



Case report

Œdème papillaire bilatéral secondaire à une hypertension intracrânienne chez une adolescente

Bilateral papilledema secondary to intracranial hypertension in an adolescent girl

Seydou Bakayoko^{1,&}, Nouhoum Guirou¹, Brainima Coulibaly¹, Jeannette Traoré¹

¹Centre Hospitalier Universitaire, Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique, Boulevard du Peuple, Bamako, Mali, Boulevard du Peuple, Bamako, Mali

[&]Corresponding author: Seydou Bakayoko, Centre Hospitalier Universitaire, Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique, Boulevard du Peuple, Bamako, Mali

Mots clés: Œdème, papille, angiographie

Received: 21/12/2016 - Accepted: 02/02/2017 - Published: 03/03/2017

Résumé

L'œdème papillaire est un gonflement liquidien et /ou axonal de la tête du nerf optique du à un blocage du flux axoplasmique au niveau de la lame criblée. Nous rapportons le cas d'une jeune adolescente âgée de 17 ans, qui présenta un œdème papillaire bilatéral secondaire à une hypertension intracrânienne idiopathique.

Pan African Medical Journal. 2017;26:123. doi:10.11604/pamj.2017.26.123.11463

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/26/123/full/>

© Seydou Bakayoko et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Papilledema is a fluid and/or axonal swelling of the optic nerve head due to a blockage of axoplasmic flow at the level of the cribriform plate. We report the case of a 17-year old adolescent girl with bilateral papilledema secondary to idiopathic intracranial hypertension.

Key words: *Edema, papilla, angiography*

Introduction

L'œdème papillaire est l'expression clinique d'affections diverses. Il s'agit d'un gonflement liquidien et /ou axonal de la tête du nerf optique du à un blocage du flux axoplasmique au niveau de la lame criblée [1, 2].

Patient et observation

Mlle R F, âgée de 17 ans, admise dans notre service plus d' un mois après l'apparition de nausée, de céphalées et une baisse de la vision. Elle avait été vue en neurologie pour les mêmes symptômes. L'état général était satisfaisant, sans variation pondérale récente ni surcharge. A l'interrogatoire, aucune prise médicamenteuse ni vaccination n'étaient signalée. L'examen neurologique avec tomodynamométrie cérébrale ne révélait aucune anomalie. A l'examen ophtalmologique, l'acuité visuelle était réduite à 1/20^{ème} sur chaque œil avec un segment antérieur normal. La pression intra oculaire était de 17 mm Hg. Au fond d'œil, il existait un œdème papillaire bilatéral avec des nodules cotonneux, des hémorragies et un aspect exsudatif d'étoile maculaire Figure 1. Le champ visuel était perturbé de façon globale et non systématisé avec élargissement de la tache aveugle. L'angiographie a confirmé l'œdème par une hyperfluorescence papillaire. La ponction lombaire a montré un LCR hypertendu de composition normale, évocateur d'un syndrome d'HTIC bénigne. Les examens biologiques (sérologie syphilitique TPHA/VDRL, Toxoplasmique IgG/IgM) étaient négatifs. Un traitement par acétazolamide 250mg a été prescrit à la dose de 375 mg/jour et une corticothérapie pendant 10 jours ont permis l'amélioration de l'acuité visuelle (10/10^{ème} faible œil droit et 9/10^{ème}œil gauche) 6 semaines plutard mais avec pâleur modérée de la papille Figure 2. La normalisation du champ visuel a été obtenue au 2^{ème} mois.

Discussion

Il s'agit d'un œdème papillaire de stase bilatéral idiopathique ou pseudotumor cerebri dont la symptomatologie fonctionnelle était marquée par des céphalées, des nausées et une baisse sévère de l'acuité visuelle. Les manifestations cliniques de l'HICB sont celles de toute HIC. Les céphalées avec nausées et/ou vomissements constituent l'une des manifestations initiales majeures dans la plupart des séries comme dans notre cas [3, 4]. L'acuité visuelle est habituellement conservée pour les œdèmes papillaires de constitution récente [1, 2, 5]. L'œdème papillaire peut être associé à une baisse de l'acuité visuelle comme dans notre cas; cette atteinte de l'acuité a été notée par d'autres auteurs ; une atteinte transitoire dans 50 à 60% [3] et de 10 à 30% [4]. Habituellement l'association d'un œdème papillaire et une étoile maculaire (partiel ou total) définit le tableau clinique d'une neurorétinite [6] dont les étiologies sont multiples, incluant principalement des pathologies infectieuses, inflammatoires locales ou systémiques mais aussi des atteintes vasculaires. Dans notre cas nous éliminé cette hypothèse devant le jeune âge de notre patiente et en absence de foyer de rétinite ou de choréïdite au fond d'œil. Nous avons donc retenu le diagnostic d'hypertension intracrânienne bénigne. L'hypertension intracrânienne bénigne est définie par les critères diagnostiques suivants : présence de céphalées, absence de signe neurologique de focalisation, normalité de l'examen neuroradiologique, normalité de la biologie du liquide céphalorachidien avec augmentation de la pression à la ponction [1, 5, 7, 8]. Dans notre cas la patiente a été mise sous Acétazolamide (Diamox) associé à une corticothérapie de courte durée. Nous avons obtenu une remontée de l'acuité visuelle en 10 jours sous acétazolamide seul ; cela pourrait s'expliquer par le fait que cette HIC était probablement transitoire. D'autres auteurs [5, 7, 9, 10] ont prouvé l'efficacité du traitement par Acétazolamide seul ou parfois associée à une corticothérapie selon les cas.

