

**INTRODUCTION:** Le STH est une ophtalmoplégie douloureuse due à une inflammation idiopathique et chronique de la fissure orbitaire supérieure ou du sinus caverneux. C'est une affection neurologique rare, d'étiopathogénie inconnue et un diagnostic d'élimination. Nous rapportons le cas d'une patiente de 37 ans avec une évolution favorable sous corticothérapie.

**OBSERVATION:** Patiente de 37 ans, qui était hospitalisée pour une symptomatologie évoluant depuis une semaine faite de céphalées périorbitaires droites, atroces permanentes, non pulsatiles, sans facteurs aggravants ni calmants, associées à un ptosis droit et sans vomissements. L'examen neurologique retrouvait une paralysie complète des nerfs moteurs de l'œil droit (**Cf. figure 1<sup>e</sup>**). Le bilan auto-immun (anticorps antinucléaire, anti ECT, anti DNA natifs et ANCA), infectieux (NFS, CRP, IDRT, GeneXpert MTB/Rif, VIH, VHB, VHC, syphilis) et le dosage l'enzyme de conversion de l'angiotensine étaient sans particularités. La ponction lombaire et l'étude histologique de la biopsie des glandes salivaires étaient normales. L'IRM encéphalique était normale. La patiente a été mise sous corticothérapie (méthylprednisolone 500 mg/J pendant 5 jours puis relais oral par prednisone 1mg/Kg/J jusqu'à un mois) avec une régression complète de la symptomatologie en 7 jours (**cf. figure 2**). Notre patiente n'a pas présenté de récurrence après 4 ans de suivi.



**Figure 1<sup>e</sup> :** ophtalmoplégie et ptosis gauche (avant traitement).



**Figure 2 :** 7<sup>e</sup> jour d'évolution après corticothérapie.

**DISCUSSION:** Le syndrome de Tolosa Hunt est un syndrome rare, son incidence est estimée à un cas par un million par an [1]. L'imagerie encéphalique peut-être normale comme chez notre patiente et indiquerait un stade précoce de la maladie et donc une meilleure réponse thérapeutique [2]. La rechute est parfois décrite dans la littérature, chez notre patiente nous n'avons pas noté de rechute après 4 ans de suivi [3].

**CONCLUSION:** le STH est une affection neurologique rare. Son traitement repose sur la corticothérapie par voie générale et un suivi à long terme est nécessaire à cause du risque de récurrence et des séquelles. Chez notre patiente les aspects cliniques, paracliniques et la réponse précoce aux corticoïdes nous ont permis de retenir le diagnostique et de préserver son pronostic fonctionnel visuel.

## RÉFÉRENCES:

- [1]Iaconetta G, Stella L, Esposito M, Cappabianca P: Tolosa-Hunt syndrome extending in the cerebello-pontine angle. *Cephalalgia*. 2005 Sep; 25(9):746-50.
- [2]Aktan S, Aykut C, Erzen C. Computed tomography and magnetic resonance imaging in three patients with Tolosa-Hunt syndrome. *Eur Neurol*. 1993;33(5):393-6.
- [3]Colnaghi S, Versino M, Marchioni E, Pichiecchio A, Bastinello S, Cosi V, Nappi G. ICHD-II diagnostic criteria for Tolosa-Hunt syndrome in idiopathic inflammatory syndromes of the orbit and/or the cavernous sinus. *Cephalalgia*. 2008 Jun;28(6):577-84.