



Journal Homepage: - [www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

## INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/12793

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/12793>



### RESEARCH ARTICLE

#### HYPERTENSION INTRA CRANIENNE BENIGNE IDIOPATHIQUE ET GROSSESSE : A PROPOS D'UN CAS

O. Samory Khatry, S. Karam, N. Mamouni, S. Errarhay, C. Bouchikhi and A. Banani  
Service De Gynecologie-Obstetrique I / Chu Hassan Ii Fes-Maroc.

#### Manuscript Info

##### Manuscript History

Received: 25 February 2021

Final Accepted: 30 March 2021

Published: April 2021

##### Key words:-

Hypertension Intra-Cranienne,  
Idiopathique, Grossesse, Traitement

#### Abstract

L'hypertension intracrânienne idiopathique (HTICI) est une pathologie rare, sa physiopathologie reste encore difficile à expliquer. Le diagnostic positif repose sur des signes cliniques d'HTIC, une imagerie cérébrale normale, et une mesure de la pression du LCR. Le diagnostic d'HTICI est retenu selon les critères de Dandy modifiés par FRIEDMAN et JACOBSON. Sa survenue durant la grossesse entraîne plusieurs difficultés du diagnostic positif, car les céphalées sont fréquemment rencontrées chez la femme enceinte et leurs causes sont multiples. Le choix de la thérapeutique dépend en premier lieu de l'atteinte visuelle, mais aussi de l'âge gestationnel, la grossesse n'est pas contre-indiquée chez une patiente atteinte de cette pathologie, l'hypertension intracrânienne idiopathique n'augmente pas le taux de complications obstétricales, et l'accouchement peut se réaliser dans les conditions habituelles. Nous rapportons le cas d'une patiente ayant présenté une HTIC idiopathique diagnostiquée au troisième trimestre de sa grossesse. L'objectif de cet article est de préciser les modalités de prise en charge, l'évolution et le pronostic obstétrical de cette pathologie.

Copy Right, IJAR, 2021,. All rights reserved.

#### Introduction:-

L'hypertension intracrânienne (HTIC) bénigne idiopathique est une complication rare de la grossesse. L'incidence serait de 19,3 pour 100 000 chez les femmes de 20 à 44 ans, obèses. Il s'agit d'une augmentation de la pression du liquide céphalorachidien (LCR), sans anomalie biologique du LCR, ni anomalies cérébrales radiologiques. Le pronostic de cette pathologie réside dans la sévérité de l'atteinte oculaire avec risque de cécité [1,2].

Nous rapportons le cas d'une patiente ayant présenté une HTIC idiopathique diagnostiquée au troisième trimestre de sa grossesse. L'objectif de cet article est de préciser les modalités de prise en charge, l'évolution et le pronostic obstétrical de cette pathologie.

#### Observation:-

Mme N.b, de 26 ans, sans antécédents pathologique particuliers, primigeste, obèse décrivait la survenue des céphalées, cervicalgies, nausées, photophobie et diplopie au terme de 32 SA, L'examen clinique objectif la présence des signes d'HTIC et sans signe de localisation, ni syndrome méningé.

**Corresponding Author:- O. Samory Khatry**

Address:- Service De Gynecologie-Obstetrique I / Chu Hassan Ii Fes-Maroc.

les explorations ophtalmologiques mettent en évidence la présence d'un œdème papillaire bilatéral.

Une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) cérébrale réalisée revenant sans anomalie, Un bilan de Pré Eclampsie et de thrombophilie ont été réalisés revenant normal.

Une ponction lombaire (PL) a été effectuée soulageant la patiente avec une l'analyse du LCR normale.

Devant la forte suspicion d'HTIC et l'absence d'autre pathologie, un traitement par acétazolamide (Diamox®) a été instauré avec disparition des symptômes.

Sur le plan obstétrical, la découverte à 35 SA d'un RCIU accompagné d'un oligoamnios d'où la réalisation d'une césarienne programmée avec extraction d'une fille de 2210g ; Apgar à 10/10. Le Diamox® a été arrêté le lendemain de l'accouchement. Le contrôle ophtalmologique réalisé 03 mois après l'accouchement était dans les limites de la normale.

