

Ne soyez pas trop PRESsé : Un cas de confusion entre SLEPR et AVC

- Edouard, VERSINI, CCA, médecine interne hôpital Louis-Mourier, Colombes, France
- Azza, REDISSI, Praticien associé attaché, Médecine interne, Hôpital Louis-Mourier, Colombes, France
- Camille, CHALIGNÉ, CCA, Médecine interne, Hôpital Louis-Mourier, Colombes, France
- Florent, HAPPE, PH, Médecine vasculaire, Hôpital Louis-Mourier, Colombes, France
- Isabelle, MAHÉ, chef de service, Médecine interne, Hôpital Louis-Mourier, Colombes, France

Résumé clinique :

- Mme C., 61 ans, hospitalisée en médecine interne après une prise en charge en réanimation pour coma hypoglycémique
- Antécédents :
 - Diabète de type 2 avec complications multiples (pied diabétique, amputation transmétatarsienne, neuropathie diabétique, insuffisance rénale chronique stade III)
 - Hypertension artérielle essentielle
- Au cours de son hospitalisation, perte de connaissance puis apparition de signes de localisations
- Diagnostic d'accident vasculaire cérébrale (AVC) avait été évoqué sur le scanner (figure 1) avant que l'IRM (figure 2) ne rétablisse le diagnostic de **Syndrome de Leuco-Encéphalopathie Postérieur Réversible (SLEPR)**