Conclusion

Devant un œdème papillaire bilatéral, le diagnostic d'HTIC bénigne idiopathique doit rester un diagnostic d'élimination. Le diagnostic, comme le traitement peut s'avérer multidisciplinaire associant ophtalmologiste, radiologue et neurologue et neurochirurgien.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont participé à la rédaction de ce manuscrit.

Figures

Figure 1: Cliché couleur

Figure 2: Cliché couleur

Références

1. Elouarradi H, Daoudi R. Œdème papillaire de stase bilatéral révélant une hypertension intracrânienne bénigne. *Pan Afr Med J*. 2014 Mai 27;18:96. **PubMed | Google Scholar**
2. Rougier MB. Œdème papillaire bilatéral: conduite diagnostique. *J Fr Ophtalmol*. 2010 Juin;33(6):424-9. **PubMed | Google Scholar**
3. Orssaud C, Dureau P, Zerah M, Cinalli G, Sainte Rose C, Kahn AP, Dufier JL. L'hypertension intracrânienne bénigne de l'enfant. *J Fr Ophtalmol*. 2001 Janvier;24(1):54-9. **PubMed | Google Scholar**
4. Samira Makri, Walid Abdellaoui, Djarfer Oulbani, Samir Salhi, Kamel Boustil. Hypertension intracrânienne idiopathique avec selle turcique vide: à propos de deux observations. *Revue maghrébine de Neurosciences*. 2009; 4 : 5. **PubMed | Google Scholar**
5. Kling F, Cochener B, Colin J. Œdème papillaire bilatéral chez la femme jeune: à propos de 2 cas d'hypertension intracrânienne bénigne. *J Fr Ophtalmol*. 2002;25(8):835-839. **PubMed | Google Scholar**
6. Serghini Y, Koch E, Karkoutly C, Rouland JF, Labalette P. Œdème papillaire et étoile maculaire : un tableau clinique unique pour de multiples causes. *JFr Ophtalmol*. 2008; 35(Supplément 1) : 162-163. **PubMed | Google Scholar**
7. Marks C, Vieville C, Cantineau D, Steiner B, Rouland JF, Labalette P. Hypertension intracrânienne bénigne: étude rétrospective de 15 cas. *J Fr Ophtalmol*. 2008; 31(Supplément 1) : 207. **PubMed | Google Scholar**
8. Bencherifa F, Nafisy I, Serrou A, Megzari A, Boulanouar A, Berraho A. 687 Hypertension intracrânienne bénigne de l'enfant: à propos de 7 cas. *J Fr Ophtalmol* 2008 ;31(Supplément 1) : 207. **Google Scholar**
9. Mura F, Jacques J, Navarre S, Villain M. Hypertension intracrânienne idiopathique : évaluation d'une procédure diagnostique et thérapeutique pour établir un référentiel pratique devant un œdème papillaire bilatéral. *J Fr Ophtalmol* 2008; 31(Supplément 1):207-208. **Google Scholar**
10. Louanchi M, Nouadria A, Nezzal A, Ghoual M, Azzouz A, Toubal N, Ait-Kaci-Ahmed M. Hypertension intracrânienne idiopathique : à propos d'une série de 26 cas. *Revue Neurologique*. 2015;171(N° S1):P A13-A14. **PubMed | Google Scholar**

