

# Un cas rare d'hallucinoses pédonculaires suite un AVCI mésencéphalique

N. El Guerouani, W. Bnouhanna, M. Rahmani, M. Benabdeljlil, S. Aïa

Service de Neurologie A ; Hôpital des Spécialités, CHU Ibn Sina, Université Mohammed VI, Rabat, Maroc



NEUROVASCULAIRE

[NVX-004]

## INTRODUCTION

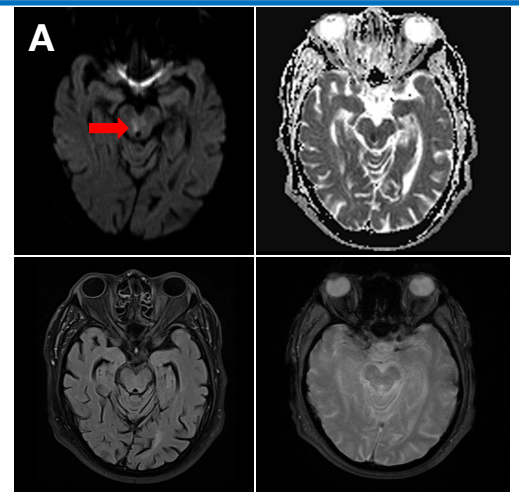
L'hallucinoses pédonculaire (HP) est une forme rare d'hallucinations visuelles causée souvent par des lésions vasculaires dans le thalamus, le mésencéphale et particulièrement les pédoncules d'où le nom, mais également dans d'autres maladies neurologiques, comme la SEP. A travers ce cas clinique, nous présentons un AVCI mésencéphalique paramédian révélé par une atteinte des nerfs crâniens avec troubles de l'équilibre et compliqué d'une HP.

## Description du cas

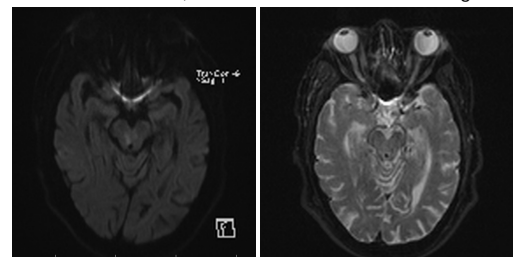
Il s'agit d'un patient de 68 ans suivi pour HTA, et diabète mal équilibré compliqué de néphropathie et de rétinopathie qui installe brutalement un vertige avec troubles de l'équilibre et un ptosis de l'œil droit. L'examen clinique trouve un patient ataxique sans déficit, l'examen des paires crâniennes objective un ptosis partiel de l'œil droit avec ophtalmoplégie et une paralysie du droit externe à œil gauche. Le patient a été reçu dans les délais de thrombolyse mais n'a pas été thrombolysé du fait d'un score NIHSS faible à 1 et a été mis sous double anti-agrégation plaquettaire. Huit heures plus tard, il installe 2 épisodes hallucinatoires d'une dizaine de minutes dans un contexte d'hypersomnolence : le premier ; le patient décrit une scène de sa fille entrain de laver une vitrine à la maison et il lui demande de faire attention à ne pas le mouiller avec de l'eau, le deuxième ; il décrit un agent de police qui demande de voir les passeports à l'aéroport et le patient demande à sa fille de les lui remettre. À l'interrogatoire, le malade semblait être conscient de l'hallucinoses et la critiquait. Cet épisode a fait discuter une aggravation par l'apparition d'une aphasie de Wernicke. L'IRM montre un AVCI mésencéphalique paramédian droit en rapport avec une plaque d'athérome au niveau de l'artère vertébrale droite au niveau V0 sans nouvelles lésions à l'IRM de contrôle faite au moment de l'hallucinoses.

