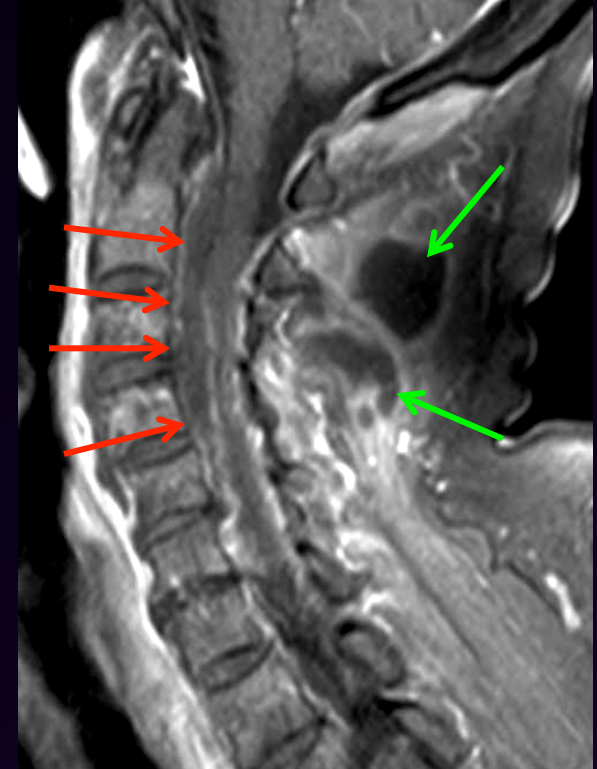
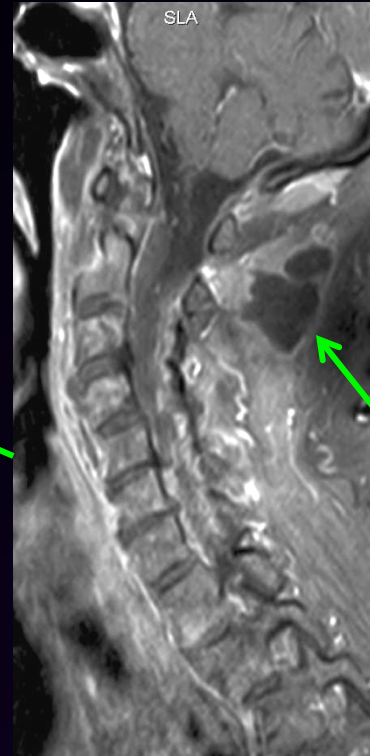
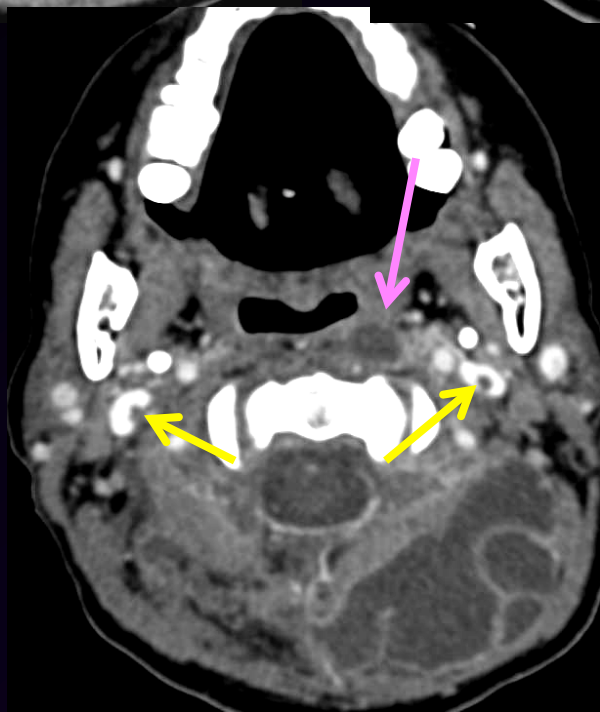
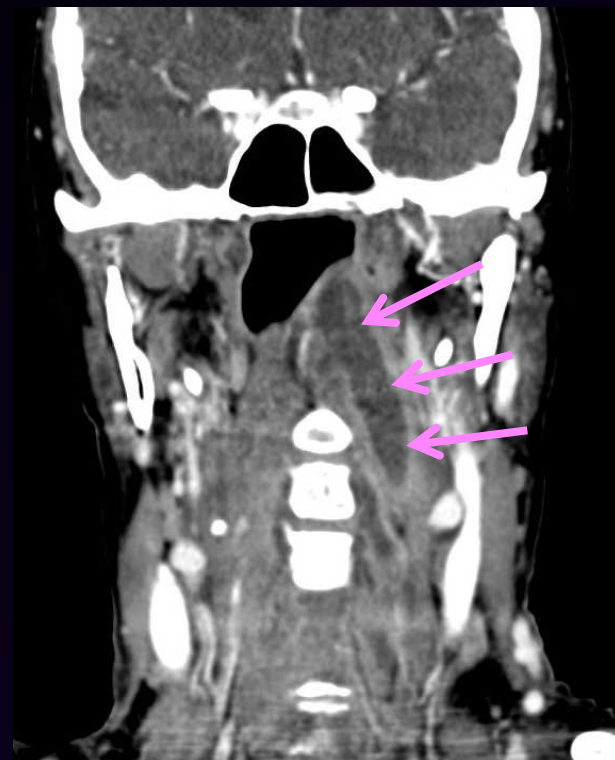
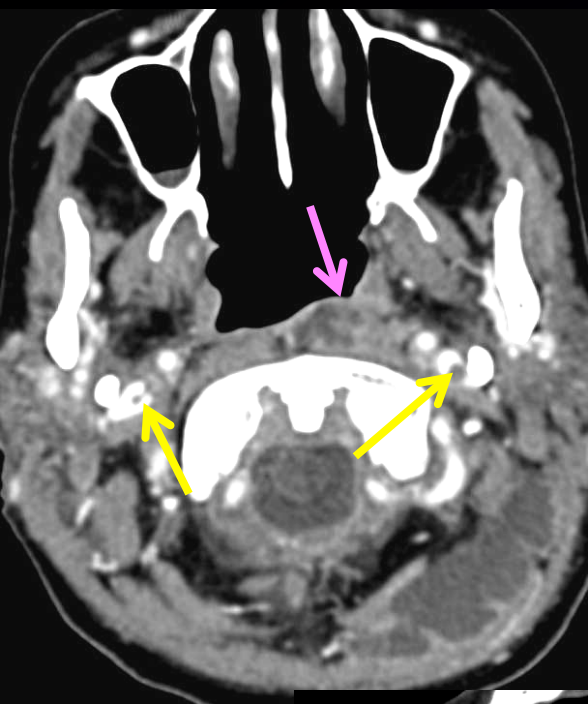


