

NVX-013

Hallucinosse pédonculaire sur AVCi de l'artère de Percheron

S. El Oudghiri, K. Haddouali, M.A. Mouhdi, H. Khattab, S. Bellakhdar, B. El Moutawakil,
M.A. Rafai, H. El Otmani

Service de neurologie et d'explorations neurophysiologiques cliniques – CHU Ibn Rochd Casablanca



NEUROVASCULAIRE

Introduction

L'accident vasculaire cérébral ischémique (AVCi) est classiquement révélé par un déficit sensitivo-moteur ou sensoriel d'installation brutale. Toutefois, des manifestations psychiatriques inaugurales peuvent survenir lorsque l'atteinte encéphalique est topographiquement stratégique.

Nous rapportons le cas d'une hallucinosse pédonculaire d'origine ischémique faisant suite à l'occlusion d'une artère de Percheron.

Observation

C'est le cas d'un patient de 48 ans, tabagique chronique et consommateur de cannabis, sans antécédents psychiatriques, admis aux urgences du CHU Ibn Rochd pour un tableau remontant à 36 heures avant sa consultation, fait de troubles psychiatriques aigus à type d'hallucinations visuelles complexes continues dont il avait pleine conscience (scènes vivides avec des personnes décédées, objets colorés, animaux domestiques..) associées à une agitation psychomotrice et une inversion du cycle nyctéméral.

A l'examen, le patient était agité, stable et bien orienté dans le temps et dans l'espace. Nous avons noté un syndrome cérébelleux stato-kinétique bilatéral, une paralysie de la verticalité ainsi que des troubles mnésiques antéro- et rétrogrades.

L'imagerie cérébrale (TDM et IRM) avait objectivé un infarctus bi-thalamo-mésencéphalique par occlusion d'une artère de Percheron (figure 1). La topographie des lésions a permis de renforcer l'hypothèse d'une hallucinosse pédonculaire.

Le bilan étiologique a mis en évidence un prolapsus mitral avec épaississement valvulaire pour lequel le patient a été mis sous AVK. Aucun antipsychotique n'a été préconisé vu que les hallucinations n'engendraient pas de gêne importante et que l'état d'agitation s'est amendé spontanément au cours de son hospitalisation.

L'évaluation à 6 mois a noté la disparition complète des hallucinations avec persistance de troubles mnésiques.

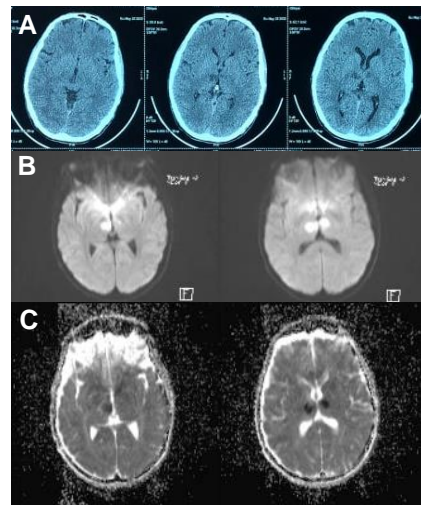


Figure 1: TDM (A) et IRM cérébrales en coupe axiale séquences diffusion (B) et ADC (C) montrant un infarctus bithalamique avec atteinte de la partie supérieure du mésencéphale.

Discussion

L'hallucinosse pédonculaire peut survenir suite à diverses pathologies. Elle a été décrite dans les infarctus thalamiques, pontiques, les poussées inflammatoires de neurobehçet, la myélinolyse centro-pontine... (1)

Rapportée pour la première fois par Jacques Jean Lhermitte en 1922, elle a été décrite comme un état hallucinatoire onirique, où le patient est conscient du caractère fictif de ses hallucinations, contrairement aux troubles psychotiques primaires où l'insight est généralement altéré (2).

La physiopathologie exacte n'est pas encore complètement élucidée. De nombreuses théories suggèrent l'implication de la voie ponto-géniculo-occipitale. Cette voie relie étroitement la conscience (via la formation réticulée activatrice) à la vision et joue un rôle essentiel dans le sommeil paradoxal. Sa perturbation peut inhiber la capacité du système nerveux à supprimer l'activité corticale pendant la phase de somnolence, entraînant théoriquement des visions oniriques pendant l'éveil. (3) De même, le pulvinar reçoit des afférences de la rétine, du noyau tegmental pédonculopontin et du raphé du tronc cérébral, ce qui suggère qu'une lésion de cette structure entraîne une perturbation similaire (figure 2). (4)

Selon les rapports de cas dans la littérature, l'évolution est souvent favorable. De petites doses de neuroleptiques atypiques ainsi que la mélatonine peuvent être utilisés en cas de retentissement majeur. (3,4)

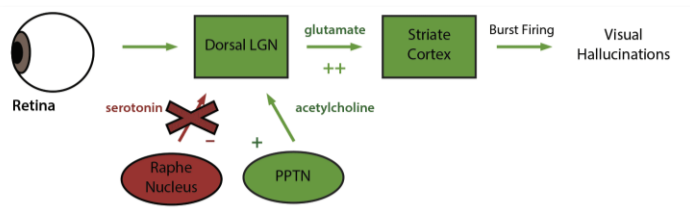


Figure 2: Hypothèses physiopathologiques de l'hallucinosse pédonculaire (4)
LGN: Noyau géniculé latéral ; PPTN: Noyau tegmental pédonculo-pontin

Conclusion

L'hallucinosse pédonculaire est une entité anatomoclinique particulièrement impressionnante par sa sémiologie et qui est rarement inaugurale d'un AVCi. Toutefois l'association à des signes de focalisation confirme l'origine neurologique dont l'étiologie sera approchée grâce à la neuro-imagerie encéphalique.

Références

- Walterfang M, Goh A, Macellin R, Evans A, Velakoulis D. Peduncular hallucinosis secondary to central pontine myelinolysis. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Dec;66(7):618-21. doi: 10.1111/j.1440-1819.2012.02399.x.
- Drouin, E., & Pélérin, Y. (2019). Peduncular hallucinosis according to Jean Lhermitte. *Revue Neurologique*. doi:10.1016/j.neurol.2018.11.005
- Joseph LaPorta, Robert Stanton & Adam Kass (2021) The man behind the bed: a case of peduncular hallucinosis treated with quetiapine and melatonin, *Neurocase*, DOI: 10.1080/13554794.2021.1915339
- Spiegel DR, Hirsch C, Pattison A. A Case of Peduncular Hallucinations Due to Right Pontine and Cerebral Peduncle Cerebrovascular Accident Treated Successfully With Risperidone: Insights Into an Uncommon Cause of Visual Hallucinations. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2020 Oct 15;22(5):1902584. doi: 10.4088/PCC.1902584.