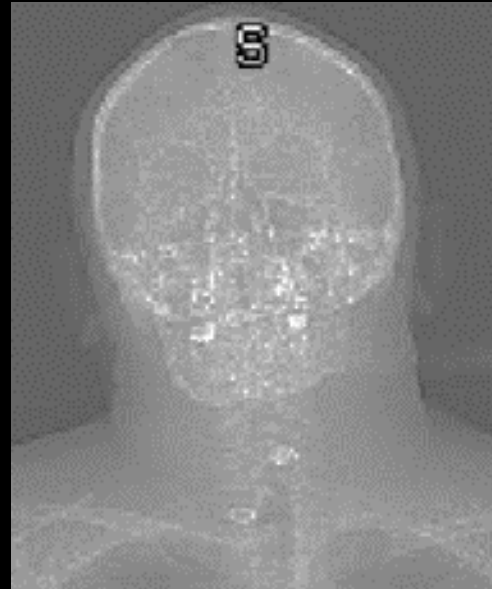


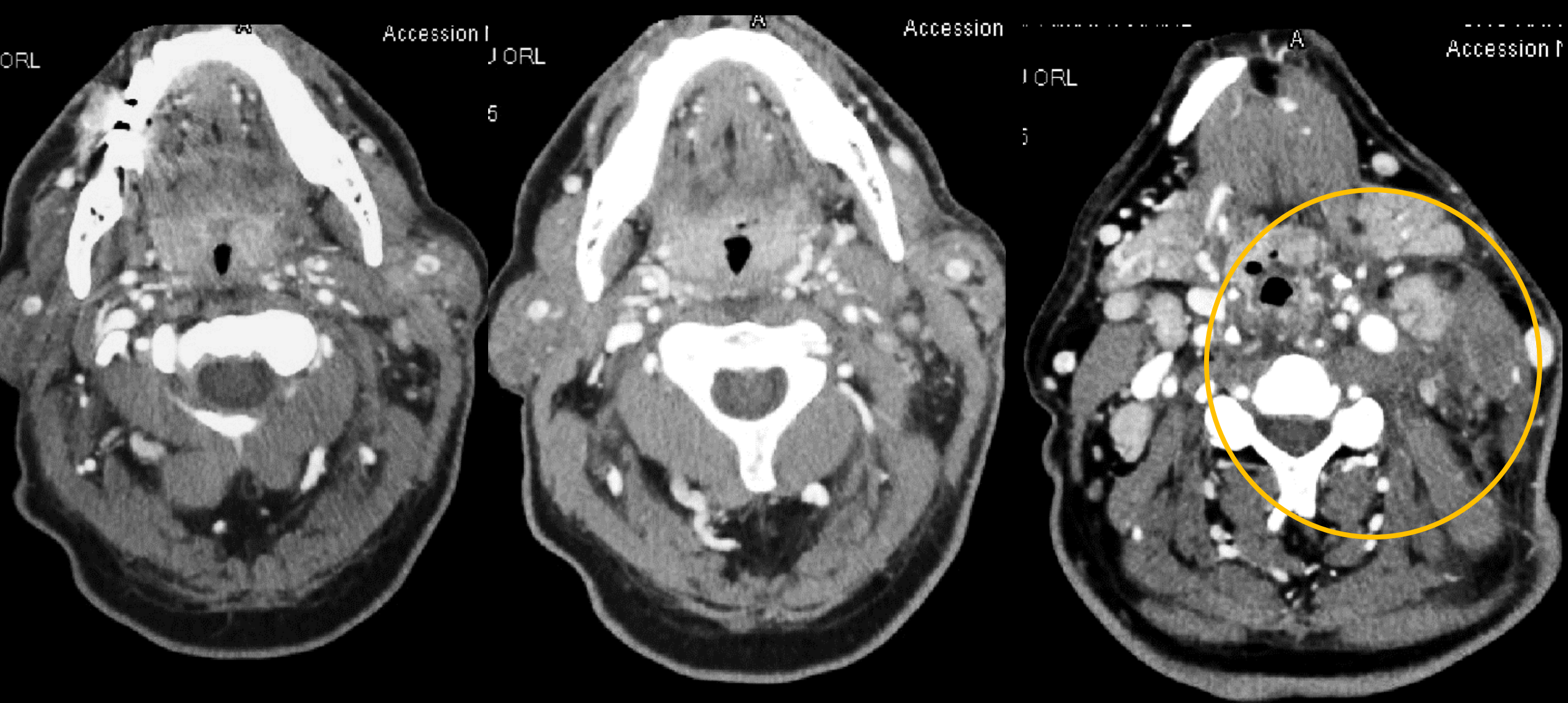
Homme , 73 ans .apparition et développement rapide d'un œdème de l' héli-face et de la région latéro cervicale haute gauche , prédominant dans la région sous mandibulaire ; apparition d'adénopathies inflammatoires sous mandibulaires et sur la chaîne jugulo-carotidienne gauche .**Contexte infectieux sévère**: fièvre 39°C; polynucléose neutrophile ;CRP 200 . **Hospitalisation pour antibiothérapie IV probabiliste**

Bilan scanographique à J3 après le début des troubles

Aspect clinique de **cellulite infectieuse latéro – cervicale droite haute** sans élément en faveur d'un foyer infectieux local ORL, maxillo-facial, ou bucco-dentaire profonds

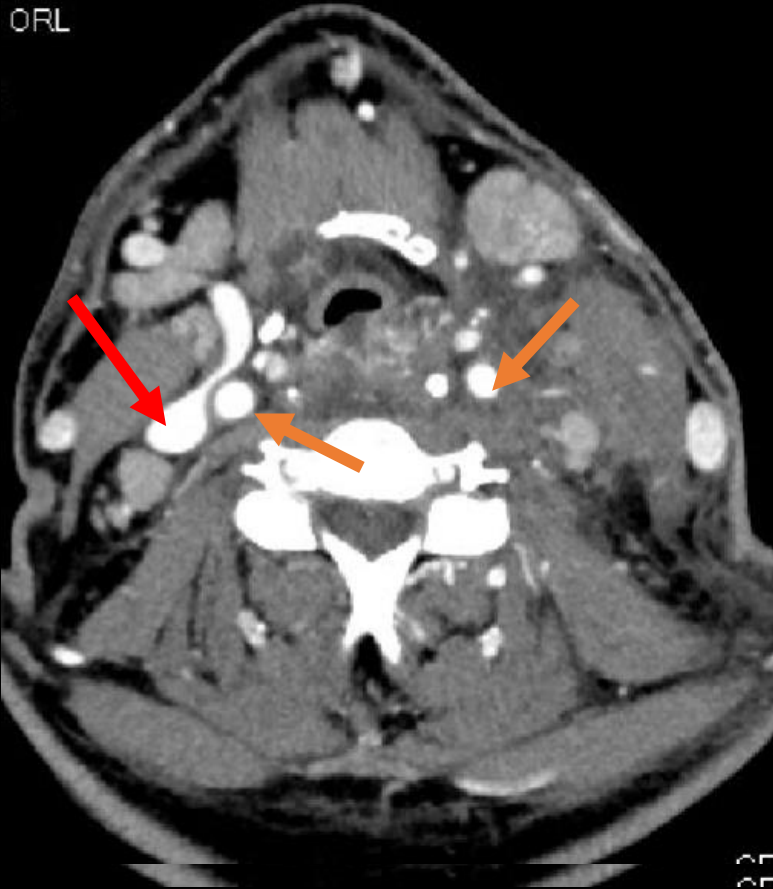


La région latérale gauche du cou est "déshabillée" sur le plan vasculaire veineux. La sténose longue filiforme de la phlébite septique s'étend sur les 2/3 supérieurs de la veine jugulaire interne gauche (flèches vertes). Flèches oranges : segments artériels carotidiens)



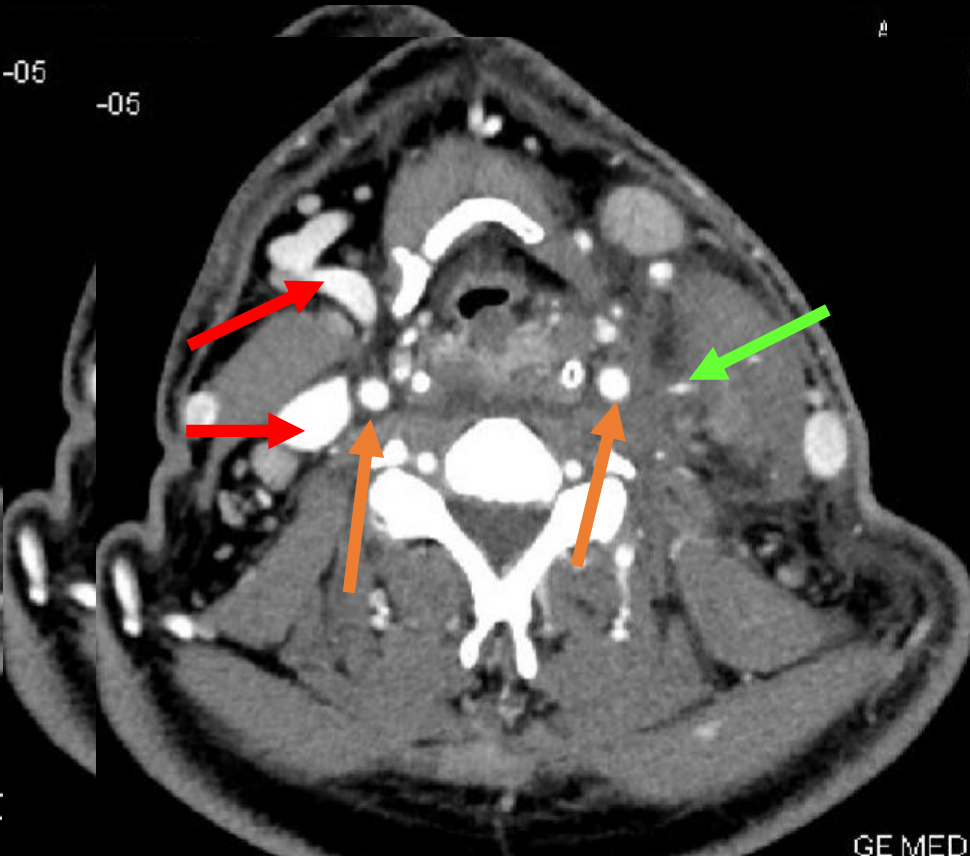
Le scanner en coupes épaissies montre bien l'infiltration de l'ensemble des espaces cellulo-grasseyeux parapharyngés profonds du côté gauche. Asymétrie des réseaux veineux avec développement de suppléances superficielles et profondes du côté droit

ORL



-05

-05



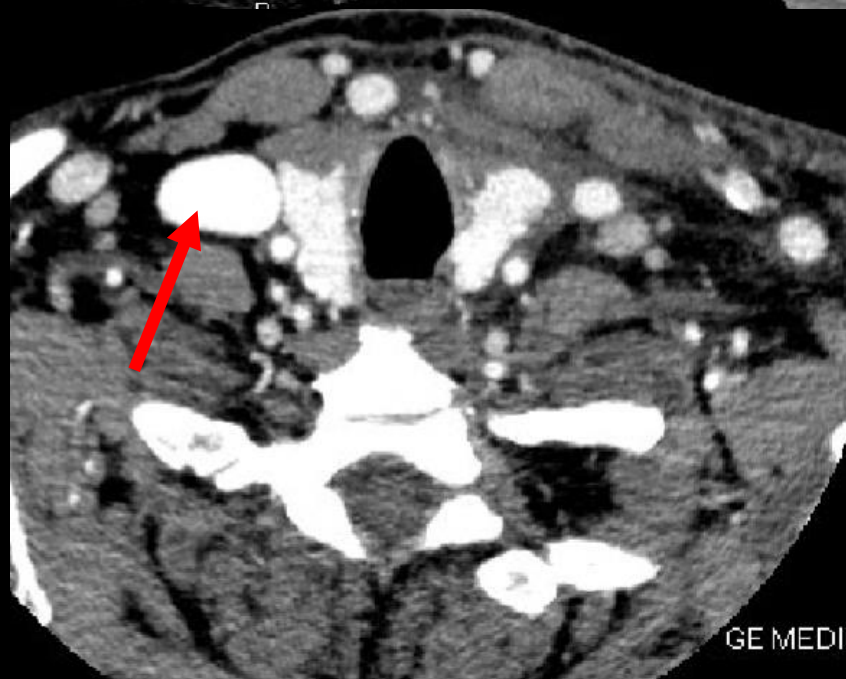
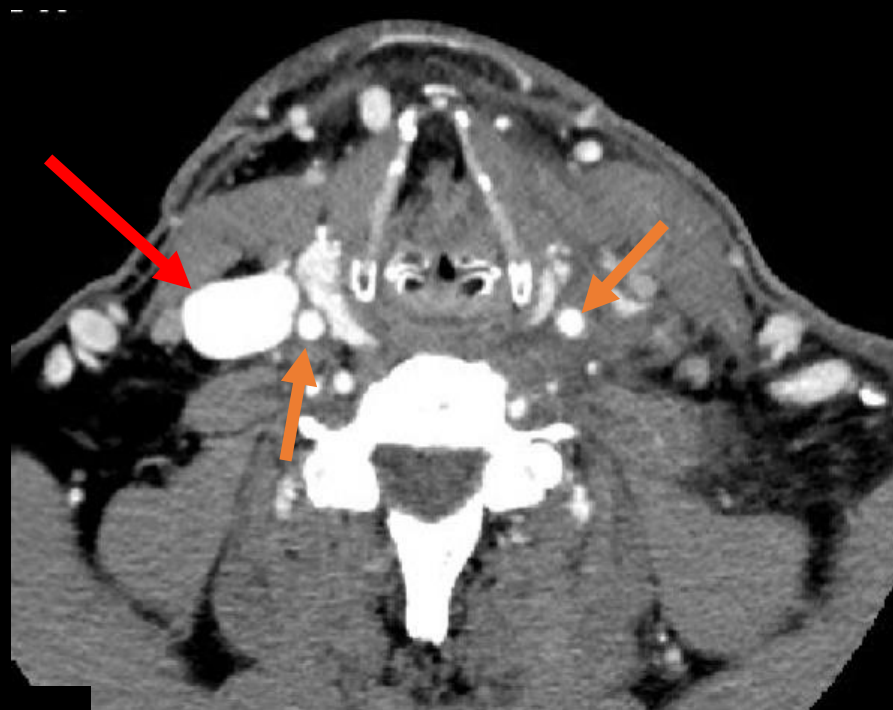
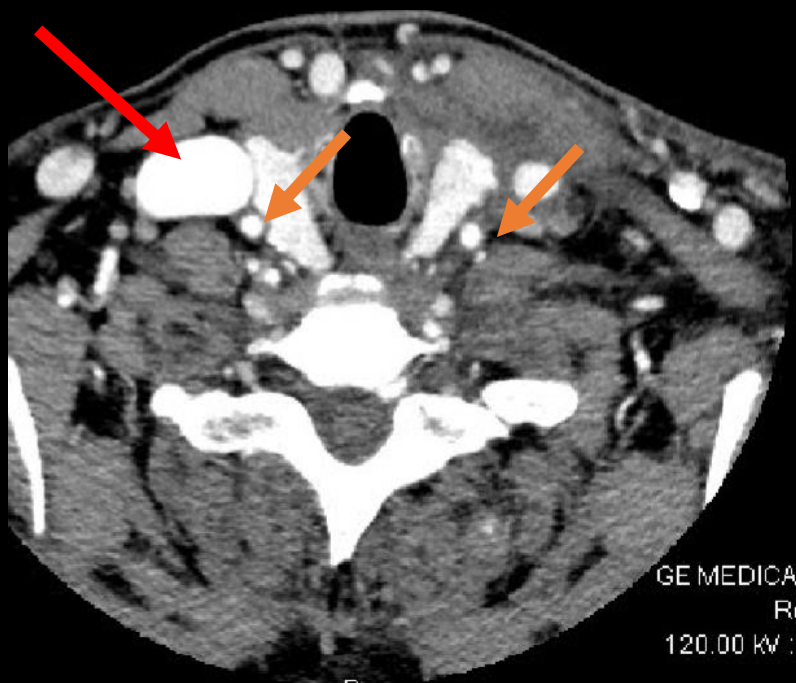
GE MEDIC



