



PRES syndrome chez le sujet jeune : une entité clinico-radiologique à ne pas méconnaître !

Mahrez Fissah 1, Meriem Charifi 1, Mohamed Amir Belkessa 1, Said Taharboucht 1, Nadia Touati 1, Leila Talbi 1, Messaouda Djouhri 1, Farouk Menzou 1, Fatma Zohra Kahoul 1, Ahcene Chibane 1

1CHU Douéra - Alger (Algérie)

Introduction

Le syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (PRES) a été décrit pour la première fois en 1996 par Hinchey and co, qui ont rapporté un syndrome combinant céphalées, confusion, convulsions et perte de la vision associées à des images de leuco-encéphalopathie sur le scanner ou sur l'imagerie par résonance magnétique. Cette panoplie de signes et de symptômes neurologiques et à l'imagerie distinctifs reflétant un œdème vasogénique. Nous rapportons le cas d'un jeune patient suivi au niveau de notre service

Observation

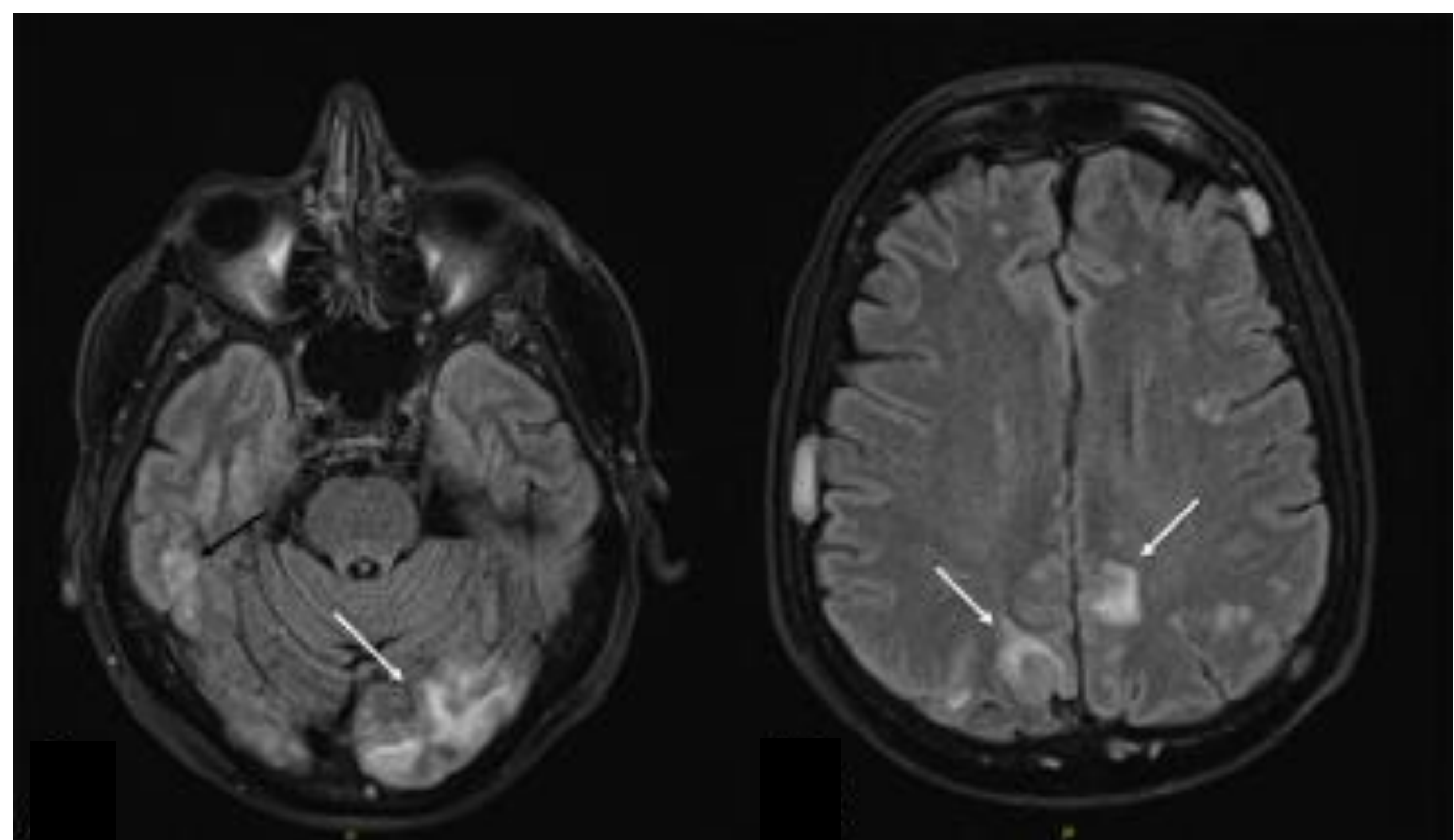
Il s'agit d'un patient âgé de 17 ans, sans antécédents personnels médicaux ou chirurgicaux, dont les premiers symptômes cliniques étaient des céphalées inhabituelles, diffuses mais plus accentuées au niveau occipital, qui s'aggravaient en quelques jours et qui étaient rebelles aux traitements usuels (antalgiques) mais malheureusement le patient n'est amené au pavillon des urgences qu'après avoir fait des crises convulsives tonico-cloniques récidivantes associées à une pression artérielle systolique et diastolique variant entre 160-180 mm hg et 100-110 mm hg nécessitant une admission en unité de soins intensifs, ou le patient était stabilisé sous Phénobarbital et Nicardipine en IVSE.

