



Cas Clinique

Paralysie Isolée du VI Révélant une Tumeur du Tronc Cérébral chez un Enfant: À Propos d'un Cas

Isolated VI nerve paralysis revealing a brainstem tumor in a child: a case report.

Ebana Mvogo SR^{(1),(2)}, Dohvoma AV^{(1),(3)}, Enyama D⁽²⁾, Atipo-Tsiba WP⁽⁴⁾, Meguieze CA⁽²⁾, Noukeu Njikui D⁽²⁾, Ebana Mvogo C^{(1),(3)}

RÉSUMÉ

Les tumeurs du système nerveux central sont les tumeurs solides les plus fréquentes de l'enfant, représentant 20 % des cancers. Les tumeurs les plus rencontrées sont à l'étage supratentorial et sont les gliomes et les craniopharyngiomes. A l'étage sous-tentorial ce sont les astrocytomes pilocytiques et les médulloblastomes cérébelleux. Nous rapportons le cas d'un patient de 14 ans, venu consulter pour une diplopie binoculaire évoluant depuis 3 mois. L'examen ophtalmologique révèle une paralysie du VI gauche isolée. Aucun signe d'hypertension intracrânienne n'est retrouvé. L'imagerie met en évidence une lésion ovale pontique gauche aux contours bien définis. Le malade a été référé en neuro chirurgie. Toute paralysie oculomotrice en contexte non traumatique chez le sujet jeune, même peu bruyante sur le plan clinique doit imposer une imagerie systématique du système nerveux central.

(1) Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales –Université de Yaoundé I

(2) Hôpital Gynéco-Obstétrique Pédiatrique de Douala

(3) Hôpital Central de Yaoundé

(4) CHU de Brazzaville (Congo)

Correspondant : Dr Ebana Mvogo Stève Robert
B.P: 7270 Douala
Tel: 693206780
Email : steveebana@yahoo.fr

Mots-clés: paralysie du VI, tumeur, tronc cérébral.

Key-words: VI nerve paralysis, tumor, brain stem

ABSTRACT

Central nervous system tumors are the most common solid tumors of child, accounting for 20% of cancers. The tumors most frequently encountered in the supratentorial space are gliomas and craniopharyngiomas. On the infratentorial space, they are pilocytic astrocytomas and cerebellar medulloblastomas. We reported the case of a 14 years old patient who came to consult for binocular diplopia that has been evolving for 3 months. Ophthalmologic examination revealed an isolated paralysis of the left VI nerve. No signs of intracranial hypertension was found. Imaging revealed a left oval pontic lesion with well-defined contours. The patient was referred to neuro surgery. All oculomotor paralysis in a non-traumatic situation in young subjects even slightly noisy clinically, must impose systematically central nervous system imaging.

INTRODUCTION

La paralysie du VI se caractérise par une atteinte du muscle droit latéral, empêchant l'abduction de l'œil paralysé. Le trajet sous arachnoïdien de l'abducens est long et s'étend depuis la partie dorsale du pont au niveau du tronc cérébral jusqu'à la partie latérale du muscle droit externe [1]. Toute paralysie du VI chez un enfant doit faire évoquer principalement les étiologies congénitales, traumatiques et tumorales [2]. Une tumeur du système nerveux central est retrouvée chez près d'un enfant sur quatre porteur d'une paralysie du VI [1,3]. Les tumeurs du système nerveux central représentent 20% des tumeurs solides primaires de l'enfant [4]. Les plus

