

ETIOLOGIES DES ŒDÈMES PAPILLAIRES CHEZ LE MÉLANODERME SÉNÉGALAIS : A PROPOS DE 52 CAS À L'HÔPITAL PRINCIPAL DE DAKAR.

ETIOLOGIES OF PAPILLEDOMA IN SENEGALESE MELANODERMS: A REPORT ABOUT 52 CASES AT THE MAIN HOSPITAL OF DAKAR.

WADE B*, SECK SM, SOW NDIAYE N, OULFATH A, LAME CA, DIAKHATE M, DIEDHIOU F, GUEYE NN

Hopital Principal de Dakar, 1 Avenue Nelson Mandela

Correspondant : WADE B / wadbabacar@gmail.com

Conflits d'intérêt : Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt

Présenté en communication orale lors du 15 congrès ordinaire et 1^e e-congrès de la SAFO en décembre 2020 au Cameroun.

RÉSUMÉ

Buts: Identifier les causes des œdèmes papillaires chez le mélanoderme sénégalais.

Matériel et méthode: Il s'agissait d'une étude rétrospective de janvier 2010 à août 2020 incluant tous les patients hospitalisés ou suivis pour œdème papillaire à l'hôpital principal de Dakar.

Résultats: Cinquante-deux yeux atteints ont été répertoriés chez 28 patients. Notre moyenne d'âge était de 27,5 ans et le sex-ratio de 0,08. L'œdème papillaire était bilatéral dans 85% des cas. L'œdème papillaire de stase par hypertension intracrânienne (HIC) était l'étiologie la plus retrouvée (92%). Les œdèmes papillaires vasculaires et inflammatoires avaient une proportion égale à 4% chacun.

L'hypertension intracrânienne était idiopathique dans 54% des cas et secondaires dans 46% des cas.

Dans les HIC idiopathiques le principal facteur de risque était l'obésité dans 67% des cas suivi de l'éthylisme et de l'anémie dans 13% chacun.

Les HIC secondaires résultaient d'atteintes tumorales ou compressives (54%), infectieuses (37%) et malformatives (9%).

Conclusion: L'HIC idiopathique de la jeune femme obèse est la principale étiologie des œdèmes papillaires chez le mélanoderme sénégalais. Les HIC secondaires résultaient surtout d'atteintes tumorales et infectieuses.

Mots-clés: ŒDÈME PAPILLAIRE; ETIOLOGIES; MÉLANODERME; HYPERTENSION INTRACRÂNIENNE

ABSTRACT

Aim: The objective of this study was to identify the causes of papilledema in Senegalese melanoderms.

Material and method: This was a retrospective study from January 2010 to August 2020 including all patients hospitalized or followed for papilledema at the main hospital of Dakar.

Results: Fifty-two affected eyes were listed in 28 patients. Our average age was 27.5 years and the sex ratio was 0.08. The papilledema was bilateral in 85% of cases. Stasis papilledema due to intracranial hypertension (ICH) was the most common etiology (92%). Vascular and inflammatory papilledema had a proportion equal to 4% each.

Intracranial hypertension was idiopathic in 54% of cases and secondary in 46% of cases. In idiopathic ICH the main risk factor was obesity in 67% of cases followed by alcoholism and anemia in 13% each.

Secondary ICH resulted from tumoral or compressive (54%), infectious (37%) and malformative (9%) lesions.

Conclusion: Idiopathic ICH in young obese women is the main etiology of papilledema in Senegalese melanoderms. Secondary ICH was mainly caused by tumors and infections.

KEYWORDS: PAPILLEDOMA; ETIOLOGIES; MELANODERM; INTRACRANIAL HYPERTENSION

INTRODUCTION

L'œdème papillaire (OP) est un gonflement liquidien et/ou axonal de la tête du nerf optique dû à un blocage du flux axoplasmique au niveau de la lame criblée. Il peut évoluer vers l'atrophie des fibres optiques et induire une baisse irréversible de l'acuité visuelle en l'absence de traitement adéquat. Son diagnostic positif est facile mais sa découverte impose une recherche étiologique et un traitement étiologique optimal. Les causes sont secondaires à des

pathologies générales ou cérébrales. L'aspect de l'OP n'est pas spécifique d'une étiologie. Le diagnostic étiologique parfois complexe repose sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques¹.