Le bilan biologique standard, les sérologies virales, la recherche d'une hyperhomocystéinémie, le bilan immunologie ponction lombaire, sont revenus normaux.

Une échographie doppler des artères rénales a objectivé une agénésie du rein droit ainsi qu'une sténose artérielle du rein gauche.

L'angio TDM réalisée en urgence retrouve : hypodensités en plage de la substance blanche plus marquées au niveau des régions postérieures pariéto-occipitales bilatérales évoquant un PRES syndrome, confirmée par une IRM cérébrale qui retrouve de multiples lésions en hypersignal T2 de siège fronto-pariéto-occipito-temporales bilatérales associées à un œdème vasogénique.

L'exploration de l'hypertension artérielle retrouve une origine secondaire rénale. Après stabilisation de la pression artérielle le patient a bien évolué ne gardant aucune séquelle.



Discussion

Le PRES est lié à un œdème cérébral vasogénique responsable de symptômes neurologiques aigus tels qu'une encéphalopathie (50-80 %), une crise convulsive (60-75 %) pouvant se compliquer d'un état de mal épileptique (5-15 %), une céphalée (50 %), des anomalies de la vision à type de cécité corticale, de vision floue, de défaut du champ visuel ou d'hémianopsie latérale homonyme (33 %) ou un déficit neurologique focal (10-15 %) *. Les signes cliniques et morphologiques du PRES syndrome sont réversibles chez la majorité des patients, le diagnostic et le traitement adapté et rapide permettent de prévenir l'apparition de lésions neurologiques irréversibles et de séquelles permanentes. Malgré la sévérité du tableau clinique initial (état de mal épileptique, coma), pouvant nécessiter une prise en charge intensive, l'évolution du PRES syndrome est généralement favorable, sous réserve d'une prise en charge précoce et adaptée. Le pronostic est principalement déterminé par les complications et la pathologie sous-jacente notamment une origine secondaire ce qui accentue l'intérêt du diagnostic précoce. Cependant, des séquelles neurologiques, en particulier l'épilepsie, peuvent persister dans certains cas et nécessiter un traitement à long terme. La gravité des lésions de l'imagerie, peut être un paramètre déterminant le pronostic à long terme.

Conclusion

Le PRES est une entité clinique à ne pas méconnaître par le clinicien surtout chez le sujet de par l'existence d'une grande variabilité dans la présentation clinique de ce syndrome et des aspects en imagerie parfois atypiques mais aussi de par la gravité de ces complications de par l'origine de l'hypertension artérielle qui est secondaire à cet âge comme fut le cas de notre patient.

Références

*O. Peyrony · C. de Margerie-Mellon · E. Mariotte ; Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES) due to bevacizumab ; Ann. Fr. Med. Urgence (2018) 8:37-40

**Moulay El Mehdi El Hassani, Saad Benali, Jaouad Kouach, et Driss Moussaoui Rahali ; L'encéphalopathie postérieure réversible syndrome: à propos d'un cas ; Pan Afr Med J. 2019; 33: 154.