

## Paralysie du VI révélant un cancer multimétastatique

Marine SERPIER, interne, Médecine Interne, CHU d'Amiens Picardie

- William THIBAULT, PH, Neurologie et neurophysiologie clinique, CHU Sud la Réunion
- Ismaël NEJJAR, interne, Neurologie, CHU d'Amiens-Picardie
- Valéry SALLE, PH, Médecine Interne, CHU d'Amiens-Picardie
- Amélie PLANCKE, interne, Radiologie, CHU d'Amiens-Picardie
- Inès MASMOUDI, PH, Neurologie, CHU d'Amiens-Picardie

### Introduction

Les paralysies du VI<sup>ème</sup> nerf crânien isolées et unilatérales sont en grande majorité micro-vasculaires mais les autres étiologies sont variées [tumorale, inflammatoire (artérite giganto-cellulaire, sclérose en plaque, lupus), infectieuse, traumatique](1).

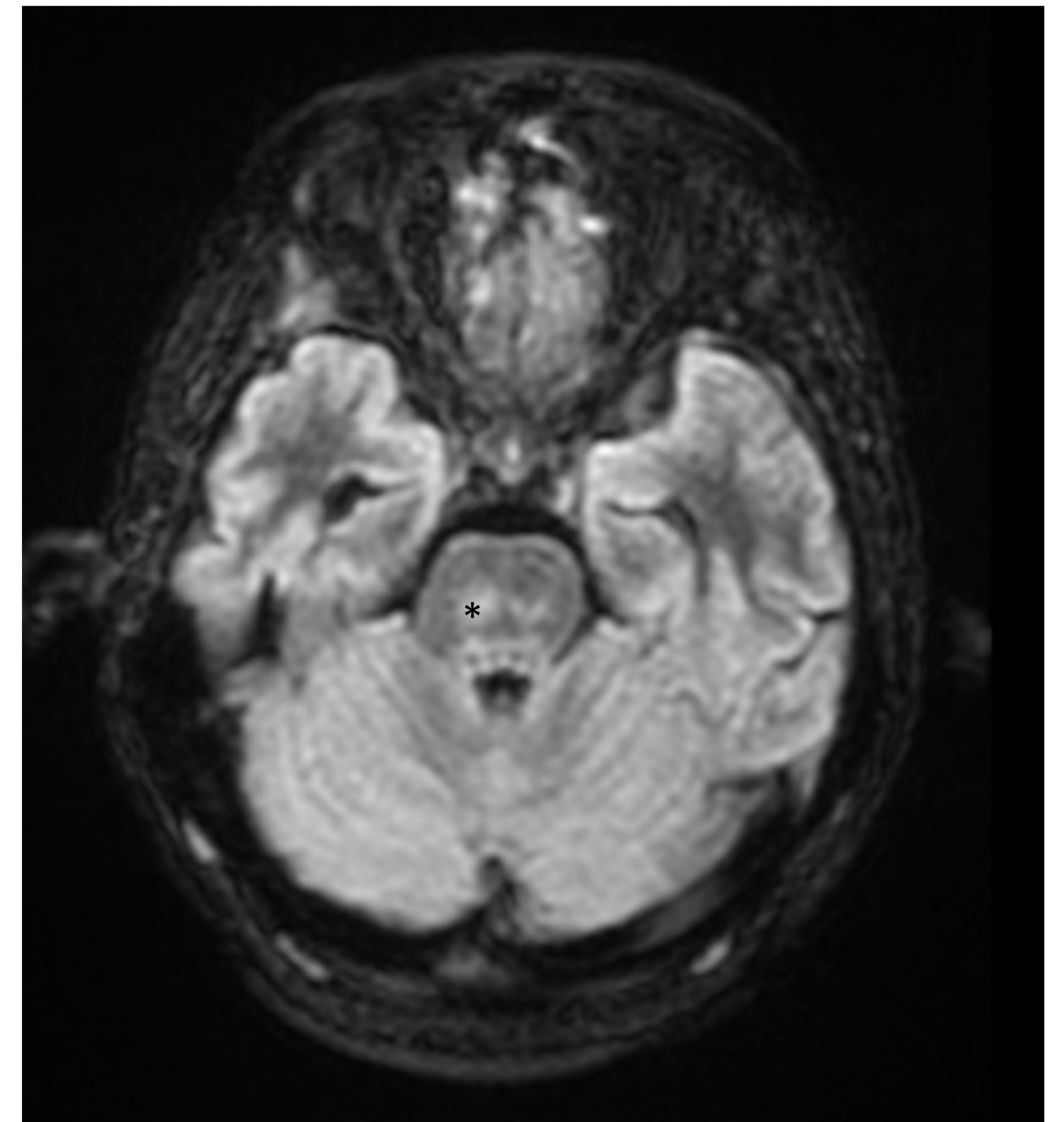
### Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente de 50 ans, ménopausée depuis 6 mois, aux antécédents d'hypertension artérielle et de cruralgie gauche.

