



La neuro-ophtalmologie à la SFO

Maud Jacob-Lebas^{1,2},
Catherine Vignal-Clermont²

1. Clinique Mathilde, Rouen ; 2. Fondation ophtalmologique A. de Rothschild, Paris

Les communications consacrées à la neuro-ophtalmologie étaient nombreuses en cette année 2017 ; il nous est donc impossible d'être exhaustifs, mais nous avons retenu les points suivants et vous souhaitons une bonne lecture.

La réunion commune du Club de neuro-ophtalmologie francophone et de l'Association francophone de strabologie et d'ophtalmo-pédiatrie

Cette réunion était cette année consacrée aux **nystagmus (N)**. Les intervenants ont rappelé les points importants de l'examen ; les étiologies dépendent de l'âge, du contexte d'apparition et des éléments associés (strabisme de l'enfant, vertiges, symptômes vestibulaires et tremblement chez l'adulte). Dans tous les cas, le type des mouvements en position primaire et dans toutes les directions (N pendulaire ou à ressort / fréquence / amplitude / symétrie entre les 2 yeux/ position de blocage), la recherche d'un torticolis associé, la mesure de l'acuité visuelle et l'examen oculaire permettent d'orienter le bilan. On retiendra qu'en cas de nystagmus acquis vertical et/ou monoculaire et/ou anarchique et/ou horizontal-rotatoire, une cause neurologique doit d'abord être recherchée chez l'enfant comme chez l'adulte et l'IRM cérébrale est le premier examen. Un nystagmus horizontal, présent dans toutes les directions du regard, débutant entre 4 et 12 semaines, constant en mono- et binoculaire, parfois accompagné de torticolis, avec une position de blocage et une diminution en convergence, doit faire rechercher un albinisme et pratiquer en premier un examen de la fonction visuelle

par ERG et PEV, l'IRM étant souvent faite dans un second temps. Après 3 ans, l'OCT est possible et permet une évaluation rapide de la structure rétinienne (Dr Drumare). Chez l'adulte (Dr Biotti), devant un upbeat nystagmus, il faudra penser à une cause carencielle (Gayet Wernicke). Le nystagmus pendulaire est fréquent dans la sclérose en plaques et doit faire rechercher un tremblement oculo-palatin en examinant le voile du palais. Les bases du traitement optique chez le nourrisson (Dr Le Meur), les indications de la chirurgie (Dr Gravier) et les traitements médicaux ont également été évoqués.

Les nouveautés en recherche clinique

Elles ont été abordées par le Dr Valérie Biousse.

La survenue d'une **ischémie rétinienne** aiguë transitoire (cécité monoculaire transitoire, CMT) ou constituée (OACR, OBAR) nécessite une **prise en charge en urgence** dans un service de neurologie vasculaire et la réalisation d'un bilan identique à celui d'un accident vasculaire cérébral (AVC), comportant notamment une IRM, une angio-IRM et un bilan cardiaque. L'étude EAGLE (*Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2015;253:1227-30 ; *Ophthalmology.* 2015;122(9): 1881-8) a montré que 40% des patients avec une OACR ont une sténose carotidienne supérieure ou égale à 70% ; dans une série de troubles visuels monoculaires transitoires parue en 2013 (*Stroke.* 2013;44: 3312-7), l'équipe de neurologie de Bichat a montré qu'un quart des patients avec OACR, OABCR et CMT ont un AVC passé inaperçu, découvert sur l'imagerie pratiquée en urgence. Enfin, et même si le pronostic

cardio-vasculaire d'un accident vasculaire artériel rétinien est meilleur que celui d'un AVC, 15% des patients ayant eu une OACR feront un AVC dans les suites. Un PHRC français multicentrique va débuter en 2017 afin d'évaluer l'efficacité de la thrombolyse IV précoce chez les patients avec une OACR datant de moins de 4h30. Cette étude nécessitera la participation de tous !

Une publication de 2015 (*JAMA Neurol.* 2015;72(11):1281-7) a montré la présence du virus varicelle-zona (VZV) dans les **biopsies d'artère temporale** de plus de 2/3 des patients avec une **artérite de Horton** ; plusieurs études ont ainsi établi un lien entre le Horton et l'infection à VZV, cependant, il n'y a pas actuellement de recommandation de traiter par des antiviraux les patients atteints de maladie de Horton. Toujours dans la maladie de Horton, plusieurs publications soulignent l'efficacité du tocilizumab (Roactemra®) qui est un anti-IL-6, associé aux corticoïdes dans la phase de traitement d'attaque et comme épargnant cortisonique dans la prévention des rechutes.

L'étude NORDIC, qui concerne la prise en charge de l'**HIC idiopathique** a montré la fréquence des céphalées non seulement au stade initial (84%) mais aussi leur persistance à 6 mois (69% dans le groupe traité par régime et acétazolamide et 68% dans le groupe régime et placebo) alors même que la pression intracrânienne s'est normalisée.

Parmi les communications de la session SFO, nous retiendrons que le Dr Tournaire a présenté une série de **névrites optiques à anticorps anti-MOG** et rappelé les caractéristiques de cette pathologie. L'âge de survenue s'étend dans cette série de 16 à 61 ans. Il s'agit d'une baisse visuelle douloureuse et sévère, souvent bilatérale, avec le plus souvent un œdème papillaire important, pouvant même comporter des hémorragies. La ponction lombaire ne retrouve que très rarement des bandes oligoclonales (<10%). L'IRM met en évidence dans tous les cas un hypersignal T2 étendu, localisé en intra-orbitaire et pouvant

s'étendre jusqu'en intracrânien. Le traitement repose sur des bolus de solumédrol pendant 5-6 jours et se poursuit par des échanges plasmatiques en cas de réponse insuffisante aux corticoïdes. Les récurrences sont fréquentes, homolatérales ou controlatérales. Le traitement de fond, s'il est nécessaire, ne fait pas à l'heure actuelle l'objet d'un consensus ; l'équipe de Bordeaux utilise du rituximab dans cette indication, et parfois azathioprine. Cette présentation souligne une fois de plus l'intérêt de bien voir les nerfs optiques sur l'IRM demandée lors du bilan initial.

Le Dr Arndt a montré la présence de **carences dans les neuropathies optiques** « parvo-cellulaires », c'est-à-dire intéressant le faisceau interpapillomaculaire, et dont l'atteinte déclenche un scotome caecocentral. Les cellules de ce faisceau

consomment beaucoup d'énergie, d'où leur atteinte dans les pathologies mitochondriales. L'étude a montré des carences importantes en vitamine B3 et en carnitine (dosage remboursé pour la carnitine, pas pour la vitamine B3). Ces carences peuvent faire l'objet d'une supplémentation : B3 : D-stress® 1/j (non remboursé, 15 euros/mois), carnitine : Lévocarnyl® 1/jour (remboursé).

Au final, le cru « neuro-ophtalmologie 2017 à la SFO » a abordé des domaines très variés, allant des nystagmus lors du « *joint meeting* » CNOF AFSOP, aux résultats et projets de la recherche clinique et à de nouvelles pathologies comme les névrites optiques à anti-MOG. Le prochain rendez-vous dédié à la spécialité est la réunion du CNOF qui se tiendra à Lyon les 25 et 26 janvier 2018.