

Introduction

Le syndrome de Lemierre (SL) constitue un véritable challenge sur le plan diagnostique et thérapeutique. Depuis sa description initiale, la tétrade classiques signalées au début du siècle à savoir une infection oropharyngée du jeune adulte en bonne santé compliquée d'une thrombose septique de la veine jugulaire interne (VJI) , d'embolies septiques à prédominance pulmonaire , et le *Fusobacterium necrophorum* (FN) comme germe causal [1,2] , a cédé la place à des variantes ou à des formes incomplètes de la maladie avec extension de la tranche d'âge atteinte et variation de sa microbiologie [3].

Objectifs

On se propose dans ce travail de décrire la présentation clinique, le diagnostic et notre expérience dans la prise en charge du syndrome de Lemierre .

Observation

Nous rapportons un cas de syndrome de Lemierre survenu dans un contexte d'angine et de cellulite nécrosante cervicale chez une patiente de 56 ans, dans un contexte fébrile ($T > 39\text{ °C}$) avec des cervicalgies et surtout des douleurs de l'hémithorax gauche augmentées lors de l'inspiration et de la mobilisation. ayant des antécédents de diabète de type 2 et d'hypertension artérielle. L'écho-doppler des vaisseaux du cou et la tomodensitométrie cervico-faciale et thoracique ont mis en évidence une volumineuse collection abcédée latéro cervicale droite, une thrombophlébite de la VJI et de multiples nodules pulmonaires excavés du lobe pulmonaire droit (Fig1) .