Depuis février 2021 elle présente des paresthésies de la houppe du menton. En aout 2021, nous observons l'apparition d'une diplopie conduisant à la découverte d'une paralysie du VI droit isolée.

Le bilan initial réalisé en neurologie au CHU d'Amiens comporte notamment un scanner cérébral qui est interprété comme normal, une IRM cérébrale mettant en évidence des hypersignaux de la substance blanche et du tronc cérébral en réalité déjà présents sur une IRM de juin 2021. La ponction lombaire montre 7 leucocytes/mm<sup>3</sup> et une hyperprotéinorachie à 0,5g/L. L'examen clinique met en évidence la paralysie du VI droit, un déficit moteur lié à une cruralgie, mais révèle aussi une masse du sein droit. Le bilan biologique de méningite lymphocytaire est sans particularité en dehors de la présence d'anti-PR3 positifs à 2.8 UI/mL. Par ailleurs, le CA15.3 et le CA125 sont positifs.

La patiente bénéficie d'une mammographie visualisant des opacités bilatérales. Le bilan conclut à un carcinome infiltrant de type non spécifique bilatéral multimétastatique notamment au niveau osseux, ganglionnaire et pleuropulmonaire. En effet à la relecture du scanner initial, il existe une lésion lytique du clivus droit expliquant la paralysie du VI droit.