## Discussion

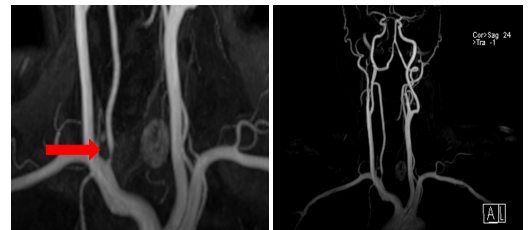
- Les hallucinations sont des phénomènes subjectifs inexpliqués qui accompagnent de nombreux troubles neurologiques, tels que l'épilepsie, la migraine, la narcolepsie et les maladies cérébrovasculaires<sup>(1)</sup>. Elles sont définies, selon la société américaine de psychiatrie, par une expérience sensorielle survenant sans stimulation de l'organe concerné.
- L'HP est une forme particulière, bénigne et rare d'hallucinations visuelles d'objets concrets, de personnes et d'animaux, souvent vives et colorées. Le patient étant conscient de son trouble constitue un **élément distinctif** entre hallucination psychiatrique et hallucinoses<sup>(2)</sup>, comme décrit par notre patient. La persistance de cette dernière pourrait altérer la capacité du patient à la critiquer.
- Elle a été décrite pour la première fois par le neurologue français Jean Lhermitte en 1922<sup>(3)</sup>. Elle est le plus souvent causée par des lésions vasculaires (ischémique ou hémorragique) du thalamus et plus fréquemment le mésencéphale<sup>(2)</sup> et le pons. Une étude de Galetta et al. regroupant 101 cas d'HP, une variété d'étiologies a été relevé chez 68 cas dont : une lésion tumorale, une hémorragie sous-arachnoïdienne des citernes basales, une démyélinisation, une hémorragie intraparenchymateuse, un vasospasme, ou une encéphalite ont également été rapportés<sup>(4)</sup>. Elle est souvent associée à une atteinte oculomotrice<sup>(1)</sup> (atteinte de la 3ème paire crânienne, de la 6ème paire crânienne, une anisocorie, une ophtalmoplégie internucléaire ou un syndrome un et demi de Fisher). D'autres signes cliniques fréquents ont été observés<sup>(1)</sup> : l'ataxie, comme présentait notre cas, la dysmétrie, la dysarthrie, la faiblesse des membres et une paralysie faciale. Un déficit cognitif a été constaté dans la littérature chez certains patients atteints de PH<sup>(2)</sup>.
- Deux mécanismes physiopathologiques ont été proposés<sup>(2)</sup>:
  - une perturbation de la boucle fermée entre les ganglions de la base (responsables du contrôle des mouvements et de la coordination) et le lobe inféro-temporal (responsable de la reconnaissance et de la discrimination des objets visuels), entraîne une suractivité du thalamus et du lobe inféro-temporal.
  - les lésions du système d'activation réticulaire (responsable de la régulation de l'éveil et des cycles veille-sommeil) entraîne une augmentation du sommeil à mouvements oculaires rapides ainsi les hallucinations résulte de l'entrée rapide dans le sommeil à mouvements oculaires rapides. Ceci peut expliquer l'état d'hypersomnolence souvent observé dans les cas d'HP rapportés et aussi dans le nôtre.
- Dans la plupart des cas, comme dans le nôtre, l'HP est spontanément résolutive et ne nécessite aucun traitement. Certains auteurs ont que l'olanzapine<sup>(2)(5)</sup> et la quétiapine<sup>(6)</sup>, des antipsychotiques atypiques, pourrait être bénéfique en cas d'HP chronique et persistante<sup>(5)</sup>.



**IRM encéphalique : Diffusion (A)-ADC (B)-Flair (C)- T2\*(D):** AVCI mésencéphalique paramédian droit qui flash en diffusion avec restriction ADC, mismatch au Flair sans hémorragies. →



**IRM encéphalique : Diffusion-Flair au moment de l'aggravation** ne montrant pas de nouvelles lésions.



**Angio-TSA** montrant une occlusion de la vertébrale droite au niveau du segment V0. →

## Conclusion

L'HP est une situation particulière à connaître par le neurologue ; il s'agit d'une complication classique et transitoire de lésion mésencéphalique par différents mécanismes. Elle doit être distinguée de troubles de langage et plus spécifiquement ; une aphasie sensorielle qui constitue le diagnostic différentiel essentiel. Elle peut être considérée comme une aggravation d'où la nécessité d'une analyse sémiologique fine et d'une recherche de corrélation anatomoclinique.

## Références

- Berke, T. (2008). Peduncular hallucinosis. *Journal of Neurology*, 255(12), 1561-1571. doi:10.1007/s00415-008-0254-4
- Pennay, L., Galanaud, D. Peduncular hallucinosis: a case report. *Cochraner J*, 2014 Fall; 14(3):405-2. PMID: 25519815; PMCID: PMC4171807.
- Crouin, E., Pienet, Y. Peduncular hallucinosis according to Jean Lhermitte. *Rev Neurol (Paris)*, 2019 Jun;175(6):377-379. doi: 10.1016/j.neuro.2018.11.005. Epub 2019 May 2. PMID: 31056193.
- Galetta, D.M., Prasad, S. Historical Trends in the Diagnosis of Peduncular Hallucinosis. *J Neuroophthalmol*. 2018 Dec;38(4):438-441. doi: 10.1097/WNO.0000000000000598. PMID: 29215387.
- Pascual de Rayne, R., Horrell, N., Marzetti, A., Pire, M., Blumenstock, Y., Schuster, J.P., Limón, F. A Case of Chronic Peduncular Hallucinosis in a 95-Year-Old Woman Successfully Treated With Olanzapine. *J Clin Psychopharmacol*. 2016 Jun;36(3):285-6. doi: 10.1097/JCP.0000000000000497. PMID: 27043125
- LaPorta, J., Stanton, R., Koss, A. The man behind the bed: a case of peduncular hallucinosis treated with quetiapine and melatonin. *Neurocase*. 2021 Apr;27(2):205-208. doi: 10.1080/13554794.2021.1915338. Epub 2021 Apr 18. PMID: 33866945.
- Shahab, M., Ahmed, R., Khan, N., Masood, H. Peduncular hallucinosis after a thalamic stroke. *BMJ Case Rep*. 2021 May 13;14(5):e241652. doi: 10.1136/bcr-2021-041652. PMID: 33866911; PMCID: PMC8126318.