

Mr M, 17 ans

Mode de vie :

- Vit chez ses parents.
- Lycéen en seconde, étudiant en informatique
- Pas d'intoxication alcool-tabagique
- Pas d'animal, pas d'atopie
- Pas de séjour en zone inter-tropicale

Allergies : aucune

Traitement : Aucun

Mr M, 17 ans

Antécédents

- Obésité morbide : prise de poids graduelle depuis l'âge de 7 ans
- Pas d'antécédents familiaux

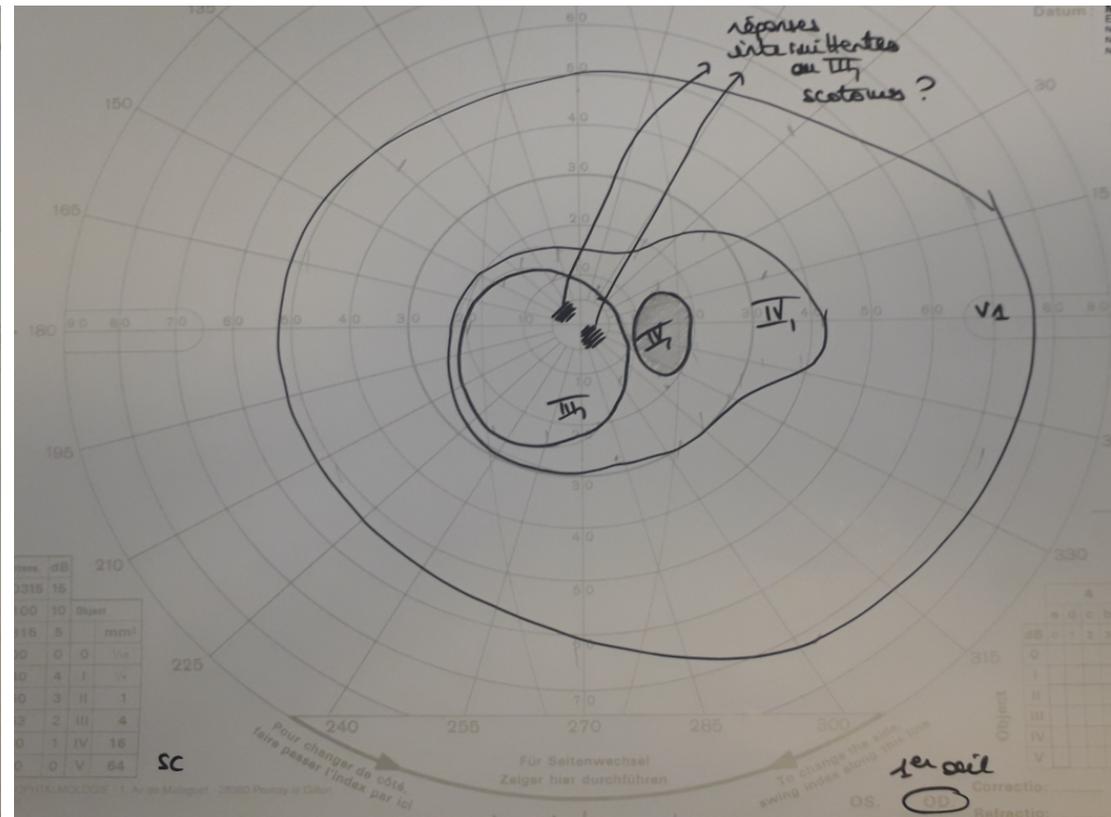
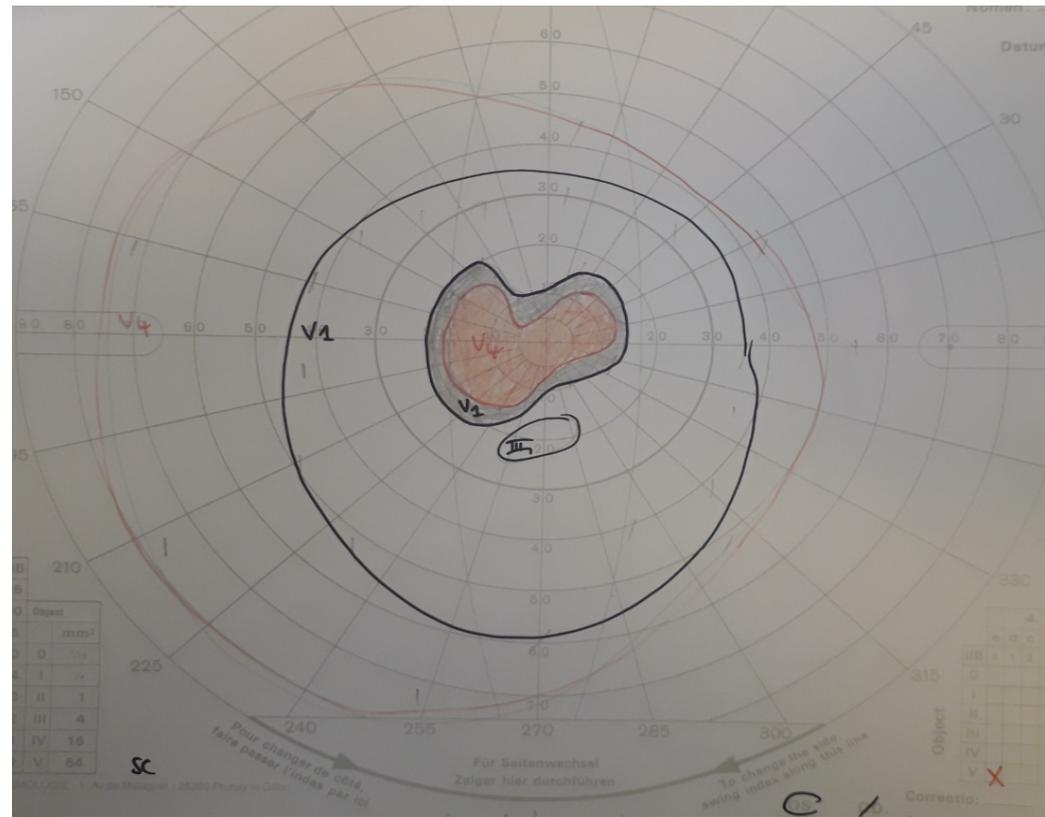


