

# HTIC

(Notes en Cours)

- une hypotension intra C<sup>^</sup> donne le m<sup>e</sup> TD clinique
- LCR se renouvelle (3-4 x) / jr
- hypersecretion du LCR (PPC)
- (R<sup>o</sup> inf<sup>o</sup> ; meningite ; Thrombophlébite) oblière l'Acq du S<sup>o</sup> mais aussi gêne la resorption
- secteur Vx Arteriel (AVC H, rupture d'anévrisme géant, MAV)
- secteur Vx Veineux (Compression des Sinus par Simple embarras, Thrombophlébite, TVC) en<sup>o</sup> T<sup>o</sup> merviel goitre géant

HTIC

$$DSC = \frac{PPC}{R} = 50 \pm 1\% / 100 \text{ mg} / \text{min}$$

$\uparrow$  P<sub>perfusion Cb</sub>  
 $\downarrow$  S<sub>g Cb</sub>

Debit du S<sub>g Cb</sub>

$$PPC = P_{Art Syst} - P_{intra C}$$

$$si P_{intra C} = P_{Art Syst} \Rightarrow PPC = 0 \Rightarrow \text{Ischémie Cb Totale}$$

Le cas où une HTIC peut être mortelle  $\Leftarrow$  Trauma C<sup>^</sup> grav

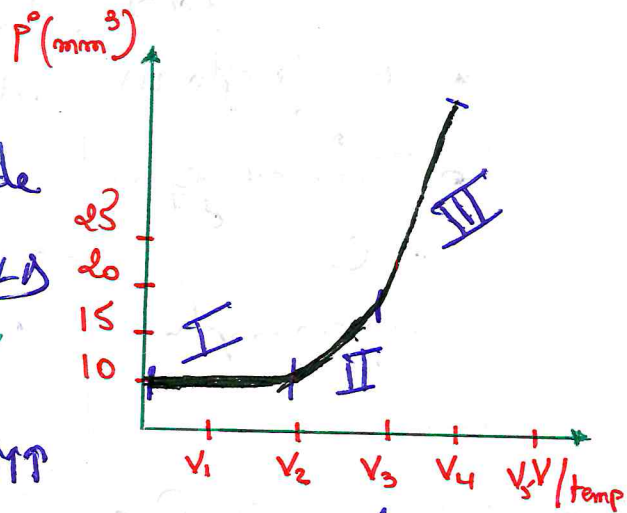
I phase de l'HTIC compensée  $\rightarrow$  SECURITE  $\rightarrow$  E. de LANGFILD

PIC N<sup>o</sup> m<sup>e</sup> Vlm sur goite

à un V<sub>x</sub> I  $\rightarrow$  II HTIC décompensée  $\rightarrow$  DANGER

Faut agir vite

à un V<sub>y</sub> une sensibilité est augmentée II  $\rightarrow$  III = HTIC sensibilisée  $\rightarrow$  ENGAGEMENT  $\rightarrow$  MORT!



• Mécanismes de compensation

① Secteur vasculaire : Sollicité en 1<sup>er</sup> lieu mais donne peu d'espace

plus ↓

② Secteur liquidien : (Vim ⊕ important) par effacement du syst. Ventriculaire  
↓ secretion - ↑ resorption

plus ↓

③ Secteur Paranchymateux : (HTIC chronique) le paranchyme perd sa gaine de myéline

- Clinique

Adulte	Enfant	NRS (T <sub>30</sub> - 2ans)	NN (T <sub>0</sub> - T <sub>30</sub> )	
<p><u>RADIO</u> (HTIC isolée)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Remaniement de la Selle T</li> <li>* élargissement du Ø de Selle T</li> <li>* aspect en double fond</li> <li>* chénoïde effacés</li> <li>* EEG n'échange pas HTIC</li> <li>- Angiographie</li> </ul>	<p>(X) + Setere Soudé ≠ Donc Triade classique (ophalmes, Vms - Trivisuel en l'occip) (enjet. Seigne adist.) ↓ Antalg + repos + soulage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- parfois simple Nausée</li> <li>- ↓ acuité visuel</li> <li>- champ visuel amputé</li> <li>- œdème papillaire (parfois X)</li> <li>- n'élimine pas X</li> <li>- autres signes selon étiologies (Déficit/Aphasie)</li> </ul>	<p>en ⊕ : empreinte digitiforme des arcus frontales sur table int. du Crâne (X)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pleure incessant</li> <li>- reflux TT</li> <li>- réflexe archaïque ↓ fontanelle tendu ou bombé</li> <li>- PC ↑</li> <li>- <u>RADIO</u></li> <li>- Disjonction Sella</li> <li>- Ammincissa Os du crân</li> <li>- angle frontopos ↑</li> </ul>	
		<p><u>Radiop</u> - Ammincissa Os de la base</p>		<p><u>Radiop</u> - peau filante fluviante - fontanelle bombe - Tergesseur Venis - œil C. de Soleil</p>

• Engagements en ⊕ :

- Singulier
- sous la peau du cerveau ??
- sous ténionnelle rare

# - HTIC & PL nécessaire, Que faire ?

① Fonction des ventricules

ou ② TDT → voir si les amygdales Cblt sont loins ⇒ on fait une PL à minima  
des un Centre Spécialisé

- Qst → l'examen :

HIC essentielle = idiopathique = <sup>^</sup>Benigne

Signes → l'IRM :

- a) Epaissement des nerfs optiques (des gaines)
- b) Turgescence des veines ophtalmiques
- c) Aplatissement de bord post de l'œil

## TRT :

- Buts : - sauver pc vital - jelle (visuel)
- bon développement psychomoteur chez enfant
- U de kkkcas

• Notes en ⊕

- en cas Abscès : Pc Abscès + ATB prob → antibiothérapie
- en cas de Thrombose de Sinus lat ⇒ Thrombolyse + Corticoïde (↓ Céd/Cb)
- en cas TBCome + HIC + Engagement ⇒ opérer + Anapath + TRT anti TBC
- en cas Kyste H + HIC ⇒ exciser + TRT anti P
- on peut utiliser les anti convulsivants
- on peut utiliser les Diurétiques (**DIAMOX**) qui agit sur les PC  
en inhibant l'A. Carbonique  
médéc utilisé ds l'HIC idiopathique (voir cf. HIC)

BON COURAGE!