### Discussion:-

l'HTIC c'est une complication exceptionnelle de la grossesse, liée aux situations associées à une altération de la réabsorption du LCR, les personnes exposées à l'HTIC bénigne sont des femmes en âge de procréer ; présentant des troubles de la coagulation ; Le syndrome OPK (ovaires polykystiques), souvent obèses[3].

Ces facteurs interfèrent avec les mécanismes de régulation de la pression du LCR et de la circulation veineuse et artérielle [4].

Le mécanisme physiopathologique précis est mal connu. Plusieurs hypothèses ont été avancées. Cependant il est actuellement admis que cette pathologie est en rapport avec un défaut de réabsorption du liquide céphalo rachidien (LCR) au niveau des granulations arachnoïdiennes avec une implication probable du système veineux. En effet, il a été constaté que 9.4% des cas d'HTIC bénignes étaient associés à une thrombose d'un sinus dural ou à une sténose d'un sinus veineux [5]. Le diagnostic d'HTIC idiopathique lié à la grossesse devra être évoqué chez toute femme enceinte présentant un syndrome d'HTIC avec un bilan étiologique exhaustif normal. En effet, il s'agit d'un diagnostic d'exclusion qui sera retenu si tous les critères modifiés de Dandy sont remplis [6]. Elle peut survenir à n'importe quel trimestre et pas d'indication d'une interruption médicale de la grossesse. L'évolution de la grossesse ne semble pas être influencée par la maladie, les critères diagnostiques préconisés sont:

•	les symptômes subjectifs d'HTIC (céphalées brutales, baisse de l'acuité visuelle, diplopie et vomissements).
•	les signes neurologiques d'HTIC (œdème papillaire, élargissement de la tache aveugle).
•	augmentation de la pression du LCR à plus de 20cmH <sub>2</sub> O (plus de 25cmHg chez le sujet obèse).
•	composition du LCR normale ;
•	absence d'anomalies à l'imagerie cérébrale ;

La pression intra crânienne (PIC) peut être mesurée soit au cours d'une PL, soit par méthodes invasives par capteurs intra-parenchymateux. Dans tous les cas un enregistrement continu est souhaitable (histogramme sur 15-30min) [1]. L'imagerie des sinus veineux joue un rôle de plus en plus important dans l'évaluation de l'HTIC bénigne car une gêne du retour veineux est fréquemment retrouvée, l'angio-IRM convient parfaitement à cette situation elle recherchera une thrombose ou une sténose veineuse sinusienne [7].

Le traitement de cette pathologie doit être médical en premier lieu associé à des règles hygiéno-diététiques (diminution du poids), des ponctions lombaires évacuatrices à répétition, ce traitement comporte l'utilisation des corticoïdes ne franchissant pas la barrière placentaire à base de prednisone, à la dose de 40-60mg/j à débuter dès l'apparition des anomalies visuelles, et l'acétazolamide (Diamox®) quia pour effet de diminuer la production du LCR par les plexus choroïdes.

Dans notre cas, quatre ponctions lombaires d'évacuation ont été nécessaires, et un traitement par acétazolamide, 500 mg / jour, a été prescrit jusqu'à la parturition. Les diurétiques de l'anse (furosémide) à utiliser en deuxième intention à la dose maximale de 40mg trois fois par jour pour une durée limitée si l'acétazolamide est contre indiqué ou mal toléré [8, 9].

La chirurgie se pose en cas de forme maligne avec une atteinte oculaire sévère ou devant l'aggravation des symptômes sous traitement médical bien conduit. Il consiste en une fenestration de la gaine du nerf optique avec dérivation du LCR par un shunt lombo-péritonéal ou ventriculo-péritonéal qui permet de décompresser le nerf optique et d'améliorer la vision dans 75% des cas dans les 3 à 4 semaines. Récemment la mise en place d'une endoprothèse sinusienne durale par voie endovasculaire a été proposée dans certains cas de sténose veineuse sinusienne [10, 11].