fréquentes se situent à l'étage supratentorial. À l'étage sous-tentorial, on retrouve les astrocytomes pilocytiques et les médulloblastomes cérébelleux [5]. Même quand les manifestations cliniques sont peu bruyantes, les tumeurs du tronc cérébral peuvent entraîner un engagement des amygdales cérébelleuses et provoquer le décès du patient. Nous rapportons un cas de paralysie isolée du VI révélant une tumeur du tronc cérébral chez un enfant. Ceci pour souligner l'importance du diagnostic étiologique d'une paralysie oculomotrice chez l'enfant.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas du patient KW, âgé de 14 ans, de sexe masculin, vivant à Douala. Il est venu consulter pour une diplopie accentuée dans le regard vers la gauche. L'histoire est marquée environ 3 mois avant la consultation par l'installation progressive d'une diplopie sans autres signes associés. La recherche des antécédents, trouve un épisode isolé de convulsions afebriles à l'âge de 9 ans. Nous ne relevons pas de notion de traumatisme. Il est le 2^e d'une fratrie de 3. Aucun cas similaire n'est déclaré dans sa famille. L'examen physique retrouve un patient conscient et coopérant. Son acuité visuelle non corrigée est de 10/10 aux 2 yeux. L'examen oculomoteur retrouve une paralysie du nerf abducens gauche (image1). La diplopie analysée est binoculaire, horizontale et augmente quand le patient regarde à gauche. Les réflexes photomoteurs sont normaux. On ne retrouve pas de nystagmus, et l'examen du fond d'œil est normal dans les 2 yeux. Au total, nous avons un patient de 14 ans avec une notion de convulsions afebriles à 9 ans, qui est venu consulter pour une diplopie évoluant depuis 3 mois. Chez qui l'examen physique retient une paralysie du VI gauche. Le test de Lancaster montre une hypoaction du droit externe gauche et une hyper action de son agoniste controlatéral (image2). L'examen neurologique fait en neuropédiatrie est sans particularité. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) retrouve une masse ovalaire pontique gauche de 42x31mm aux contours bien définis (image3). Le diagnostic d'une tumeur du tronc cérébral est posé et le patient référé en neurochirurgie.



