

Diplopie et diabète

Romain Lezé

La complication oculaire la plus connue chez le diabétique est la rétinopathie diabétique, mais d'autres complications doivent être également recherchées.

Le diabète est une maladie générale chronique dont le diagnostic est posé après dosage glycémique. Elle a pour caractéristique d'évoluer de manière silencieuse souvent pendant de nombreuses années. Le problème étant que si elle n'est pas régulée, l'hyperglycémie détériore progressivement un grand nombre d'organes (yeux, reins, artères, nerfs...).

La complication oculaire la plus connue dans cette population est la rétinopathie diabétique, mais d'autres pathologies causées par le diabète doivent être également recherchées par l'ophtalmologiste (figure 1).

Il n'est donc pas rare de retrouver comme signe fonctionnel une diplopie chez un patient diabétique.

La première étape est d'interroger notre patient notamment sur ses antécédents généraux et ophtalmologiques puis sur les caractères de sa diplopie [1] :

- date d'apparition (récente ou ancienne),
- mode d'apparition brutal (en faveur d'un mécanisme

- vasculaire ?) ou progressif (mécanisme compressif ?),
- caractère permanent, intermittent ou transitoire,
- horizontale, verticale, oblique ou torsionnelle.

Diplopie monoculaire

D'origine oculaire (à l'exception d'une atteinte occipitale ou psychogène), elle doit être recherchée avant d'envisager tout bilan orthoptique. À l'occlusion d'un œil, si la diplopie persiste, des éléments tels qu'un problème de surface cornéenne, une réfraction instable [2], une cataracte ou encore une membrane épirétinienne (MER) sont à suspecter.

Diplopie binoculaire

Devant toute diplopie binoculaire, une paralysie oculomotrice (POM) doit être recherchée. Pour cela, et après contrôle de la réfraction, une étude fine de la motilité oculaire doit être réalisée.

Tout bilan orthoptique commence dès la salle d'attente par l'analyse de l'attitude de tête (exemple : un patient

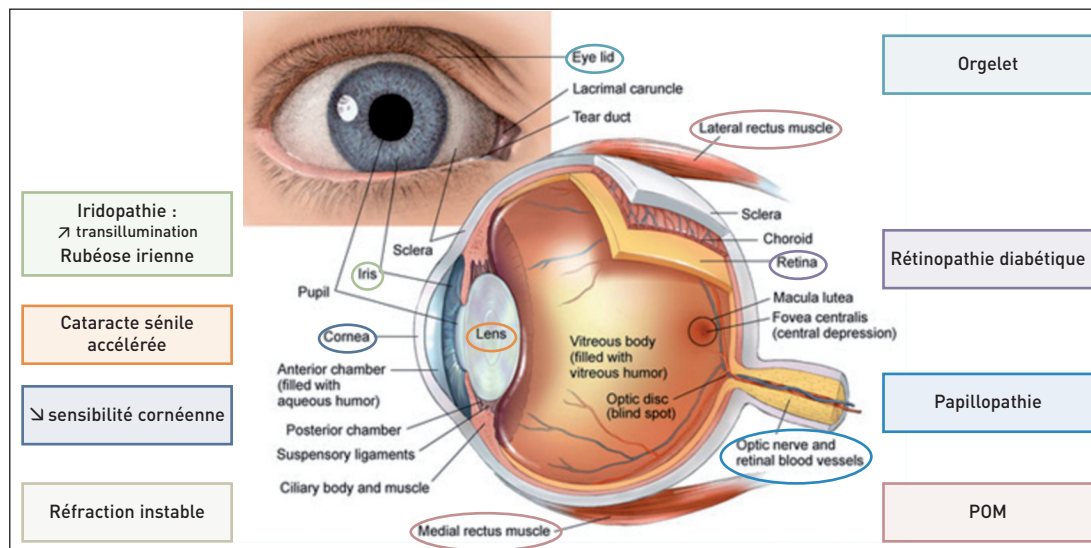


Figure 1. Les complications oculaires liées au diabète.

Orthoptiste. Centre d'exploration de la vision, Rueil. Centre Explore Vision, Paris. Fondation Rothschild, Paris.

tournant la tête du côté droit peut présenter une atteinte du droit latéral droit). À l'examen sous écran, la mesure de l'angle en position primaire (en vision de près et de loin) permet de quantifier la déviation. L'étude de la motilité oculaire en versions et en ductions donne beaucoup d'informations sur les hypo-actions et hyperactions musculaires, tout comme l'examen coordimétrique qui est un bon examen quantitatif et très reproductible, donc important pour le suivi (figure 2).

