O08 : L'hypentension intracranienne begnine, à propos d'un cas suvenu au cours d'une chimiothérapie néo-adjuvante dose dense en traitement d'un cancer du sein triple négatif BRCA muté

Titre

Français : L'hypentension intracranienne begnine, à propos d'un cas suvenu au cours d'une chimiothérapie néo-adjuvante dose dense en traitement d'un cancer du sein triple négatif BRCA muté

Anglais : intracranial hypentension begnine, about a case report over a neo-adjuvant dense dose chemotherapy of a triple negative BRCA mutated breast cancer

Auteurs

S HAUTECLOQUE (1), A NAJEM (1), N FREZEL (2), M BRIDOUX (1), G MARIE (1), C CAPELLE (1)
(1) ONCOLOGIE, BOULOGNE SUR MER HOPITAL DUCHENE, RUE JACQUES MONOD, 62200, BOULOGNE SUR MER , FRANCE
(2) NEUROLOGIE , BOULOGNE SUR MER HOPITAL DUCHENE, RUE JACQUES MONOD, 62200, BOULOGNE SUR MER , FRANCE

Responsable de la présentation

Nom : capelle
Prénom : claire
Adresse professionnelle : centre hospitalier Duchene de Boulgne sur mer, rue Jacques Monod
Code postal : 62200
Ville : Boulogne Sur Mer
Pays : france
Newsletter :

Mots clés

Français : hypertension intracranienne begnine chimiothérapie cancer du sein
Anglais : benigne intracranial hypertension breast cancer chemotherapy

Spécialité

Principale : Oncologie - Fertilité
Secondaire : Soins de support

Texte

INTRODUCTION : L'hypertension intracrânienne bénigne (HTIB) résulte d'une augmentation isolée le la pression du liquide céphalorachidien (LCR). 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 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 normal et de pression d'ouverture élevée > 25cmH2O.(1) Nous rapportons le cas d'une patiente ayant présenté une HTICB au cours d'une 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+ au TEP scanner. Une CTNA, dose dense est débutée par 4 cures de EC 75 mg/m2 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 8kg en 3 mois, un IMC à 28. L'examen ophtalmologique retrouve un œdème papillaire, et paralysie du VI bilatérale.
L'angio TDM et IRM cérébraux sont normaux. 2 ponctions lombaires (PL) ont retrouvé une hyperpression du LCR à 28cmH2O, de composition normale. Le cortisol, l'ACTH, la TSH et la vitamine A sont normaux.
Un traitement par ACETAZOLAMIDE 1cp/j est prescrit pendant 10 jours. La 4ème cure n'a pas été réalisée. Une mastectomie totale + curage axillaire ont été réalisés retrouvant une réponse pathologique complète, le curage axillaire est négatif. Les traitements, la perte de poids ont permis d'améliorer les symptômes, les faisant disparaitre en 3 mois, la dernière consultation de juin 2019 ne note ni récidive de la maladie oncologique ni des symptômes neurologiques.
DISCUSSION : La physiopathologie de l'HTICB est peu connue, son incidence est rare (1).
L'étiologie est idiopathique, les 2 principaux facteurs de risque sont : le sexe féminin, l'obésité (prise de poids) (1) et également les certains troubles endocriniens.
Le diagnostic retenu 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+(2). L'ajout du CARBOPLATINE a été proposé en raison de la mutation BRCA1(3). 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 évocateurs.

1 S.Bidot V.Biousse (2013) Actualités dans l'hypertension intracrânienne idiopathique Lettre du Neurologue. Vol. XVII-n°4 (118-124)
2 A.B.Castrellon I.Pidhorecky V.Valero L.E. Raez (2017) The Role of Carboplatine in the Neoadjuvant Chemotherapy Treatment of Triple Negative Breast Cancer Oncol Rev. mar 3 ;11 (1) : 324
3.EBCTCG(2019)Increasing the dose intensity of chemotherapy by more frequent administration or sequential scheduling: a patient-level meta-analysis of 37 298with with early breast cancer in 26 randomised trials Lancet .volume 393 issue 1079 p1440-152