HDM

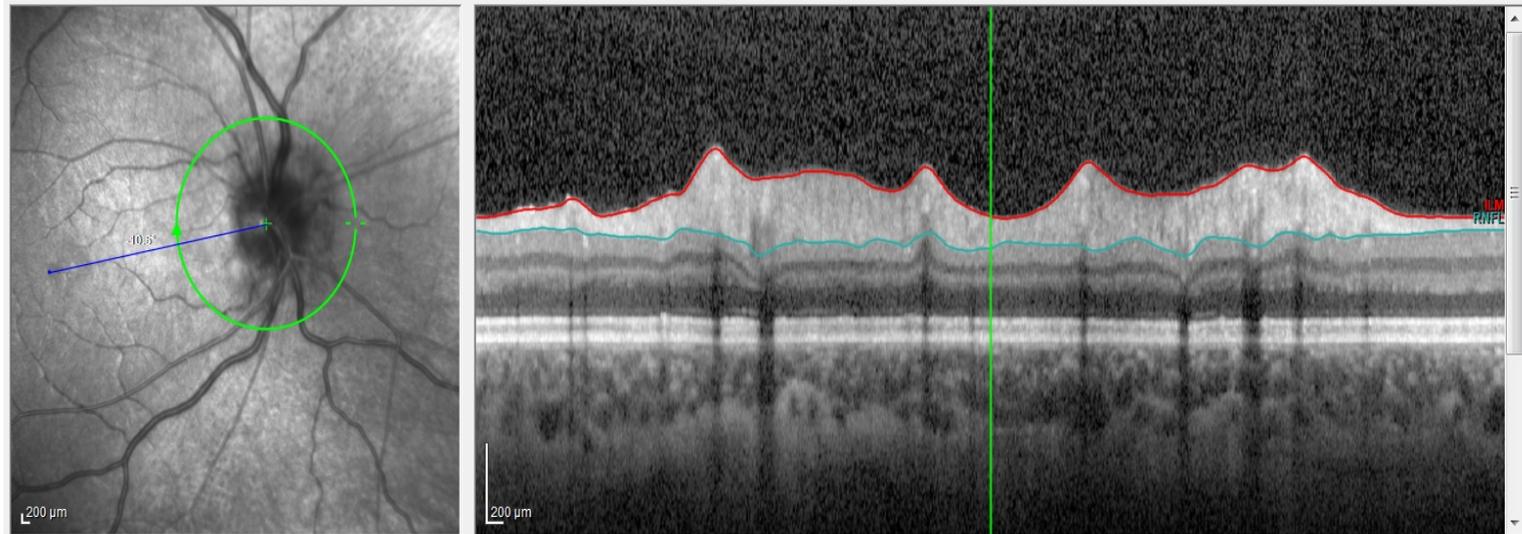
- Baisse d'acuité visuelle progressive évoluant depuis l'été 2017.
- Anamnèse: dyschromatopsie et héméralopie depuis 6 mois puis baisse acuité visuelle œil gauche puis œil droit
- Consultation ophtalmologique début décembre révélant un œdème papillaire bilatéral associé à une acuité visuelle basse à gauche.
- Le patient ne rapporte pas de céphalées, pas de diplopie ni d'éclipses visuelles.
- Pas de prise de toxique ni médicamenteuse.