Figure 1 : Paralysie du VI gauche

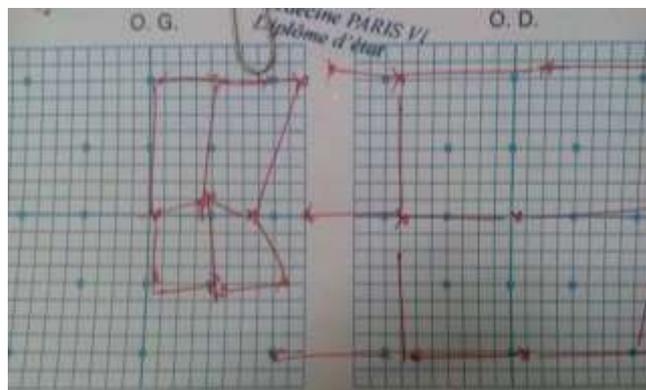


Figure 2: Test de Lancaster

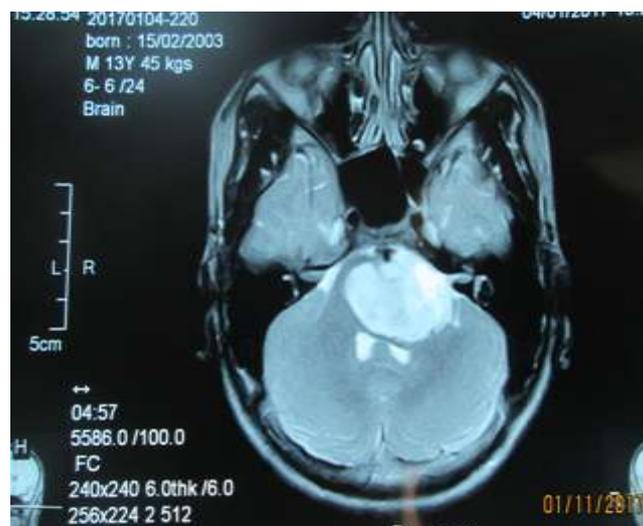


Figure 3: IRM de l'encéphale coupe axiale en séquence T2

DISCUSSION

Chez les enfants avec une tumeur intracrânienne, les signes cliniques décrits sont un méningisme, la présence d'un déficit neurologique focal (ataxie, diplopie), des troubles cognitifs et hormonaux. On retrouve également des signes d'hypertension intracrânienne comme des vomissements, des céphalées ou une fontanelle tendue [6]. Notre patient présentait des antécédents de convulsions afebriles et une paralysie du VI gauche. Dans une série concernant 4171 enfants avec des tumeurs cérébrales, Wilne et al retrouvent une paralysie des nerfs crâniens chez 52% et une notion de comitialité chez 21%. Pour ces mêmes auteurs, les tableaux cliniques sont très hétérogènes avec un délai d'installation de la symptomatologie variable [7]. Ce qui veut dire qu'une paralysie même isolée chez un enfant n'exclut pas une tumeur. Aussi, le diagnostic d'une paralysie de la VI^e paire crânienne sans autres signes associés n'a pas de valeur localisatrice sur le plan topographique. Les manifestations cliniques dépendent non seulement de la nature de la tumeur, mais également de sa localisation et de son évolution. Chez l'enfant, les examens complémentaires doivent avant tout éliminer une tumeur intracrânienne. Une IRM cérébrale, ou à défaut un scanner, doit être pratiquée dans les meilleurs délais. Si l'imagerie cérébrale est normale, une ponction lombaire, à la recherche d'une cause infectieuse ou inflammatoire, sera indiquée [2,8]. Dans le cas rapporté, l'IRM retrouve une masse ovalaire, localisée dans le tronc cérébral au niveau du pont (image3). Les trois tumeurs fréquentes à l'étage sous-tentorial sont l'astrocytome, le médulloblastome et l'épendymome [9]. Les tumeurs sous-tentorielles apparaissent plus fréquemment entre 4 et 11 ans alors que les tumeurs sus-tentorielles sont plus fréquentes chez les enfants de moins de 3 ans [7]. Ce qui veut dire que les tumeurs sous tentorielles sont des tumeurs de la grande enfance. Notre patient a 14 ans, mais a présenté un épisode de convulsions à 9 ans. Nous avons référé le patient en neurochirurgie. La chirurgie est indiquée seulement pour les tumeurs accessibles [10,11].

Les autres moyens de traitement sont la chimiothérapie et la radiothérapie. La tumeur du patient n'est pas accessible à la chirurgie, et il est référé dans un service de radiothérapie.

CONCLUSION

La prise en charge de toute paralysie oculomotrice impose en urgence la recherche d'une étiologie. Tout diagnostic d'une tumeur intracérébrale chez un enfant nécessite une prise en charge adéquate, précoce et multidisciplinaire.

REFERENCES

- [1] Azarmina M, Azarmina H. The six syndromes of the sixth cranial nerve. *J Ophthalmic Vis Res.* 2013 Apr;8(2):160-71.
- [2] Merino P, Gómez de Liaño P, Villalobo JM, Franco G, Gómez de Liaño R. Etiology and treatment of pediatric sixth nerve palsy. *J AAPOS.* 2010;14:502-5.
- [3] Lee MS, Galetta SL, Volpe NJ, Liu GT. Sixth nerve palsies in children. *Pediatr Neurol.* 1999;20:49-52.
- [4] Tabatabaei SM, Seddighi A, Seddighi AS. Posterior Fossa Tumor in Children. *Iran. J. Child. Neurol* 2012;6(2):19-24.
- [5] Raimondi AJ, Choux M, Di Rocco C. Posterior Fossa Tumors: Principles of Pediatric Neurosurgery, Springer-Verlag 1993. p 214.
- [6] Barkovich AJ. Intracranial, orbital, and neck tumors of childhood. In: Barkovich AJ, editors. *Pediatric Neuroimaging.* New-York: Raven Press; 2000. p. 443-580.
- [7] Wilne S, Collier J, Kennedy C, Koller K, Grundy R, Walker D. Presentation of childhood CNS tumours: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* 2007;8:685-95.
- [8] Thiesse P, Jaspan T, Couanet D et al. Un protocole d'imagerie des tumeurs cérébrales de l'enfant. *J Radiol* 2001;82:11-6.
- [9] Gusnard DA. The pediatric central nervous system. In: Vanel D, Stark D, editors. *Imaging strategies in oncology.* London: Martin Dunitz; 1993. p. 49-63.
- [10] Klimo P Jr, Pai Panandiker AS, Thompson CJ, Boop FA, Qaddoumi I, Gajjar A, et al. Management and outcome of focal low-grade brainstem tumors in pediatric patients: the St. Jude experience. *J Neurosurg Pediatr.* 2013; 11(3): 274.
- [11] Kramm CM, Wagner S, Van Gool S, Schmid H, Sträter R, Gnekow A et al. Improved survival after gross total resection of malignant gliomas in pediatric patients from the HIT-GBM studies. *Anticancer Res.* 2006 Sep-Oct 26(5B):3773-9.