

125 - ŒIL ET SCLÉROSE EN PLAQUES

Ce qu'il faut savoir

1. Décrire les manifestations des atteintes oculaires de la SEP : NORB, atteintes oculo-motrices,
2. Connaître les principes de la prise en charge d'une NORB.

La sclérose en plaque (SEP) est une maladie auto-immune entraînant la formation de foyers de démyélinisation au sein du système nerveux central.

La neuropathie optique - encore dénommée névrite optique ou névrite optique rétrobulbaire (NORB) - est une des manifestations les plus fréquentes de la SEP, dont elle peut être inaugurale.

I. GÉNÉRALITÉS

La neuropathie optique atteint des adultes jeunes, le plus souvent entre 20 et 40 ans, avec une nette prédominance pour le sexe féminin (environ 75%).

ELLES EST LE PREMIER SIGNE DE LA MALADIE DANS 1/3 DES CAS.

Les autres atteintes oculaires sont plus rares ; il s'agit principalement de paralysies oculo-motrices.

II. SIGNES OCULAIRES

Ils sont dominés par la neuropathie optique et les atteintes oculo-motrices

A. La neuropathie optique

- Elle se manifeste typiquement par un baisse d'acuité visuelle brutale, importante, unilatérale. Des douleurs rétro-oculaires, augmentées lors des mouvements oculaires, accompagnent la survenue de la neuropathie optique.

- A l'examen
 - l'acuité visuelle est le plus souvent abaissée de façon importante, pouvant être inférieure à 1/10^{ème}.

- à l'éclaircissement de l'œil atteint, le réflexe photomoteur direct est diminué, de même que le réflexe consensuel de l'œil sain ; à l'éclaircissement de l'œil

sain, RPM direct et RPM consensuels sont conservés («pupille de Marcus Gunn»).

- l'examen du fond d'œil est normal ; dans quelques cas peut exister un œdème papillaire modéré.

- Examens complémentaires :

- l'examen du champ visuel montre un scotome central ou cæco-central.

- les potentiels évoqués visuels (PEV) sont très altérés au stade aigu ; ils peuvent montrer sur l'œil controlatéral sain un allongement des temps de latence traduisant un ralentissement de la conduction évoquant des lésions de démyélinisation.

- Évolution

- l'évolution se fait vers la régression avec le plus souvent une bonne récupération visuelle, en environ trois mois.

- après récupération peut s'observer un phénomène de Uhthoff qui traduit la thermolabilité des axones démyélinisés : elle se traduit par l'apparition lors d'un effort physique ou d'une exposition à des températures élevées d'une baisse transitoire et réversible de l'acuité visuelle.

- une récurrence homo- ou controlatérale survient chez 20 à 35% des patients.

- Traitement

- l'ONTT (Optic Neuritis Treatment Trial) a montré l'efficacité de la corticothérapie à fortes doses, qui accélère la récupération visuelle et retarde la survenue d'un 2^{ème} épisode, sans toutefois modifier le pronostic final

- le traitement recommandé comporte une corticothérapie de deux semaines :

◇ un bolus par perfusion de 1 gramme par jour pendant 3 jours,

◇ suivi de 11 jours de prednisone à raison de 1mg/kg/jour.

- le traitement est également celui de la SEP, notamment par l'interféron.

- Pronostic

- le pronostic fonctionnel de la neuropathie optique est le plus souvent favorable ; une récupération incomplète avec baisse d'acuité visuelle définitive est cependant possible, notamment dans les formes sévères avec baisse d'acuité visuelle initiale profonde.

- le risque de développer une SEP à distance d'un épisode isolé de neuropathie optique semble être de 30 à 70%. Les principaux facteurs de risque sont :

- la présence de lésions à l'IRM lors du premier examen,

- la synthèse intra-thécale d'immunoglobulines.

- Diagnostic différentiel : c'est celui des autres neuropathies optiques, qui doivent être éliminées devant un tableau atypique (cf « 293 - altérations de la fonction visuelle »)

B. Autres atteintes

1. atteintes oculo-motrices

- paralysies du VI.

- paralysies internucléaires : l'ophtalmoplégie internucléaire antérieure est très évocatrice de SEP:

- le parallélisme des deux yeux est conservé en position primaire,

- alors qu'il existe un déficit de l'adduction d'un œil,

- et que la convergence est normale.

2. périphlébites rétiniennes

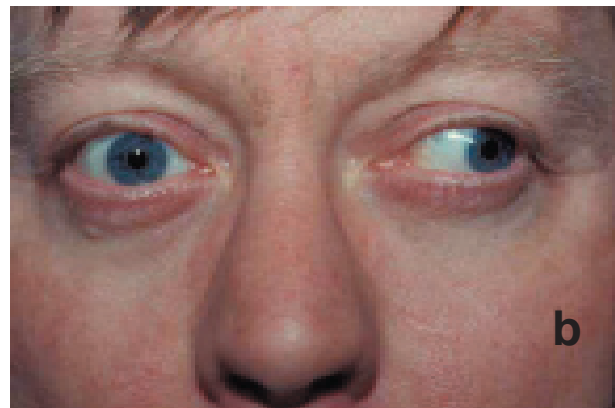


Fig.10 - Paralysie internucléaire antérieure : le parallélisme des deux yeux est conservé en position primaire (a), mais il existe une limitation de l'adduction de l'œil droit dans le regard latéral gauche (b).

Principales manifestations ophtalmologiques de la sclérose en plaques

- **Neuropathie optique :**

- Baisse d'acuité visuelle centrale
- Douleurs rétro-oculaires aux mouvements du globe oculaire
- Diminution du réflexe photo-moteur direct
- Champ visuel : scotome central ou cæco-central
- Évolution :
 - ◇ immédiate : régression avec récupération fonctionnelle
 - ◇ secondaire : récurrences homo-ou controlatérale (environ 30% des cas)
- Traitement :
 - ◇ corticothérapie (protocole de l'ONTT)
 - ◇ traitement de la SEP (interféron)

- **Atteintes oculo-motrices :**

- paralysies du VI
- ophthalmoplégie internucléaire antérieure

- **Périphlébites rétiniennes**