	Œil Droit	Œil Gauche
AV	5/10	Voit Bouger la Main
PIO (mmHg)	20	20
Segment antérieur	Normal	Normal
Réflexe pupillaire afférent	Normal	Déficit



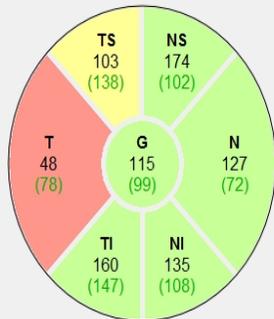


OCT RNFL OD

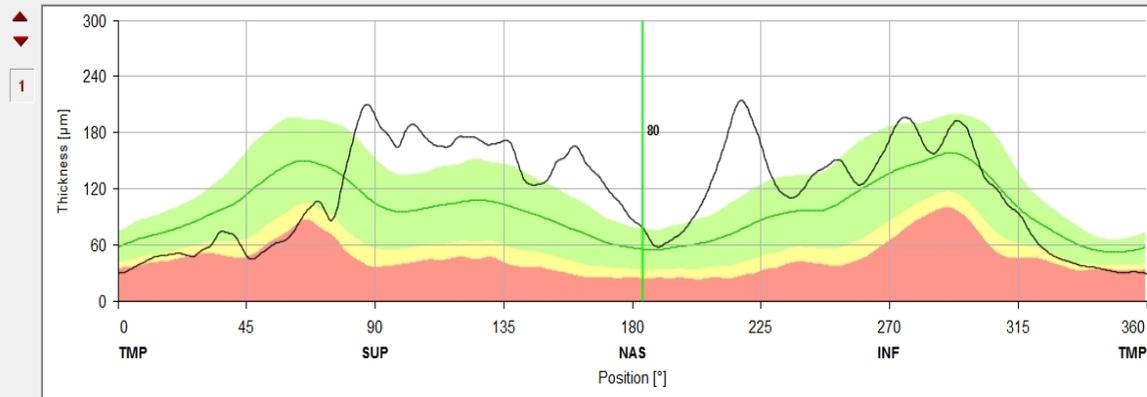


1:1 pixel 1:1 μm Layer: Nerve Fiber Layer

Peripapillary RNFLT Classification

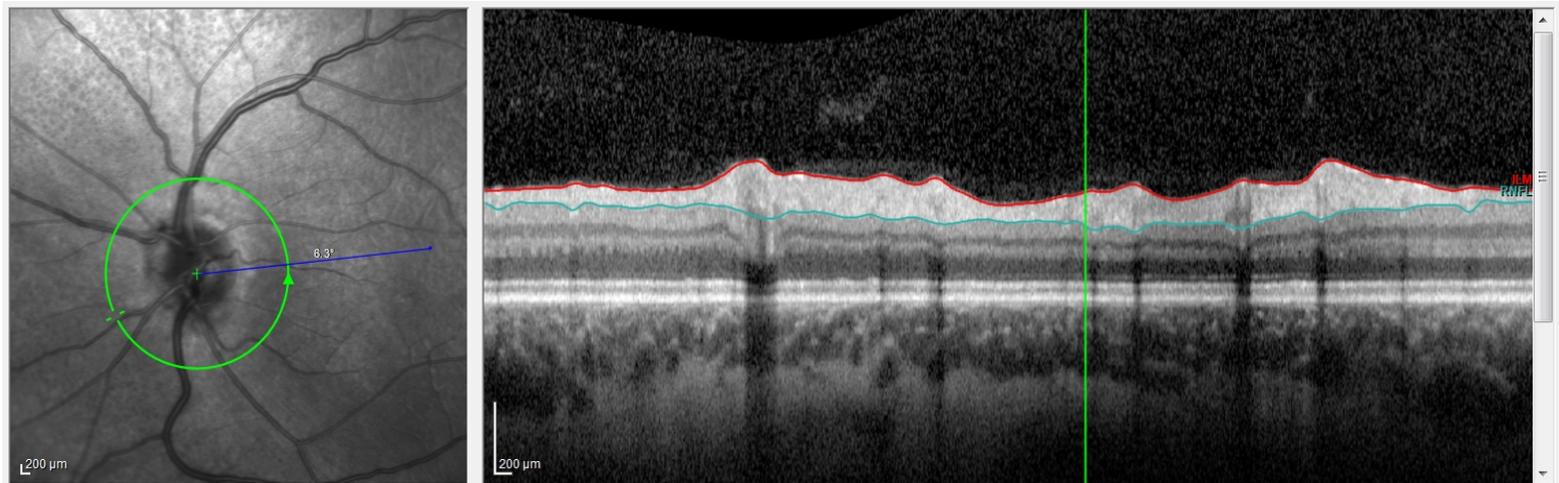


Outside Normal Limits

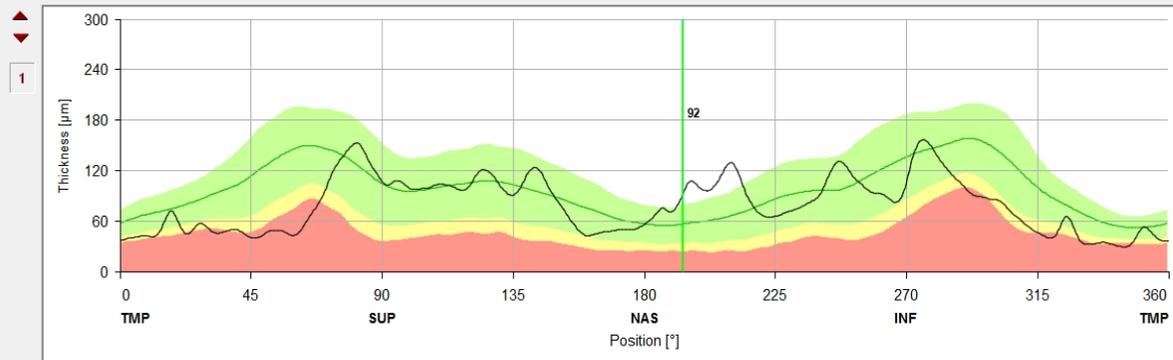
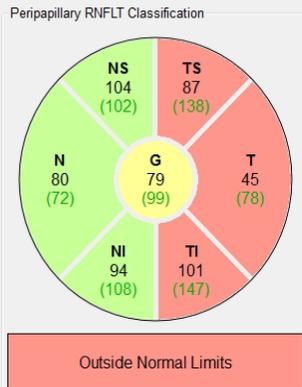


Reference database: European Descent (2009)