femme 63 ans , tétraparésie faisant suspecter un Sd de Guillain Barré; cure d'immunoglobulines; aggravation et apparition d'un syndrome infectieux majeur. Une IRM médullaire cervicale est réalisée (T2 ; T1 sans puis avec contraste (et Fatsat) ; quelles sont les principales anomalies observées



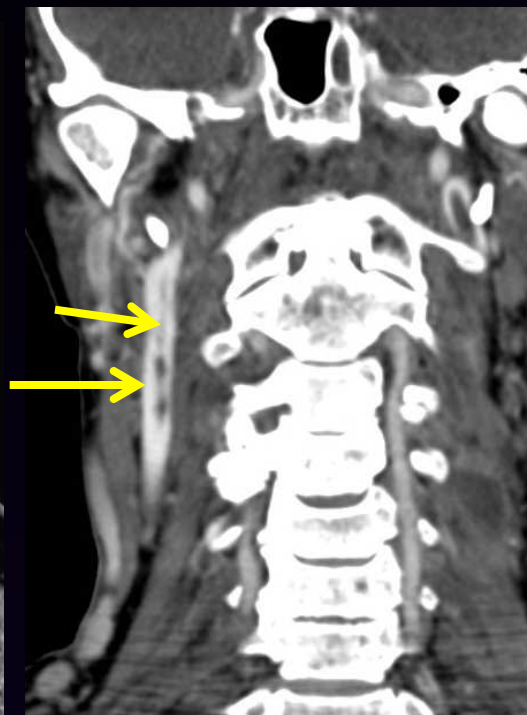
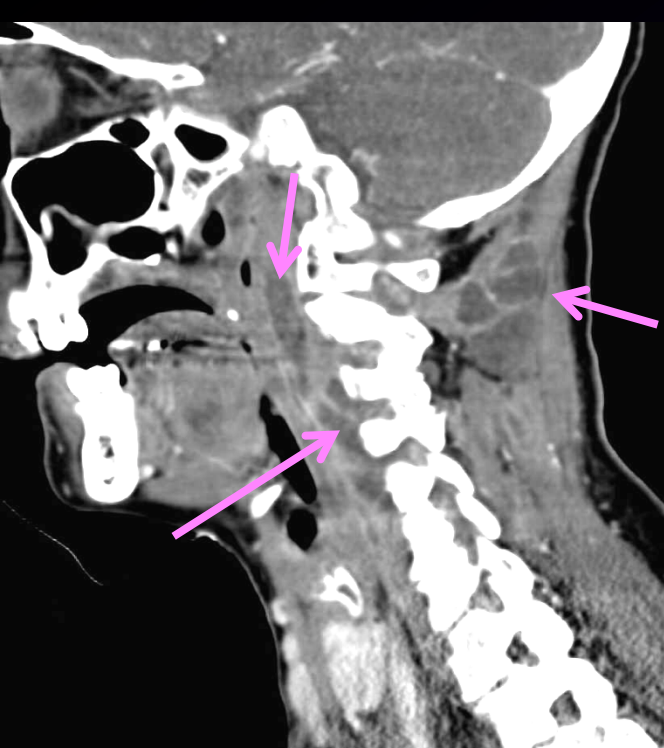
l'IRM pondérée T2 montre un effacement des espaces sous-arachnoïdiens autour de la moelle cervicale avec un hypersignal modéré , allongé le long de la moelle ; après injection de produit de contraste sont confirmés :

