

# L'hypertension intracrânienne bénigne, cas survenu au cours d'une chimiothérapie néo-adjuvante dose dense en traitement d'un cancer du sein triple négatif BRCA muté



Auteurs : S. Hautecloque<sup>1</sup>, A. Najem<sup>1</sup>, G. Marie<sup>1</sup>, N. Frezel<sup>2</sup>, C. Castellier<sup>3</sup>, C. Capelle<sup>1</sup>  
CH Boulogne sur Mer, 1-oncologie, 2-neurologie, 3-gynécologie

## INTRODUCTION

L'hypertension intracrânienne bénigne (HTIB) résulte d'une augmentation isolée de la pression du liquide céphalorachidien (LCR). Elle est définie par les critères de Dandy modifiés : des symptômes d'HTIC sans autre symptôme neurologique, une imagerie cérébrale normale, un LCR de composition normale et de pression d'ouverture élevée > 25cmH<sub>2</sub>O.

Les symptômes sont : céphalées, vomissements, troubles visuels, diplopie par paralysie du VI, troubles de la conscience ; avec risque d'atteinte visuelle définitive, d'ischémie cérébrale, de décès.

Nous rapportons le cas d'une patiente ayant présenté une HTIC bénigne en cours de chimiothérapie néo-adjuvante (CTNA) dose-dense.

## CAS CLINIQUE

Mme B., 36 ans, mutée BRCA1, a pour antécédents : hypothyroïdie, IMC à 25.

En 11/2017, est découvert un carcinome infiltrant non spécifique multifocal, du sein gauche triple négatif, grade 2, Ki67 45%, T2N<sup>+</sup> au TEP scanner.

Une CTNA, dose dense est débutée par 4 cures de EC 75 mg/m<sup>2</sup> toutes les deux semaines, suivi de CARBOPLATINE TAXOL hebdomadaire, mal toléré : asthénie et nausées vomissements.

Lors du C3J15, la patiente s'est plainte de céphalées et de diplopie, on note une prise de 7kg en 3 mois IMC à 28.

Le fond d'œil retrouve un œdème papillaire, il existe une paralysie du VI bilatérale.

L'angio TDM et l'IRM cérébraux (figure 1) sont normaux. 2 ponctions lombaires (PL) ont retrouvé une légère hyperpression du LCR à 28cmH<sub>2</sub>O, de composition normale.

Le cortisol, l'ACTH, la TSH et la vitamine A sont normaux.

Un traitement par ACETAZOLAMIDE 1cp/j prescrit pendant 10 jours.

La 4<sup>ème</sup> cure n'a pas été administrée.

Une mastectomie totale + curage axillaire a retrouvé une réponse pathologique complète et le curage axillaire négatif.

Les traitements, la perte de poids ont permis d'améliorer les symptômes, les faisant disparaître 3 mois après, la dernière consultation de juin 2019 ne note ni récurrence de la maladie oncologique ni des symptômes neurologiques.

## DISCUSSION

La physiopathologie de l'HTICB est peu connue, son incidence est rare.

L'étiologie est idiopathique, les 2 principaux facteurs de risque sont : le sexe féminin, l'obésité (prise de poids)

Le diagnostic retenu chez cette patiente est celui d'HTICB favorisée par la prise de poids dans un contexte de corticothérapie sous chimiothérapie intensive.

Le protocole dose-dense était approprié cette patiente de < 65 ans, triple négative, T2N<sup>+</sup>. L'ajout du CARBOPLATINE a été proposé dans le cadre de la mutation BRCA1. La tolérance digestive et générale de la chimiothérapie (nausées et asthénie) a été difficile nécessitant une majoration de la corticothérapie et une baisse de l'activité physique, pouvant être en rapport avec une prise de poids.

