



«HTICI CHEZ L'ADULTE : ACTUALITÉS ET PRISE EN CHARGE NEURO-OPHTHALMOLOGIQUE ,À PROPOS DE 11 CAS ». "NEWS AND NEURO- OPHTHALMOLOGIC MANAGEMENT IN THE IDIOPATHIC INTRACRANIAL HYPERTENSION , ABOUT 11 CASES »

M. El Kaddoumi ,O. Cherkaoui

Departement of Ophtalmology A, Mohamed 5 University, Ibn Sina Hopital ,Rabat ,Morocco

Correspondance: Maryama El Kaddoumi ; Email : m.elkaddoumi@gmail.com

Résumé

L'hypertension intracrânienne idiopathique est une augmentation de la pression intracrânienne de cause inconnue, fréquente chez la femme jeune, obèse, pouvant aboutir à des séquelles visuelles irréversibles . Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle portant sur 11 cas atteint d'HTICI colligés au sein du service d'ophtalmologie A de l'hôpital des spécialités de Rabat (HER), entre janvier 2017 et Avril 2018

L'objectif de l'étude est de dégager les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, paracliniques, ainsi que les modalités thérapeutiques et évolutives de nos patients présentant une HTICI ainsi que le rôle du suivi ophtalmologique .

Le pronostic est principalement visuel et dépend de l'association avec des facteurs de risque ,le traitement chirurgical est indiqué dans les formes fulminantes et refractaires aux traitements.

Le diagnostic d'HTICI est surtout clinique. Le traitement est essentiellement médical. La correction des facteurs associés est fondamentale. La surveillance ophtalmologique est la pierre angulaire de la prise en charge.

Mots clés : Oedeme papillaire- cephalées -Acetazolamide-obésité

Abstract

Idiopathic intracranial hypertension is an increase in intracranial pressure of unknown cause, common in young women , obese, which can lead to irreversible visual effects.

This is a retrospective observational study on 11 patients suffering from HTICI collected in the ophthalmology department A in hospital specialties Rabat (HER) between June 2017 and March 2018 . We collected for each patient epidemiological , clinical,paraclinical .Similarly , we noted therapeutic modalities

scalable and ophthalmological monitoring for these patients. Then we compared our results with those of the literature.

The prognosis is mainly visual and depends on the speed of care and associated factors. Surgical treatment , fenestration of the sheath of the optic nerve or derivation of cerebrospinal fluid is indicated for a refractory HTICI with progressive visual loss .

The diagnosis of HTICI is especially clinic. Treatment is essentially medical . The correction of associated factors is fundamental. The Ophthalmologic monitoring is the cornerstone supported.

Keywords : Papilloedema- obesity- lumbar puncture- Acetazolamide- cephalalgia.

C'est un syndrome d'hypertension intracrânienne isolée sans lésions intracrâniennes .Une maladie chronique de l'adulte jeune. Les critères diagnostiques actuels sont ceux de Dandy modifiés en 2002.

L'hypertension intracrânienne idiopathique HTICI est une augmentation de la PIC supérieure à 25 cm d'eau de cause inconnue, fréquente chez la femme jeune, obèse, pouvant aboutir à des séquelles visuelles irréversibles par atrophie optique.Plusieurs facteurs de risque sont actuellement décrit ,mais les mécanismes physiopathologiques présentes toujours un grand énigme .Le couple champ visuel et OCT a un interet capital dans le suivi et le pronostic de la maladie.Le rôle de l'ophtalmologiste est d'Identifier les patients ayant une HTICI à haut risque visuel. Adapter la stratégie thérapeutique et le suivi.

It is an isolated intracranial hypertension syndrome without intracranial lesions. A chronic disease of the young adult. The current diagnostic criteria are those of Dandy modified in 2002.

HTICI idiopathic intracranial hypertension is an increase in CIP greater than 25 cm of water of unknown cause, common in young, obese women, which can lead to irreversible visual sequelae due to optical atrophy. Several risk factors are currently described, but the physiopathological mechanisms always present a big enigma .The couple visual field and OCT has a capital interest in the follow-up and the prognosis of the disease. The role of the ophthalmologist is to Identify the patients with HTICI at high visual risk. Adapt therapeutic strategy and follow-up.

