

Rôle de la corticothérapie systémique dans le syndrome de Tolosa-Hunt

G.Bouayad, Y.Abaloune, N.Elouattassi, I.Tarib, I.Fiqhi, R.Zerrouk F.Elasri, K.Redha, A.Oubaaz
Service d'ophtalmologie Hôpital Militaire Mohamed V, Faculté de médecine et de pharmacie
Université Mohammed V Rabat

Résumé

Introduction : Le syndrome de Tolosa-Hunt, décrit est une inflammation non spécifique des septas et du toit du sinus caverneux. Ce syndrome clinique reste une entité rare, dont les mécanismes physiopathologiques sont encore mal élucidés. Nous rapportons le cas d'une patiente de 54 ans, diabétique qui se présente dans un tableau d'ophtalmoplégie douloureuse gauche rapidement progressive avec exophtalmie. Un bilan exhaustif a permis de dresser le tableau de syndrome de Tolosa-Hunt, devant l'évolution favorable sous corticoïdes et l'absence d'autres diagnostics.

Mots-clés : Tolosa-Hunt, corticothérapie

Le syndrome de Tolosa-Hunt, décrit initialement en 1954, est une inflammation non spécifique des septas et du toit du sinus caverneux, avec infiltration cellulaire, faite de lymphocytes, de cellules géantes et de fibroblastes[1],[2]; mais ses mécanismes physiopathologiques restent encore à élucider. C'est une entité rare, avec une incidence de 1 cas /1million d'habitants/an[3].

Cas clinique

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 54 ans, ayant comme antécédents un diabète type 2 sous insulinothérapie, qui présente depuis 01an plusieurs épisodes de céphalées hémicrâniennes rebelles au traitement symptomatique avec paresthésies hémifaciales gauches et limitation homolatérale de la motilité oculaire.

Ce tableau a été aggravé 01 mois avant son admission par l'installation d'une ophtalmoplégie douloureuse gauche rapidement progressive avec exophtalmie.

L'examen a trouvé à l'œil gauche un ptosis minime, une exophtalmie inflammatoire douloureuse et irréductible, avec limitation de l'adduction, de l'abduction et du regard oblique ; une sensibilité et une motricité faciales conservées. L'acuité visuelle était chiffrée à 8/10, avec kératite d'exposition minime, un réflexe photo-moteur direct et consensuel positif, une PIO à 20mmHG et un FO normal (papille d'allure normale). L'examen de l'œil controlatéral et le reste de l'examen neurologique étaient sans particularités.

Une TDM orbito-cérébrale demandée en urgence était normale en dehors d'une exophtalmie axiale grade1.

Le test de Lancaster montrait une paralysie de la III^{ème}, IV^{ème} et V^{ème} paire crânienne gauche. Le champ visuel et la vision de couleur ne montraient pas d'anomalies ;

Un premier bilan notamment infectieux (numération Formule sanguine, vitesse de sédimentation, ionogramme sanguin avec protéine C réactive, examen cytot bactériologique

des urines et radiographie thoracique) a été demandé ; n'objectivant qu'un syndrome inflammatoire non spécifique, un bolus de corticoïdes a alors été démarré.

Un complément de bilan étiologique a été réalisé en seconde intention, comprenant notamment l'angio-IRM orbito-cérébrale, qui a montré une infiltration diffuse du sinus caverneux. Un bilan biologique, fait de l'analyse cytot bactériologique et biochimique de la ponction lombaire, le bilan phosphocalcique sanguin et urinaire, le bilan de crase, le bilan immunologique: AAN-AC anti DNA, AC anti SSA-SSB-SSM, l'enzyme de conversion de l'Angiotensine, les Sérologies toxoplasmiques, syphilitiques et virales: Herpès, HVB-HVC et HIV, l'intradermoréaction à la tuberculine, le bilan thyroïdien: T3-T4-TSH-AC anti-thyroperoxydase-Thyroglobuline, l'électrophorèse des protéines sériques, l'étude du lavage broncho-alvéolaire et l'étude anatomopathologique de la fibroscopie bronchique, était normal.

La Radiographie panoramique, des sacro-iliaques, le Blon-deau et la TDM thoracique étaient sans particularités.

