une origine tumorale.



Observation1 : Patient, 21 ans, originaire du Mali, connu séropositif depuis 2 ans, céphalées intenses d'installation brutale associées à un état de conscience fluctuant. Une IRM pratiquée en urgence a montré des lésions arrondies bien limitées réalisant l'aspect en cocardes et d'autres en cibles sur les séquences en pondérations T2, FLAIR, diffusion, ADC et T1 après Injection de Gadolinium. Ces anomalies siègent à l'étage sous-tentorial touchant le noyau caudé, le noyau lenticulaire et la substance blanche sous-corticale. Elles sont entourées d'un œdème important responsable d'un engagement sous-falcier.



Observation2 : Femme de 55 ans, non tarée, tunisienne, résidente depuis 15 ans en Tripoli. Elle est admise en urgence pour troubles de la conscience d'installation progressive depuis une semaine. ATCD de zona, chorioretinite, prurit généralisé et pneumopathie. A l'examen: Glasgow: 11/15, fébrile à 39°C, candidose buccale et syndrome méningé. Biologie: hyperéosinophilie, lymphopénie, CRP élevée, PL: Liquide céphalospinal clair; éléments blancs normaux, culture négative, hémoculture <0. L'IRM: multiples lésions arrondies sus et sous-tentorielles touchant les noyaux gris centraux, la jonction cortico-médullaire, le cervelet et les pédoncules cérébelleux moyens. Ces anomalies réalisent un aspect en cocarde: centre hyperintense entourées d'un halo hypointense. Sur l'IRM de diffusion, elles se traduisent par un centre hypointense avec augmentation du ADC entouré d'un hypersignal en diffusion. La prise de contraste était différente selon la tailles des lésions: punctiformes pour les petites et annulaires pour les grandes. En IRM de perfusion, ces anomalies sont hypoperfusées. La sérologie VIH était positive. La sérologie toxoplasmique était positive en faveur d'une toxoplasmose évolutive (taux d'Ig G à 1100UI/ml). L'évolution était marquée par une aggravation rapide de l'état neurologique nécessitant une prise en charge en milieu de réanimation. La patiente est décédée 2 jours après.