Le diagnostic d'HTICB est rare, mais reste à évoquer, chez une patiente avec facteurs de risque, lors de l'apparition de symptômes neurologiques, pouvant faire évoquer une méningite carcinomateuse ou une autre pathologie neurologique

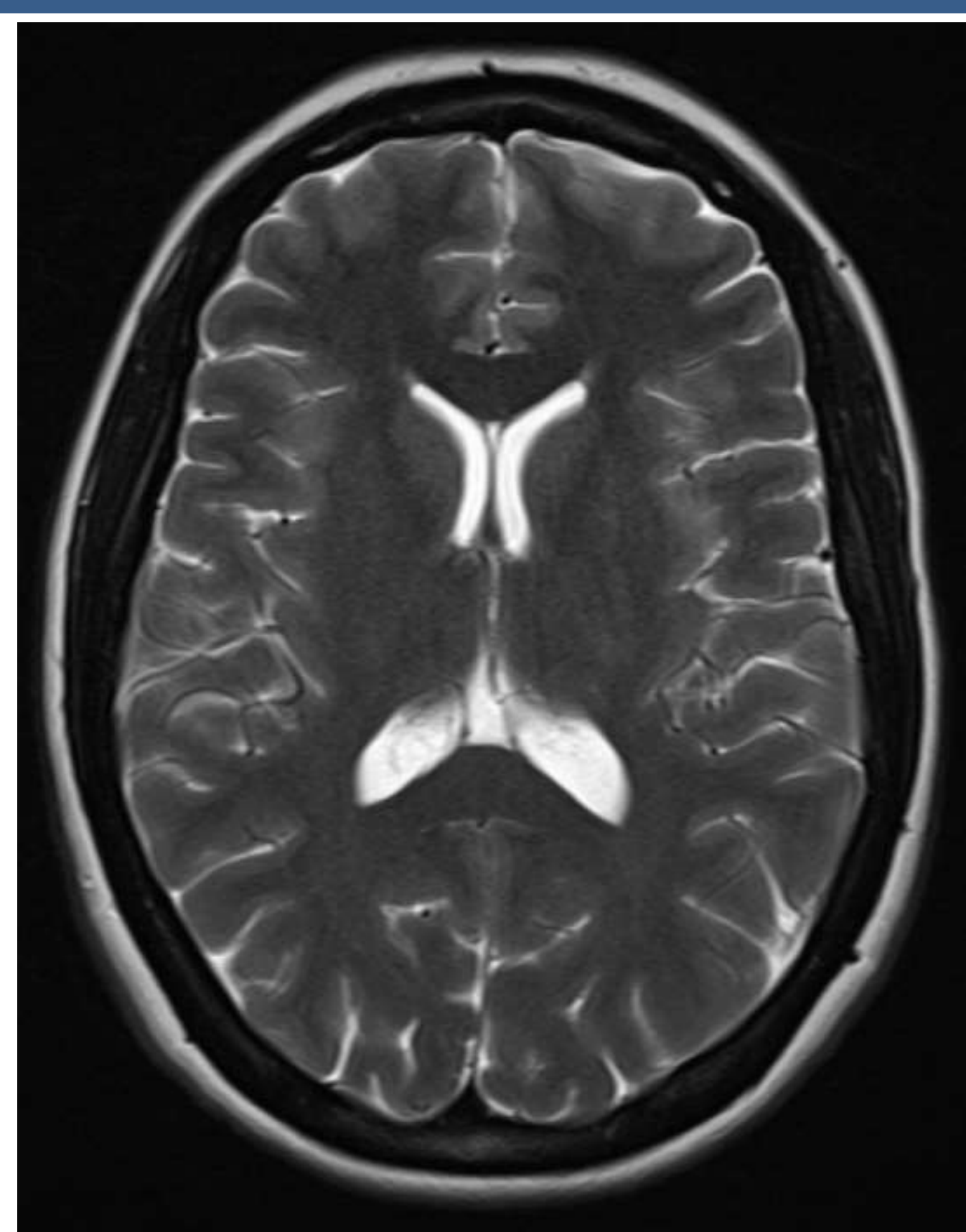


Figure 1:  
IRM cérébrale  
sans anomalie

## BIBLIOGRAPHIE

1. A.B. Castellon I. Pidhorecky V. Valero L.E. Raez (2017) The Role of Carboplatine in the Neoadjuvant Chemotherapy Treatment of Triple Negative Breast Cancer Oncol Rev.
2. S. Bidot V. Biousse (2013) Actualités dans l'hypertension intracrânienne idiopathique Lettre du Neurologue. Vol. XVII-n°4 (118-150)
3. E.J. Moylan L.C. Connell and Seamus O'Reilly (2014) Are Dose-Dense and Triplet Chemotherapy Regimens Optimal Adjuvant Therapy in the Majority of Women With Node-Positive Early Breast Cancer? 2018 American Society of Clinical Oncology (605-606)