

Accident vasculaire cérébral ischémique révélateur de cryptococcose neuroméningée : à propos de deux cas.

A.-E. Kouame-Assouan (1), P. Cowppli-Bony (1), E. Aka-Anghui Diarra (1), B. Assi (1), M. Doumbia (2), L. Diallo (1), K. C. Adjien (1), F. Akani (1), T. Sonan (2), M. Diagana (1), Y. F. Boa (2) & B. Kouassi (1)

(1) Service de neurologie, CHU de Cocody, BP V 13, Abidjan, Côte d'Ivoire. E-mail : ange_medic@yahoo.fr

(2) Service de neurologie, CHU de Yopougon, 21 BP 632, Abidjan 21, Côte d'Ivoire.

Courte note n° 2863. "Clinique". Reçue le 29 septembre 2005. Acceptée le 7 mars 2006.

Summary: Two cases of cryptococcal meningitis revealed by an ischemic stroke.

The usual clinical expression of neuromeningeal cryptococcosis is a meningoencephalitis. We report two cases of neurocryptococcosis which have been revealed by an unusual clinical aspect: an ischemic stroke with a vasculitis mechanism. The two patients had a positive reaction for the HIV and we discussed the responsibility of the HIV or the Cryptococcus in the occurrence of the cerebral infarct.

neurological cryptococcosis
stroke
HIV
hospital
Abidjan
Côte d'Ivoire
Sub Saharan Africa

accident vasculaire cérébral
cryptococcose neuroméningée
VIH
hôpital
Abidjan
Côte d'Ivoire
Afrique intertropicale

Observations médicales

Cas N° 1

FA, 66 ans, sexe masculin, droitier, transporteur, est hospitalisé pour la survenue brutale de propos incohérents suivis d'une crise comitiale versive gauche le 16/10/98. La pression artérielle est normale, le pouls régulier, la température à 37 °C. L'état général est bon, la conscience normale, la nuque souple, les pupilles réactives et concentriques. On note également une hémianopsie latérale homonyme gauche, des troubles des fonctions supérieures, une baisse de l'attention, une aphasia de Wernicke, un raisonnement et un jugement difficilement appréciables. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur.

L'examen électroencéphalographique montre des signes de souffrance hémisphérique gauche. L'examen tomodensitométrique au 14^e jour d'évolution objective une ischémie du territoire sylvien superficiel, pariétal postérieur gauche, de forme triangulaire à sommet interne. L'échocardiographie met en évidence une myocardopathie modérément hypertrophique, dilatée. L'écho-doppler des vaisseaux carotidiens est normal. L'étude du LCR montre 24 éléments/mm³ à prédominance lymphocytaire, une protéinorachie à 1,26 g/l, une glycorachie à 0,40 g/l, une chlorurachie à 130 mEq/l, l'absence de germes, mais la présence de cryptococques. La sérologie syphilitique est négative. La sérologie VIH-1 est découverte positive à l'occasion de cet ictus.

Le traitement a associé l'acide acétylsalicylique 100 mg/jour, le fluconazole 400 mg/jour. Les troubles des fonctions supérieures régressent partiellement dès le 10^e jour.

Cas N° 2

AD, 49 ans, de sexe masculin, droitier, transitaire, ayant des antécédents d'HTA et de myocardopathie hypertrophique traités irrégulièrement par de la nifédipine et de l'isosorbide dinitrate, est adressé pour une suspicion d'accident vasculaire cérébral. La veille, il a présenté une perte de connaissance brève, suivie d'un déficit moteur de l'hémicorps gauche. Il reçoit initialement un traitement antihypertenseur et antiagrégant plaquettaire. La TA est normale, le pouls régulier. On note un bon état général, un état d'obnubilation, une température à 37 °C, une nuque souple sans signe de Kernig ni de Brudzinski. Les pupilles sont égales, concentriques et réactives. Il existe un syndrome pyramidal pur de l'hémicorps gauche, total, proportionnel, spastique et un syndrome confusionnel.

