



Quelques aphorismes neuro-ophtalmologiques

Laurent Laloum

Quelques d'aphorismes en neuro-ophtalmologie permettent d'éviter les pièges qui sont nombreux. Monique Schaison qui a fondé la neuro-ophtalmologie française est à la créatrice de la plupart de ces aphorismes et l'instigatrice des autres.

Quant aux urgences, le plus simple et le plus réaliste est de se dire qu'en neuro-ophtalmologie, tout ce qui est récent est certainement urgent, tant que l'on n'a pas fait le diagnostic ; mais ce qui est ancien est peut-être urgent aussi. Ainsi, affirmer qu'un trouble neuro-ophtalmologique n'est pas une urgence ne peut être que rétrospectif.

Bonjour, VS et CRP ?

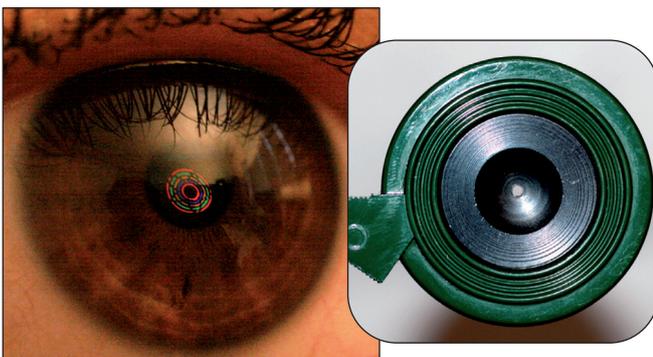
A partir de 55 ans, tout trouble neuro-ophtalmologique permanent ou transitoire impose VS et CRP... Mais il existe des maladies de Horton à VS et CRP normales.

Si prescrire VS et CRP doit être systématique dans ces circonstances, leur normalité ne peut pas et ne doit pas rassurer définitivement. Lorsqu'existent des signes en faveur d'une maladie de Horton, se passer de la biopsie d'artère temporale revient à jouer à la roulette russe avec la vue du patient.

Sans trou sténopéique, on ~~d~~... déraisonne avec les kératocônes

Toute acuité visuelle inférieure à 10/10° doit être retestée avec un trou sténopéique.

C'est-à-dire que l'on peut écrire « AVOD = 10/10° » sans rien de plus, mais pas « AVOD = 6/10° » sans ajouter « + TS = xx » ou NATS (pour « non améliorable au trou sténopéique »).



Paris, strabisme.fr

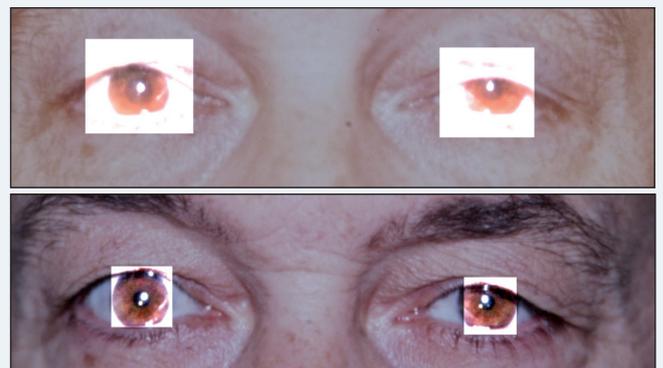
Un III intrinsèque et extrinsèque est un III compressif Un III intrinsèque et extrinsèque douloureux est un anévrisme qui se fissure

L'urgence n'est alors pas l'imagerie, mais le transfert en milieu neuro-chirurgical, transfert que l'imagerie ne doit pas retarder : le patient doit être exploré à proximité d'un bloc neurochirurgical.

Pupilles : c'est de l'ombre que jaillit la lumière

Si on n'examine pas les pupilles dans la pénombre, on méconnaît des syndromes de Claude Bernard-Horner, donc des dissections de la carotide. Sur la photo du haut, prise en pleine lumière, l'anisocorie n'est pas visible.

Une autre cause fréquente de méconnaissance d'un syndrome de Claude Bernard-Horner est de demander au patient « regardez-moi » car cela le fait accommoder et converger, ce qui entraîne un myosis et réduit l'anisocorie.

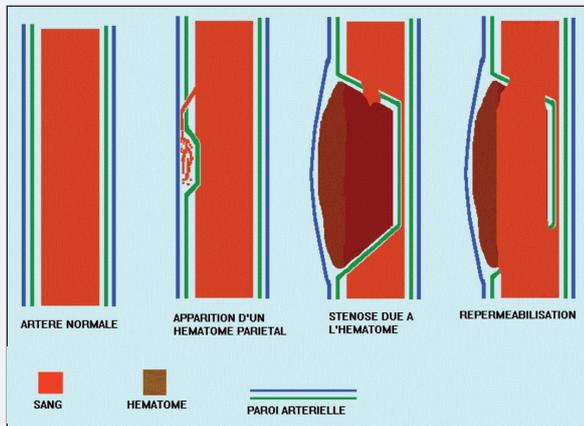


Un syndrome de Claude Bernard-Horner douloureux est une dissection de la carotide, jusqu'à preuve (IRM) du contraire

Et il est peu probable que cette preuve IRM arrive !