GE

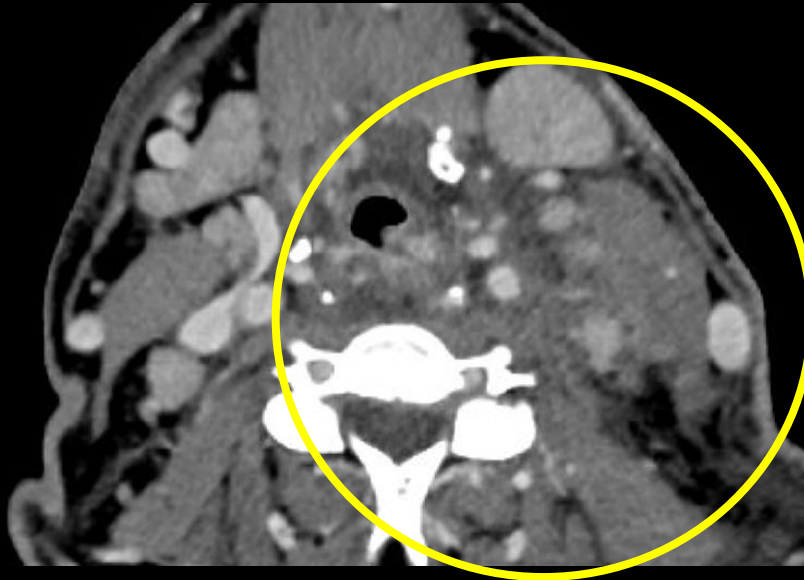
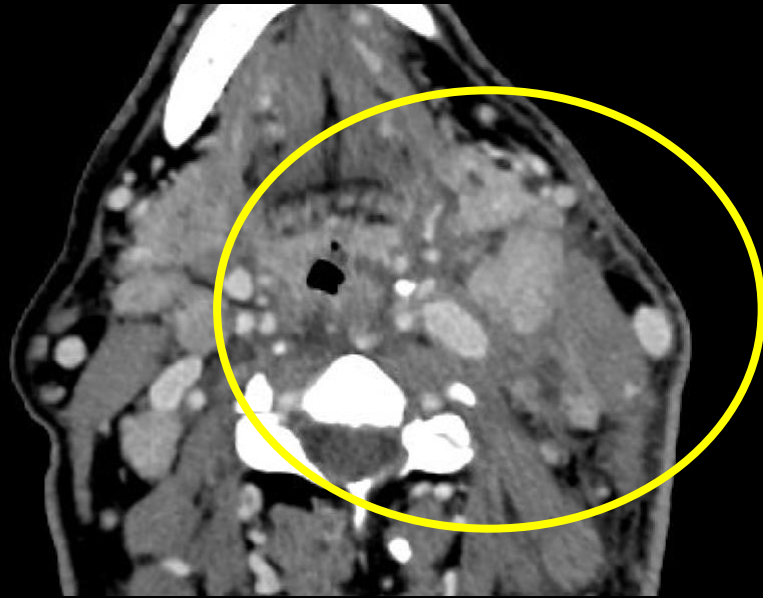
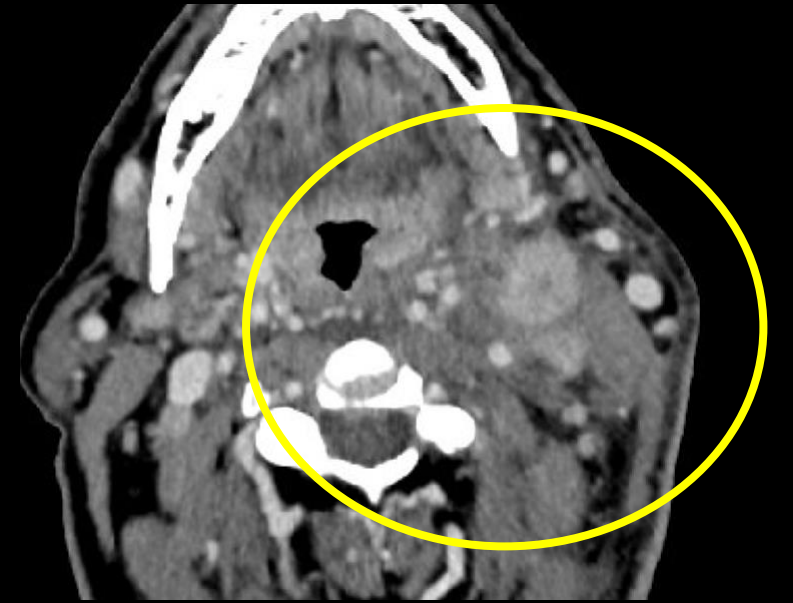
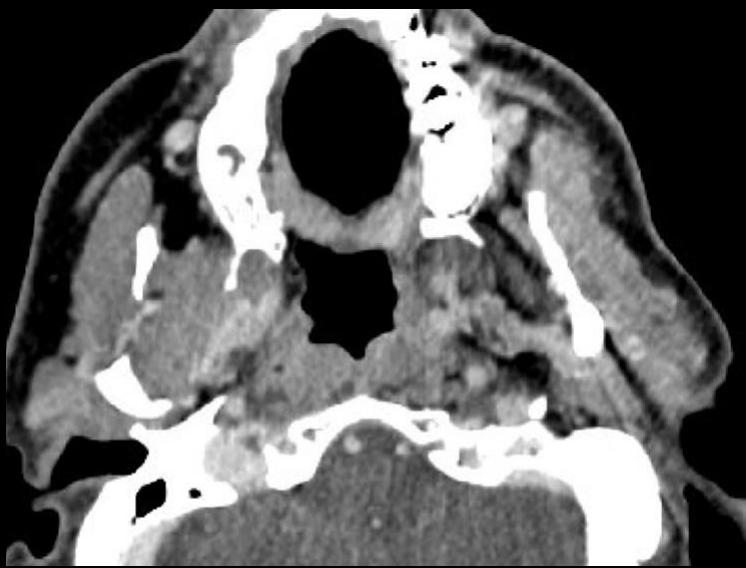
L'extension de l'infiltration profonde, parapharyngée gauche , est responsable de la sténose étendue de la veine jugulaire interne homolatérale qui est filiforme (flèches vertes) , tandis que l'axe veineux jugulaire droit (flèches rouge) , collecteur de tout le réseau de suppléance veineuse faciale et cervical , est considérablement dilaté.

Flèches jaunes : axes artériels carotidiens

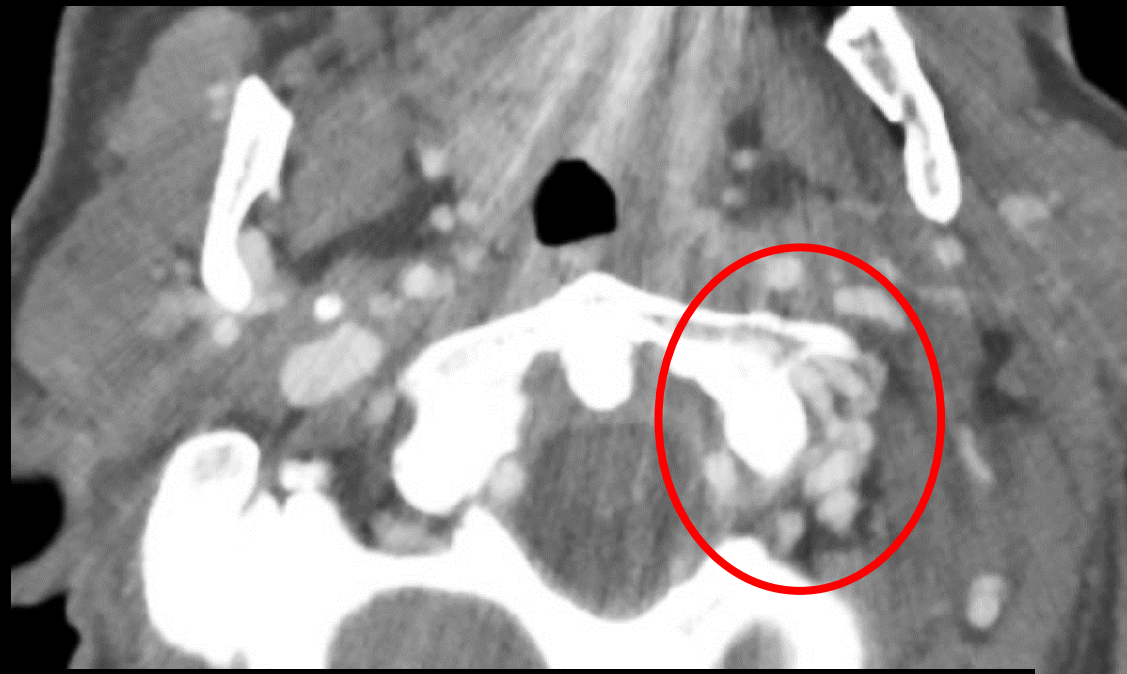
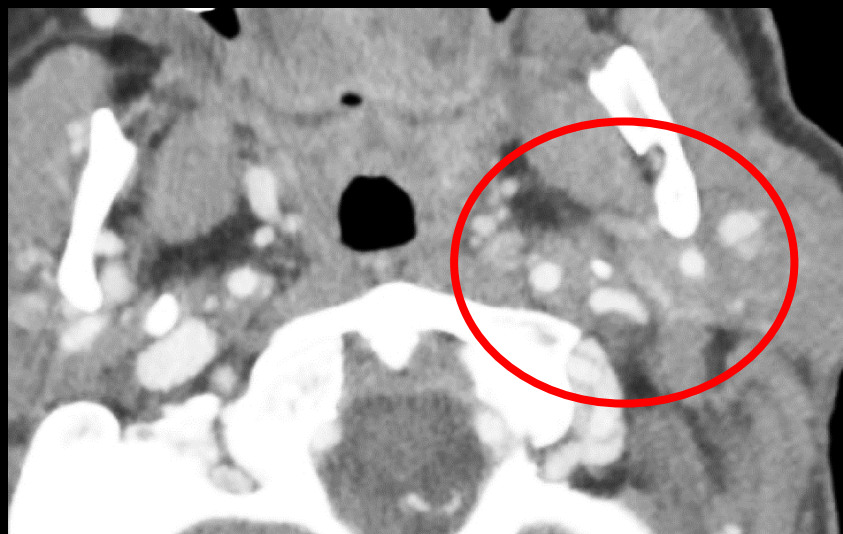
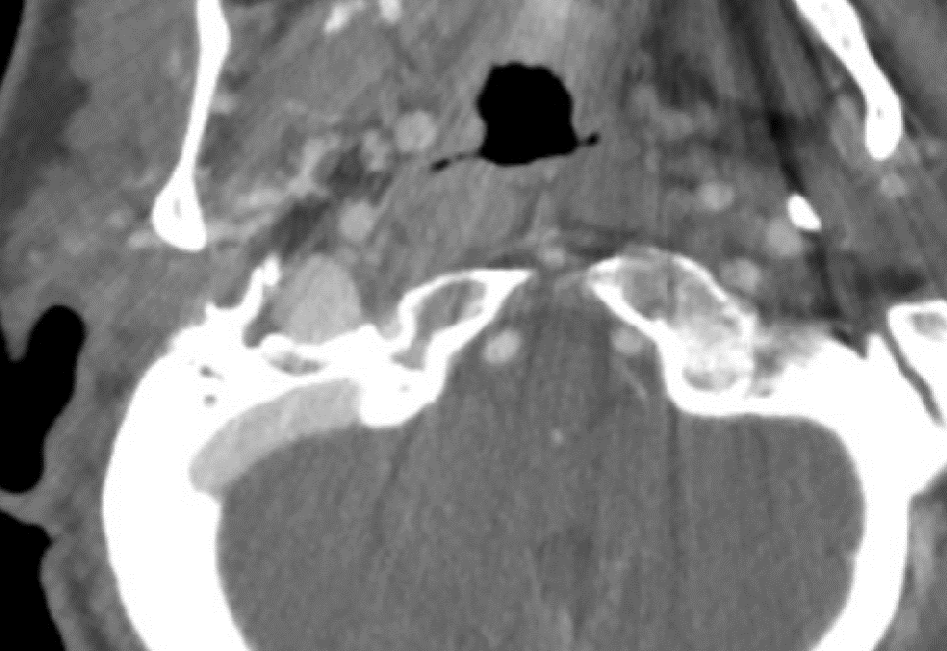


