

Fracture de l'orbite dans le syndrome de Gilles de la Tourette : A propos d'un cas

PW. Atipo-Tsiba^{1,*}

¹Service d'Ophtalmologie, CHU de Brazzaville, Rep. Congo

RESUME

Introduction : La fracture de l'une des parois de l'orbite par auto mutilation est exceptionnelle dans le syndrome de Gilles de la Tourette. Cette présentation a eu pour but de décrire un cas de fracture de la jonction ethmoïde-maxillaire au cours de cette maladie.

Méthodes : Un homme de 27 ans suivi, pour la maladie de Gilles de la Tourette, a consulté notre département pour une douleur de l'hémiface droite après une auto agression. Il est en situation d'œil unique gauche, l'œil droit avait été perforé un an au par avant suite à une auto agression avec un couteau de table.

Résultats : Présence d'une prothèse oculaire droite, œdème homolatéral de la face, signes cliniques indirects d'une fracture de l'orbite confirmée au scanner.

Conclusion : Le syndrome de Gilles de la Tourette est une urgence neuropsychiatrique que l'ophtalmologue ne doit pas méconnaître.

Mots-clés: Gilles de la Tourette- Fracture - Orbite

ABSTRACT

Background: In Gilles de la Tourette syndrome, the fracture of one of the walls of the orbit by self-mutilation is exceptional. We report a one case of fracture of the ethmoid-maxillary junction in Gilles de la Tourette syndrome.

Methods: A 27 year-old male followed for Gilles de la Tourette disease consulted our department for a right hemi-facial pain after a self-attack. The patient had only a left eye functional; the right eye being damaged a year ago after hurting himself with a knife.

Results: Presence of a right ocular prosthesis, unilateral edema of the face, indirect clinical signs of a fracture of the orbit confirmed by the scan.

Conclusion: The Gilles de la Tourette syndrome is a neuropsychiatric emergency that must be early detected by the ophthalmologist.

Keywords: Gilles de la Tourette, Fracture, Orbit

INTRODUCTION

Le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) est un trouble neuropsychiatrique rare, son taux de prévalence est estimé à environ 1% chez l'enfant, et 0,3 – 0,8% dans la population générale [1, 2]. Son expression clinique est très déstabilisante pour le patient, son entourage et peut être un facteur de désocialisation [3]. Sa forme typique est caractérisée par des actes d'auto agression parfois grave et un langage riche et généralement en des termes orduriers [1, 3, 4]. En ophtalmologie les lésions couramment rencontrées sont les hémorragies orbitaires, les décollements de rétine, les plaies de paupières [5]. La fracture d'une des parois de l'orbite au cours de ce syndrome est exceptionnelle, nous n'avons trouvé aucun cas décrit à ce jour. Nous rapportons le cas d'une fracture du plancher de la jonction ethmoïde-plancher de l'orbite par auto agression chez un patient âgé de 27 ans atteint de ce syndrome.

OBSERVATION MEDICALE

Mr XV 27 ans a été admis en urgence au CHU de Brazzaville pour un œdème et une douleur de l'hémi face droite, une rhinorrhagie ipsilatérale. Une demi-heure avant, il a fait une crise au cours de laquelle il s'est violemment cogné le visage contre la portière d'une voiture. Il est toxicomane (consommation régulière du cannabis), et suivi pour un SGT depuis l'âge de 10 ans. Ce suivi plus ou moins régulier

selon l'entourage, consiste en une consultation mensuelle chez le psychologue et une prescription de neuroleptique. Son status était le suivant :

- présence d'une prothèse oculaire droite
- œdème du visage plus marquée à droite,
- crépitations neigeuses au niveau du rebord orbitaire inférieur droit (emphysème sous cutané).

Le scanner en coupe coronale avait noté (fig.1):

- à droite : un implant orbitaire (témoin de la plastie après l'éclatement du globe oculaire), un affaissement du plancher de l'orbite avec une cassure nette de la jonction plancher-ethmoïde, une réduction de la lumière des cellules ethmoïdales avec un niveau liquide (hemosinus) à cheval entre ces cellules et le sinus maxillaire.

- à gauche : aspects normal du globe et des sinus paranasaux

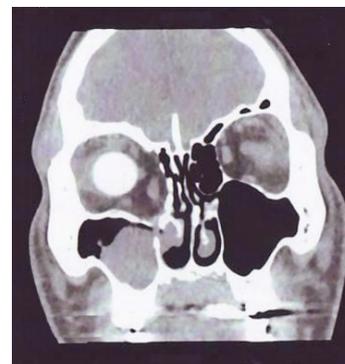


Figure 1 : Scanner d'une fracture du plancher de l'orbite chez un patient suivi pour un syndrome de Gilles de la Tourette. La plastie orbitaire a fait suite à un éclatement du globe par auto agression une année avant.