Une lésion du sinus caverneux pourrait provoquer un syndrome de Claude Bernard-Horner et une atteinte du V, mais il existerait alors une diplopie qui serait au premier plan ; c'est dire le caractère théorique de ce diagnostic différentiel.

Retenons simplement : « *si c'est un Claude Bernard-Horner récent et si ça fait mal, c'est que ça dissèque !* »



Anisocorie : les pupilles, c'est comme les spermatozoïdes : c'est celle qui bouge le moins qui est malade

On observe les pupilles dans la pénombre, puis en pleine lumière. La pupille pathologique est celle dont l'amplitude de mouvement a été la plus faible, que ce soit par un déficit du sphincter de l'iris, ou par un déficit du dilatateur de l'iris.

Anisocorie/ptôsis de découverte fortuite : pas photos = pas radios

Lorsqu'elles sont de découverte fortuite, on n'explore pas ces anomalies sans les avoir datées à l'aide de photos anciennes, y compris des photos d'identité (scannées, comme sur cet exemple, ou bien examinées à la lampe à fente).



Ptôsis/diplopie : les orbiculaires, c'est spectaculaire

Découvrir une faiblesse des orbiculaires oriente fortement vers une myasthénie dans ce contexte. Cette recherche doit donc être systématique. Elle se réalise en demandant au patient de fermer les yeux de toutes ses forces et en testant les orbiculaires contre résistance. Il faut se méfier des maquillages : souvent la patiente contracte peu ses orbiculaires pour préserver son maquillage.



Un ptôsis peut en cacher un autre

Le premier geste à faire devant un ptôsis unilatéral est de soulever la paupière ptôsée : cela démasque souvent un ptôsis controlatéral.

En effet, pour ouvrir l'œil du côté du ptôsis patent, le patient envoie des influx nerveux maximum au releveur de ce côté. Du fait de la loi de Hering, l'envoi autant d'influx vers l'autre œil, donnant l'apparence d'une rétraction à ce qui peut être une paupière elle aussi ptôsée.



Chirurgie de la diplopie : le but n'est pas de guérir l'œil paralysé mais d'atteler les yeux

On ne sait pas encore guérir une paralysie oculomotrice. La chirurgie oculomotrice permet de recentrer un œil, mais après chirurgie, l'amplitude totale de mouvement est presque toujours encore plus réduite.

Sauf en cas de paralysie responsable d'une limitation très importante des excursions, la chirurgie doit recentrer les yeux mais aussi les atteler, c'est-à-dire reproduire sur l'œil sain une paralysie parallèle à celle, après opération, de l'œil atteint.



Pour surveiller une lésion pouvant comprimer le nerf optique, un CV (champ visuel) de référence ne sert pas, et trois CV valent mieux que deux. C'est le triple champ visuel de compression

La découverte d'un gliome du nerf optique ou d'un méningiome au contact du nerf optique impose une surveillance radiologique mais aussi campimétrique. Compte tenu des fluctuations test-retest très importantes et non compressibles, se fonder sur moins de trois CV de référence, réalisés sur un temps court, c'est jouer avec la vue de son patient.

Après ce triple CV de référence, surveiller un gliome du nerf optique en réalisant moins d'un CV tous les deux mois, c'est encore faire un pari mettant en jeu la vue de son patient.

Que pourrait penser la Sécurité sociale du triple champ visuel neuro-ophthalmologique de référence ? Qu'il ne se discute pas puisqu'il est nécessaire, mais aussi qu'il est forcément une source d'économies, tant la prise en charge médicale retardée de ces pathologies est lourde et tant ce retard conduit à la prise en charge sociale de handicaps.

Exemple : paralysie modérée du VI droit

1. Si, comme cela est classique, on opère l'œil droit pour le recentrer, le patient verra simple... de face. Lorsqu'il tournera les yeux à droite ou à gauche, il verra double (il sera en convergence dans le regard à droite et en divergence dans le regard à gauche).

2. Si on associe au recul du droit médian droit un recul du droit médian gauche, le patient verra simple de face, mais aussi en vision latérale. Le dosage idéal de cette chirurgie bilatérale, c'est-à-dire celui qui permet d'obtenir une vision simple la plus large possible, est hasardeux à obtenir sous anesthésie générale ou péribulbaire bilatérale. La chirurgie réglable sous anesthésie topique, qui est toujours un atout majeur pour les diplopies et les strabismes, l'est encore plus ici. Elle permet de faire asseoir le patient en cours de chirurgie, de lui mettre sa correction optique (lunettes ou lentilles) et de lui demander s'il voit simple ou double dans les différents champs du regard. On peut ainsi tester différentes combinaisons de réglages et choisir la meilleure, c'est-à-dire celle qui non seulement permet une vision binoculaire parfaite, mais aussi permet une vision simple dans le plus large champ possible.

En conclusion

On peut affirmer qu'en neuro-ophthalmologie l'essentiel est de savoir recueillir précisément la sémiologie et d'avoir les bons réflexes pour les urgences. Ensuite, on peut toujours discuter utilement d'un cas clinique avec un spécialiste.

Mais si la sémiologie est hasardeuse ou si une urgence est méconnue, le pronostic s'assombrit très vite dans cette spécialité.