

Hydrocéphalie asymptomatique

Amit R. Persad MD, Victoria Bass MD, Kotoo Meguro MD

■ Citation : *CMAJ* 2021 April 6;193:E480. doi : 10.1503/cmaj.200889-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.200889

Une femme âgée de 72 ans a été hospitalisée après une consultation au service des urgences en raison d'une crise tonico-clonique généralisée constatée pour laquelle on a initialement administré de la phénytoïne. L'équipe de neurochirurgie a rencontré la patiente pour une évaluation d'hydrocéphalie, qui a été diagnostiquée par une tomodensitométrie de la tête exécutée d'urgence (figure 1). L'image montrait une ventriculomégalie latérale et du troisième ventricule ainsi qu'un amincissement marqué du cortex sans engagement cérébral, ce qui indiquait une pathologie obstructive de longue durée.

La patiente vivait de manière autonome et n'avait aucun antécédent de convulsions ou de diagnostic d'hydrocéphalie. Ses antécédents développementaux étaient sans particularités; elle avait terminé ses études secondaires et avait occupé plusieurs emplois dans le domaine de la vente au détail. Lorsque notre équipe l'a examinée, elle était alerte et pleinement consciente, ne souffrait pas de maux de tête, de troubles de la vue, ni de changements cognitifs; les résultats de son examen neurologique (dont un mini-examen de l'état mental [MMSE]) étaient normaux. La seule observation pertinente de l'examen physique était un trouble de la démarche établi de longue date associé à une dysplasie de la hanche. Un électroencéphalogramme montrait des décharges épileptiformes et nous avons prescrit du lévétiracétam (500 mg administré par voie orale 2 fois par jour), interrompant le traitement à la phénytoïne. La patiente souffrait aussi d'une infection des voies urinaires (IVU) que l'on a traitée à l'aide de triméthoprime et de sulfaméthoxazole. Après 2 jours d'hospitalisation, elle a obtenu son congé accompagné d'un suivi à la clinique d'hydrocéphalie pour adulte. Elle se portait bien à son rendez-vous de suivi à 6 mois, sans avoir présenté d'autres convulsions.

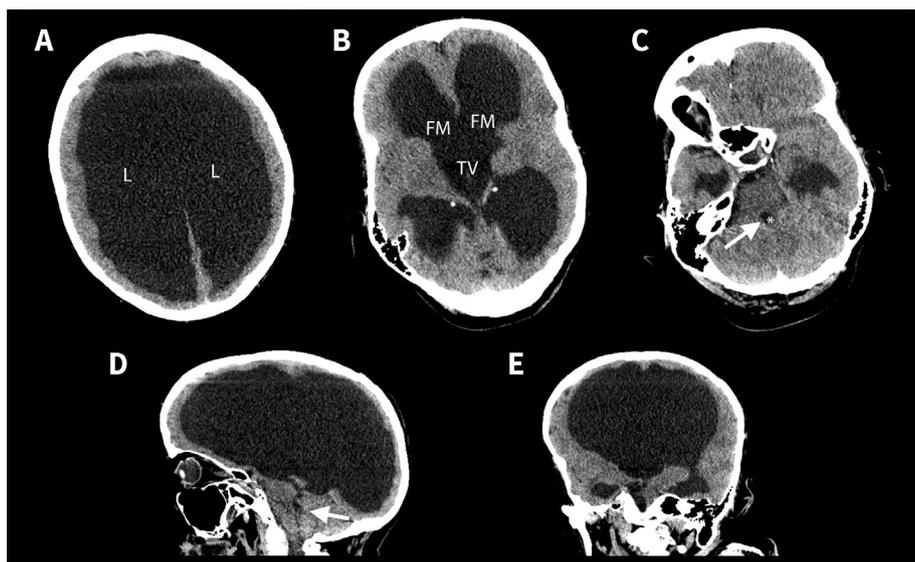


Figure 1 : Les images tomodensitométriques montrent une imposante ventriculomégalie dans le cerveau d'une femme de 72 ans. Vues axiales au niveau (A) des ventricules latéraux montrant l'amincissement du cortex; (B) du foramen interventriculaire (trou de Monro) montrant un foramen interventriculaire ouvert et le troisième ventricule hypertrophié; et (C) du quatrième ventricule montrant la petite taille du quatrième ventricule (flèche). Vues sagittale (D) indiquant la position du quatrième ventricule (flèche) et axiale (E) montrant la ventriculomégalie obstructive. Remarque : FM = foramen interventriculaire (trou de Monro), L = ventricule latéral, TV = troisième ventricule.

La prévalence de l'hydrocéphalie chez l'adulte est de 1 cas sur 10 000 personnes, où 10 % des cas sont causés par une sténose de l'aqueduc de Sylvius¹. Parmi les autres causes fréquentes, on compte l'hydrocéphalie congénitale, une infection, un traumatisme ou des lésions obstructives. Comme dans le cas de notre patiente, les personnes peuvent fonctionner normalement, même avec une ventriculomégalie importante et la présence de kystes^{2,3}. Selon nous, les convulsions de cette patiente n'étaient pas causées par l'hydrocéphalie de longue durée; cependant, elle pouvait présenter un seuil épileptogène atténué en raison de la présence simultanée de l'hydrocéphalie et de l'infection des voies urinaires.

L'examen tomodensitométrique de notre patiente est cohérent avec une ventriculomégalie manifeste de longue date chez l'adulte¹, un type d'hydrocéphalie arrêtée issue de troubles congénitaux comme la sténose aqueducale.

Références

1. Oi S, Shimoda M, Shibata M, et al. Pathophysiology of long-standing overt ventriculomegaly in adults. *J Neurosurg* 2000;92:933-40.
2. Feuillet L, Dufour H, Pelletier J. Brain of a white-collar worker. *Lancet* 2007; 370:262.
3. Hubele F, Imperiale A, Kremer S, et al. Asymptomatic giant arachnoid cyst. *Clin Nucl Med* 2012;37:982-3.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement de la patiente.

Affiliations : Division de neurochirurgie (Persad, Meguro), Département de chirurgie, Collège de médecine de l'Université de Saskatchewan, Saskatoon, Sask.; Division de neurochirurgie (Bass), Université McMaster, Hamilton, Ont.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction de tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>.

Correspondance : Kotoo Meguro, kotoo.meguro@usask.ca

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.