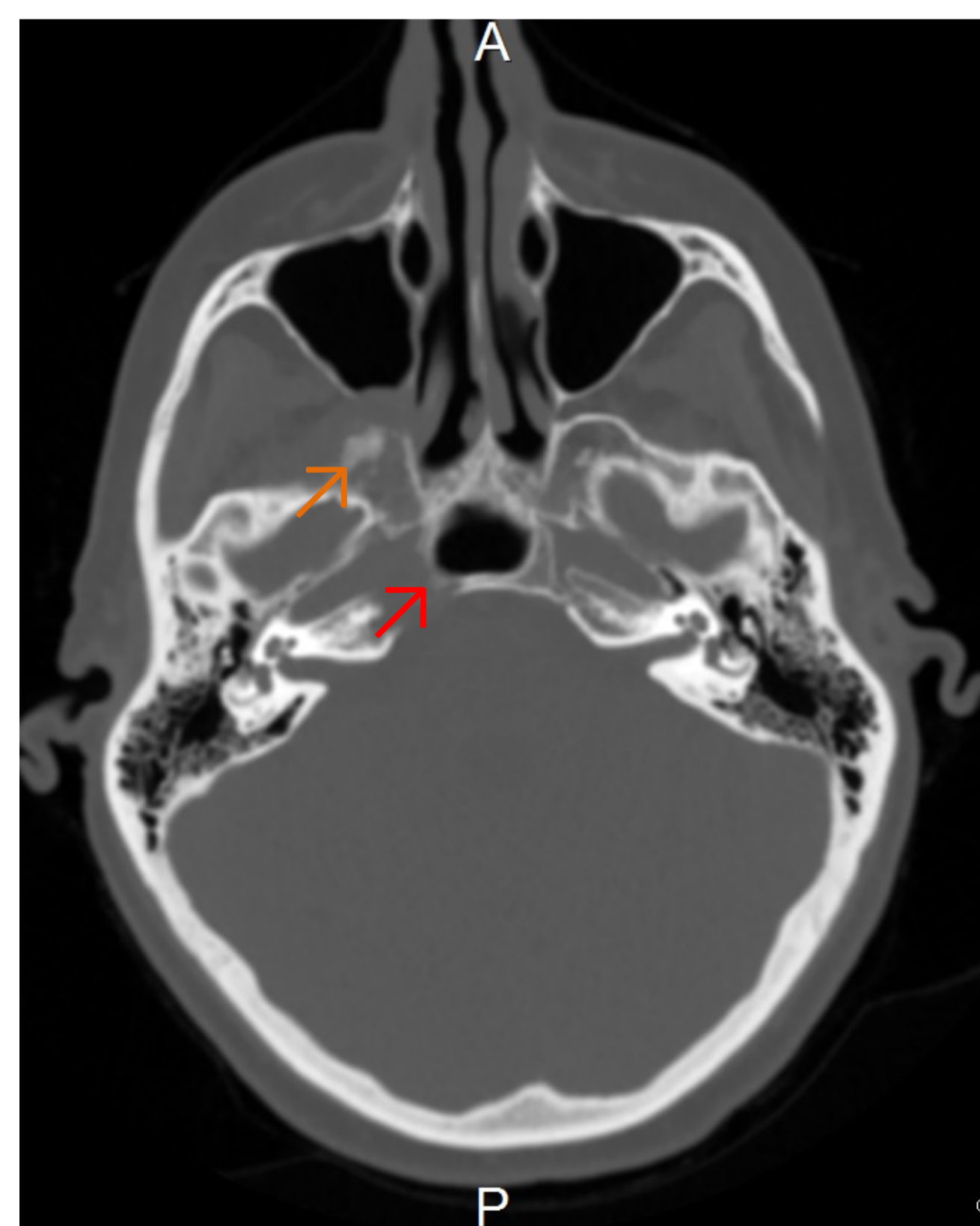
IRM encéphalique en coupe axiale, séquence FLAIR :

\* Hypersignal du tronc cérébral

### Discussion :

La principale hypothèse était celle d'une rhombencéphalite dans le cadre d'une vascularite à ANCA. Le diagnostic final était celui d'un cancer du sein associé aux anti-PR3. Les ANCA peuvent être présents dans de nombreuses situations parfois en association aux hémopathies malignes mais leur association avec les cancers solides est peu décrite (2).

Les lésions du clivus sont rares et leurs principales étiologies sont les chondromes, les chondrosarcomes, les métastases, les proliférations plasmocytaires malignes.



Scanner cérébral en coupe axiale :

↗ Lésion ostéolytique du clivus

↗ Lésion ostéolytique de la grande aile du sphénoïde

↗ Lésion ostéolytique de la grande aile du sphénoïde

### Conclusion :

Devant une paralysie du VI il est donc important de rechercher une cause locale notamment une atteinte du clivus par une lecture attentive du scanner en fenêtrage osseux et ce d'autant plus si plusieurs nerfs sont atteints et que leur origine anatomique est proche.

### Bibliographie :

- (1) Tamhankar MA, Biousse V, Ying GS, et al. Isolated third, fourth, and sixth cranial nerve palsies from presumed microvascular versus other causes: a prospective study. *Ophthalmology*. 2013;120(11):2264-2269.
- (2) Folci M, Ramponi G, Solitano V, Brunetta E. Serum ANCA as Disease Biomarkers: Clinical Implications Beyond Vasculitis. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2021 Aug 30
- (3) Neelakantan A, Rana AK. Benign and malignant diseases of the clivus. *Clin Radiol*. 2014 Dec;69(12):1295-303.