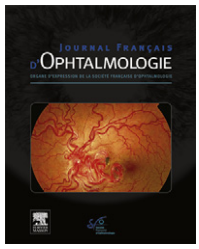
Journal français d'ophtalmologie (2012) 35, 720.e1—720.e4

Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE ÉLECTRONIQUE

Hypertension intracrânienne isolée révélatrice d'une maladie de Lyme☆

Isolated intracranial hypertension as the presenting sign of Lyme disease

A. Portmann[a,*], J. Gueudry[a], A. Lebas[b], I. Michelet[c], R. Lefaucheur[d], C. Marguet[c], M. Muraine[a]

[a] *Service d'ophtalmologie, hôpital Charles-Nicolle, 1, rue Germont, 76031 Rouen cedex, France*
[b] *Service de neurophysiologie, hôpital Charles-Nicolle, 1, rue Germont, 76031 Rouen cedex, France*
[c] *Service de pédiatrie, hôpital Charles-Nicolle, 1, rue Germont, 76031 Rouen cedex, France*
[d] *Service de neurologie, hôpital Charles-Nicolle, 1, rue Germont, 76031 Rouen cedex, France*

Reçu le 20 juin 2011 ; accepté le 19 décembre 2011
Disponible sur Internet le 19 septembre 2012

MOTS CLÉS
Œdème papillaire ;
Hypertension intracrânienne ;
Maladie de Lyme ;
Pédiatrie ;
Neuroborréliose

Résumé Nous rapportons le cas d'une hypertension intracrânienne (HTIC) associée à une maladie de Lyme chez un enfant de huit ans, adressé initialement par son médecin traitant pour explorations de céphalées chroniques. À l'examen clinique, il est retrouvé un œdème papillaire bilatéral associé secondairement à une paralysie du sixième nerf crânien droit dans le cadre d'une HTIC. Le scanner cérébral n'objectivait pas de processus occupant de l'espace. La sérologie de Lyme était positive en Elisa et par Western blot dans le sérum. La recherche des anticorps anti-Borellia était positive dans le liquide céphalorachidien avec mise en évidence d'une synthèse intrathécale confirmant la neuroborréliose. L'évolution a été favorable sous antibiothérapie et acétazolamide. La maladie de Lyme est une cause rare d'HTIC. Cette forme clinique mérite d'être soulignée auprès des ophtalmologistes, en effet la présentation clinique initiale peut être purement ophtalmologique. De plus, le diagnostic précoce de la maladie de Lyme peut permettre d'éviter l'évolution vers l'atrophie optique ou une diffusion de la maladie.
© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

☆ Le texte de cet article est également publié en intégralité sur le site de formation médicale continue du *Journal français d'ophtalmologie* http://www.e-jfo.fr, sous la rubrique « Cas clinique » (consultation gratuite pour les abonnés).

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : alex7portmann@gmail.com (A. Portmann).

0181-5512/$ — see front matter © 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
http://dx.doi.org/10.1016/j.jfo.2011.12.011

KEYWORDS
Papilledema;
Intracranial hypertension;
Lyme disease;
Pediatrics;
Neuroborreliosis

Summary We report the case of an eight-year-old patient referred by his primary care physician for chronic headache. Bilateral papilledema was observed along with right sixth cranial nerve palsy, leading to the diagnosis of intracranial hypertension. Head CT showed no mass lesion. Lyme serology was positive by both Elisa and Western blot. Anti-Borrelia antibodies were positive in the cerebrospinal fluid, with intrathecal synthesis confirming neuroborreliosis. Clinical response to ceftriaxone and acetazolamide was favorable. Intracranial hypertension is rarely caused by Lyme disease. Ophthalmologists should be aware of this clinical presentation, since the presenting clinical signs may be purely ophthalmologic. In addition, early diagnosis may avoid optic nerve atrophy or disease spread.
© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La maladie de Lyme est une zoonose due à une bactérie du groupe des spirochètes du genre Borrelia. Le vecteur de transmission est la tique de type *Ixodes ricinus*, présente dans les forêts d'Europe. L'hypertension intracrânienne (HTIC) est définie chez l'enfant comme une pression intracrânienne supérieure à 28 cm d'eau [1]. Nous rapportons ici le cas d'un garçon de huit ans, présentant une forme clinique rare de la borréliose de Lyme : l'HTIC isolée.