Enfin, si un doute persiste sur une parésie, le test au verre rouge réalisé en vision de loin peut également révéler une petite limitation passée inaperçue avec les autres examens.

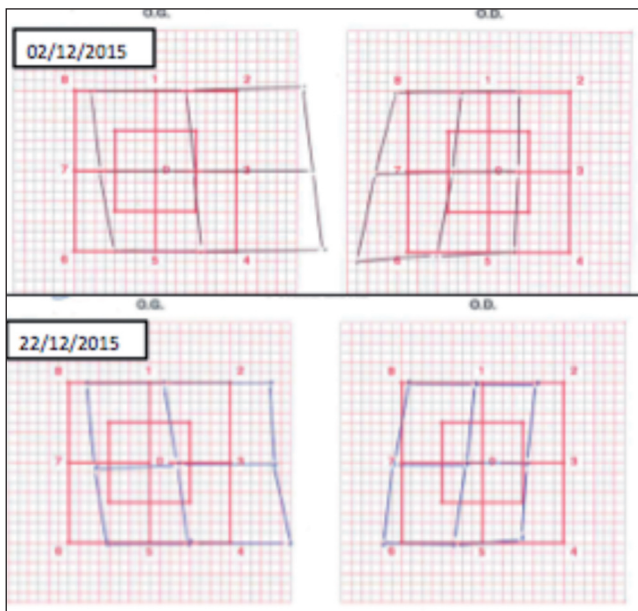


Figure 2. Coordimètre d'un patient diabétique ayant présenté un VI ischémique droit avec récupération partielle à l'examen de suivi.

Si la diplopie n'est pas liée à une POM ou à un syndrome de restriction, d'autres éléments tels que les troubles

accommodatifs (fréquents chez les diabétiques [2]), les hétérophories décompensées ou une insuffisance de convergence et/ou divergence peuvent en être responsable.

On retrouve diverses étiologies dans les POM, certaines étant des urgences vitales (rupture d'anévrisme, maladie de Horton...). Une prise en charge multidisciplinaire est donc indispensable.

Le pourcentage des POM d'origine vasculaire augmente avec l'âge. Le diabète peut toucher toutes les paires crâniennes et multiplie par 6 le risque d'être atteint d'une POM microvasculaire et par 8 s'il est associé à une hypertension artérielle [3]. Dans la majorité des cas, ces patients présentent une amélioration de leurs symptômes entre 4 et 12 semaines. Notre rôle est de trouver un moyen pour palier à cette diplopie. On doit donc proposer aux patients la pose d'un cache si pas de lunettes, d'un Filmomatt® sur la face postérieure du verre de l'œil atteint ou, si possible, une prismation à l'aide d'un Press-on® en expliquant bien au patient :

- qu'il peut y avoir des ajustements de puissances,
- que l'opticien doit lui vendre (ou prêter) un press-on® et non intégrer directement un prisme (plus onéreux).

En cas de III complet, on doit penser à confier un cache ou un morceau de Filmomatt® au patient. À distance, si une déviation résiduelle est constatée, une prise en charge prismatique et/ou chirurgicale pourra soulager le patient.

Conclusion

L'interrogatoire oriente sur le caractère mono/binoculaire, le bilan orthoptique recherche le caractère paralytique ou non de la diplopie binoculaire. Si une POM est constatée, une prise en charge avec avis neuro-ophtalmologique est nécessaire. Le traitement prismatique et/ou chirurgical est à mettre en place au stade séquelaire de la maladie, mais même en phase aiguë une solution pour supprimer la diplopie doit être proposée.

Remerciements à Nathalie Pilmis et Elisabeth Muller Feuga pour avoir collaboré à cet article.

Bibliographie

1. Audren F, Vignal-Clermont C. Diplopie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Neurologie, 17-016-A-50,2007.
2. Clenet MF. Déséquilibre binoculaire et diabète. Revue franco-

phone d'orthoptie 2012;4(1):18-21.

3. Jacobson DM, McCanna TD, Layde PM. Risk factors for ischemic ocular motor nerve palsies. Arch Ophthalmol. 1994;112(7):961-6.