

Hypertension intracrânienne (htic) idiopathique de l'enfant : rapport d'un cas et revue de la littérature

Idiopathic intracranial hypertension (ich) in children : case report and review of the literature

Mansou. A ^(1,2), Gros Bi. A ^(1,2), Djivo Hessoun. A ^(1,2), Djoman . A ^(1,2), Agbohou. P ⁽³⁾,
N'Gatta. P ⁽¹⁾, Angan. G ^(1,2), Ake Assi. M ^(1,2), Kouakou. C ^(1,2), Dainguy. E ^(1,2),
Folquet. A ^(1,2)

⁽¹⁾ Service de pédiatrie médicale, CHU de Cocody, Abidjan, BP 22 V13, Côte d'Ivoire

⁽²⁾ Département mère-enfant, Université Felix Houphouët Boigny de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

⁽³⁾ Département tête et cou, Université Felix Houphouët Boigny de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

RÉSUMÉ

Introduction : Hypertension intracrânienne (HTIC) idiopathique de l'enfant est rare. L'objectif était de souligner l'importance de la précocité diagnostic et du traitement afin d'éviter les séquelles.

Observation : Il s'agissait d'une adolescente de 10 ans, qui été admise pour un syndrome méningé, une HTIC, et une obésité. Le fond d'œil avait objectivé un œdème papillaire et les autres bilans étaient normaux (IRM, LCS). Elle avait reçu de la méthylprednisolone et de l'acétazolamide. L'évolution avait été favorable.

Conclusion : Le diagnostic et la prise en charge doivent se faire tôt afin d'éviter les séquelles visuelles.

Mots clés: HTIC idiopathique- Enfant- Œdème papillaire

ABSTRACT

Introduction : Idiopathic intracranial hypertension (ICHT) in children is rare. The aim was to highlight the importance of early diagnosis and treatment to avoid sequelae.

Observation : A 10-year-old girl was admitted with a meningeal syndrome, HTIC and obesity. The fundus showed papilledema, and other tests were normal (MRI, CSF). She received methylprednisolone and acetazolamide. Progression was favourable.

Conclusion : Early diagnosis and management are essential to avoid visual sequelae.

Key words: Idiopathic HTIC- Child- Papilledema

Introduction :

L'hypertension intracrânienne (HTIC) idiopathique ou le syndrome de pseudotumeur cérébrale (SPTC) est une affection qui présente une série de symptômes et de signes secondaires à une augmentation de la pression intracrânienne avec un parenchyme cérébral normal sans cause identifiée [1]. Il s'agit d'une pathologie rare chez l'enfant. L'incidence chez les enfants est estimée entre 0,6 – 0,71/100 000 [2, 3]. La présentation clinique est assez variable mais la plupart des patients présente des céphalées et les troubles visuels [4]. Les facteurs de risques retrouvés dans

la littérature étaient l'obésité et le sexe féminin [5]. Le pronostic est visuel si le malade n'est pas traité ou traité tardivement [6] et le traitement est essentiellement médical. Cette pathologie est fréquente dans les pays développés et peu rapporté en Afrique surtout en milieu pédiatrique [2]. L'objectif de notre travail était de présenter les aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostiques puis de souligner l'importance de la précocité du diagnostic et du traitement afin d'éviter les séquelles dans notre contexte de travail.

Auteur Correspondant :

MANSOU Komenan Amoro : +225 07 08 60 13 43,
amorokomenan@yahoo.fr, BP 22 V13, Côte d'Ivoire