Le pronostic obstétrical est généralement favorable. La principale complication de cette pathologie réside dans l'impact oculaire. Chez notre patiente aucun retentissement obstétrical n'a été noté, avec une bonne évolution de la symptomatologie clinique sous traitement.

Lors de l'accouchement, les extractions instrumentales sont recommandées afin d'éviter les efforts expulsifs, l'analgésie loco-régionale possible en cas de césarienne.

En dehors de poussée d'HTIC l'accouchement par voie basse n'est pas contre-indiqué, l'anesthésie péridurale est recommandée de même que les extractions instrumentales afin de réduire les efforts expulsifs. La césarienne sera réservée aux indications obstétricales, elle sera réalisée sous anesthésie loco-régionale, l'anesthésie générale est à éviter en raison du risque des troubles ventilatoires chez ces patientes souvent obèses. Le risque de récurrence au cours des prochaines grossesses est faible ; seuls quelques cas de récurrence dans un contexte d'obésité ou de drépanocytose ont été rapportés dans la littérature [2].

### Conclusion:-

L'HTIC bénigne idiopathique est une complication rare de la grossesse. Le pronostic visuel est le même que pour les hypertensions intracrâniennes en dehors de la grossesse. Nécessite un suivi conjoint par l'obstétricien, le neurochirurgien et l'ophtalmologue. On observe dans la majorité des cas une bonne réponse au traitement médical. Le recours à une décompression chirurgicale est rare. Habituellement, la maladie ne récidive pas.

### Bibliographie:-

1. Chazal J, Klein O. Hypertension intracrânienne bénigne: historique, définition et physiopathologie. Neurochirurgie. 2008;54(6):704–709. [PubMed] [Google Scholar]
2. Jacopin-Bruneau L, Gommier B, Pierre F, Boog G. Hypertension intracrânienne bénigne et grossesse - À propos de deux cas. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2010;39(3):246–250. [PubMed] [Google Scholar]
3. Glueck CJ, Iyengar S, Goldenberg N, Smith LS, Wang P. Idiopathic intracranial hypertension: associations with coagulation disorders and polycystic-ovary syndrome. J Lab Clin Med. 2003;142(1):35–45. [PubMed] [Google Scholar]
4. Biousse V, Boussier MG. L'hypertension intracrânienne bénigne. Rev Neurol. 2001;157(1):21–34. [PubMed] [Google Scholar]
5. Klein O, Joud A, Marchal J-C. Prise en charge de l'hypertension intra-crânienne bénigne : analyse de la série nancéenne. Neurochirurgie. 2008;54(6):710–713. [PubMed] [Google Scholar]
6. Riss I. Œdème papillaire dans l'hypertension intracrânienne idiopathique. EMC-Neurologie. 2005;6(3):287–300. [Google Scholar]
7. Bracard S, et al. Hypertension intracrânienne bénigne: imagerie et thérapeutiques endovasculaires. Neurochirurgie. 2008;54(6):721–723. [PubMed] [Google Scholar]
8. Dhellemmes P, Defoort S, Vinchon M. Hypertension intracrânienne bénigne: place du traitement médical. Neurochirurgie. 2008;54(6):717–720. [PubMed] [Google Scholar]
9. Erguig L, Benomar A, et al. Hypertension intracrânienne bénigne - Aspects cliniques et thérapeutiques. Revue Neurologique. 2004;160(12):1187–1190. [PubMed] [Google Scholar]
10. Metellus P, et al. Traitement endovasculaire de l'hypertension intracrânienne bénigne étiqueté « idiopathique » - Analyse de 8 cas consécutifs. Neurochirurgie. 2007;53(1):10–17. [PubMed] [Google Scholar]
11. Metellus PH, et al. Traitement endovasculaire d'un syndrome d'hypertension intracrânienne bénigne par mise en place d'un stent dans le sinus latéral: considérations thérapeutiques et physiopathologiques à propos d'un cas. Neurochirurgie. 2005;51(2):113–120. [PubMed] [Google Scholar].