L'axe veineux jugulaire droit est le siège d'une dilatation fusiforme , conséquence de l'hyperdébit que lui impose la prise en charge des suppléances de la sténose filiforme thrombophlébitique de la veine jugulaire interne gauche





Le point de départ probable du processus infectieux paraît se situer au niveau de la paroi latérale gauche du pharyngo-larynx. Adénopathies hypervascularisées et infiltrat des espaces cellulo-grasieux parapharyngés profonds



Reconstructions MPR axiales en coupes épaisses centrées sur le golfe de la veine jugulaire gauche



Reconstructions MPR coronales en coupes épaisses. aspect enraidí et rétréci filiforme de la veine jugulaire gauche

02-05

194



GE MEDICAL
RE
120.00 KV

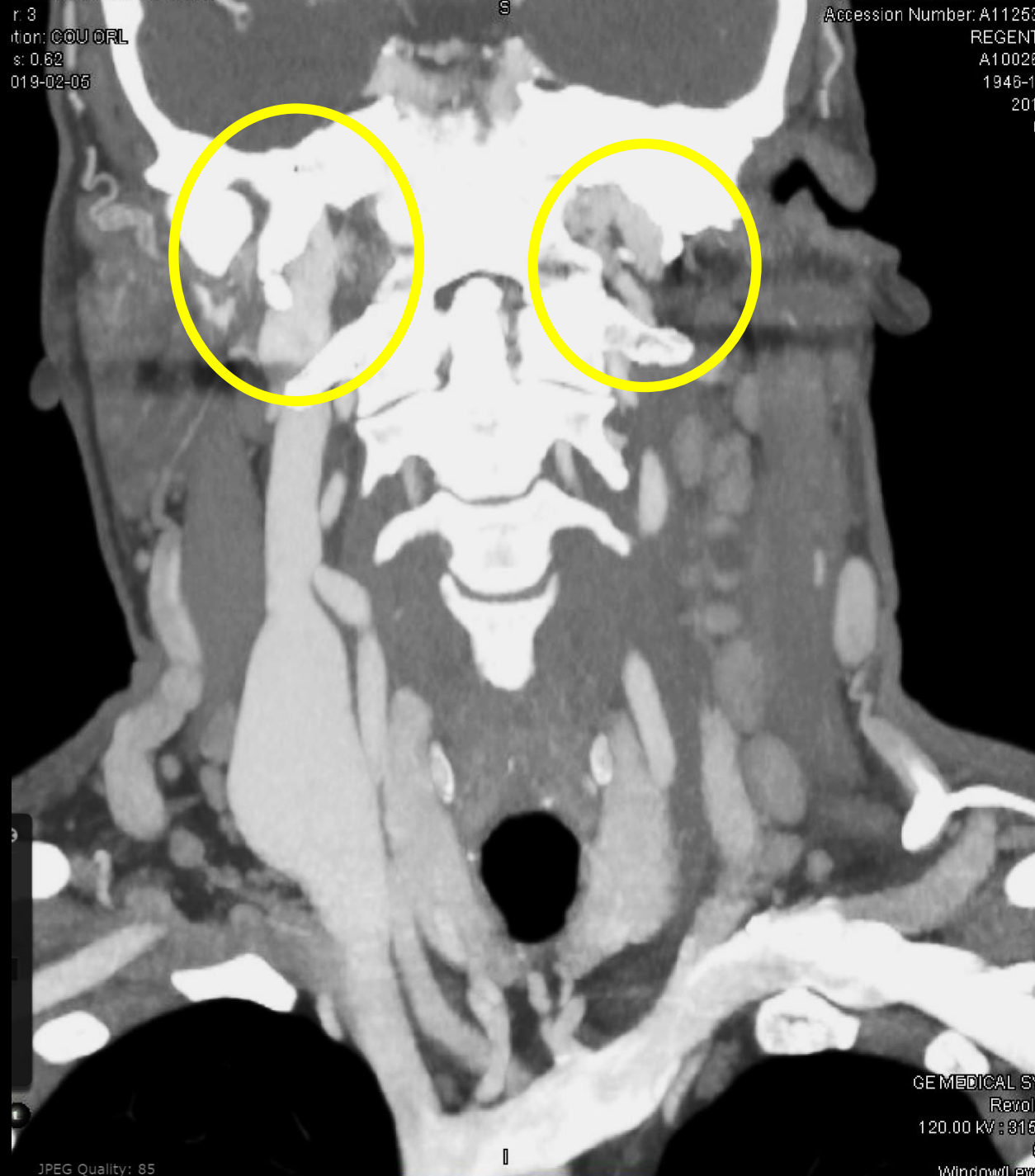
GE MED

...r: 3
...tion: COU ORL
...s: 0.62
019-02-05

Accession Number: A11253
REGENT,
A10026
1946-11
201
0

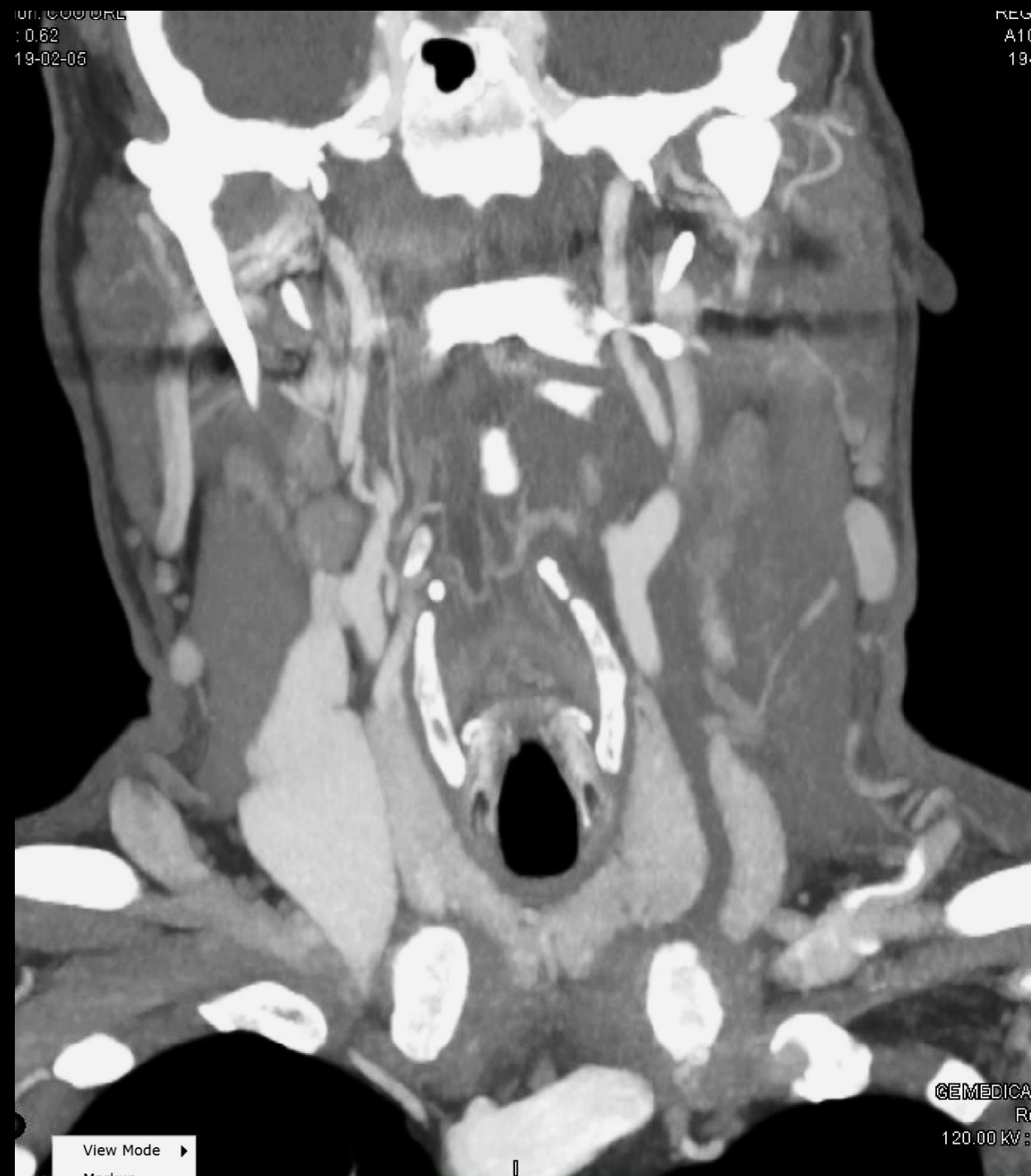