Observation

Nous rapportons le cas d'une adolescente de 10 ans, de sexe féminin, aux antécédents de bons développements psychomoteur et une vaccination à jour. Elle a été admise aux urgences pédiatriques pour un syndrome méningé. L'histoire de la maladie révèle une symptomatologie d'évolution subaiguë faite de céphalées intenses cotées à 8/10 selon l'échelle visuelle analogique (EVA), en casque aggravées par la lumière, des douleurs abdominales diffuses, un flou visuel et des vomissements incoercibles dans un contexte apyrétique. L'examen physique à l'entrée avait objectivé une patiente pubère avec un score de Tanner S2P1, une obésité (IMC/âge= 24,78), un syndrome méningé (raideur de la nuque, Kernig et Brudzinski positifs), une paralysie faciale centrale gauche, une hémiparésie droite cotée à 4/5 proportionnelle. Au niveau paraclinique, l'IRM cérébrale était normale et le fond d'œil (figure 1) avait objectivé un œdème papillaire stade 2 de l'œil gauche. La ponction lombaire réalisée avait ramené une ouverture du Liquide Cérébrospinal (LCS) à 36 cmH₂O et l'analyse du LCS avait retrouvé une cytorachie normale, une légère hyperprotéinorachie, une bactériologie et virologie du LCS stériles. Le bilan inflammatoire était normal. Le traitement en hospitalisation était constitué de 3 boli de méthylprednisolone à la posologie de 30mg/kg/J pendant 3 jours avec des mesures adjuvantes associées à l'acétazolamide par voie orale à posologie de 10mg/kg/j. Devant l'amélioration clinique (régression des céphalées et du flou visuel), un retour au domicile a été autorisé avec un relais par voie orale de 1mg/kg/j et de l'acétazolamide par voie orale à posologie de 10mg/kg/j pendant 1 mois avec surveillance de la natrémie. Elle a été vue de façon rapprochée en consultation (J7,J14, J28) pour apprécier son évolution clinique. L'évolution avait été favorable marquée par l'amendement des signes (disparition des céphalées, des troubles visuels et de l'œdème papillaire).



Figure 1: œdème papillaire

Discussion

L'HTIC idiopathique de l'enfant dite également « bénigne », est une pathologie sans étiologie identifiée. Il s'agit d'une pathologie peu fréquente en milieu pédiatrique [2]. Les facteurs de risque les plus décrites dans la littérature étaient l'obésité et le sexe féminin [5]. La période pubertaire a été aussi rapportée dans le milieu pédiatrique [7]. Ce qui corrobore avec les facteurs de risque retrouvés chez notre patiente (obésité et adolescente pubère). L'HTIC idiopathique de l'enfant est définie par une mesure de la pression du LCS ≥ 28 cmH₂O [1]. Elle découlerait d'une augmentation pathologique de la pression veineuse intracrânienne, qui perturberait la régulation de la pression intracrânienne. Les premiers critères diagnostiques ont été formulés par Smith en 1985 sous l'appellation « critères modifiés de Dandy », en référence à son prédécesseur qui a étudié les caractéristiques cliniques de ce syndrome. Ils ont été modifiés par Friedman en 2002 puis 2013 pour prendre en compte la modernisation des pratiques [8]. Concernant le tableau clinique, les symptômes chez les adolescents pubères s'approchent de ceux retrouvés chez l'adulte, et la triade symptomatique typique faite de céphalées, nausées et vomissements est souvent rencontrée en cas d'HTIC aussi bien chez l'adulte que l'enfant. Dans le présent cas clinique, la patiente a présenté les céphalées, les vomissements et les flous visuels. Les céphalées sont fréquemment rapportées dans la littérature (85,5% à 96,5%) [1]. Quant aux troubles visuels, la baisse de l'acuité visuelle est généralement légère à modérée chez l'enfant et souvent réversible, mais elle peut être permanente dans de rares cas. Et contrairement aux altérations du champ visuel retrouvées dans près de 90% des cas, cette chute de vision ne se voit que dans 6 à 20% des enfants atteints d'HTIC idiopathique [9]. L'œdème papillaire est le signe majeur qui signe l'élévation de la pression intracrânienne et est souvent retrouvé chez l'adulte, mais il peut être absent chez l'enfant ainsi que les nourrissons avant la fermeture des sutures osseuses crâniennes [6]. La ponction lombaire reste un examen clé dans le diagnostic de l'HTIC idiopathique, permettant à la fois de prouver l'augmentation de la pression intracrânienne à travers la mesure de la pression d'ouverture du LCS, et d'exclure d'autres anomalies par étude biochimique, cytologique et mise en culture du LCS. Le diagnostic est certain lorsque la pression d'ouverture du LCS ≥ 28 cmH₂O [1]. Quant à l'IRM cérébrale, elle permet d'éliminer les autres causes d'HTIC secondaires. Elle est rarement utile quand le diagnostic est certain mais est parfois utilisée à partir des signes indirects (l'aspect de selle turcique vide, l'aplatissement postérieur des globes oculaires, la distension de la gaine du nerf optique, la sténose bilatérale des sinus transverses) en

