

Hypertension intracrânienne idiopathique et pathologies voisines

Idiopathic intracranial hypertension and other related diseases

^aClinique de neurochirurgie, hôpital Roger-Salengro, CHRU de Lille, rue Émile-Laine, 59037 Lille cedex, France

^bService de neurologie et pathologie vasculaire, hôpital Roger-Salengro, CHRU de Lille, rue Émile-Laine, 59037 Lille cedex, France

P. Bourgeois ^a

C. Lucas ^b

J.-P. Lejeune ^a

RÉSUMÉ

L'hypertension intracrânienne idiopathique se développe sur le terrain particulier des patientes jeunes en surcharge pondérale et se manifeste par des céphalées et un œdème papillaire. Les causes sont multiples et leurs mécanismes restent inconnus. Ils conduisent à un dérèglement de l'équilibre entre la pression intracrânienne, la compression des sinus veineux intracrâniens et la résorption du liquide cébrospinal, en un cercle vicieux que la dérivation du LCS ou le stenting d'un sinus latéral peut interrompre. Dans la majorité des cas, le traitement médical et la réduction pondérale réussissent à contrôler l'évolution qui reste bénigne.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Idiopathic intracranial hypertension develops in the particular population of young overweight women. It is characterized by chronic headache and papilloedema. Many initial triggering factors have been identified but their mechanisms remain unknown. They all lead to a disturbance of the balance between intracranial pressure, intracranial venous sinus compression and absorption of cerebrospinal fluid (CSF). A vicious circle ensues, potentially eliminated by a CSF derivation or lateral sinus endovascular stenting. In most cases, medical treatment and weight reduction lead to favorable outcome.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

L'hypertension intracrânienne (HTIC) idiopathique reste une pathologie intrigante aux frontières de la neurologie, de l'ophtalmologie mais aussi de la neurochirurgie et plus récemment de la radiologie interventionnelle. Sa dénomination même, par l'emploi d'idiopathique, est l'aveu que beaucoup d'éléments restent incompris. Les céphalées et l'œdème papillaire sont la conséquence directe de cette HTIC particulière qui évolue de façon chronique et ne s'accompagne pas d'autre signe neurologique. La présentation clinique suggère la gravité d'une lésion cérébrale expansive que les examens complémentaires permettent d'éliminer formellement. De nombreuses circonstances, tant physiologiques que pathologiques ou iatrogènes, sont

reconnues comme pouvant entraîner la même symptomatologie : il s'agit alors d'HTIC dites secondaires, qui ont la même présentation clinique et la même évolution. Il est impossible de discuter des unes sans parler des autres. Dans un cas comme dans l'autre, les mécanismes physiopathologiques restent inconnus.

L'HTIC idiopathique et ses diagnostics apparentés sont en fait décrits depuis longtemps dans la littérature médicale et rapportés à de multiples causes dont on trouve le reflet dans les termes employés pour les décrire. Les dénominations anciennes de méningite séreuse, pseudotumor cerebri, hydrocéphalie toxique ou otitique, HTIC de cause inconnue ont été abandonnées au profit de celle d'HTIC « bénigne ». La distinction nette, et finalement assez théorique, entre les cas idiopathiques et secondaires s'est clarifiée depuis la

Mots clés

Hypertension intracrânienne
Physiopathologie
Dérivation du liquide cébrospinal
Traitement endovasculaire

Keywords

*Idiopathic intracranial hypertension
Pathophysiology
CSF shunting
Endovascular treatment*

Auteur correspondant :

P. Bourgeois,

Clinique de neurochirurgie, hôpital Roger-Salengro, CHRU de Lille, rue Émile-Laine, 59037 Lille cedex, France.

Adresse e-mail :

philippe.bourgeois@chru-lille.fr (P. Bourgeois)

proposition d'une définition restrictive de Dandy en 1937 [1] et ne s'est guère modifiée depuis. Le terme d'idiopathique a remplacé de nos jours celui de bénin en raison de l'existence dans certains cas de problèmes visuels sévères. Depuis quelques années, l'attention est attirée sur deux points :

- l'augmentation d'incidence des HTIC idiopathiques qui semble en relation étroite avec celle de l'obésité ;
- la description de cas d'HTIC secondaires à une sténose des sinus veineux intracrâniens et la possibilité d'un traitement endovasculaire.

Cette mise au point s'efforce de suivre la démarche pratique de la prise en charge du diagnostic au traitement. Les hypothèses actuelles de physiopathologie seront aussi indiquées à la lumière des précisions récentes sur les HTIC secondaires d'origine veineuse et d'une réelle ressemblance avec une certaine forme d'hydrocéphalie.

PRÉSENTATION CLINIQUE

L'HTIC idiopathique se caractérise par l'association de céphalées et d'un œdème papillaire qui évoluent sur un mode chronique et qui sont d'autant plus évocatrices qu'elles surviennent chez des patientes jeunes en surcharge pondérale [1,2].