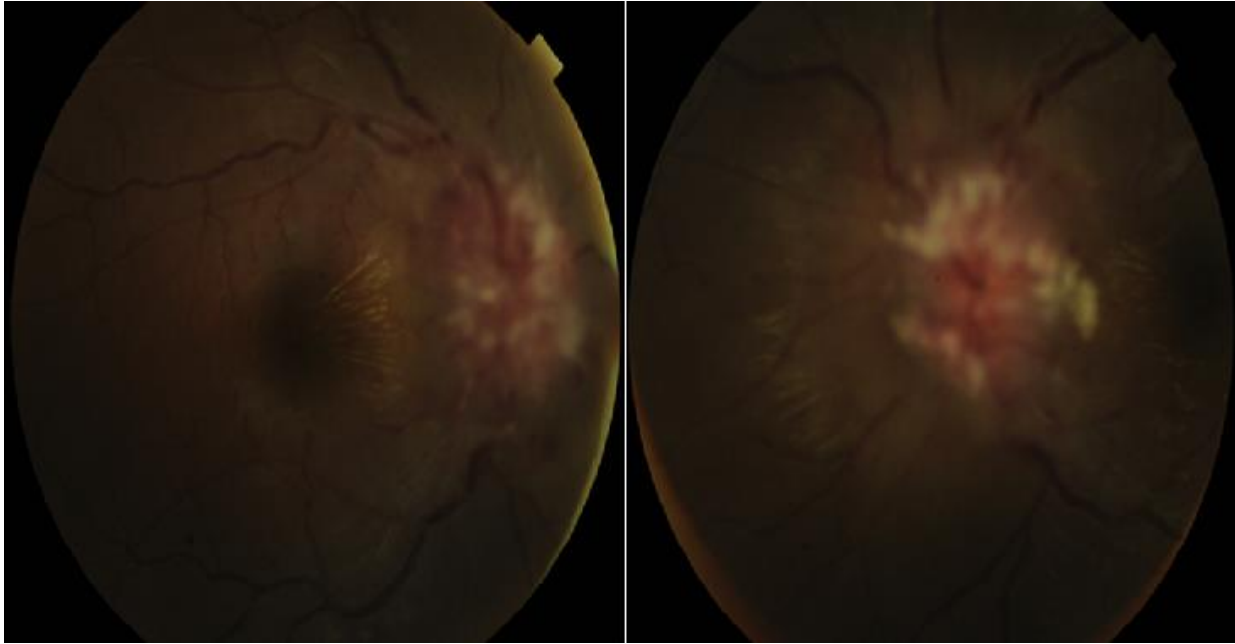


Figure 1: Cliché couleur

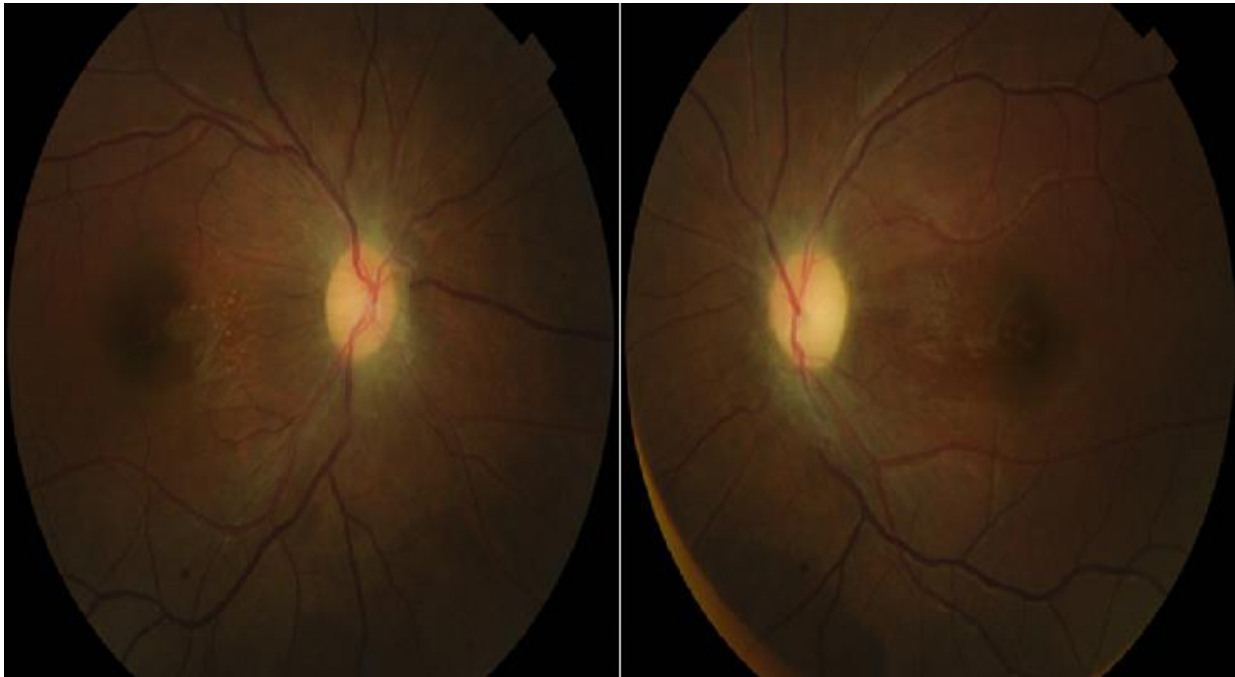


Figure 2: Cliché couleur