MÉTHODES

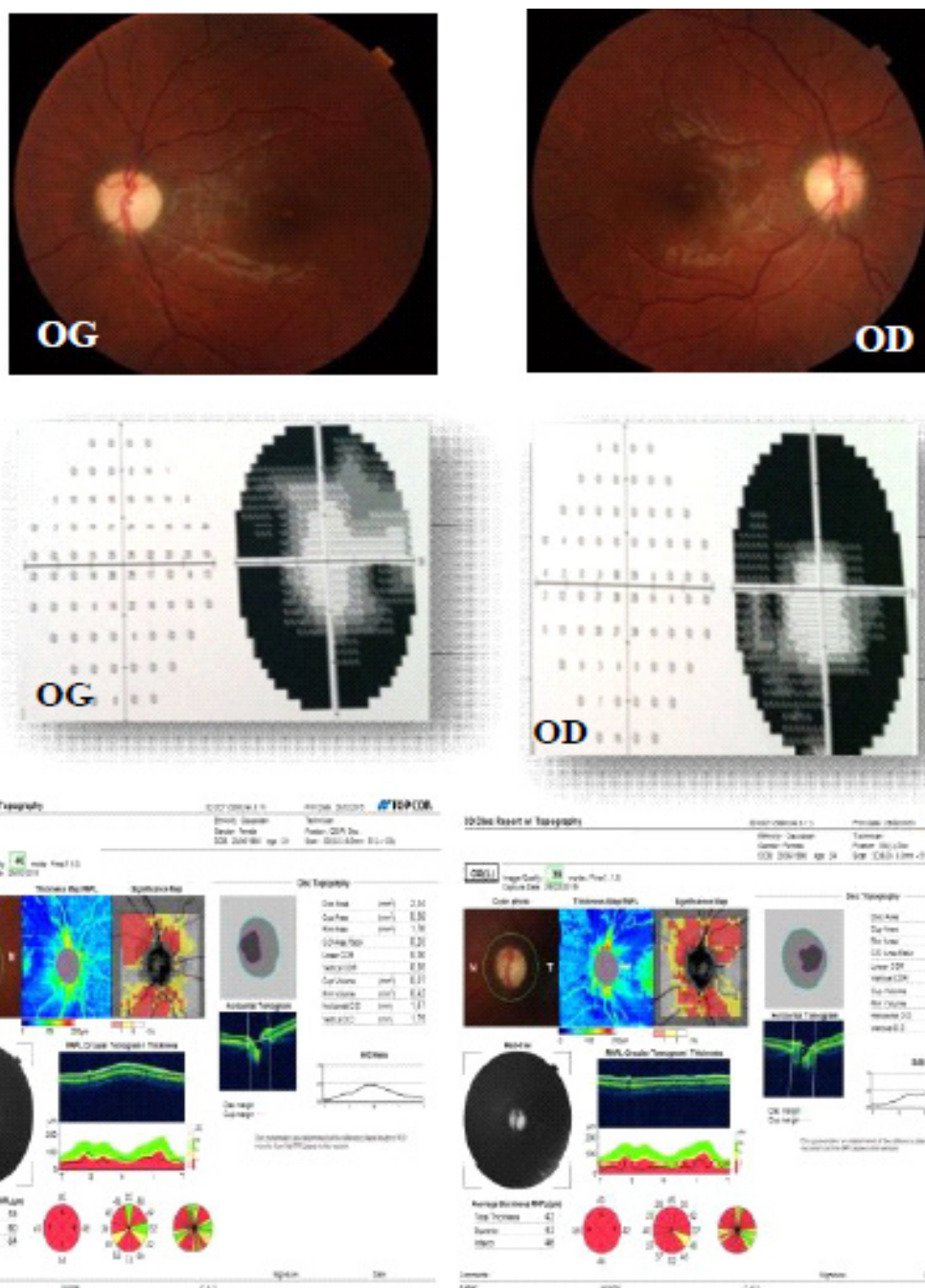
Il s'agit d'une étude prospective, à propos de 11 patientes, sur une période de 15 mois de janvier 2017 à avril 2018 au sein du service d'Ophtalmologie A, de l'hôpital des spécialités de Rabat –MAROC- Les critères d'inclusion sont : un oedème papillaire bilatéral, une imagerie normale, une pression du LCS > 25 mm Hg et un examen cytot bactériologique et biochimique normal.