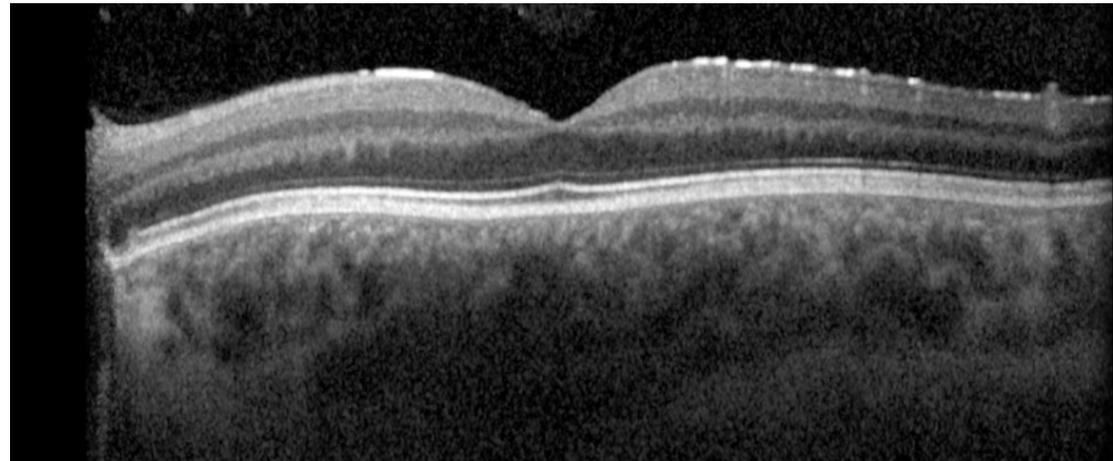
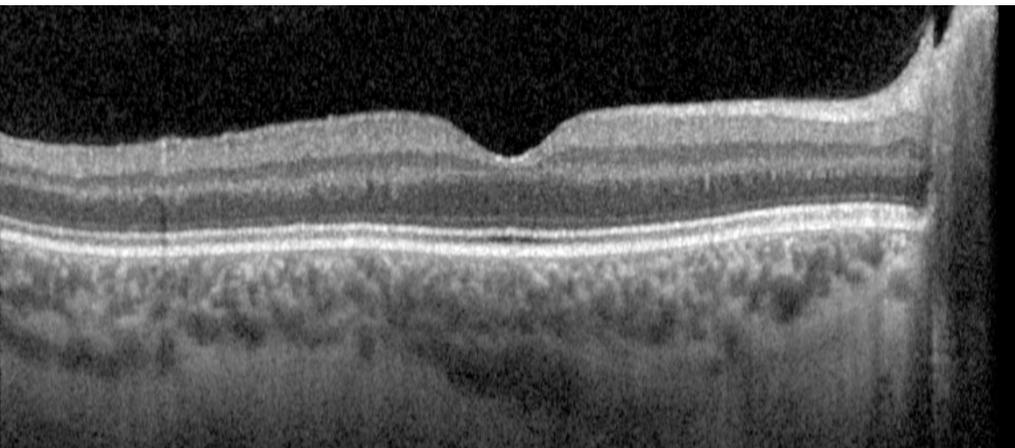
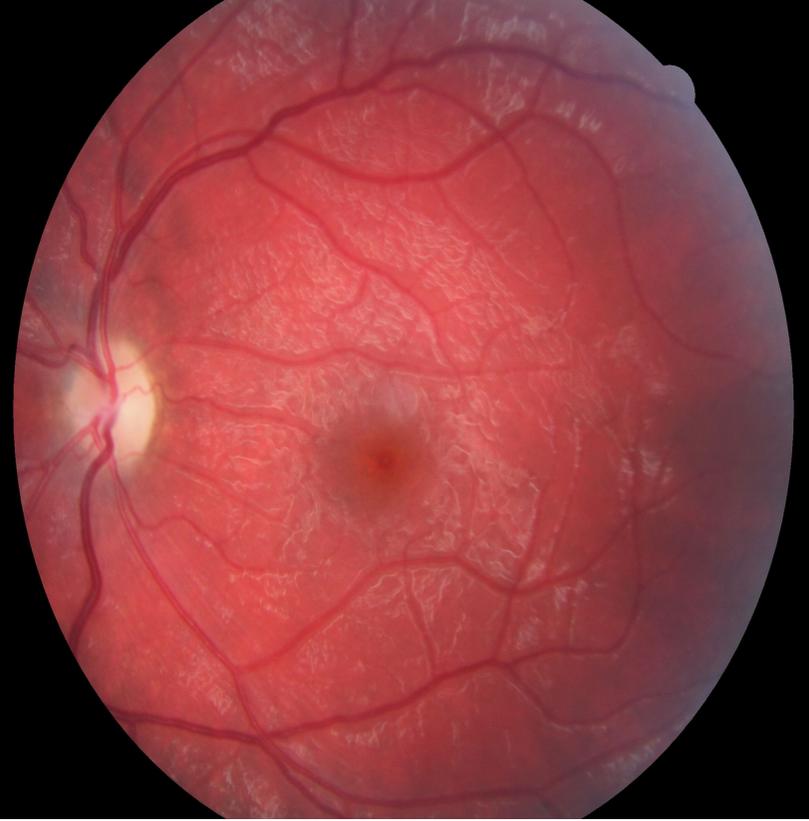
OCT RNFL OG