L'EEG montre des signes d'encéphalopathie diffuse. La tomodensitométrie cérébrale au 6^e jour révèle deux foyers ischémiques, l'un dans le territoire sylvien superficiel postérieur droit, de forme triangulaire à sommet interne gauche, l'autre, parafalcien droit et ovalaire. L'échocardiographie montre une myocardopathie sans thrombus intracavitaire. L'échodoppler des vaisseaux carotidiens est normal. L'étude du LCR révèle 5 éléments/mm³, une protéinorachie à 1,2 g/l, une glycorachie et une chlorurachie normales, la présence de cryptococques. La sérologie syphilitique est négative. La sérologie VIH-1 est découverte positive.

Un traitement associant de l'acide acétylsalicylique 250 mg/jour et du fluconazole 400 mg/jour est institué. Le syndrome confusionnel régresse au 10^e jour. La récupération neurologique est complète au 3^e mois.

Commentaires

La particularité de ces deux observations est la révélation d'une cryptococcose neuroméningée par une manifestation clinique inhabituelle qui est l'accident vasculaire cérébral. Dans les deux cas, les patients n'avaient aucun signe neurologique, notamment méningé, dans les mois qui ont précédé l'installation de l'AVCI.

Bien que les deux patients aient présenté des antécédents d'hypertension artérielle et de myocardiopathie, ces affections ne semblent pas être à l'origine de l'AVCI. En effet, le bilan cardiaque ne montre pas de thrombus intracavitaire ni de troubles du rythme pouvant faire retenir de façon formelle un AVCI par cardiopathie. L'étiologie la plus probable dans les deux cas d'AVCI est une méningo-vascularite. Il n'a certes pas été réalisé d'angiographie cérébrale pour confirmer une artérite, mais les deux patients sont séropositifs pour le VIH-1 et les cas d'AVCI au cours de l'infection par le VIH sont bien connus (3). Leur mécanisme semble être l'inflammation des méninges au cours de la méningite chronique observée aux différents stades de l'évolution de la maladie (2).

Les vascularites au cours des infections parasitaires et mycosiques sont moins fréquemment décrites que dans les infections bactériennes et virales. Mais des observations de cryptococcoses neuro-méningées révélées par un accident vasculaire cérébral sont rapportées. NOWACK et BRADSHER (2) ont décrit un cas de cryptococcose avec un AVCI sous forme d'accident ischémique transitoire comme signe initial de manifestation de l'affection. LEITE *et al.* (1) ont aussi rapporté un cas d'accident ischémique constitué par méningite cryptococcique chez un sujet immunodéprimé par le VIH.

L'inflammation et la dilatation des espaces de Virchow-Robin engendrées par la localisation dans ces espaces des cryptococques en provenance des citernes de la base du crâne semblent être pour WEHN *et al.* (4) les mécanismes à l'origine de la vascularite compliquant la méningite due aux cryptococques et responsable des AVCI.

Conclusion

Ces observations invitent à rechercher, devant tout tableau d'AVC ischémique, une méningite cryptococcique, mais aussi une infection par le VIH entre autres étiologies. Il apparaît difficile dans nos observations de déterminer la part de responsabilité de la méningite par cryptocoque et de la méningite due au VIH dans la survenue de la vascularite.

Références bibliographiques

1. LEITE AG, VIDAL JE, BONASSER FILHO F, NOGUEIRA RS & OLIVEIRA AC – Cerebral infarction related to cryptococcal meningitis in an HIV-infected patient: case report and literature review. *Braz J Infect Dis*, 2004, **8**, 175-179.
2. NOWACK WJ & BRADSHER RW – Cryptococcal meningoencephalitis presenting as focal cerebral symptoms. *South Med J*, 1989, **82**, 595-596.
3. QURESHI AL, JANSSEN RS, KARON JM, WEISSMAN JP, AKBAR MS *et al.* – Human immunodeficiency virus infection and stroke in young patients. *Arch Neurol*, 1997, **54**, 1150-1153.
4. WEHN SM, HEINZ ER, BURGER PC & BOYCO OB – Dilated Virchow Robin spaces in cryptococcal meningitis associated with AIDS. CT and MRI findings. *J Comput Assist Tomogr*, 1989, **13**, 756-762.