L'objectif de notre étude est de rapporter les différentes hypothèses physio et étiopathogéniques, encore en évolution et analyser les modalités de prise en charge ainsi que les facteurs cliniques et pronostiques de l'HTICI et les repercussions sur la vision.

METHODS

This is a prospective study of 11 patients over a 15-month period from January 2017 to April 2018 in the Ophthalmology A department of the Rabat specialty hospital -MAROC-Criteria include: bilateral papilledema, normal imaging, LCS pressure>25 mmHg and normal cytobacteriological and biochemical examination.

The objective of our study is to report the different physio and aetiopathogenic hypotheses, still evolving and to analyze the management methods as well as the clinical and prognostic factors of the HTICI and the repercussions on the vision.





RÉSULTATS

Nous avons colligé 11 patients ayant 26 ans d'âge moyen, avec une prédominance féminine. Parmi les facteurs associés, nous avons noté la fréquence relative de l'obésité (IMC = 32). Les céphalées étaient le signe fonctionnel le plus fréquent (91%). L'acuité visuelle était conservée avec un cas d'atrophie optique bilatérale. 18% ont présenté un DPAR, l'œdème papillaire était bilatéral dans 100% des cas et asymétrique dans 45%.

Le champ visuel et OCT étaient systématiquement demandés. La corrélation champ visuel-OCT était nécessaire avec chez 100% des patients un élargissement de la tâche aveugle. Figure 3 La pression d'ouverture du LCS supérieure à 25cm d'eau chez 100% des patients (entre 28 et 50 cm d'eau) avec examen cyto-bactériologique normale. L'AngioTDM était systématiquement demandé chez tous nos patientes avec 2 cas d'arachnoïdocèle interstellaire et dilatation des gaines périoptiques en IRM. Figure 4

La majorité des patients était mis sous Acétazolamide à dose de 1gramme et demi par jour, une seule patiente a été mise sous Topiramate, toutes les patientes ont bénéficié d'un suivi diététique et d'un régime avec activité physique, l'arrêt de la contraception n'était pas possible à l'exception d'une seule patiente qui a mis en place un dispositif intra-utérin. Aucune de nos patientes n'a nécessité des ponctions lombaires itératives.

Le recours à la corticothérapie était indiqué chez 1 patiente avec HTIC fulminante n'ayant pas répondu au traitement maximal par acétazolamide. L'évolution était souvent bonne avec un suivi rigoureux, les fac-



Figure 4 : IRM montrant une arachnoïdocèle intrasellaire .

teurs de gravités sont la prise de poids récente, l'absence de céphalées, altération importante initiale du champ visuel chez 18% des patients.

Le suivi par le champ visuel automatisé Humphrey (30-2) a objectivé un déficit moyen en OD en dB : -14dB et OG :-11dB avec une nette amélioration notée sur les champs visuels des 10 patientes après 6 mois de traitement avec un gain de -3.93 dB en OG et -3dB en OD. Figure 1