- un abcès épidural pré médullaire étendu de C1 à C5
- de volumineux abcès cloisonnés des parties molles cervicales sous occipitales

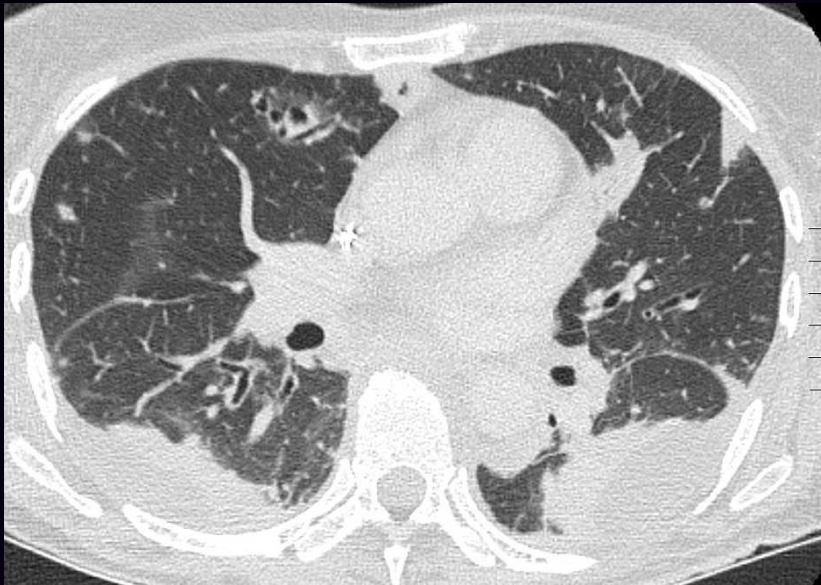
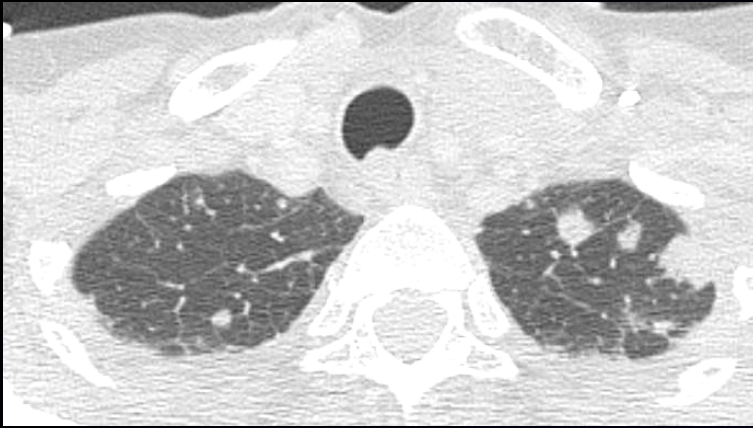


un scanner est réalisé qui montre l'extension des collections abcédées dans l'espace para pharyngé postéro-latéral gauche

et objective un thrombus flottant dans chaque veine jugulaire interne homolatérale



les reformations dans l'axe Z montrent bien les caillots flottants endoveineux jugulaires internes ainsi que l'étendue des collections abcédées rétro pharyngées , péri rachidiennes et sous occipitales