1:1 pixel 1:1 μm Layer: Nerve Fiber Layer

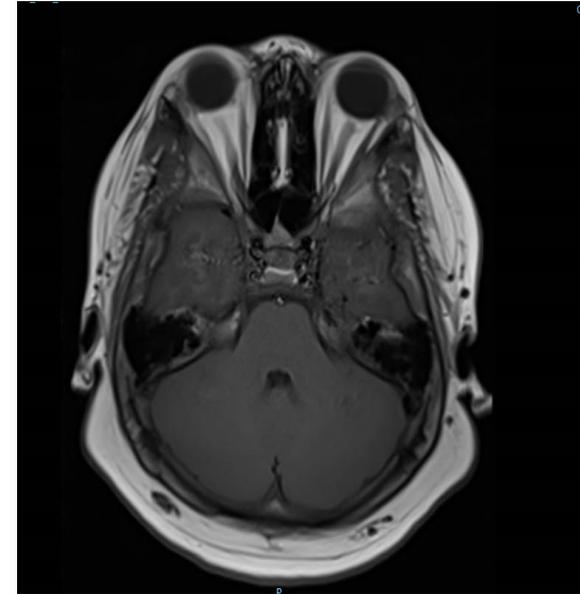


Reference database: European Descent (2009)



Patient hospitalisé en décembre 2017.