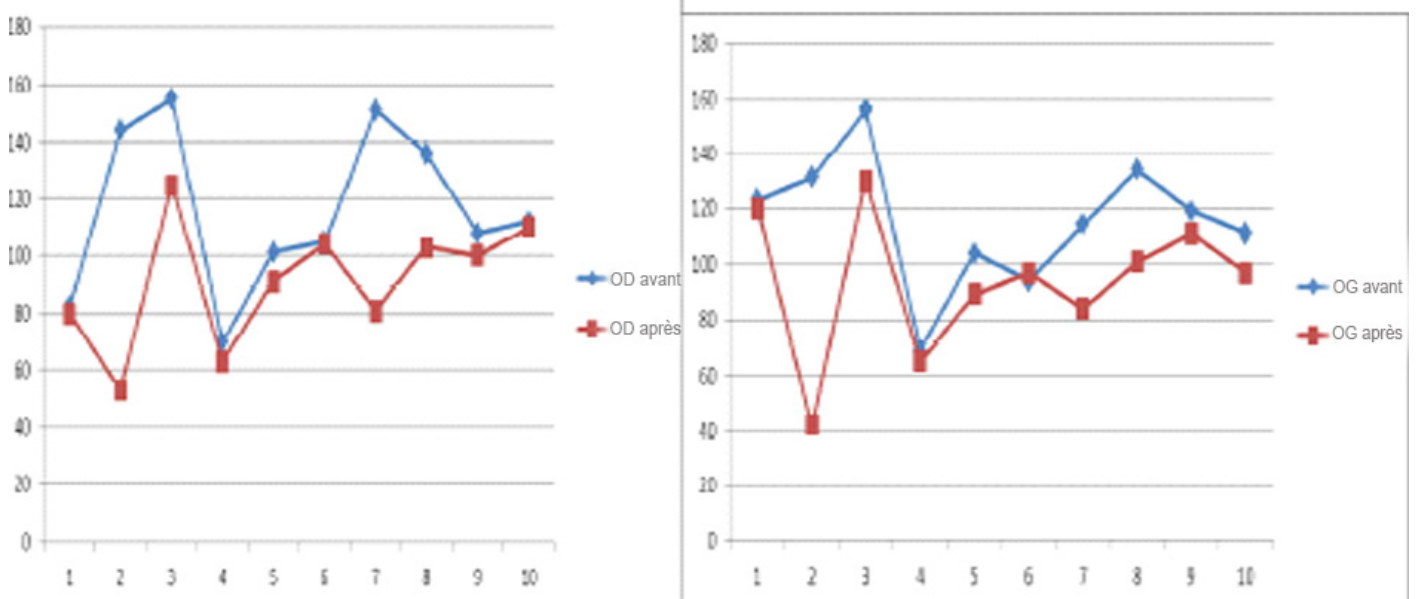


Figure 1: Evolution du MD après 3 mois de traitement par Acetazolamide

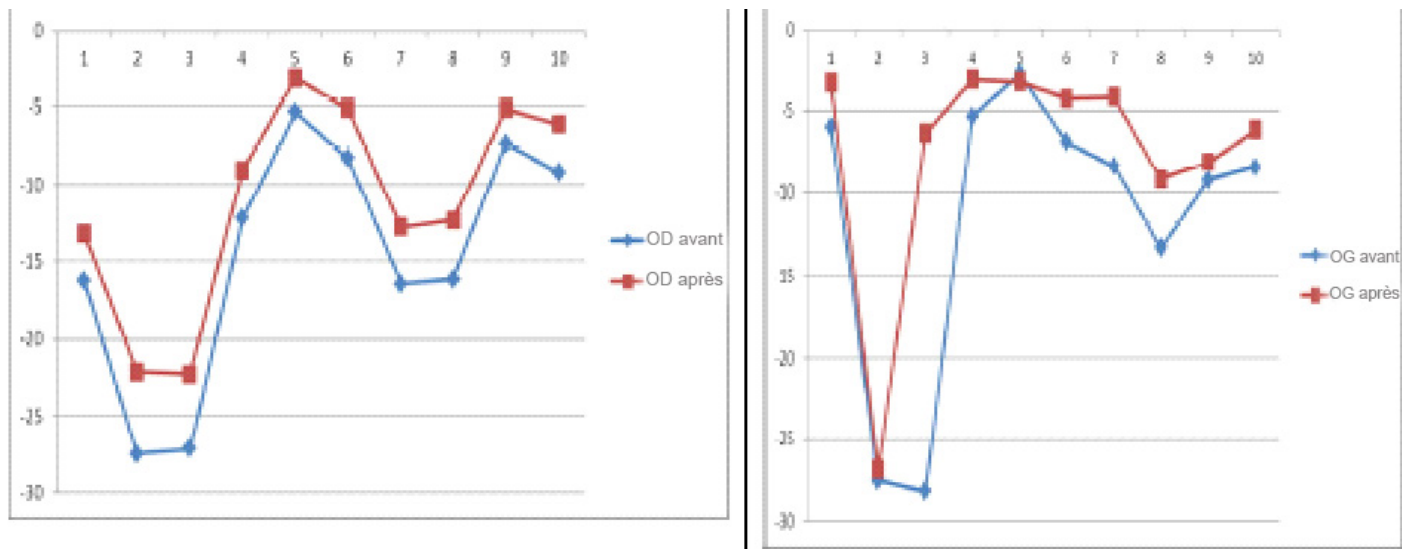


Figure 2: Evolution du RNFL après 3 mois de traitement par Acetazolamide

Le suivi par l'OCT spectral domain a objectivé au début du traitement une augmentation du RNFL moyen en OD de : 116 μ m en OD et 115 μ m en OG avec un RNFL moyen de contrôle après 6mois en OD qui était de 91 μ m et en OG 94 μ m par rapport à un RNFL moyen initial qui était de : 116 μ m en OD et 115 μ m en OG. Figure 2.

DISCUSSION

L'HTICI est une pathologie de la femme jeune obèse. Le pronostic est surtout visuel et dépend de la rapidité de la prise en charge et des facteurs associés.

La physiopathologie est mystérieuse , plusieurs hypothèses ont été rapportés notamment : Augmentation de la sécrétion du LCS mais l'absence d'hydrocéphalie dans l'HTICI ne valide pas cette théorie. [1] Diminution de la résorption du LCS: Par altération de l'ultra-structure des granulations arachnoïdiennes. [2,3,] et un défaut du métabolisme de la Vit A [2]. Augmentation de la pression veineuse intracrânienne: Par obstacle au drainage veineux [3,4]

Sur le plan épidémiologique l'Incidence est de 20/ 100 000 dans le groupe à haut risque des femmes jeunes obèses. [5] 90 % des cas de sexe féminin, des cas familiaux ont été décrits, Facteur pronostic : atteinte plus sévère chez les patients de race noire (risque x 8) .L'Obésité est présente dans 94 % des cas [6] 80% des patients entre 20 et 44 ans , rare chez l'enfant (60% >de 10 ans.)

Le diagnostic d'HTICI est actuellement fondé sur les critères modifiés de Dandy en 2002 .