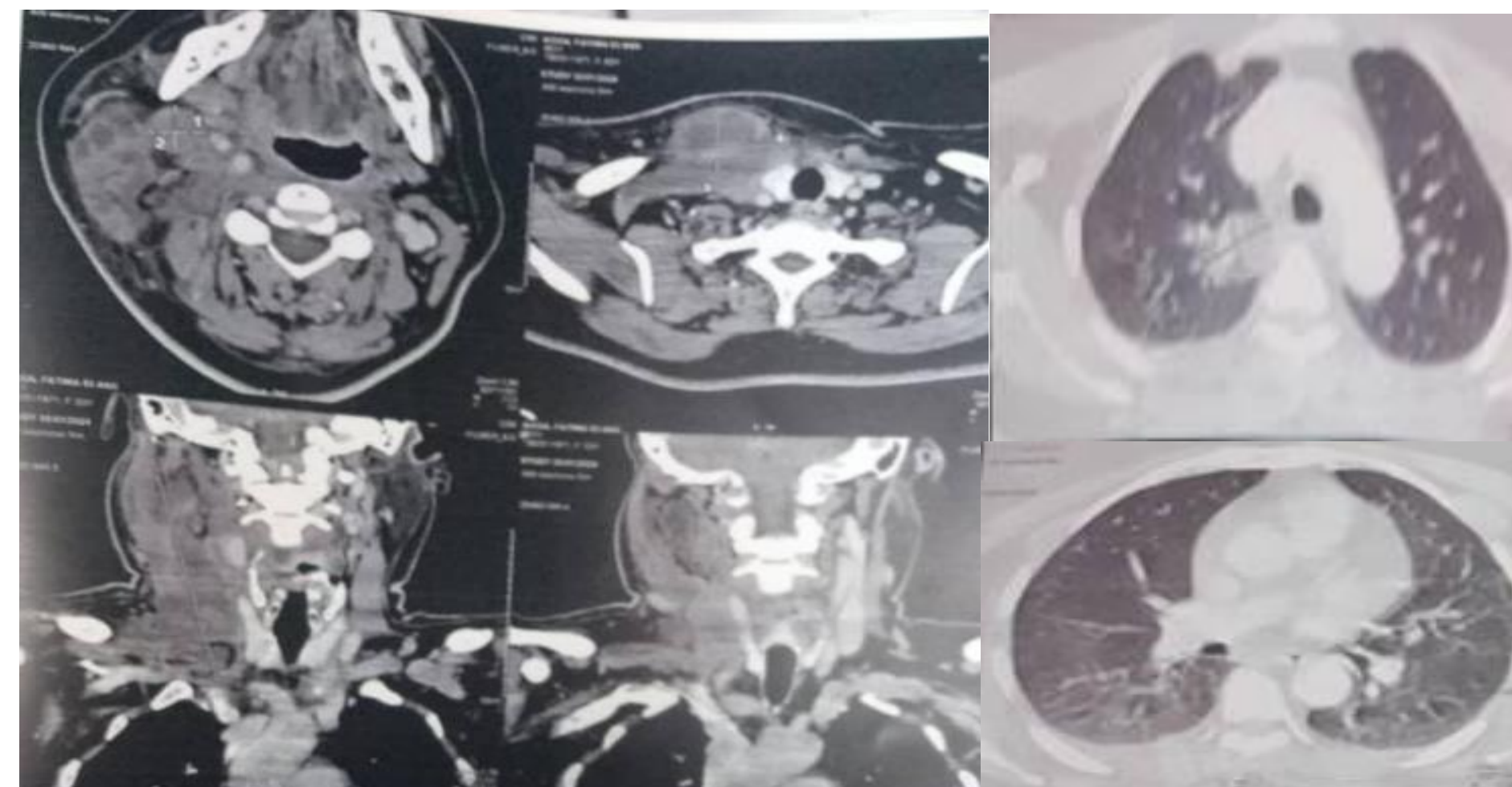


Fig. 1. Scanner cervico-facial et thoracique retrouvant la collection abcédée latéro cervicale droite; La thrombose de la veine jugulaire interne droite ;ainsi qu'un épanchement pleural bilatéral minime , de multiples nodules pulmonaires avec condensation excavée pulmonaire évocatrice d'abcès à droite .

Résultats

Nous avons traité notre patiente par incision chirurgicale et drainage de l'abcès cervical et par thérapie antimicrobienne parentérale par céfotaxime, gentamicine et le métronidazole, avec une anticoagulation qui a été initialement instaurée et une insulinothérapie pour le contrôle glycémique. Le bilan biologique montrait un syndrome inflammatoire important avec une CRP à 290 mg/L et une hyperleucocytose.

Les prélèvements bactériologiques peropératoires ont permis d'isoler le *Klebsiella pneumoniae* qui était sensible au céfotaxime .

Nous avons traité notre patiente pendant 21 jours. La normo glycémie a été atteinte avant sa sortie de l'hôpital et le suivi ultérieur s'est déroulé sans incident. Six mois plus tard, l'examen clinique était normal et le contrôle par TDM a montré la disparition de la thrombose et disparition des images pulmonaire .



Fig. 2 La patiente AF avec la tuméfaction latéro cervicale



Fig. 3. La patiente à J18 d'hospitalisation

Conclusion

Le syndrome de Lemierre est un sepsis rare et grave pouvant rapidement engager le pronostic vital en l'absence de prise en charge précoce.

Le diagnostic reposant avant tout sur une présomption clinique est confirmé par l'imagerie avec pour examen de référence le scanner cervico-thoracique avec injection de produit de contraste, et les examens bactériologiques.

La prise en charge repose sur un traitement antibiotique en urgence ; une anticoagulation est réservée à des situations à haut risque liées à la thrombose, et un traitement chirurgical dans des cas particuliers

Références

- 1- M. Risoud et al. Un syndrome de Lemierre atypique/ Annales françaises d'oto-rhino-laryngologie et de pathologie cervico-faciale 133 (2016) 112–113
- 2-C. Assouan et al. Une cellulite nécrosante cervicale révélant un syndrome de Lemierre .Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale 2016;117:158-160.
- 3- Garbati et al.: Lemierre's syndrome due to *Klebsiella pneumoniae* in a 63-year-old man with diabetes: a case report. Journal of Medical Case Reports 2012 6:97.