- Bilan standard : normal.
- Sérologies VHB, VHC, VIH
- Sérologies Lyme et Syphilis : négatives.
- Ponction lombaire : examen normal, pression d'ouverture 23 cmH₂O.
- IRM cérébrale (22/12/2017) : pas de dilatation de la gaine des nerfs optiques ou d'épaississement de la partie postérieure des globes oculaires. Pas d'aspect de selle turcique vide. Pas de sténose ou d'occlusion des sinus veineux intracrâniens. Pas d'anomalie de signal du parenchyme cérébral. Ventricules et sillons corticaux de calibre normal. Pas de prise de contraste anormale du parenchyme cérébral ou des espaces méningés.



1^{ère} hypothèse diagnostique : Hypertension intracrânienne idiopathique

=> hypertension intracrânienne idiopathique sans céphalée (pression d'ouverture du LCR à 23 cmH₂O), devant la baisse d'acuité visuelle associée à un œdème papillaire bilatéral et le contexte d'obésité morbide.

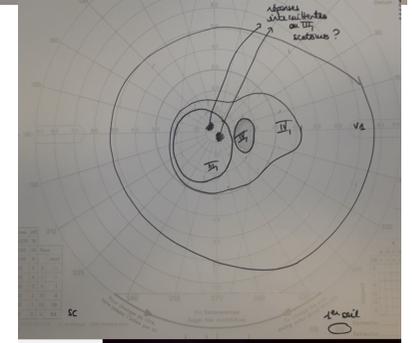
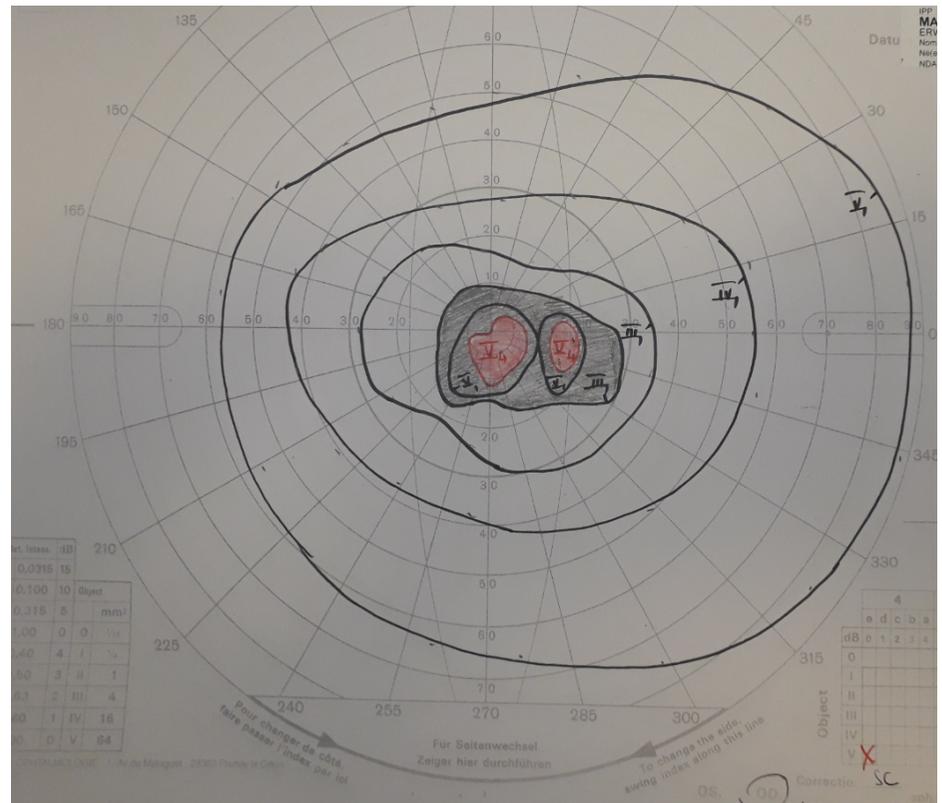
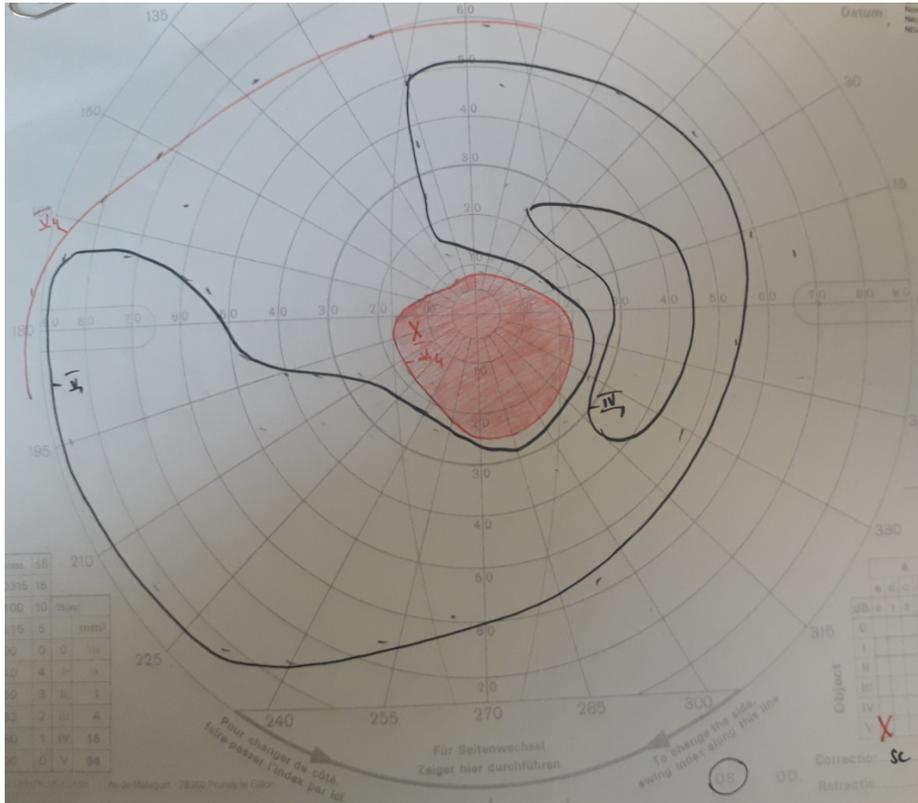
=> Instauration d'un traitement par Diamox 250 mg x 4/j.