Les céphalées sont souvent le premier signe révélateur. Elles sont progressives, matinales, aggravées aux efforts et à la toux et résistent volontiers aux antalgiques usuels. Elles s'accompagnent souvent de nausées et de vomissements, parfois d'acouphènes et de vertiges. Ces caractéristiques évoquent d'autant plus l'HTIC qu'un œdème papillaire y est associé. Il peut être de découverte systématique ou lors de plaintes visuelles plus mal définies ou une diplopie. Plus inquiétantes sont les baisses progressives d'acuité visuelle ou les éclipses visuelles [3]. Au fond d'œil, l'œdème papillaire apparaît bilatéral, quoique parfois asymétrique et parfois déjà compliqué d'hémorragies. En dehors des céphalées et des troubles visuels, l'examen neurologique reste normal. Les signes évoluent dans le temps de façon prolongée avec parfois des améliorations spontanées et des récédives.

DIAGNOSTIC D'ÉLIMINATION

Devant un tel tableau, l'urgence première est d'éliminer les causes d'HTIC pouvant engager le pronostic vital. En effet, à la phase initiale, les lésions expansives intracrâniennes ne s'accompagnent pas toujours de troubles neurologiques déficitaires et peuvent ne se traduire que par ces signes d'HTIC plus ou moins bien tolérés. Après l'épuisement des phénomènes de compensation, les troubles de la vigilance peuvent arriver rapidement. C'est dans l'urgence le scanner cérébral qui sera rapidement complété par une IRM encéphalique, le plus souvent réalisée de première intention, qui permettront d'éliminer les tumeurs cérébrales, hydrocéphalie décompensée, lésions vasculaires et les plus rares lésions médullaires.

BILAN RADIOLOGIQUE

L'imagerie cérébrale est le plus souvent normale. Il faut savoir détecter les signes indirects de l'HTIC. Au niveau intracrânien, on recherche une petite taille ventriculaire et une selle turcique partiellement vide (Fig. 1). Il peut exister une descente des

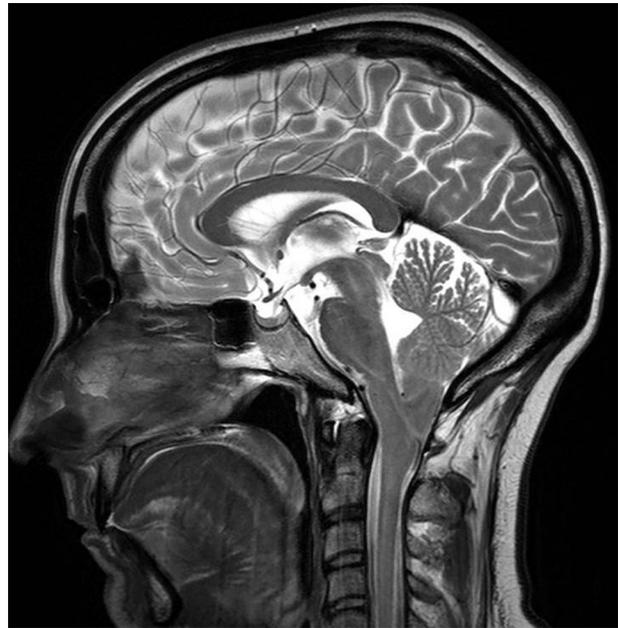


Figure 1. Signes indirects d'hypertension intracrânienne : petite taille ventriculaire, selle turcique partiellement vide, descente des amygdales cérébelleuses. IRM sagittale T2.

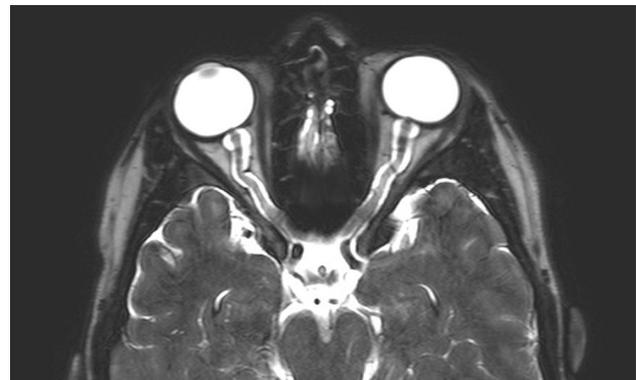


Figure 2. Signes orbitaires d'hypertension intracrânienne : dilatation et tortuosité de la gaine des nerfs optiques. IRM orbitaire axiale T2.

amygdales cérébelleuses dans le trou occipital [4]. Sa présence contre-indique la réalisation de la ponction lombaire. Au niveau intra-orbitaire (Fig. 2), on observe une tortuosité et une dilatation des gaines des nerfs optiques et parfois un aplatissement de la papille [5].

L'étude du système de drainage veineux intracrânien est indispensable et doit être systématique. Elle commence par son appréciation sur l'ARM. Les anomalies recherchées sont celles qui peuvent causer une gêne au retour veineux au niveau des sinus veineux de la dure-mère. Les images observées ne sont pas toujours faciles à interpréter (Fig. 3) et doivent être discutées avec les neuroradiologues. Il existe des variations anatomiques et les sinus transverses ne sont pas toujours symétriques. On recherchera des séquelles de thrombophlébites cérébrales, des compressions externes, des protrusions intraluminales des villosités arachnoïdiennes de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3087282>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3087282>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)