Peu d'études africaines ont été faites sur cette affection potentiellement grave^{2,3}. Le but de notre étude était de présenter et discuter les causes d'œdèmes papillaires chez le mélanoderme sénégalais à l'hôpital principal de Dakar.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude transversale allant du 01 janvier 2010 au 31 août 2020 incluant tous les patients hospitalisés ou suivis pour œdème papillaire à l'hôpital principal de Dakar. Les faux œdèmes papillaires se présentant comme une saillie papillaire à bord net avec des vaisseaux rétiniens de calibre normal associé parfois à des drusen avec une absence de diffusion du colorant à l'angiographie, et les dossiers incomplets ont été exclus. Nous avons étudié les données socio-démographiques, cliniques, paracliniques et étiologiques. Les données socio-démographiques étudiées étaient l'âge et le sexe. Les données cliniques répertoriées étaient les antécédents notamment la

notion de prise de contraceptifs oestroprogestatifs, les circonstances de découverte, l'acuité visuelle (AV), la latéralité, le stade de l'OP, l'indice de masse corporelle (IMC). Les données paracliniques analysées étaient l'imagerie par résonance magnétique (IRM), la tomodensitométrie (TDM), la tomographie par cohérence optique (OCT), le champ visuel (CV) de goldmann, l'angiographie rétinienne, la ponction lombaire (PL), la numération formule sanguine (NFS). Nous avons utilisé les critères modifiés de Dandy pour le diagnostic d'hypertension intracrânienne (HIC) idiopathique ou dite bénigne retrouvés dans le tableau I⁴. L'exploitation des données a été effectuée grâce à Excel version 2016.

RÉSULTATS

Nous avons inclus 28 patients dont 26 femmes soit un sex ratio de 0,08. Au total 52 yeux étaient concernés et l'atteinte était bilatérale chez 24 patients soit 85% des cas.

La moyenne d'âge des patients était de 27,5 ans \pm 9,83 avec des extrêmes de 15 et 49 ans.

Soixante-quatre pour cent (64%) des patients avaient consulté pour céphalées et baisse de l'acuité visuelle, 25% avaient été adressés par le service de consultation externe ou la médecine interne et 11% des diagnostics avait été fait à titre externe par le service d'imagerie médicale de l'hôpital.

Le tableau II donne les valeurs de l'acuité visuelle à l'admission et après le traitement.

L'OCT réalisé chez 33% des patients a montré un épaississement des fibres dans 82% des cas, un œdème maculaire associé

dans 94% des cas et une souffrance optique avec une baisse de l'épaisseur des fibres RNFL dans 47% des cas.

Le champ visuel de Goldman réalisé chez 43% des patients a objectivé un élargissement de la tâche aveugle dans 37,5% des cas, un CV tubulaire par atrophie optique évoluée dans 37,5% des cas et un rétrécissement isoptérique dans 25% des cas.

La ponction lombaire avait été réalisée chez 68% des patients et était stérile dans 74% des cas.

Une IRM avait été faite chez 27 patients et avait permis de retrouver la cause de l'HIC secondaire dans 25% des cas.

Le bilan biologique relevait une anémie hypochrome microcytaire chez 13% des HIC idiopathiques soit un pourcentage de 7,7% chez toutes les causes d'HIC.

Le tableau III décrit les différentes causes retrouvées chez nos patients ainsi que leurs pourcentages. L'HIC idiopathique était l'étiologie la plus retrouvée (54%).

L'HIC idiopathique était principalement retrouvée chez les femmes (87%), d'âge moyen 20,7 ans et en surpoids (IMC > 25 kg/) dans 91,66% des cas. Les principaux facteurs de risque retrouvés chez ces femmes étaient l'obésité, l'anémie et la prise d'œstrogènes dans respectivement 77%, 15% et 8% des cas. Par contre, cette HIC idiopathique était retrouvée chez seulement 13% des hommes d'âge moyen 34,5 ans avec comme seul facteur identifié l'éthylisme qui était estimé à 8g/l dans la moitié des cas (Figure1).

Le tableau IV donne les différentes étiologies des HIC secondaires. L'origine infectieuse notamment les méningites et méningo-encéphalites (46%) était la cause d'HIC secondaire la plus fréquente, suivi des causes tumorales et vasculaires (18% chacun), puis inflammatoire et malformative (9% chacun).

Tableau I: Critères modifiés de Dandy pour le diagnostic d'HIC idiopathique

Le diagnostic de certitude peut être posé si le patient remplit les critères A à E. Le diagnostic est probable si le patient remplit les critères A à D, mais que la pression du LCS est < 25 cm d'eau
A. Œdème papillaire de stase
B. Examen neurologique normal, à l'exception d'une paralysie du VI
C. Neuro-imagerie: parenchyme cérébral normal sans hydrocéphalie, processus expansif intracrânien, ou anomalie structurale, et absence de prise de contraste méningée en IRM sans et avec produit de contraste. Une angio-IRM veineuse est nécessaire chez les patients atypiques; si l'IRM est indisponible ou contre-indiquée, un scanner cérébral sans et avec produit de contraste peut être fait en association avec un angioscanner veineux avec produit de contraste.
D. Composition normale du LCS
E. Pression d'ouverture du LCS élevée (≥ 25 cm d'eau chez l'adulte et ≥ 28 cm d'eau chez l'enfant [25 cm d'eau si l'enfant est non sédaté et non obèse]) obtenue à partir d'une ponction lombaire réalisée en décubitus latéral