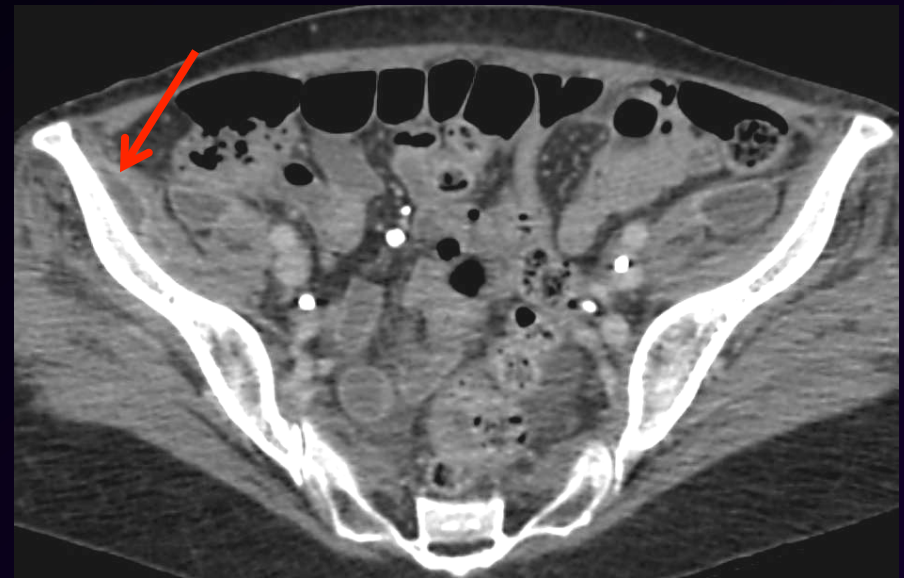
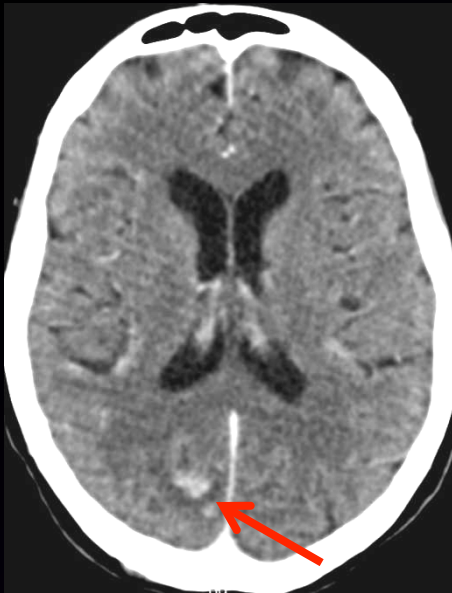


les coupes thoraciques montrent de multiples images nodulaires pour la plupart périphériques , dont certaines excavées qui , dans ce contexte septico-pyoémique sévère sont très évocatrices d'embolies septiques

la patiente est opérée en urgence avec **drainage de l'abcès et laminectomie** :

bactériologie = SAMS

l'échographie cardiaque (trans-thoracique) est sans particularité



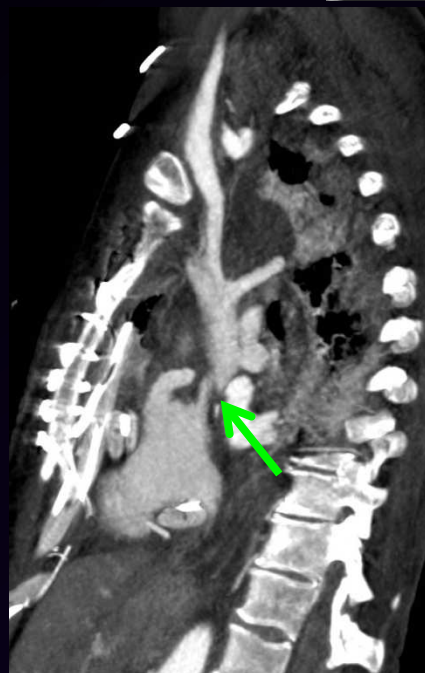
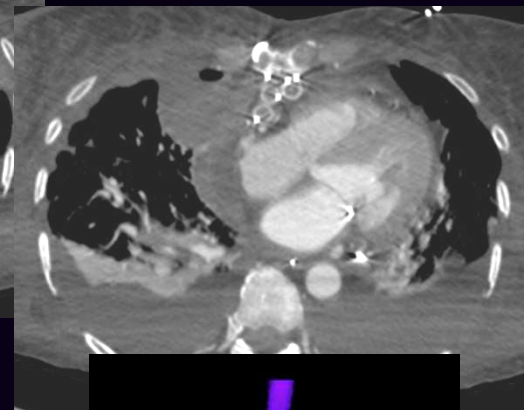
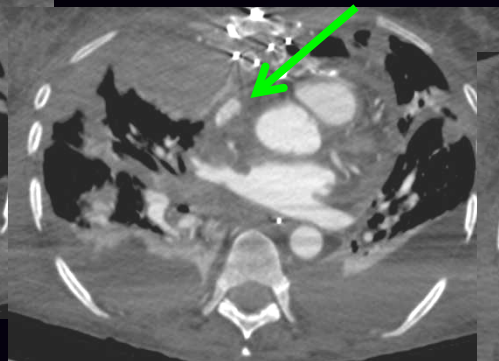
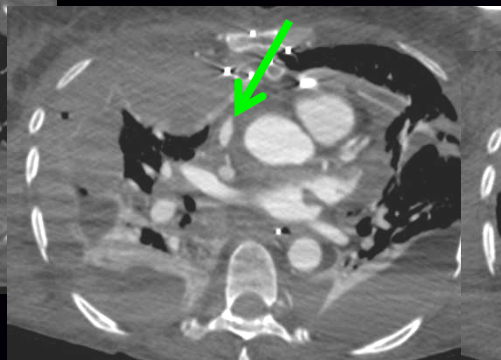
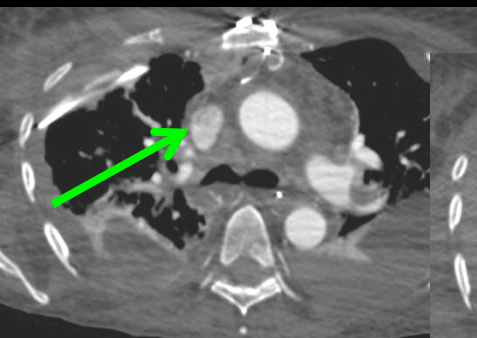
on retrouve d'autres localisations infectieuses ,cérébrales , rétro et sous péritonéales , disséminées sur un scanner de suivi