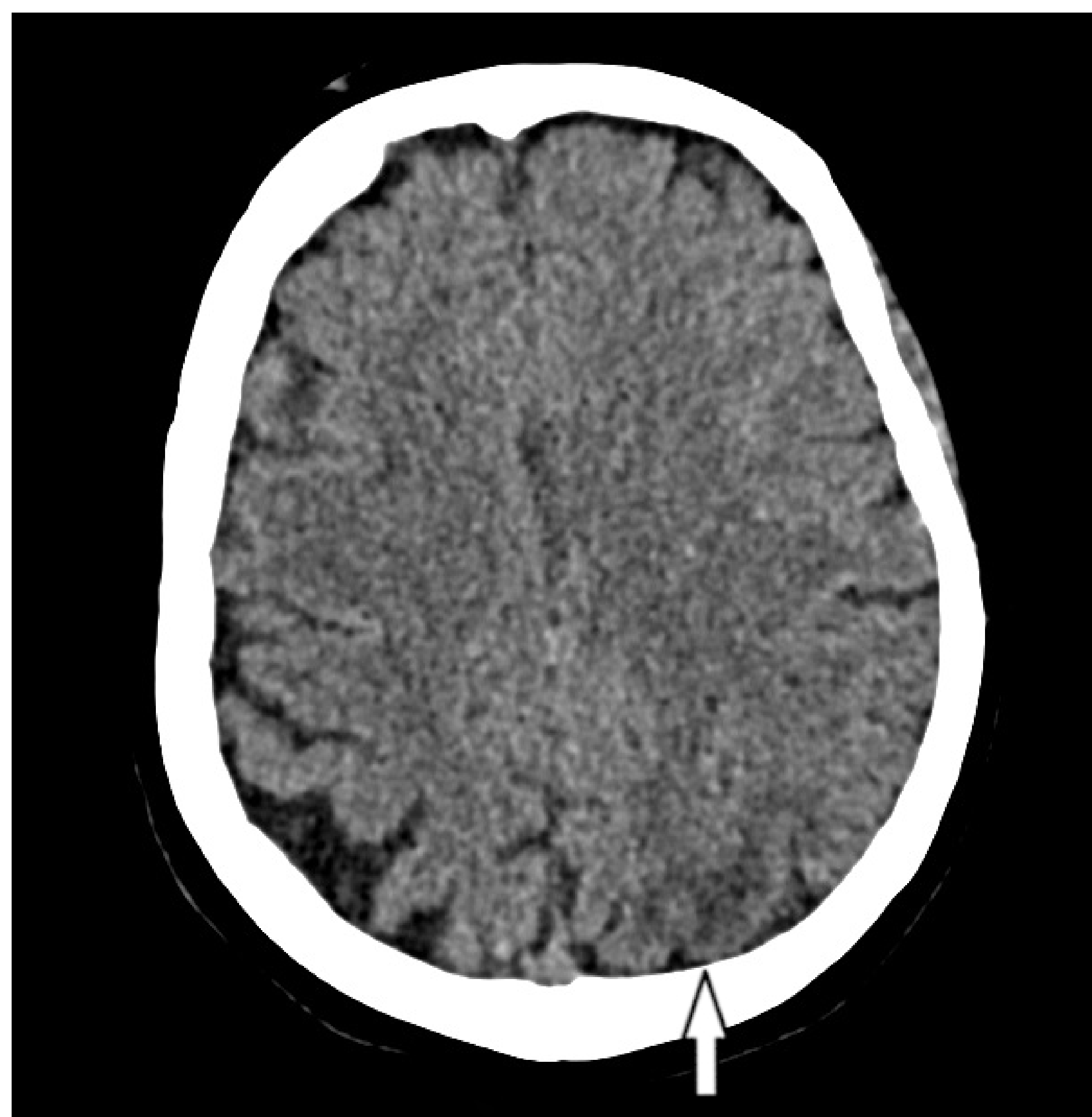


Figure 1 : Scanner cérébral sans injection avec présence d'une hypodensité pariétale gauche (flèche)

Chronologie des événements :

- A J13 de prise en charge à 7H, Mme C. retrouvée est inconsciente (GCS 3). La PA est à 221/76 mmHg.
- A 9H réalisation d'un scanner cérébral (figure 1) : le radiologue conclut à un AVC ischémique récent pariétal gauche.
- Entre 9H-15H reprise progressive conscience avec :
 - une paralysie faciale centrale droite
 - un déficit du membre supérieur droit
 - une aphasie.
- A 17H réalisation d'une IRM cérébrale (figure 2). L'IRM retrouve des lésions compatibles avec un SLEPR.
- Transfert en unité de soin continu, où elle présente deux crises d'épilepsie partielles. Introduction d'un traitement anti-hypertenseur IV et anti-épileptique.
- Après trois jours en USC : disparition du déficit moteur et amélioration de l'aphasie. Mme C. est transférée en médecine interne.
- 7 jours après la perte de connaissance, on constate la récupération ad integrum de l'état neurologique.