*Correspondence to: Atipo-Tsiba PW, MD
Department of Ophthalmology
CHU de Brazzaville PoBox 32 Brazzaville
Assistant to the university of Marien Ngouabi - Brazzaville
Tel: 00242055513485
E-mail: atipo.kani@gmail.com

DISCUSSION

Le SGT est un trouble neuropsychiatrique complexe décrit pour la première fois en France en 1885 [6]. Une dysfonction des projecteurs ganglio-corticales basales qui affectent les circuits sensitivomoteurs du cortex limbique est l'hypothèse qui a le plus grand consensus de nos jours [7]. Le facteur génétique est probablement le principal déterminant dans la survenue de ce désordre. Une mutation du gène de l'histidine décarboxylase a été mise en évidence chez deux générations d'une famille de patients Chinois souffrant du SGT [4]. Ce syndrome est caractérisé par l'association des troubles moteurs et vocaux. Son diagnostic pour être posé doit répondre aux critères suivants : début entre 2 et 15 ans, présence de mouvements répétitifs rapides sans aucun but nécessitant l'intervention de nombreux muscles de l'organisme, tics vocaux (cris, miaulement, aboiements...), durée des symptômes supérieure à une année [7, 8, 9]. Les tics moteurs débutent vers l'âge de 3 à 8 ans et précèdent habituellement les tics vocaux [2, 8]. Les clignements oculaires et les mouvements faciaux sont les tics moteurs les plus fréquents. Les tics vocaux se manifestent par des hemmages (raclement de la gorge), des sons simples ou plus complexes comme

l'écholalie (répétition des mots exprimés par autrui) ou la parole (répétition de ses propres mots), parfois un comportement obscène avec des attouchements sur soi-même ou sur les autres (la copropraxie) [8, 9]. L'automutilation est un geste fréquemment rencontré dans le SGT. En ophtalmologie les lésions sont dominées par la pression avec tentative d'avulsion du globe oculaire qui se soldent le plus souvent par des hémorragies orbitaires, des opacifications cornéennes, des hyphemas, des cataractes, des décollements de rétine, des déchirures géantes de la rétine [5, 8, 10]. Nous n'avons recensé qu'un cas de luxation du cristallin décrit par Gaillard MC et al [5]. La fracture d'une des parois de l'orbite chez un patient souffrant du SGT n'a, à notre connaissance, jamais fait l'objet d'une publication. Ce patient a été réopéré avec succès. Un suivi psychiatrique avec cure de désintoxication ont été proposés.

CONCLUSION

La prise en charge des formes graves du SGT devrait être multidisciplinaire. Il s'agit d'une urgence neuropsychiatrique que l'ophtalmologue ne devrait pas méconnaître.

REFERENCES

1. McNaught KS, Mink JW. Advances in understanding and treatment of Tourette syndrome. *Nat Rev Neurol*. 2011 nov 8. doi: 10.1038/nrneuro.2011.167. [Epub ahead of print].
2. Hornsey H, Banerjee S, Zeitlin H, Robertson. The prevalence of Tourette's Syndrome in 13-14 year-olds in mainstream schools. *J Child Psychol Psychiatry* 2001 ; 42(8) : 1035-1039
3. Conelaea CA, Woods DW, Zinner SH et al. The Impact of Tourette Syndrome in Adults: results from the Tourette Syndrome Impact Survey. *Community Ment Health J*. 2011 Nov 4. [Epub ahead of print].
4. Lei J, Deng X, Zhang J et al. Mutation screening of the HDC gene in Chinese Han patients with Tourette syndrome. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2011 Nov 16. doi: 10.1002/ajmg.b.32003. [Epub ahead of print]
5. Gaillard MC, Wolfensberg T. Automutilation avec luxation cristallinienne dans la maladie de Gilles de la Tourette traitée par lentille <<iris-claw>> retropupillaire. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 2004 ; 221 : 435-437
6. Gilles de la Tourette G. Etude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie. *Arch Neurol* 1885 ; 9 : 19-42, 158-200
7. Berardelli A, Curra A, Fabbrini G, Gilio F, Manfredi M. Pathophysiology of tics and Tourette syndrome. *J Neurol* 2003; 250(7) : 781-787
Leckman JF. Tourette's syndrome. *Lancet* 2002; 360: 1577-1586
8. Persefonis G, Karaikos D, Tzavelas E, Paparrigopoulos T. The spectrum of Tourette Syndrome and difficulties in differential diagnosis: A case report. *Psychiatrike*. 2011 Jul-Sep; 22 (3): 249-53.
9. Shimoyama T, Horie N, Kato T et al. Tourette's syndrome with rapid deterioration by self-mutilation of the upper lip. *J Clin Pediatr Dent* 2003; 27: 177-180