=> Prise en charge nutritionniste et endocrinologie pour bilan obésité

+ 1 mois

Œil droit

Œil gauche



Evolution

- Poursuite de la baisse progressive d'acuité visuelle toujours prédominant à gauche
- Persistance d'un œdème papillaire bilatéral, malgré un traitement optimal.

Réhospitalisation

- **Interrogatoire** : Pas d'autre symptomatologie
- **Cliniquement** : Poids 140 kg, Taille 182 cm, IMC : 42.27 ; TA: 132/48 ; Pouls : 86/min
- **Examen neurologique** : Pas de céphalée. Pas de déficit neurologique. Pas de diplopie. Pas d'anomalie du champ visuel au doigt.

Echec thérapeutique

Bon diagnostic ?

Bonne observance du traitement ?

REPRISE ANAMNÈSE



Néophobie alimentaire

alimentation exclusivement
chips, frites, pain, yaourt
(depuis l'âge de 5 ans)



EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Anémie macrocytaire arégénérative

Carences multiples:

- vitamine A 97 µg/l (N : 444-945)
- B9: 2,10 ng/mL (N > 3,2 ng/mL)
- B12: 152 pg/mL (N : 187-833)
- Vitamine B1 : 183,31 nmol/l (N : 165-509).
- Vitamine B6 : 7,1µg/l (N : 3-35).
- Recherche mutations maladie de LEBER en cours

→ Neuropathie optique vitamino-carentielle

PRISE EN CHARGE

- Arrêt du diamox
- Supplémentation multivitaminique
- Adressé en consultation psychiatrie pour prise en charge trouble de l'alimentation : néophobie alimentaire
- Suivi diététicienne
- Suivi ophtalmologique mensuel

Néophobie alimentaire



Refus de goûter certains aliments ou groupes d'aliments, par peur de manger et d'essayer de nouveaux mets (angoisse d'incorporation)

3 niveaux

- L'enfant demande à goûter un plat avant de le consommer : 39 % des enfants



3 niveaux

- L'enfant demande à goûter un plat avant de le consommer : 39 % des enfants
- Niveau 2 : L'enfant doit être fortement incité à essayer de nouvelles choses : 32 %.