Devant l'apparition de nouvelles lésions septiques : ETT et ETO révèlent une endocardite mitrale.

2 hypothèses :

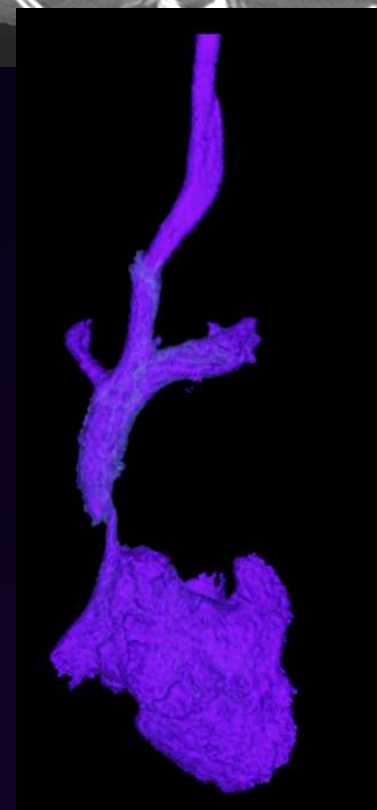
Syndrome de Lemierre compliqué d'une endocardite

Endocardite non diagnostiquée sur la première échographie (ETT) compliquée d'embolies septiques



une intervention
avec plastie mitrale
est réalisée suivie
de l'apparition d'un
syndrome cave
supérieur .

L'angioCT confirme
la présence d'une
plicature de la
VCS traitée
chirurgicalement
avec succès



Syndrome de Lemierre

Lemierre A. On certain septicémies due to anaerobic organisms Lancet 1936 ;2:701-3



thrombose septique de la veine jugulaire en rapport avec un **foyer infectieux ORL** ou parfois dentaire (angine) compliquée d' embolies septiques pulmonaires et parfois d'autres localisations infectieuses (rénales , ostéo-articulaires , hépatiques , musculaires ...) , chez un **patient immunocompétent ; souvent jeune** .

Le foyer initial passe souvent inaperçu. La dissémination à l'espace parapharyngé est constante ; la thrombose veineuse uni ou bilatérale apparaît 6 à 8 jours après le début de l'épisode infectieux

dans la très grande majorité des cas , il est dû à ***Fusobactérium necrophorum*++++** (bacille G- anaérobie , saprophyte des muqueuses oropharyngées , uro-génitales , digestives).

très rarement il est en relation , comme dans notre cas , avec un autre germe comme le ***staphylocoque aureus*** mais la porte d'entrée est alors généralement vasculaire (toxico IV , cathéter)

affection très rare , qui reste **très grave avec une mortalité de 6,4 à 17 % à l'heure actuelle**

l'association d'un traitement anticoagulant aux antibiotiques reste discutée

le scanner est l'examen clé pour la mise en évidence de l'infection parapharyngée et de la thrombose jugulaire