...ion: COU ORL
...s: 0.62
19-02-05

REG
A10
194



GE MEDICAL SY
Revolt
120.00 kW : 315
6
Window/Level

JPEG Quality: 85



GEMEDICA
Re
120.00 kW :
Window/Level

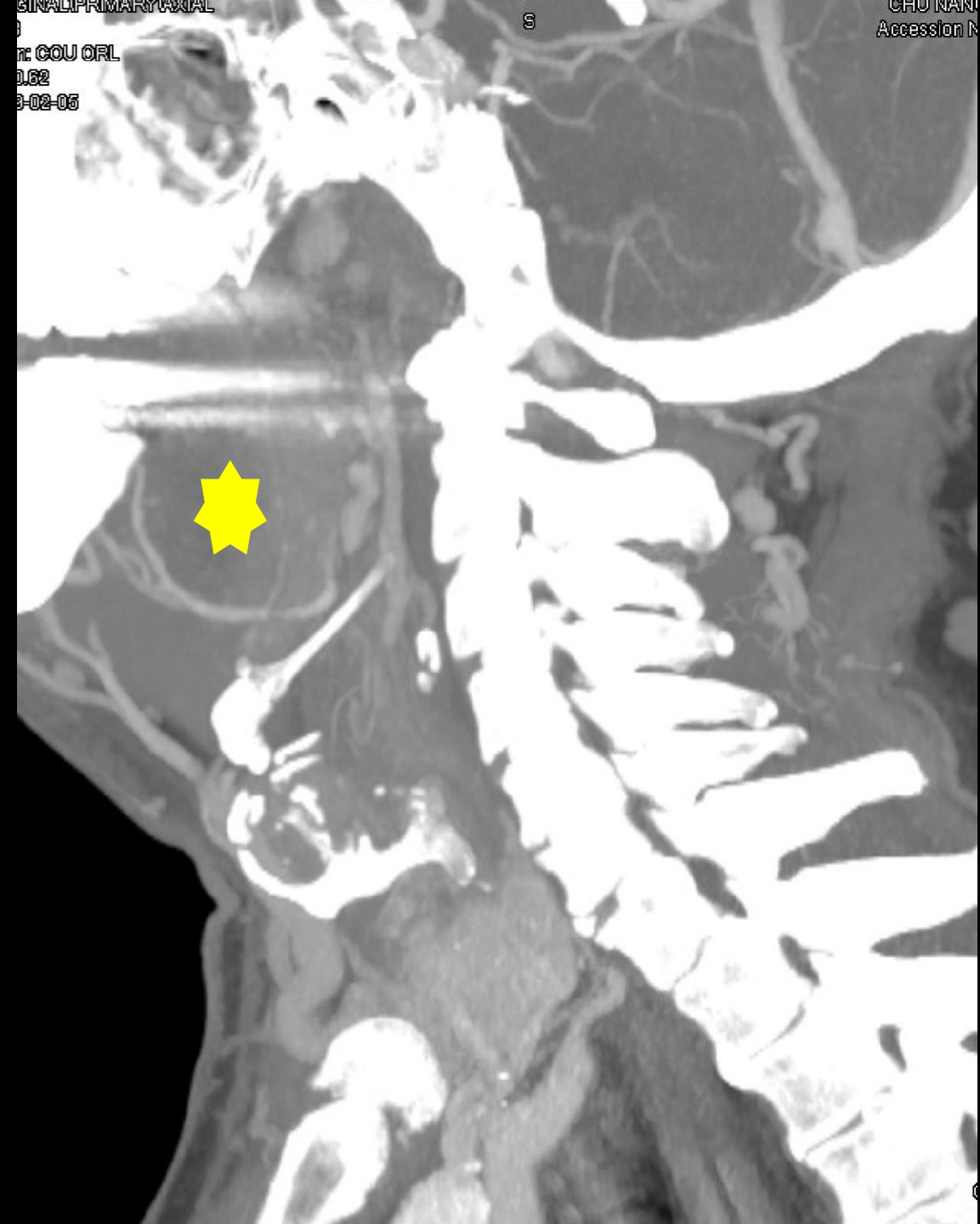
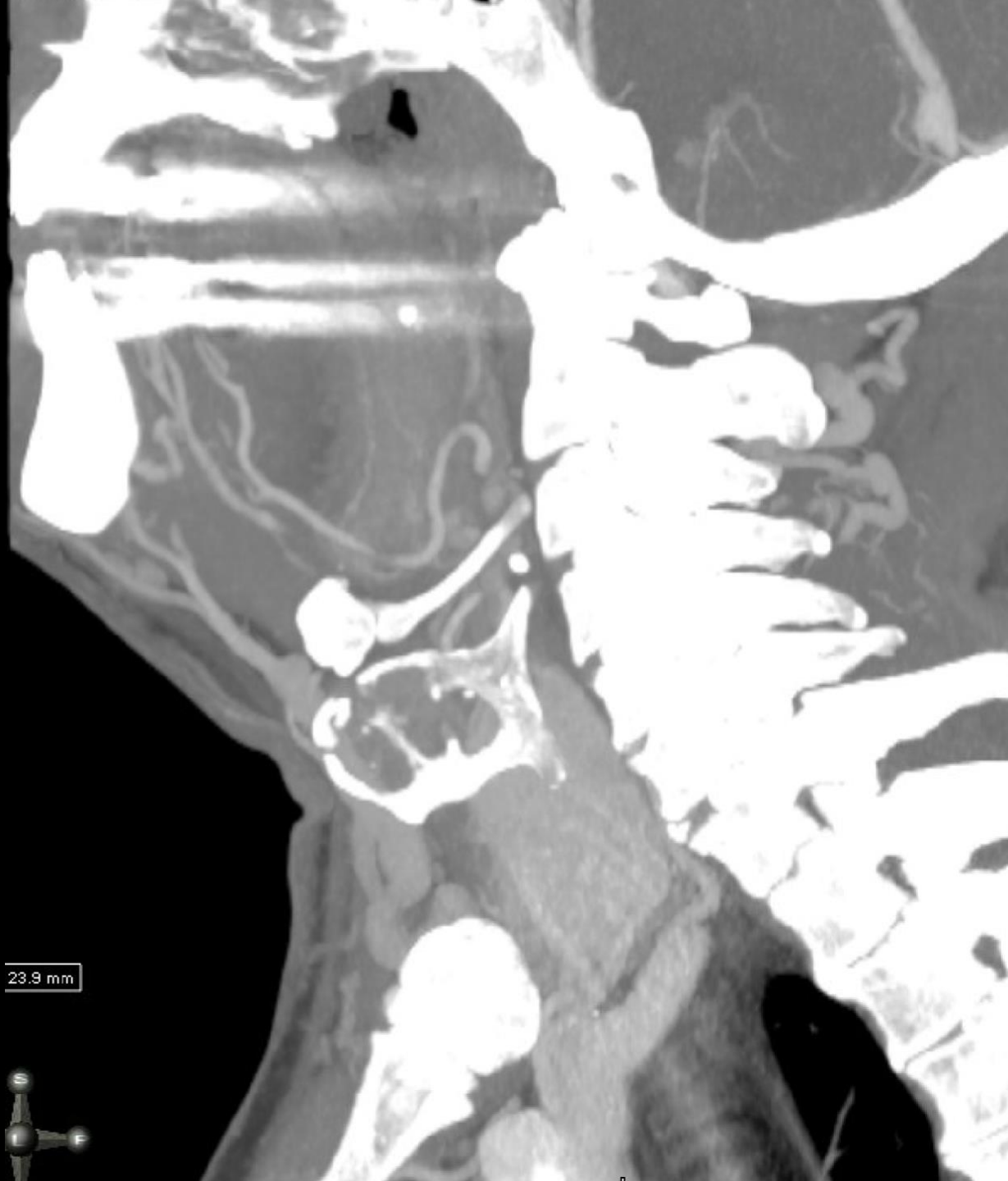
View Mode
Markup

Reconstructions MPR coronales en coupes épaisses . Refoulement des branches veineuses pharyngées par la principale masse ganglionnaire cervicale



Reconstructions MPR coronales en coupes épaisses . Réseaux veineux vicariants développés dans les régions sous-mandibulaires et les veines jugulaires externes





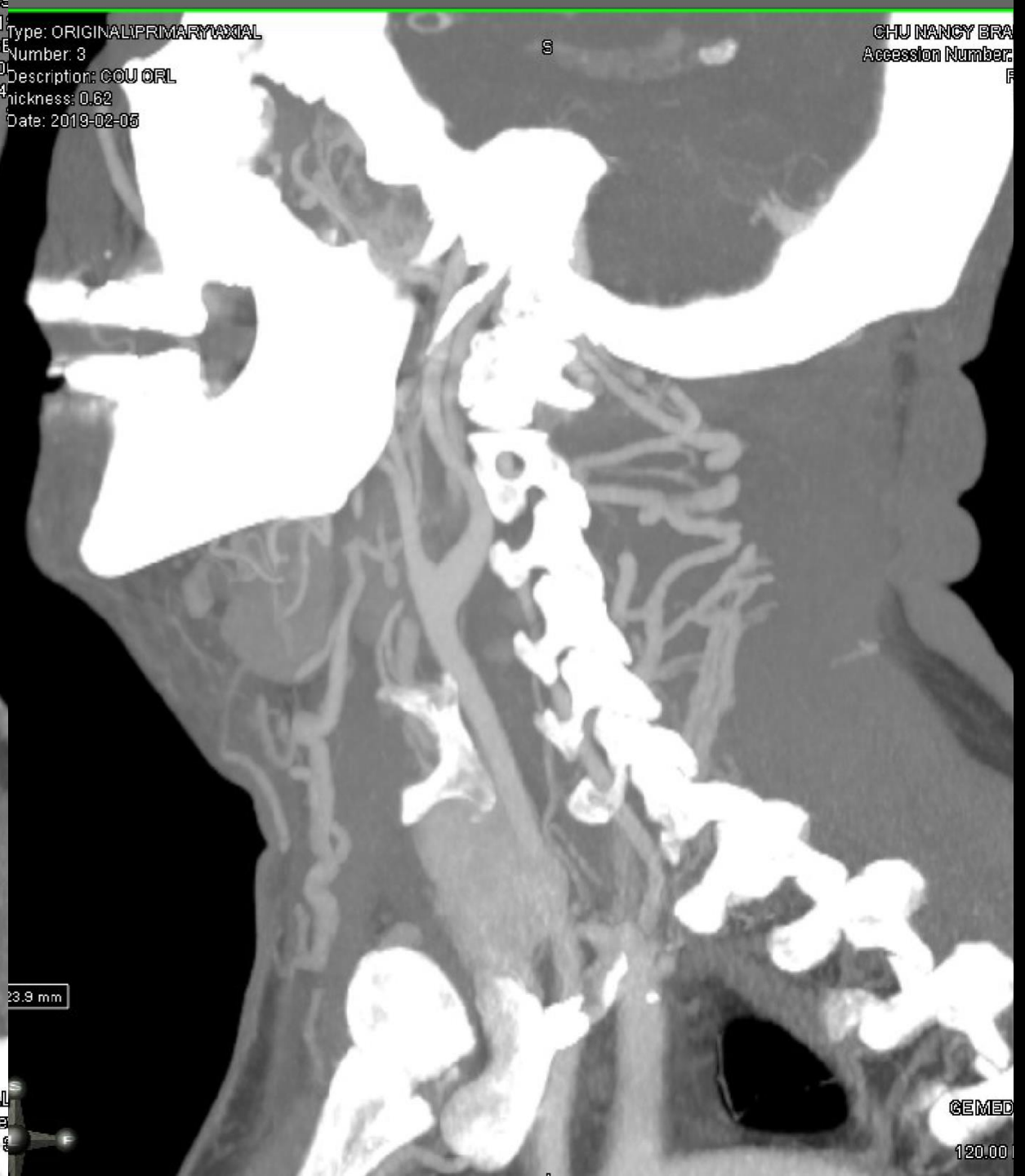
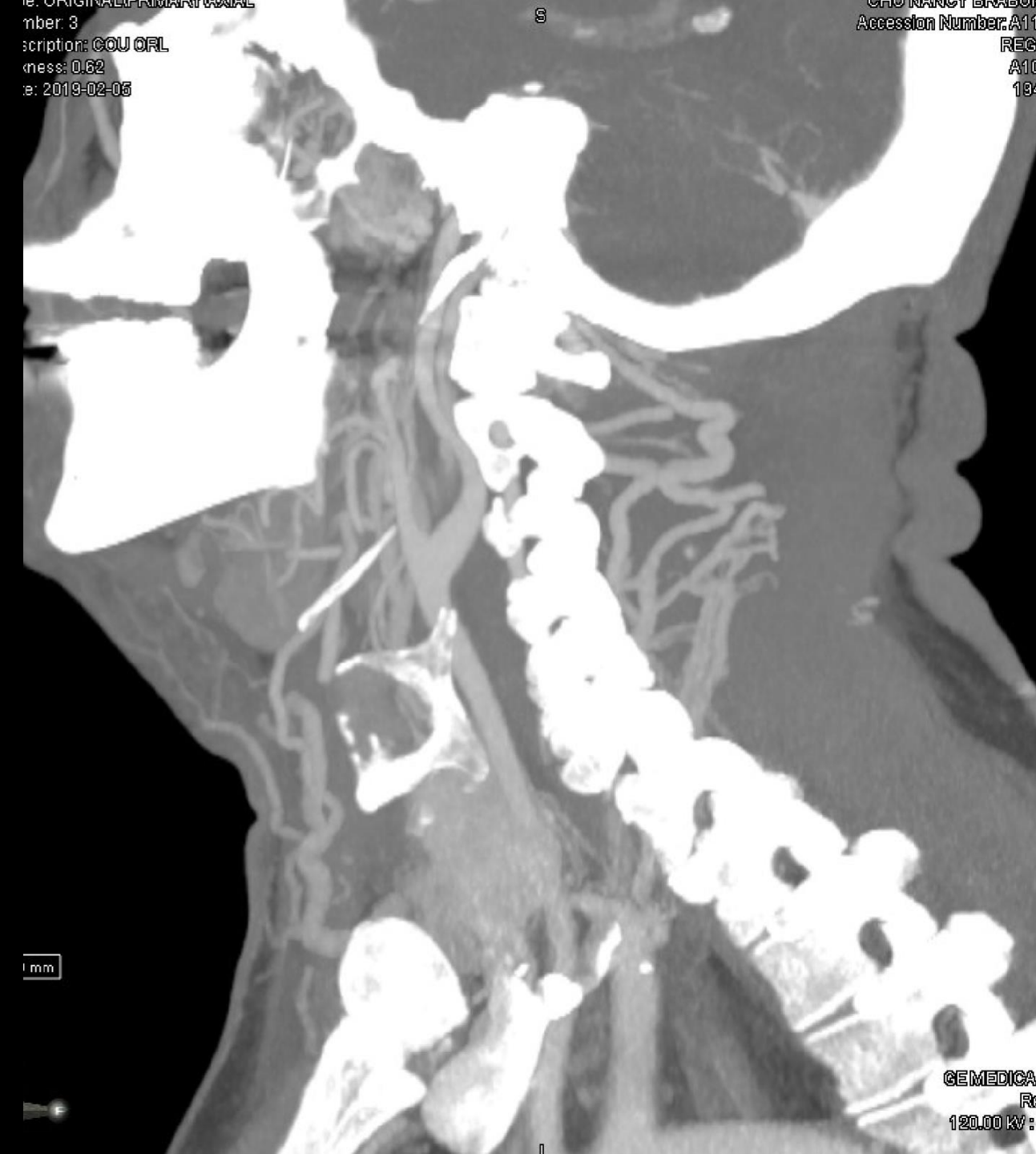
23.9 mm



ORIGINALPRIMARYAXIAL
Number: 3
Description: COU ORL
Thickness: 0.62
Date: 2019-02-05

CHU NANCY BRA
Accession Number: A11
Type: ORIGINALPRIMARYAXIAL
Number: 3
Description: COU ORL
Thickness: 0.62
Date: 2019-02-05