3 niveaux

- L'enfant demande à goûter un plat avant de le consommer : 39 % des enfants
- Niveau 2 : L'enfant doit être fortement incité à essayer de nouvelles choses : 32 %.
- Niveau 3 : L'enfant refuse catégoriquement tout aliment nouveau : 6 %



Carence vitaminique

Dénutrition

Malabsorption

Hépatopathies

Alcoolisme

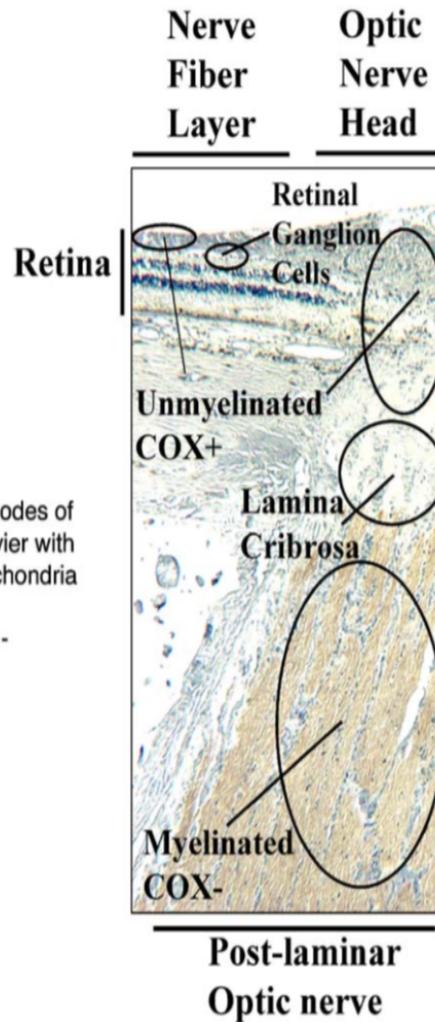
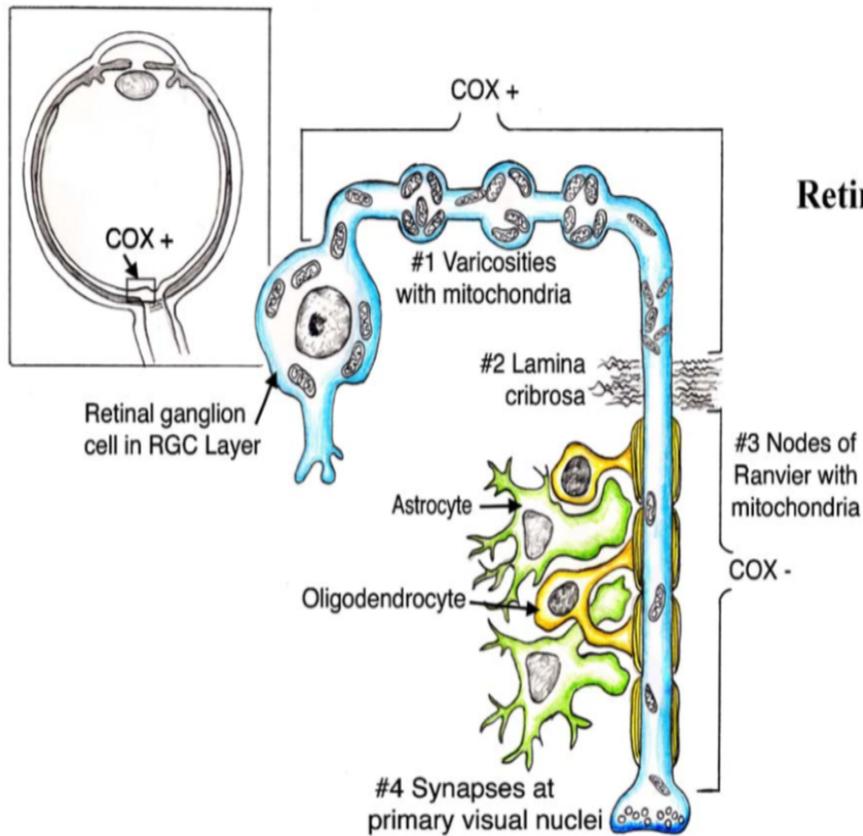
Alimentation parentérale
exclusive, Atteinte hépatique

Syndrome néphrotique

Chirurgie bariatrique

Néophobie alimentaires...





- Beaucoup plus de mitochondries dans la partie non myélinisée car plus d'énergie nécessaire pour transmettre potentiel d'action
- Production des mitochondries au niveau du corps cellulaire et migration vers synapse



MANGER BOUGER

PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