Les critères ont été récemment révisés non encore validés. [7] HTICI a été séparée en deux entités : HTICI avec œdème papillaire et HTICI sans œdème (paralysie du VI).

Les céphalées: représentent 75 à 99 % , la sévérité des céphalées n'est pas corrélée avec la PIC, la nouvelle version de la classification internationale des céphalées (2013) élimine toute description particulière des céphalées. [1] Les Acouphènes sont pulsatiles chez 60% à 87% des patients, c'est le premier symptôme à réapparaître en cas de récurrence de l'HTICI (fistule dure: à éliminer) , la diplopie (1-26%) binoculaire et horizontale . [8] La rhinorrhée et otorrhée cérébrospinale témoigne d'une déhiscence osseuse de la lamina cribrosa de l'ethmoïde .

La ponction lombaire a un intérêt diagnostique et thérapeutique , elle améliore les céphalées, la pression doit être sup ou égal à 25 cm d'eau chez l'adulte et sup ou égal à 28 cm d'eau chez l'enfant. [8] L'examen cyto-bactériologique et biochimique doit être strictement normal.

L'augmentation est diffuse du RNFL dans l'œdème papillaire de stase mais la segmentation n'est pas toujours précise et n'est pas spécifique de l'OP de stase. [9,10] OP de stase se traduit en OCT sous deux formes: L'augmentation de l'épaisseur rétinienne totale (ERT) et l'accumulation de liquide sous rétinien.

L'imagerie doit éliminer un: [8,9] processus expansif , une hydrocéphalie , une thrombose veineuse cérébrale , une fistule dure. L'IRM est actuellement la plus recommandée , parfois couplée à l'angiographie par résonance magnétique (ARM).

Les facteurs pronostiques cliniques et paracliniques [1] sont la sévérité de l'œdème papillaire , l'altération du champ visuel initial , l'absence de céphalées et l'HIC fulminante .