CHU NANCY BRA
Accession Number: F

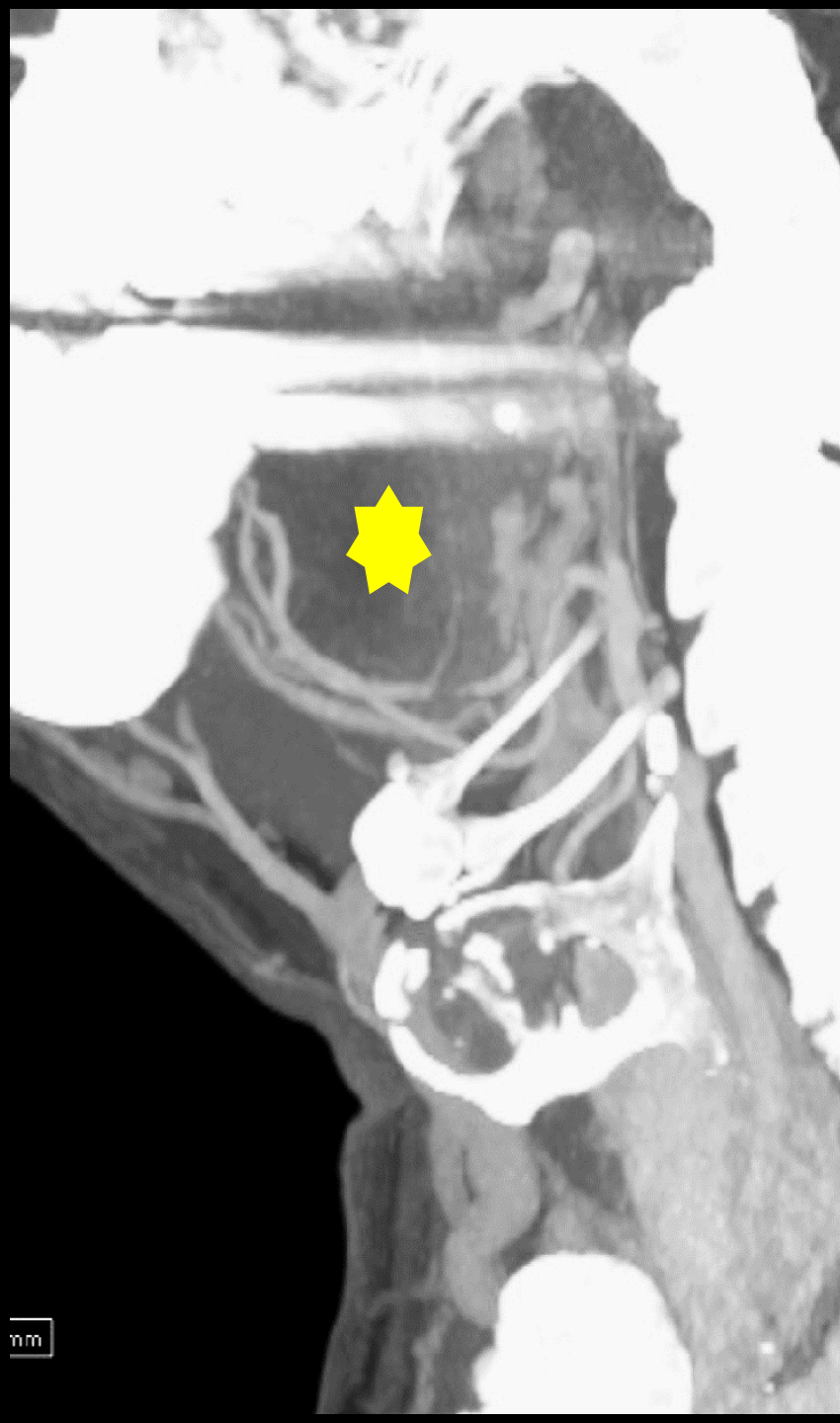
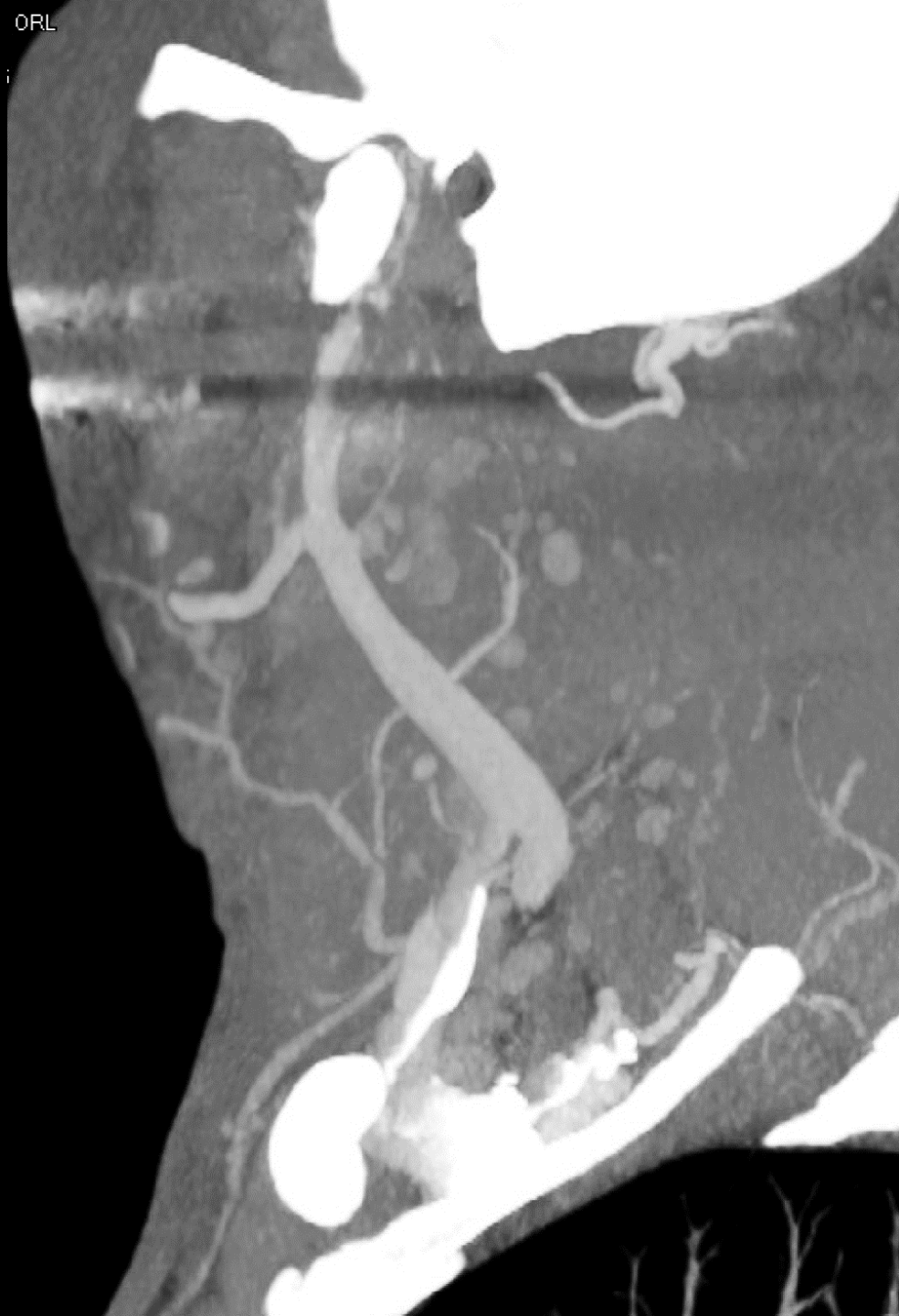


1 mm

23.9 mm

GEMEDICAL
Re
120.00 KV: 5

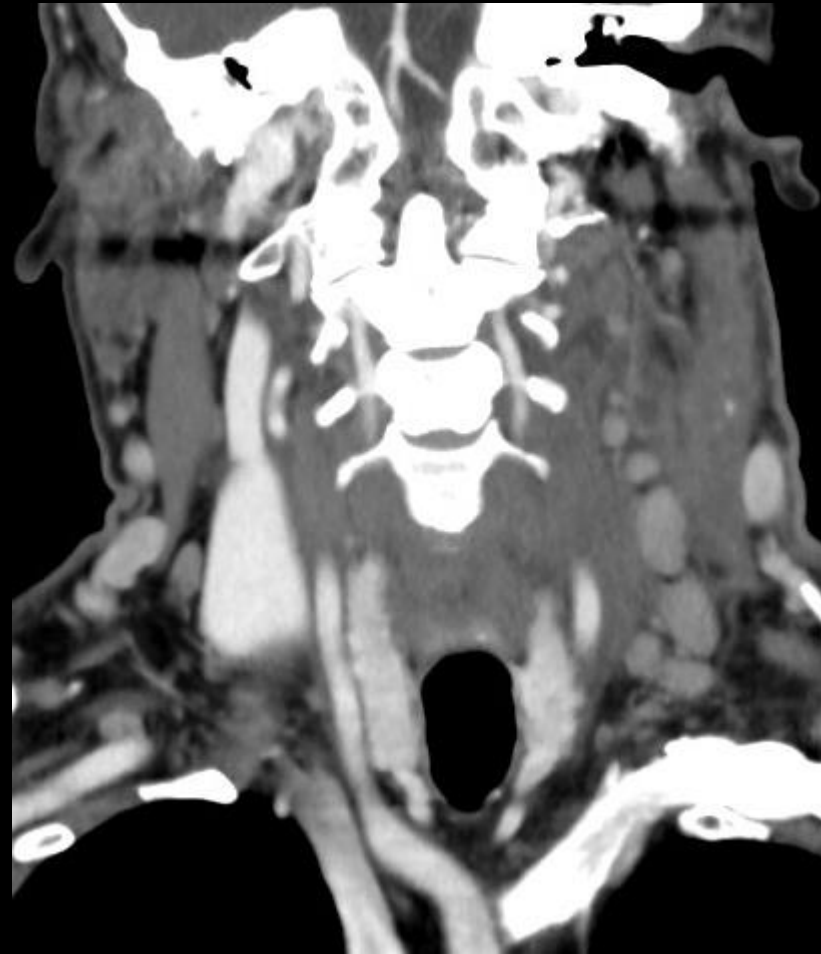
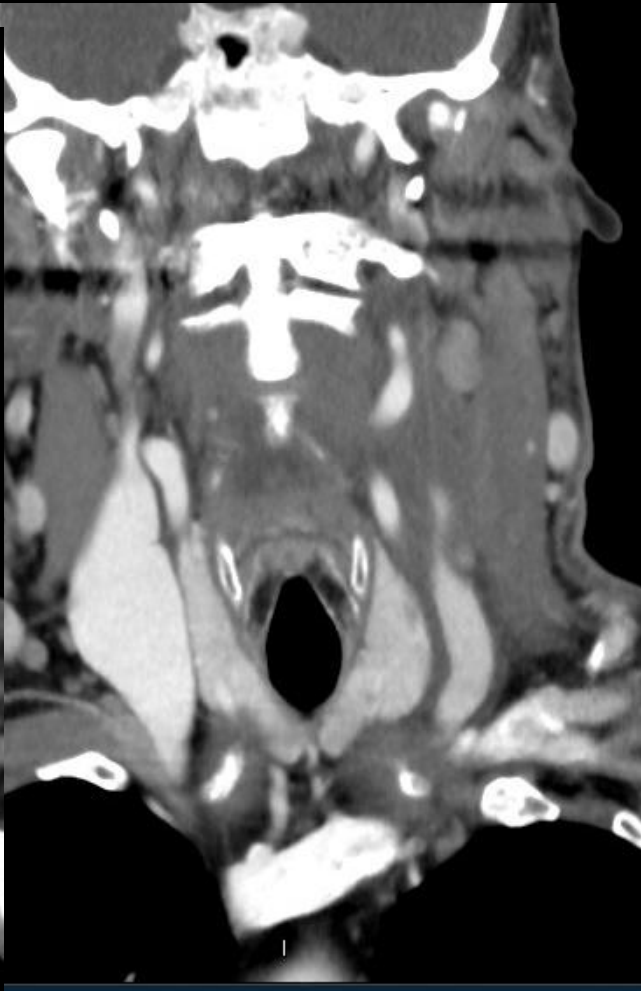
GEMED
120.00

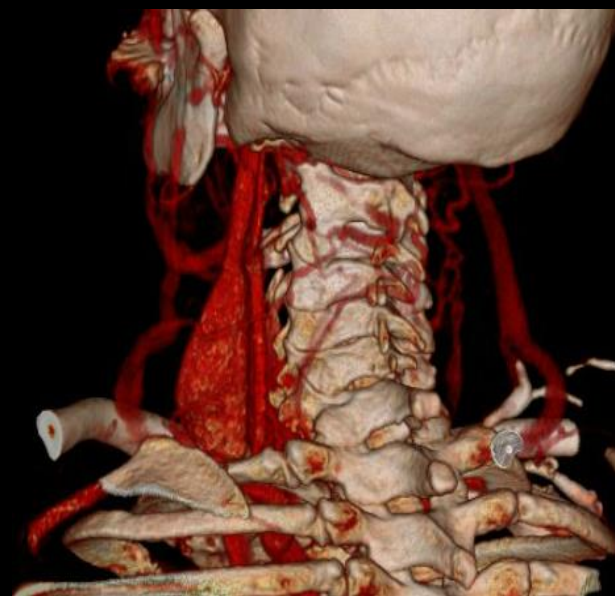
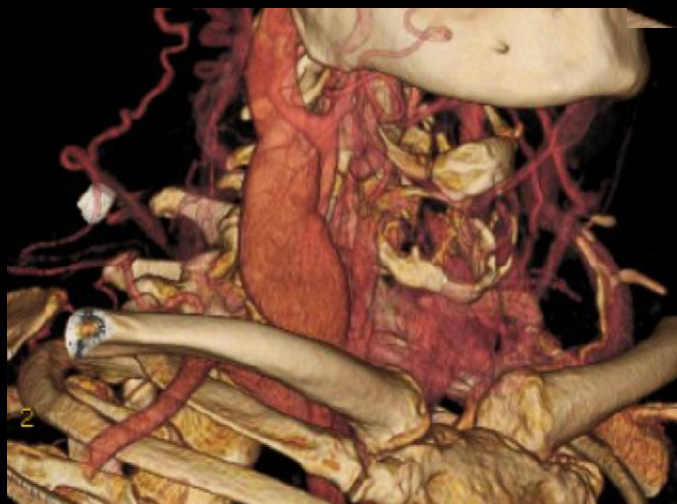
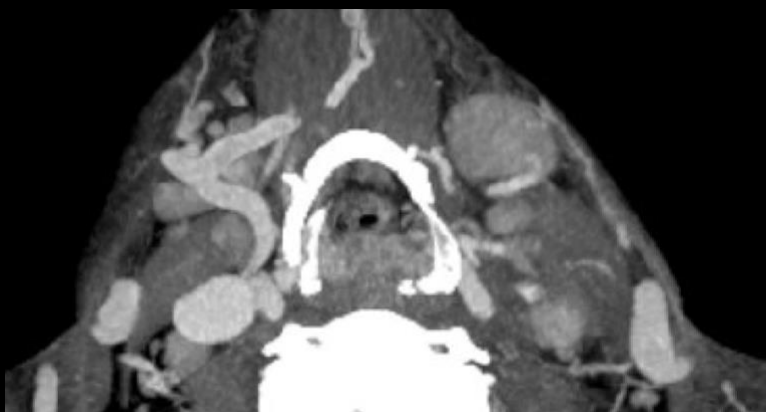