Tableau II: Valeurs de l'acuité visuelle à l'admission et après traitement

	AV < 3/10	AV ≥ 3/10
Admission	41%	59%
Après traitement	32%	68%

Tableau III: Caractéristiques globales et causes des œdèmes papillaires

Types	Origines	Causes ou facteurs retrouvés	Nombre de cas	%
OP de stase	HIC secondaires	Méningites et méningo-encéphalites	4	45,45
		Tuberculome pinéal	1	
		Neurosarcoidose	1	46
		Méningiome cérébral	1	
		Macroadénome intrasellaire	1	
	HIC Idiopathique	Thrombophlébite cérébrale	2	54,54
		Malformation d'Arnold Chiari 1	1	
		Obésité	10	54
		Alcool	2	
		Anémie	2	
		Oestroprogestatifs	1	
OP vasculaires	NOIA	Lupus	1	4
		Horton	0	
	NOINA	Aucun	0	
OP inflammatoires	Névrite optique	Sclérose en plaque	1	4

HIC= Hypertension Intracrânienne ; OP= Œdèmes Papillaires ; NOIA= Neuropathie Optique Ischémique Artéritique ; NOINA= Neuropathie Optique Ischémique Non Artéritique

Tableau IV: Causes d'HIC secondaires

Origines	Etiologies retrouvées	Nbre de cas	%
Infectieuses	Méningites et méningo-encéphalites	4	46%
	Tuberculome pinéale	1	
Inflammatoires	Neurosarcoidose	1	9%
Tumorales	Méningiome cérébrale	1	18%
	Macroadénome intrasellaire	1	
Vasculaires	Thrombophlébite cérébrale	2	18%
Malformative	Malformation d'Arnold chiari 1	1	9%

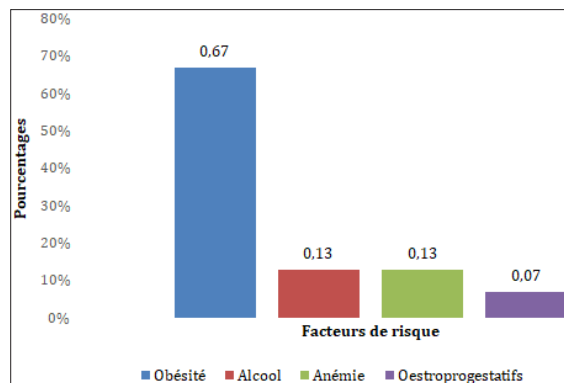


Figure 1: Facteurs de risque des HIC idiopathiques

DISCUSSION

Dans notre étude, les OPB (85% des cas) étaient plus fréquents que les unilatéraux (OPU). Il en est de même dans l'étude menée par Atipo et al³ (72%) au Congo Brazza. L'étude de Thurtell et al⁵ en Angleterre a retrouvé des données sensiblement plus élevées pour les OPB (90%). Par contre les unilatéraux étaient de 10% nettement inférieur à nos résultats Tableau III. Selon une étude de Deschamps⁶, 80% des OPB étaient en relation avec une HIC qui est la cause la plus fréquente de l'OPB d'après Rougier⁷. Ces données sont proches des 92% d'HIC retrouvée dans notre étude contre 8% de cause vasculaire et inflammatoire. Cependant les résultats de certaines études africaines sont un peu distants des nôtres. Cela pourrait être lié aux méthodes diagnostiques. En effet, aucun cas d'HIC et seulement 31% d'HIC ont été retrouvés respectivement par Atipo et al³ et Santos et al². D'autres causes ont été retrouvées par ces auteurs : 44% de Diabète, 28% d'HTA et 17% d'OVR pour Atipo, 38% de NOI et 31% d'HTA pour Santos. Cela pourrait être lié à une prise en charge optimale de certaines de ces pathologies depuis le niveau primaire ou aussi à une nette augmentation de l'obésité en ville liée au mode de vie (consommation d'aliments industriels, sédentarité, etc.). L'HIC peut être soit idiopathique soit secondaire, et c'est cette dernière qui doit être recherchée en priorité en raison de la sévérité du pronostic de certaines étiologies. L'HIC secondaire doit être éliminée dès la première imagerie⁸. Dans certaines études Européennes et Américaines^{8,9}, les tumeurs intracrâniennes et les thrombophlébites cérébrales étaient les principales causes d'HIC