l'absence d'œdème papillaire au fond d'œil [10]. La prise en charge de notre patiente a consisté à l'administration de trois boli de méthylprednisolone avec l'acétazolamide. En effet dans la littérature, le traitement est essentiellement médical et le traitement de première intention est l'acétazolamide [1,11]. Une corticothérapie est associée à l'acétazolamide en attente d'une chirurgie [6]. Le recours à la chirurgie pour traiter l'HTIC idiopathique de l'enfant est un traitement de 2e ligne et son indication se pose dans deux principales situations : l'HTIC réfractaire au traitement médical et les formes rapidement évolutives caractérisées par une baisse rapide et importante de l'acuité visuelle [12]. L'évolution de notre patiente a été favorable marquée par la disparition des céphalées et de l'œdème papillaire, ce qui corrobore avec la littérature [1,6]. Certains éléments ont été retrouvés comme des facteurs de bon pronostic que sont Le sexe masculin, l'âge avancé et l'absence de céphalées initialement [13]. En outre, le suivi ne devrait pas reposer uniquement sur l'œdème papillaire comme étant le seul critère de récurrence de la pathologie. Il peut cependant être absent en raison de l'atrophie séquellaire des fibres optiques péri-papillaires et des modifications gliales. Mais elle devrait reposer essentiellement sur l'évaluation de l'acuité visuelle, le fond d'œil, le champ visuel et l'OCT papillaire [6].

Conclusion

L'HTIC idiopathique de l'enfant est une pathologie rare dont les caractéristiques diffèrent de celles de l'adulte. Le pronostic est essentiellement visuel mais généralement bon. Le diagnostic et la prise en charge doivent se faire tôt afin d'éviter les séquelles visuelles.

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Cleves-Bayon C. Idiopathic Intracranial Hypertension in Children and Adolescents: An Update. *Headache* 2018, 58(3), 485–93. <https://doi.org/10.1111/head.13236>
- [2] Balbi GG M, Matas SL, Len CA, Fraga MM, Sousa IO, Terreri MT. Pseudotumor cerebri in childhood and adolescence: data from a specialized service. *Arquivos de neuro-psiquiatria*(2018), 76(11), 751–5. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20180131>.
- [3] Mollan SP, Davies B, Silver NC, Shaw S, Mallucci CL, Wakerley BR, Krishnan et al. Idiopathic intracranial hypertension: consensus guidelines on management. *J of neurology, neurosurgery, and psychiatry* 2018, 89(10), 1088–1100. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2017-317440>
- [4] Wall M, Kupersmith MJ, Kiebertz KD, Corbett JJ, Feldon SE, Friedman DI, et al. The Idiopathic In-

- tracranial Hypertension Treatment Trial: Clinical Profile at Baseline. *JAMA Neurol* 2014;71:693
- [5] Markey KA, Mollan SP, Jensen RH, Sinclair AJ. Understanding idiopathic intracranial hypertension: mechanisms, management, and future directions. *Lancet Neurol* 2016;15(1):78–91
- [6] El Arari Nihal, El Hachimi Rim, Hadiri Rida, Amazouzi Abdellah, Lalla Ouafa Cherkaoui. Particularités de l'hypertension intracrânienne idiopathique de l'enfant : à propos de deux cas. *PAMJ Clinical Medicine*. 2022;10(20). 10.11604/pamj-cm.2022.10.20.35089
- [7] Boyter Elizabeth. Idiopathic intracranial hypertension. *J of the American Academy of Physician Assistants*. 2019 May;32(5): 30–5. PubMed | Google Scholar
- [8] Friedman DI, Liu GT, Digre KB. Revised diagnostic criteria for the pseudotumor cerebri syndrome in adults and children. *Neurology* 2013;81:1159–65.
- [9] Melissa WKo, Grant TLiu. Pediatric idiopathic intracranial hypertension (pseudotumor cerebri). *Hormone Research in Paediatrics*. 2010;74(6): 381–9
- [10] Kwee RM, Kwee TC. Systematic review and meta-analysis of MRI signs for diagnosis of idiopathic intracranial hypertension. *Eur J Radiol* 2019;116:106–15.
- [11] Aylward SC and all. Pediatric Intracranial Hypertension. *Pediatr Neurol*. 2017 Jan;66:32–43.
- [12] Chern JJ, Tubbs RS, Gordon AS, Donnithorne KJ, Oakes WJ. Management of pediatric patients with pseudotumor cerebri. *Childs Nerv Syst*. 2012 ; 28(04): 575–8
- [13] Hadas Stiebel-Kalish, Yuval Kalish, Moshe Lusky, Dan Gaton D, Rita Ehrlich, Avinoam Shuper. Puberty as a risk factor for less favorable visual outcome in idiopathic intracranial hypertension. *Am J Ophthalmol*. 2006 Aug;142(2): 279–83