Observation

Il s'agit d'un jeune garçon de huit ans adressé en ophtalmologie pour explorations complémentaires de céphalées chroniques par son médecin traitant. L'interrogatoire retrouvait une notion de vomissements, sans fièvre associée depuis un mois. Il existait un retentissement scolaire important, avec un enfant décrit comme apathique. À l'examen clinique initial, l'acuité visuelle était mesurée à 10/10 Parinaud 2 aux deux yeux, l'examen biomicroscopique du segment antérieur était normal, l'examen du fond d'œil retrouvait un œdème papillaire bilatéral (Fig. 1A et B) sans hyalite, avec quelques hémorragies péripapillaires. Une échographie oculaire en mode B n'objectivait pas de drusens papillaires. Une imagerie cérébrale par tomodensitométrie n'objectivait pas de lésion intracrânienne. Par ailleurs, l'examen neurologique était sans particularité. Le patient a consulté une semaine après l'examen initial pour majoration des vomissements et des céphalées. L'œdème papillaire s'était majoré et était apparue une diplopie binoculaire par atteinte du droit externe droit. Le champ visuel de Goldman retrouve un élargissement bilatéral de la tâche aveugle. L'enfant a été hospitalisé en pédiatrie. Le bilan biologique ne retrouvait pas de syndrome biologique inflammatoire sanguin (leucocytes à 8,1 G/L, CRP inférieure à 5 mg/L). La ponction lombaire objectivait une très discrète réaction leucocytaire avec une protéinorachie à 0,14 g/L (N < 0,40 g/L), 9 leucocytes/mm^3, 2 < hématies/mm^3 et un examen direct bactériologique négatif. Les cultures aérobies et anaérobies étaient également négatives. La pression d'ouverture du LCR était mesurée à 47 cm d'eau. La sérologie dans le sérum de la maladie de Lyme retrouvait un taux d'IgG et IgM élevé en Elisa confirmée par Western blot. Les anticorps anti-*Borrelia burgdorferi* ont été détectés dans le LCR

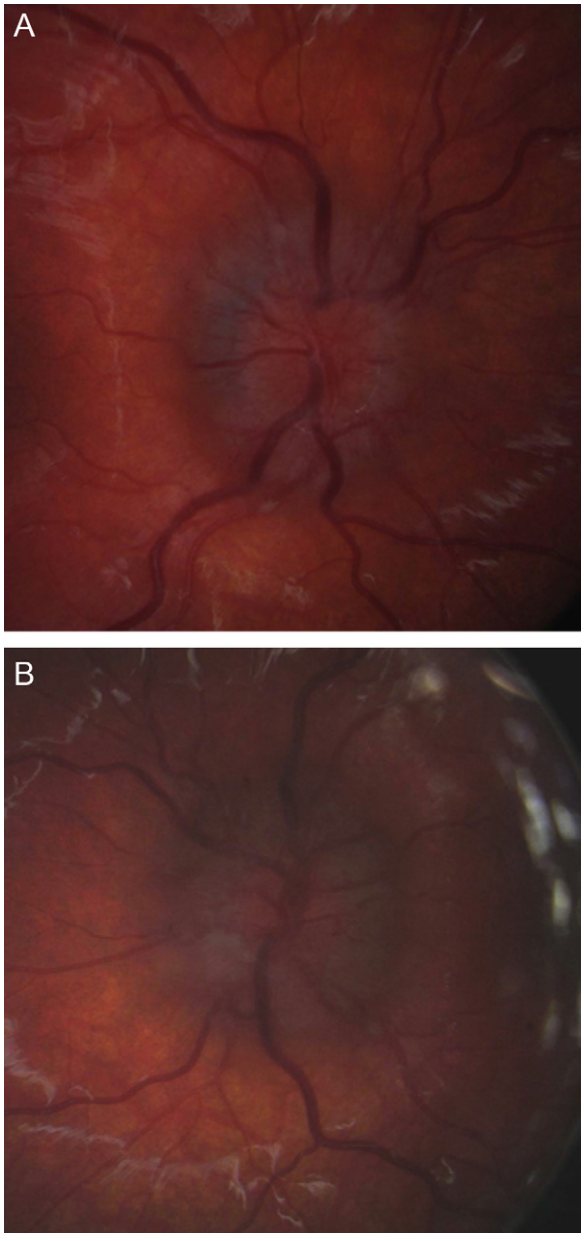


Figure 1. Œdème papillaire bilatéral (A : œil droit et B : œil gauche). Neuroborréliose confirmée par le Western blot et la synthèse intrathécale d'immunoglobulines anti-*Borrelia Burgdorferi*.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/4023568

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/4023568

Daneshyari.com