L'évolution, après Bolus, a été marquée par une amélioration spectaculaire de la symptomatologie dès le deuxième jour du bolus avec disparition de la douleur et récupération rapide de la motilité oculaire au bout de 7 jours de traitement.



Avant traitement



A 7j du traitement

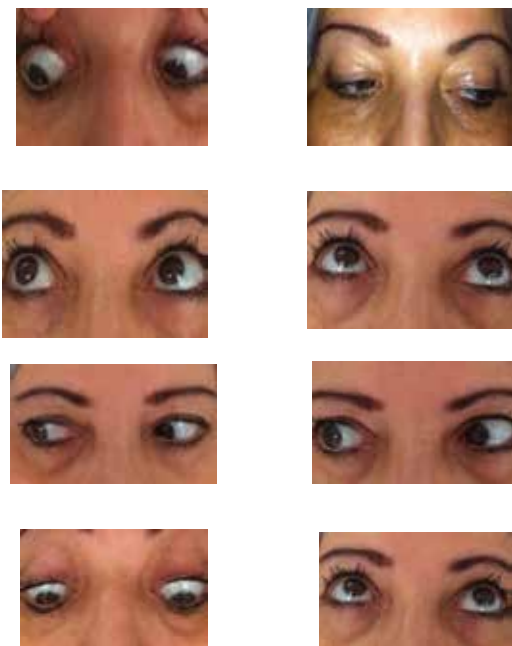


Figure1 : Photographies montrant la récupération de la motilité oculaire après traitement.

Discussion

Le syndrome de Tolosa Hunt est une affection rare dont les mécanismes étiopathogéniques sont encore inconnus. Son diagnostic repose sur l'élimination des autres causes d'ophtalmoplégie douloureuse, notamment les causes infectieuses, tumorales et vasculaires et sur les arguments cliniques et radiologiques [4]; l'examen anatomopathologique montrant une réaction inflammatoire granulomateuse non spécifique. Néanmoins, des critères diagnostics ont été proposés pour retenir le diagnostic de ce syndrome :

- 1- douleur rétro-orbitaire intense ;
- 2- paralysie des paires crâniennes III, IV et VI, de la branche ophtalmique du V et des fibres sympathiques de la carotide intracaverneuse ;
- 3- persistance des symptômes pendant des jours ou semaines ;
- 4- régression spontanée de la douleur ;
- 6- réponse favorable aux corticoïdes [5], [6].

Ainsi devant ce tableau clinique, l'évolution favorable sous corticoïdes et l'absence d'autres diagnostics, nous avons retenu le Syndrome de Tolosa-Hunt. La patiente a été gardée sous corticothérapie orale, à raison de 1mg/kg/j avec dégression progressive à partir de la 6ème semaine ; la récupération de la motricité oculaire était normale au 7e jour de traitement.

Conclusion

Le Syndrome de Tolosa-Hunt est une affection rare, qui consiste en une inflammation du sinus caverneux responsable d'une ophtalmoplégie douloureuse. Le diagnostic de cette pathologie repose sur un faisceau d'arguments cliniques. Néanmoins, le recours aux examens complémentaires est obligatoire afin d'éliminer d'autres diagnostics pouvant revêtir un caractère plus urgent. Nous avons montré à travers ce travail la réponse spectaculaire de cette pathologie aux corticoïdes, laquelle réponse est un fort argument diagnostic en faveur de cette pathologie.

Bibliothèque

- [1],[2] Tolosa E. Periarteritic lesions of the carotid siphon with the clinical features of a carotid infraclinoidal aneurysm. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 1954; 17:300.
- [3] Iaconetta G, Stella L, Esposito M, Cappabianca P. Tolosa-Hunt syndrome extending in the cerebello-pontine angle. *Cephalalgia* 2005; 25:746.
- [4] Maji Biplab, Das Dipankar. Tolosa-Hunt syndrome. *Sri Lanka Journal of Child Health*, 2014; 43(4): 244-245.
- [5] Hunt WE. Tolosa-Hunt syndrome: one cause of painful ophthalmoplegia. *J Neurosurg.* 1976;44(5):544-9.
- [6] Jho HD, Ha HG. Endoscopic endonasal skull base surgery: Part I - The midline anterior fossa skull base. *Minim Invas Neurosurg.* 2004;47(1):1-8.