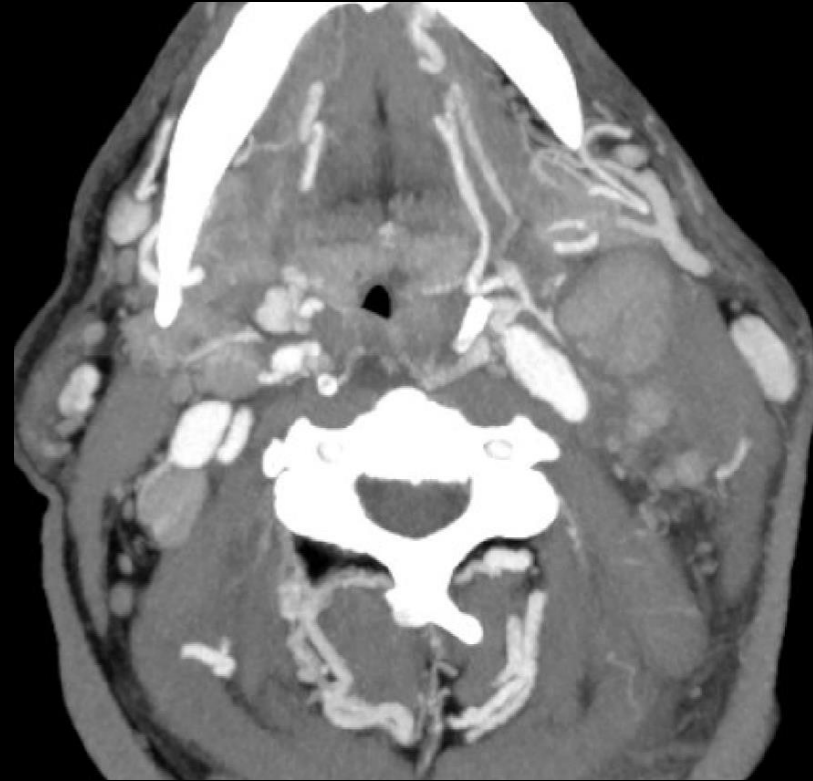
Reconstructions MPR jugulaires externes dans le plan axial

'anomalie évidente des branches veineuses péri-amygdaliennes gauches

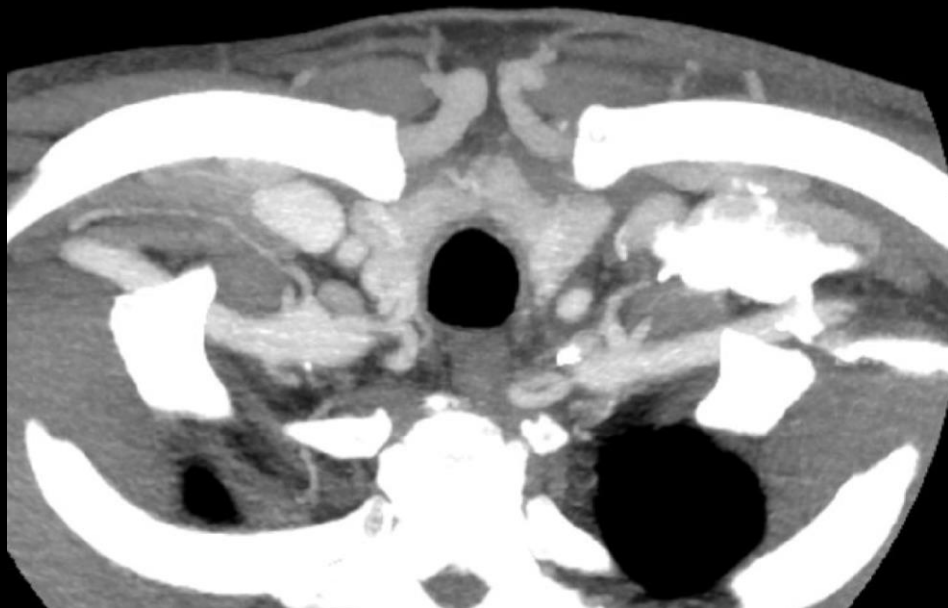
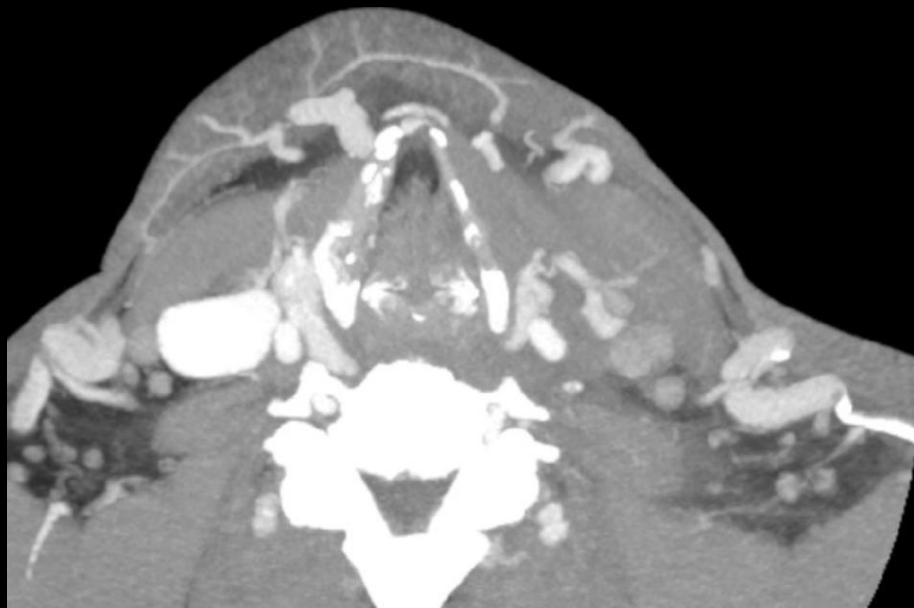
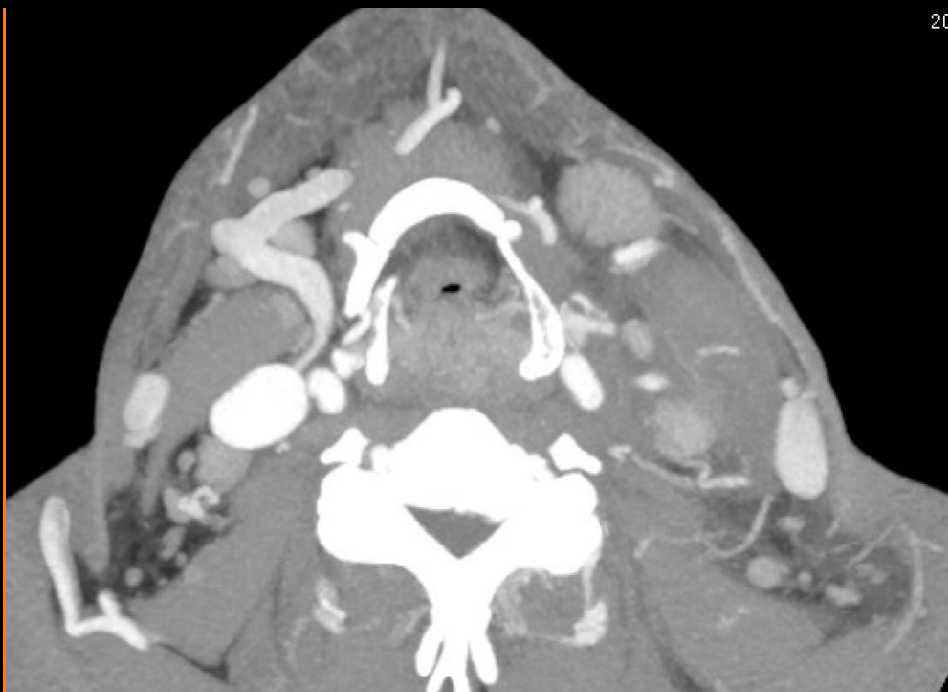