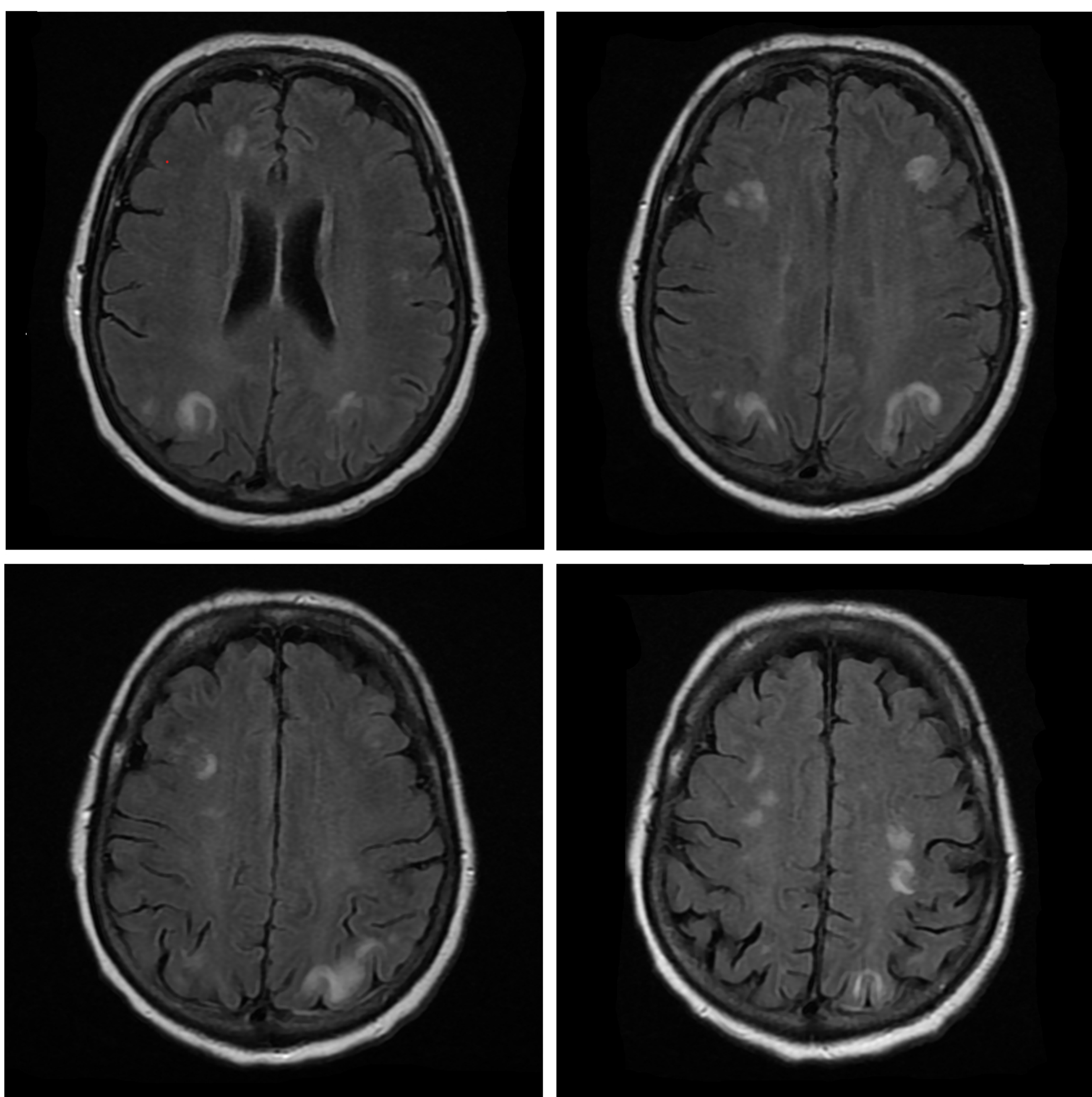


Figure 2 : IRM cérébrale en séquence FLAIR avec présence d'hypersignaux diffus de la substance blanche évocateurs de SLEPR

Points à retenir du cas :

- 1) Syndrome de Leuco-Encéphalopathie Postérieur Réversible (SLEPR), avec une présentation initiale évocatrice d'AVC ischémique
- 2) Devant la présentation atypique (présence de trouble de la conscience), l'IRM a permis de redresser le diagnostic et reste l'examen de référence
- 3) Contrairement à l'AVC ischémique, le SLEPR est habituellement réversible mais nécessite une identification rapide pour une prise en charge adaptée

Bibliographie :

1. Fugate JE, Rabinstein AA. Posterior reversible encephalopathy syndrome: clinical and radiological manifestations, pathophysiology, and outstanding questions. *The Lancet Neurology*. 2015 Sep 1;14(9):914–25.
2. Fischer M, Schmutzhard E. Posterior reversible encephalopathy syndrome. *J Neurol*. 2017 Aug 1;264(8):1608–16.
3. Anderson RC, Patel V, Sheikh-Bahaei N, Liu CSJ, Rajamohan AG, Shiroishi MS, et al. Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES): Pathophysiology and Neuro-Imaging. *Front Neurol* [Internet]. 2020 Jun 16 [cited 2024 Aug 28];11.