Facteurs pronostiques généraux sont Le sexe masculin (risque fois 2).sujet mélanoderme (le risque de cécité sur au moins un œil fois 5 par rapport aux patients caucasiens),l'obésité sévère[9,10]

Le traitement : Repose essentiellement sur l' Acetazolamide qui est prescrit à la dose de 1 ou 2 g /jr. L'étude Idiopathic Intracranial Hypertension Treatment Trial(IIHTT) aux Etats-Unis en 2015 a démontré que l' Acetazolamide améliore le pronostic visuel dans l'HTICI et réduit la production du LCS chez les humains de 6% à 50% ,améliore le MD mais n'a pas d'effet sur les céphalées,la posologie est de 4 cp par jour en 2 doses fractionnées, suivie par l'augmentation de 1 cp/S jusqu'à une dose maximale de 4 g / j.

La chirurgie est actuellement un domaine de recherche dans le cadre de l'HTICI rebelle au traitement médical ,la dérivationlombo-péritonéale ou dérivation ventriculo-péritonéale peuvent être utiliser [11].

La fenestration de la gaine du N.optique est utilisé si OP important avec baisse visuelle sans céphalées, prophylaxie d'une défaillance de la dérivation, ou patients avec détérioration visuelle progressive.[1] avec des complications graves+++.[12],actuellement l'ONSF unilatérale réduit la teneur de l'oedème papillaire dans l'oeil non opéré controlatéral. [13]

Angioplastie-stenting si sténose bilatérale des sinus transverses s'aggravant malgré un traitement médical (ou unilatérale en cas de sinus transverse controlatéral hypoplasique) ou patients avec un œdème papillaire et anomalies du champ visuel ne s'améliorant pas avec le traitement médical.[12],

CONCLUSION

L'HTIC idiopathique est une entité particulière affectant essentiellement la jeune femme obèse, avec une physiopathologie mystérieuse. L'identification de patients à haut risque d'évolution défavorable permet de mieux préciser les stratégies thérapeutiques lors de l'évaluation initiale ainsi que le suivi.Le pronostic de l'HIC idiopathique est essentiellement visuel et une collaboration entre neurologues et ophtalmologistes est essentielle pour assurer le suivi optimal de la fonction visuelle par des champs visuels et mettre en place le traitement approprié.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Alex K Ball, Carl E Clarke : Idiopathic intracranial hypertension. *Lancet Neurol* 2006; 5: 433–42.
- [2] AJ. Sinclair et al. : Exploring the pathogenesis of IIH: An inflammatory perspective. *Journal of Neuroimmunology* 2008 ; 201–202 212 – 220.
- [3] J. Chazal, O. Klein : Hypertension intracrânienne bénigne : historique, définition et physiopathologie; *Neurochirurgie* 54 (2008) 704–709.
- [5] Durcan F, Corbett J, Wall M : The incidence of pseudotumor cerebri: population studies in Iowa and Louisiana. *Arch Neurol* 1988; 45: 875–77.
- [7] FIONA J. ROWE : Assessment of visual function in idiopathic intracranialhypertension. *British Journal of Neurosurgery*, February 2011; 25(1): 45–54.
- [8] Biousse V. Idiopathic intracranial hypertension: diagnosis, monitoring and treatment. *Rev Neurol* 2012;168:673–83.
- [9] Kathleen B. Digre Idiopathic Intracranial Hypertension Headache Current Pain and Headache Reports 2002;6:217–225.
- [10] Menke MN, Fekete GT, Trempe CL. OCT measurements in patients with optic disc edema. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2005;46:3807–11.
- [11] Tarnaris A, Toma AK, Watkins LD et al.: Is there a difference in outcomes of patients with idiopathic intracranial hypertension with the choice of cerebrospinal fluid diversion site: a single centre experience. *Clin Neurol Neurosurg* 2011;113(6):477–9.
- [12] Ahmed RM, Wilkinson M, Parker GD et al. Transverse sinus stenting for idiopathic intracranial hypertension: a review of 52 patients and of model predictions. *AJNR Am J Neuroradiol* 2011;32(8):1408–14
- [13] Degnan AJ, Levy LM. Pseudotumor cerebri: brief review of clinical syndrome and imaging findings. *AJNR Am J Neuroradiol* 2011; 32:1986–93.