CONCLUSION

L'œdème papillaire bilatéral de stase par hypertension intracrânienne idiopathique est la cause d'œdème papillaire la plus retrouvée chez le mélanoderme sénégalais. Le terrain est celui d'une jeune femme et sa survenue

secondaires retrouvées. Dans notre étude, les causes infectieuses (méningites: 46%) étaient plus fréquentes que les tumeurs cérébro-méningées et thrombophlébites cérébrales (18% chacun). Selon Hannas LS et al, en cas de méningite bactérienne, l'œdème papillaire était plus susceptible de survenir chez les patients atteints de tuberculose (méningite tuberculeuse), et a été observée dans jusqu'à 25% des cas¹⁰. L'HIC idiopathique est la cause la plus fréquente d'OPB de stase aiguë d'après Rougier et al⁸. Deschamps et al⁶ ont aussi retrouvé cette fréquence chez 60% de leurs patients dans leur étude prospective sur les OPB. Dans notre étude, les critères de Dandy modifiés ont permis de retrouver 54% d'HIC idiopathique. Le profil de ces HIC idiopathiques pour Deschamps et al⁶ est celui de la jeune femme obèse (96,7% de femmes, IMC sup 25kg/m² dans 96,7%, âge moyen= 27,6 ans). Notre étude a retrouvé un profil superposable (87% de femme; IMC sup 25kg/m² dans 91,7% des cas ; âge moyen= 20,7 ans). Bien que l'association avec une obésité soit très fréquente, d'autres facteurs de risque peuvent favoriser l'HIC idiopathique¹¹⁻¹². Les facteurs favorisant l'HIC idiopathique rapportés par Wall et al⁹ et Biousse et al¹² ont été retrouvés dans notre étude : 67% d'obésité, 13% d'anémie et 7% prise d'oestrogénostatif concernant que des femmes et 13% d'éthylisme qui était tous des hommes. Selon Rougier et al⁸ certaines neuropathies toxiques (méthanol) peuvent se présenter sous la forme d'OPB. Dans notre étude, l'intoxication à l'alcool était retrouvée comme seul facteur de risque chez tous les hommes ayant eu une HIC idiopathique.

est favorisée par une obésité, une anémie ou la prise d'oestrogénostatifs. Dans les cas d'OPB de stase par HIC secondaires les causes infectieuses (méningites) sont en première ligne dans notre pratique d'exercice.

RÉFÉRENCES

- 1-Tournaire-Marques E, Rougier MB, Delyfer MN, Korobelnik JF. Œdèmes papillaires unilatéraux: étude rétrospective observationnelle de 52 patients. *J Fr Ophtalmol* 2012;35:678-83.
- 2-Santos MAK, Vonor K, Ayena DK, Kuaovi KR, Balo KP. Modifications papillaires en tomographie par cohérence optique dans l'œdème papillaire à Lomé. *J Fr Ophtalmol* 2017;40:314-18.
- 3-Atipo-Tsiba PW, Eballe AO, Diomandé IA, GalibaAtipo-Tsiba FO. La papillopathie œdémateuse au CHU de Brazzaville: aspects cliniques et étiologiques. *Rev SOAO* 2016;02:42-5.
- 4-Friedman DI, Liu GT, Digre KB. Revised diagnostic criteria for the pseudotumor cerebri syndrome in adults and children. *Neurology* 2013;81(13):1159-65.
- 5-Thurtell MJ, Wall M. Idiopathic intracranial hypertension (pseudotumor cerebri): recognition, treatment, and ongoing management. *Curr Treat Options Neurol.* 2013 ; 15:1-12.
- 6-Deschamps R, Dehais C, Heran F, Obadia M, Laloum L, et al. Œdèmes papillaires bilatéraux: étude prospective de 50 patients. *Rev Neurol (Paris)* 2008;164:42-6.
- 7-Rougier MB. Œdème papillaire bilatéral. *J Fr Ophtalmol* 2017;40:422-9.
- 8-Rougier MB. Œdème papillaire bilatéral. Conduite diagnostique. *J Fr Ophtalmol* 2010;33:424-9.
- 9-Wall M, M.D. Idiopathic intracranial hypertension. *Neurol Clin* 2010;28:593-617.
- 10- Hanna LS, Girgis NI, Yassin MW, et al. Incidence of papilloedema and optic atrophy in meningitis. *Jpn J Ophthalmol* 1981;25:69-73.
- 11- Ko MW, Lui GT. Pediatric idiopathic hypertension (Pseudotumor Cerebri). *Horm Res Paediatr* 2010;74:381-9.
- 12-Biousse V. Idiopathic intracranial hypertension : diagnosis, monitoring and treatment. *Rev Neurol* 2012;168:673-83.