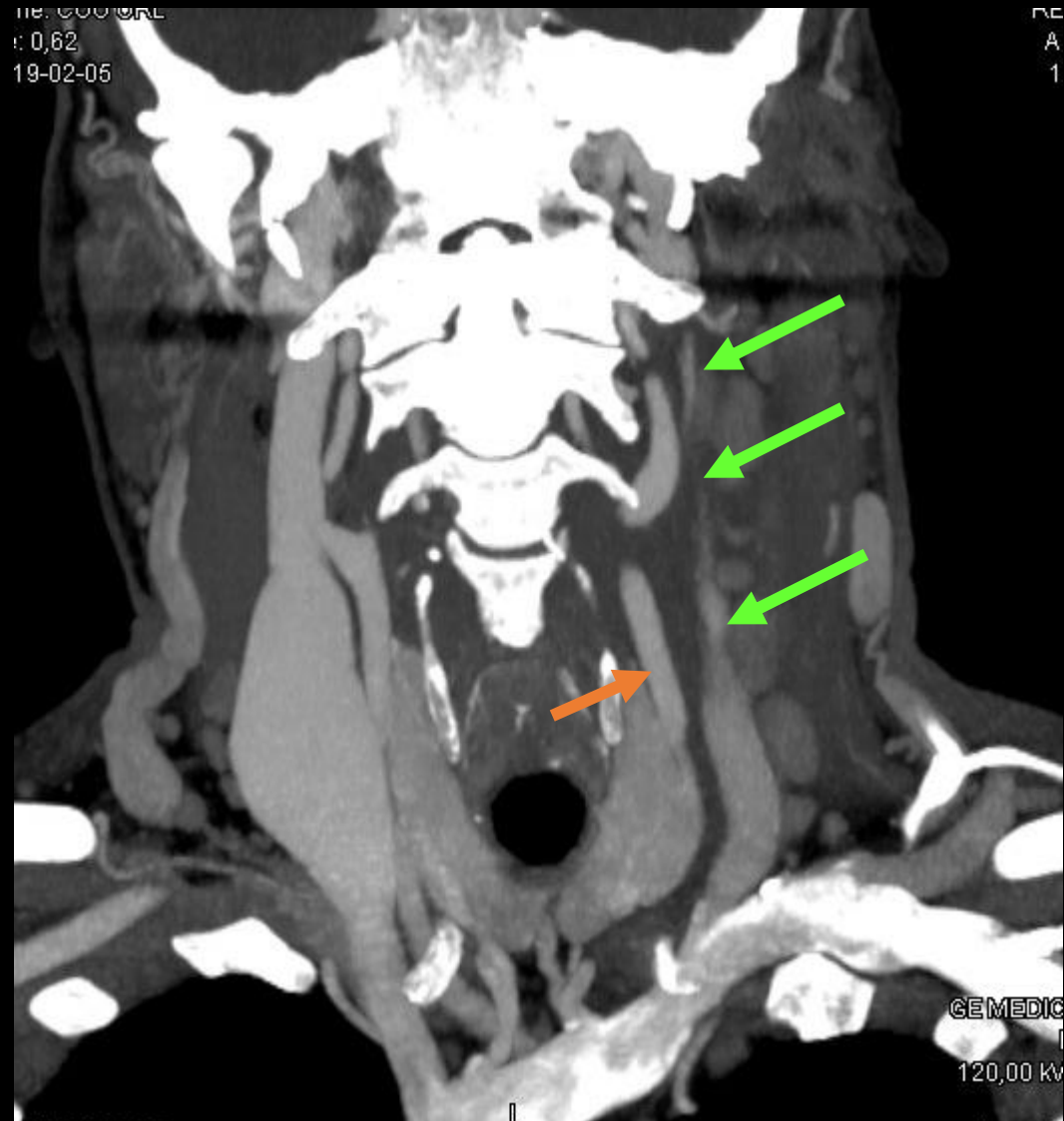




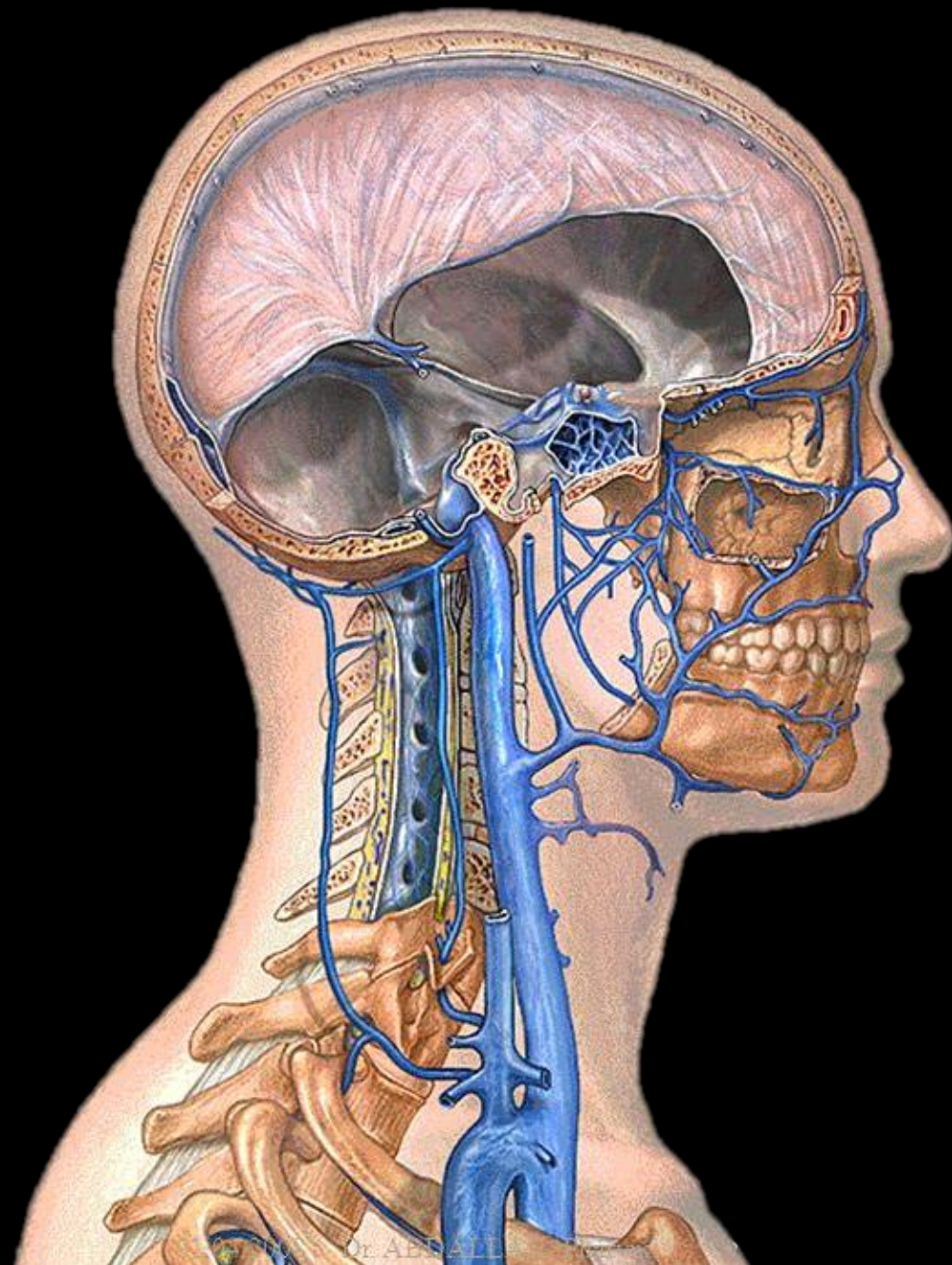
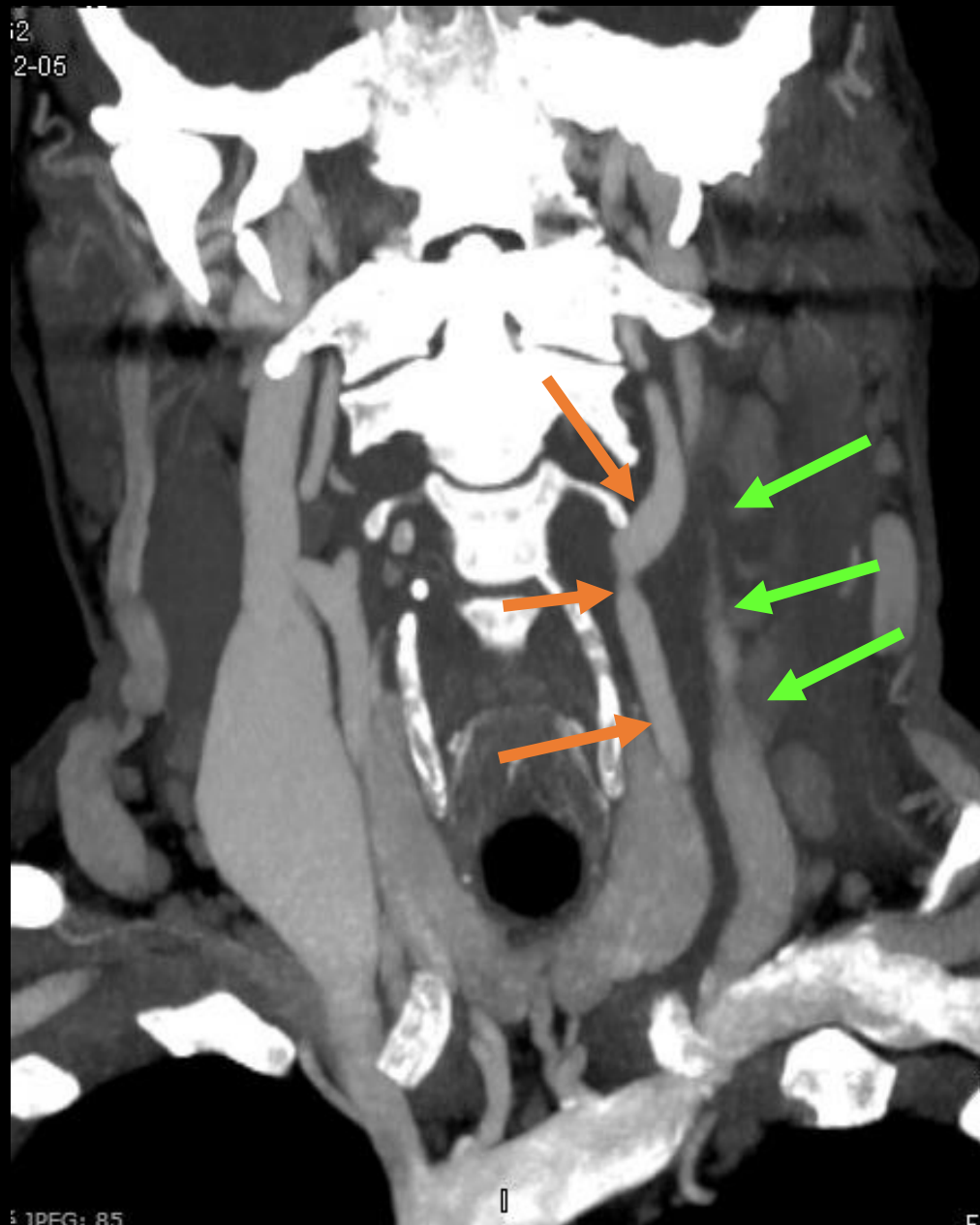


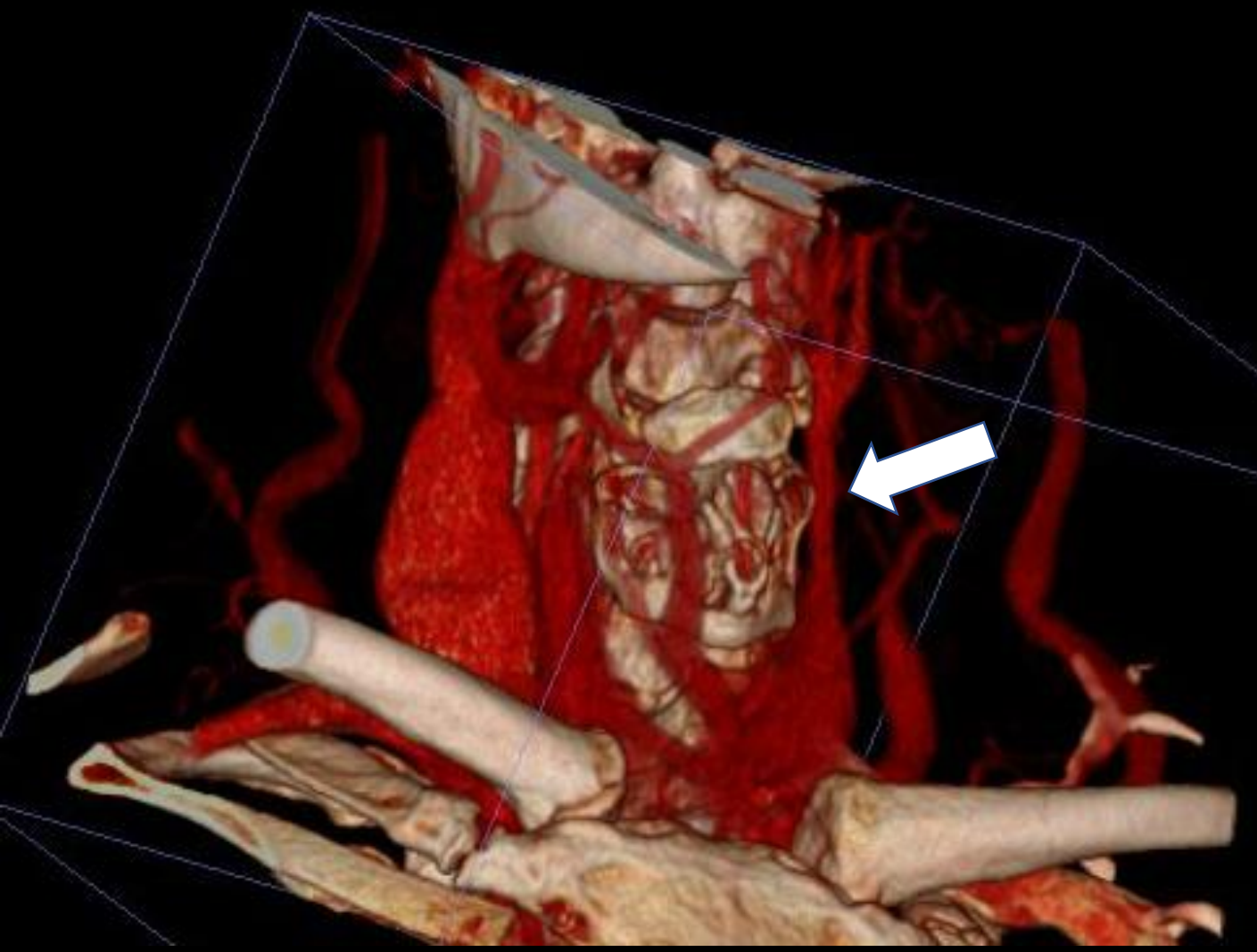
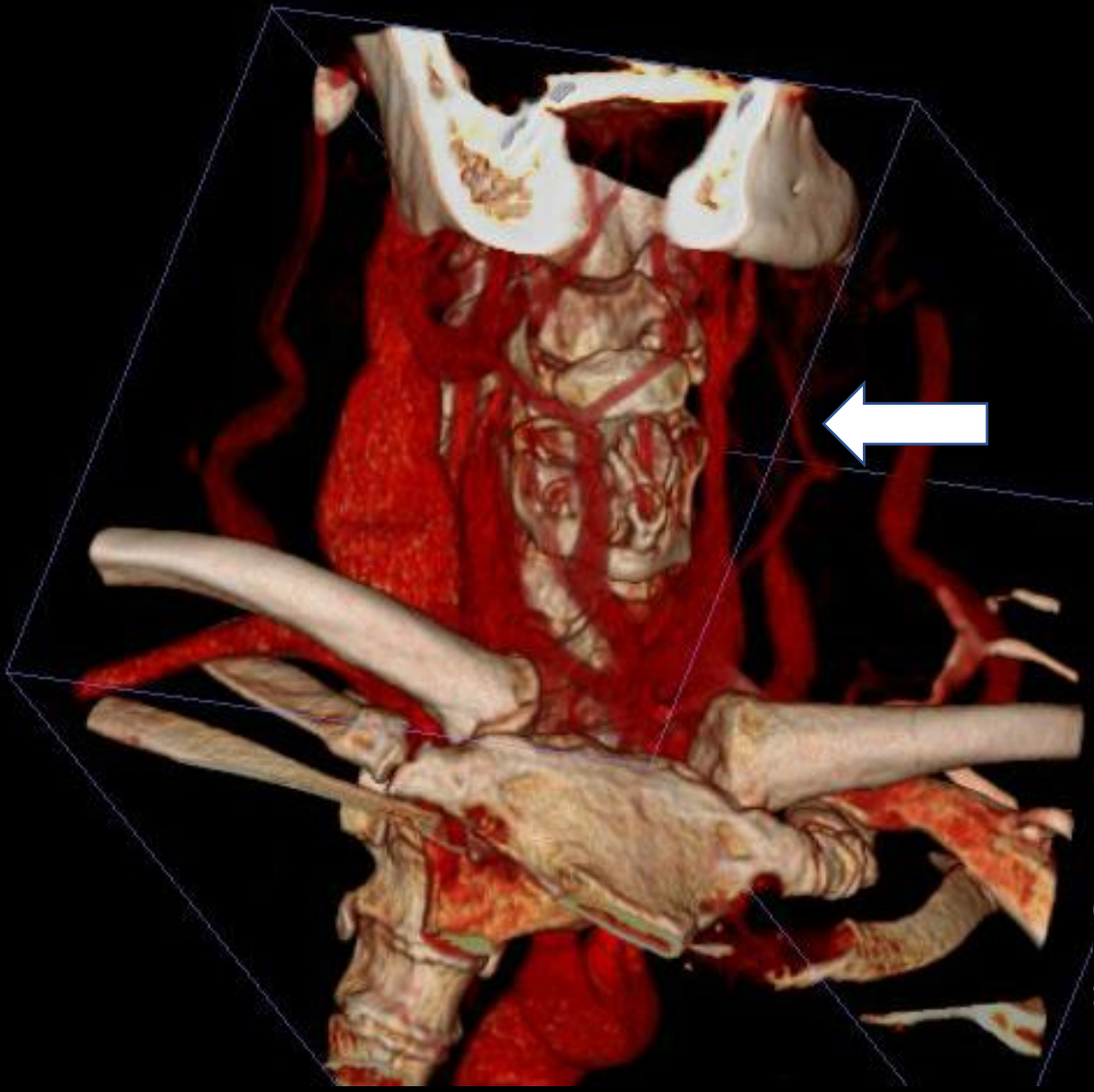


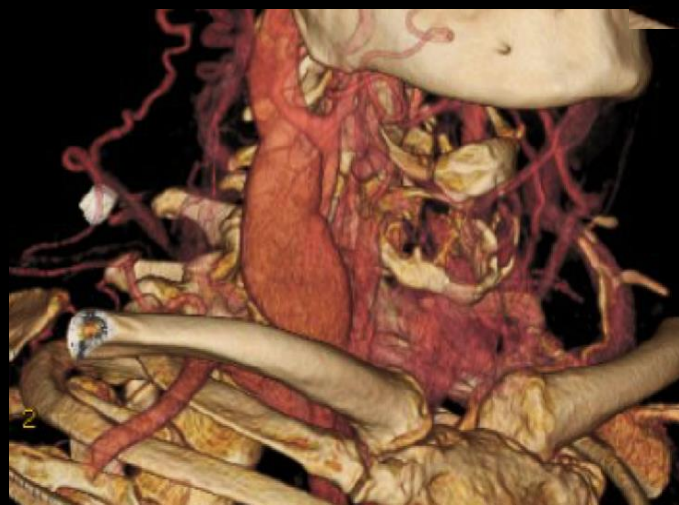
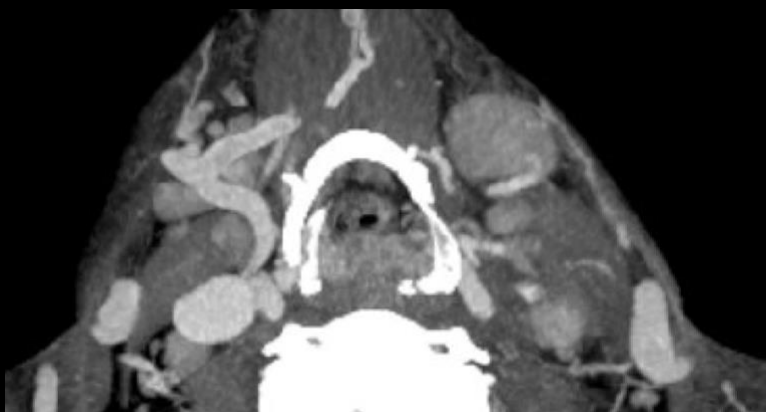




La région latérale gauche du cou est "déshabillée" sur le plan vasculaire veineux. La sténose longue filiforme de la phlébite septique s'étend sur les 2/3 supérieurs de la veine jugulaire interne gauche (flèches vertes). Flèches oranges : segments artériels carotidiens)



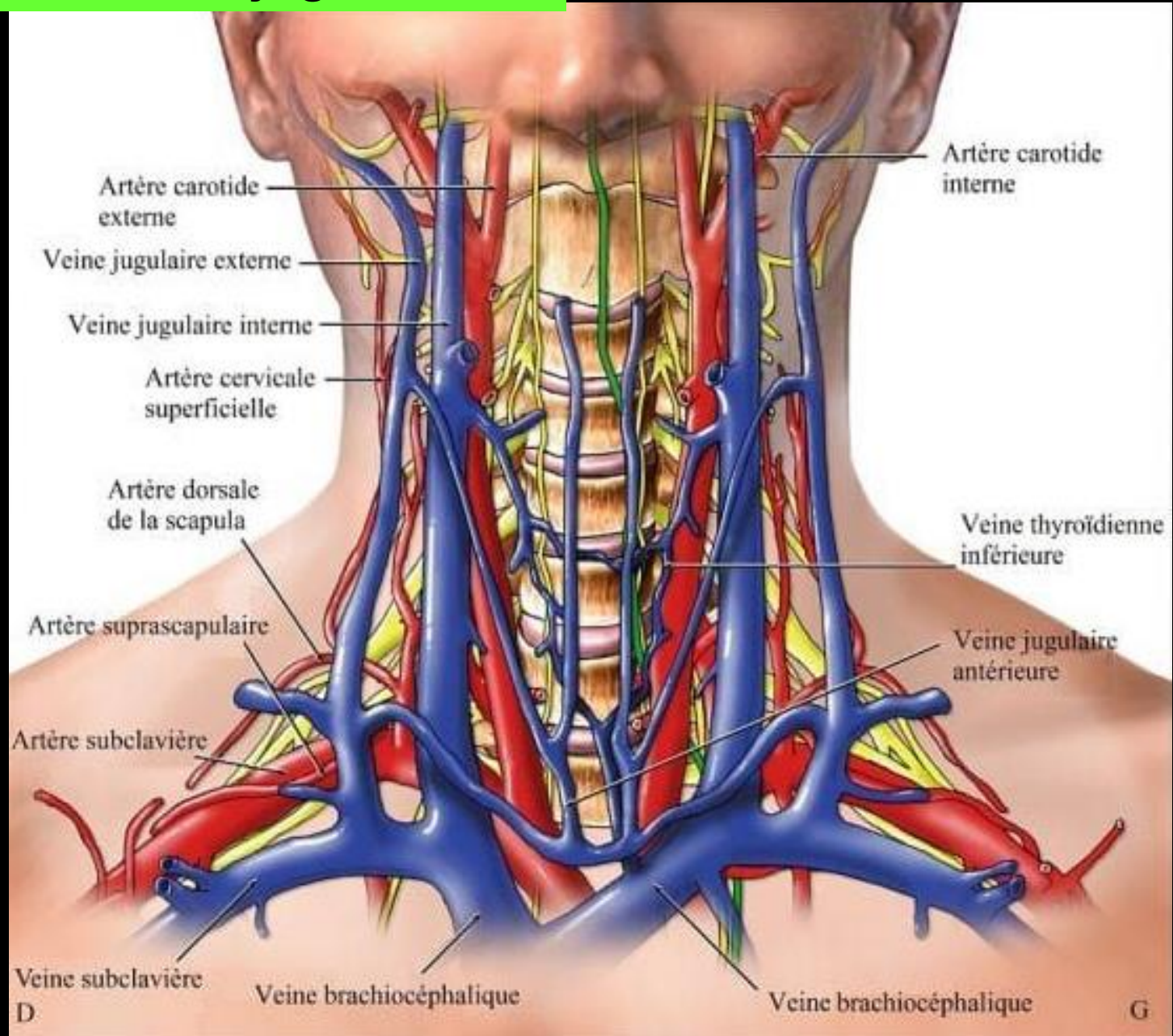


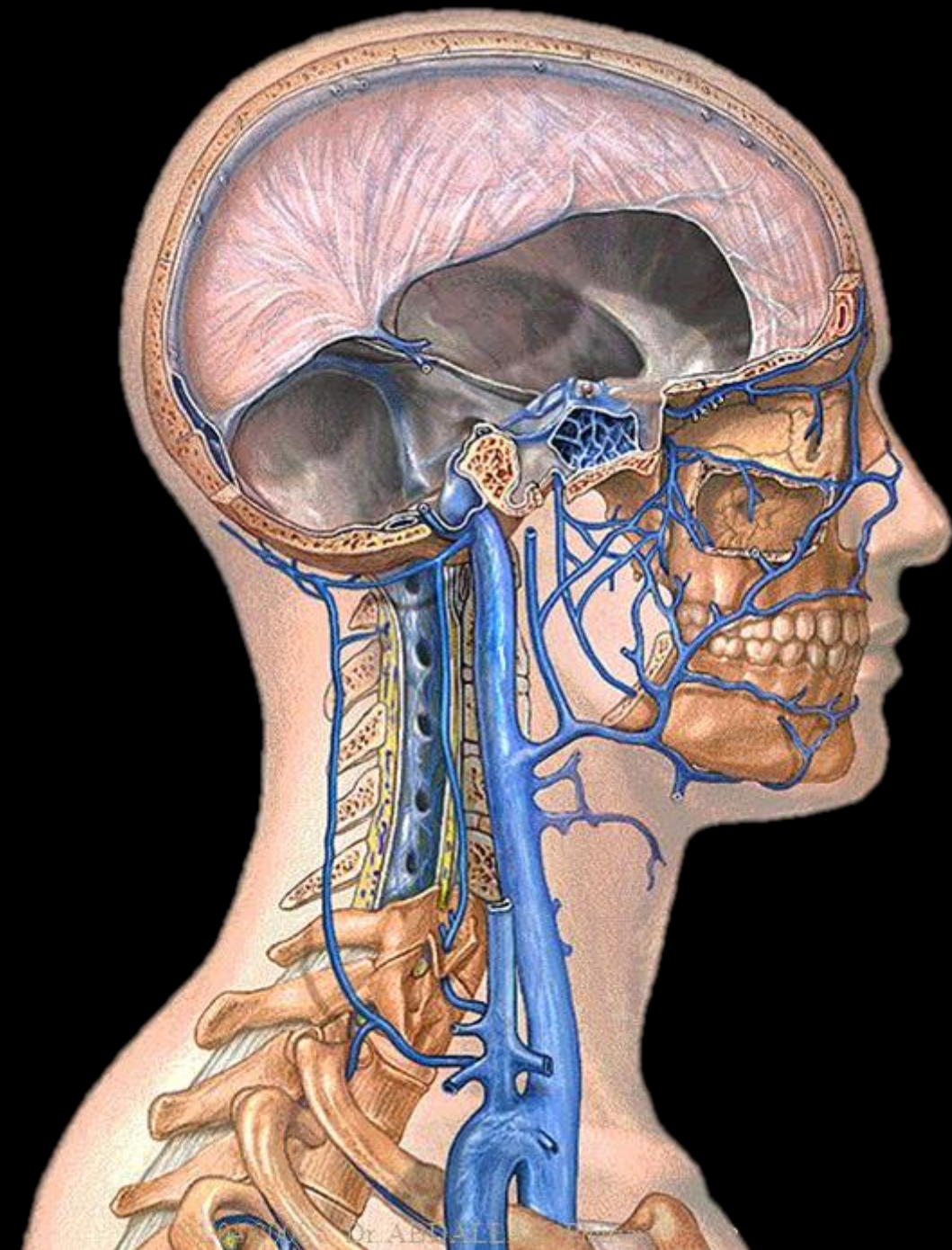


Les thrombophlébites septiques des veines jugulaires

La thrombophlébite de la veine jugulaire ou d'une de ses branches est une complication sévère, potentiellement grave, d'une infection oro-pharyngée à **germe anaérobie**, de type ***fusobacterium necrophorum*** ou ***nucleatum***, mais d'autres germes de la sphère bucco-pharyngée, notamment des ***streptocoques constellatus*** ou ***milleri*** peuvent être en cause.

Elle atteint des sujets plutôt jeunes souvent après une antibiothérapie initiale inadaptée ou mal conduite





La thrombophlébite de la veine jugulaire est **généralement unilatérale** mais peut être bilatérale.

Des localisations septiques à distance, en particulier des **emboles septiques parenchymateux pulmonaires** sont observés dans 80 à 90 % des cas, constituant le classique **syndrome de Lemierre** ou "syndrome angine-phlébite jugulaire-abcès du poumon"

L'infection oro-pharyngée est classiquement une **angine ulcéro-nécrotique**, à strepto-test négatif, pouvant être considérée initialement chez un sujet jeune, comme une mononucléose infectieuse dont la corticothérapie serait bien sur inopportune.

Les adénopathies et la cellulite infectieuses entraînent un empâtement chaud et douloureux des chaînes ganglionnaires loco-régionales

L'infection des tissus pharyngés profonds se propage par continuité dans les espaces cellulo-grasseyeux rétro et latéro pharyngés gagnant ainsi les veines jugulaires ou leurs branches d'origine.

Il n'y a en principe **pas de thrombophilie** , mais un bilan biologique de la coagulation est malgré tout souhaitable

Une antibiothérapie IV de 3 semaines est recommandée

Le pronostic reste sérieux avec 8 à 15 % de mortalité

Le **traitement anticoagulant** systématique est discuté , certains le réservant aux formes graves , en particulier chez l'enfant.

La VCI , les veines pelviennes peuvent être le siège de thrombophlébites septiques avec embolies septiques

Au total

- Un retard diagnostic de 3 à 8 jours est habituel dans les thrombophlébites septiques de la veine jugulaire interne contribuant à la gravité de son retentissement clinique
- L'imagerie (scanner cervical et scanner thoracique) est précieuse pour le diagnostic scanographique d'emboles septiques pulmonaires ainsi que pour la recherche d'un foyer infectieux de la sphère ORL ou bucco-dentaire. Elle est indispensable pour le diagnostic et le suivi des formes avec extension médiastinale et/ou pleurales
- le syndrome de Lemierre est une septicémie à point de départ oro-pharyngé , le plus souvent à *Fusobacterium necrophorum*, bactérie anaérobie Gram négatif.
- La thrombophlébite peut intéresser la veine jugulaire interne sur toute sa hauteur et s'étendre aux veines de la base du crâne, l'atteinte peut également se limiter aux branches veineuses faciales . Le tableau pleuro-parenchymateux peut être l'élément dominant sur le plan clinique , masquant la composante oro-pharyngée

