



Œdème papillaire : conduite à tenir en pratique clinique

Cédric Lamirel¹, Laurence Mahieu², Catherine Cochard-Marianowski³

L'ophtalmologiste est souvent le premier à découvrir un œdème papillaire, parfois de manière tout à fait fortuite, avec le risque possible d'être face à une urgence neuro-chirurgicale. Son rôle est important car c'est lui qui va pouvoir éliminer un pseudo-œdème papillaire et éviter à certains patients un bilan lourd incluant IRM et ponction lombaire.

C'est aussi l'ophtalmologiste qui va orienter le bilan étiologique en différenciant une neuropathie optique œdémateuse d'un œdème papillaire de stase. La conduite à tenir peut se schématiser en trois grandes étapes qui permettent de systématiser la prise en charge de ces patients.

Œdème papillaire ou pseudo-œdème ? (figure 1)

L'œdème papillaire

L'œdème papillaire apparaît lorsqu'il existe un blocage du transport axonal au niveau de la lame criblée. C'est le cas lors de toute agression du nerf optique, que le mécanisme soit ischémique, toxique, inflammatoire, compressif, etc. Il peut se voir également en cas d'hypertension intracrânienne, d'hypertension artérielle maligne, ou en cas d'hypotonie oculaire. Enfin, une infiltration du nerf optique par un processus inflammatoire ou néoplasique peut donner un aspect en tout point similaire à un œdème papillaire.

Au stade initial, un œdème papillaire se traduit par un simple flou des bords du nerf optique avec la perte de l'aspect strié de la couche des fibres optiques qui est remplacé par un halo grisé péripapillaire, et par une hyperhémie papillaire.

Au stade plus avancé, la tête du nerf optique est saillante avec une obscurisation complète des bords de la

papille et des vaisseaux péripapillaires ainsi qu'une stase veineuse présente, avec parfois des nodules cotonneux et des hémorragies péripapillaires.

Le pseudo-œdème papillaire

Certaines anomalies de la tête du nerf optique vont donner un aspect surélevé de la papille pouvant évoquer un œdème papillaire : fibres à myéline, drusen de la papille, dysversion papillaire ou petite papille pleine. Mais contrairement à un œdème papillaire, les vaisseaux ne sont pas obscurcis par la couche des fibres optiques et il n'y a pas de dilatation veineuse ou d'hyperhémie papillaire.

Le flou des bords de la papille peut exister de manière segmentaire mais rarement sur tout le pourtour de la papille. La présence d'un poulx veineux est aussi un élément à rechercher car elle permet d'éliminer une hypertension intracrânienne. La réalisation de photographies du fond d'œil peut aider l'ophtalmologiste à analyser au mieux la papille ; elles sont aussi un élément de surveillance d'un pseudo-œdème dont l'aspect ne va pas varier d'un examen à l'autre.

Ces anomalies de la papille ne s'accompagnent que très rarement de signes fonctionnels. Les drusen papillaires et les grandes dysversions papillaires peuvent être associés à des déficits du champ visuel périphérique (dans presque 75 % des cas pour les drusen papillaires), mais ils sont souvent asymptomatiques. Rarement les drusen papillaires peuvent provoquer une baisse visuelle aiguë, mais cette étiologie doit être un diagnostic d'exclusion.

1. Hôpital Bichat-Claude Bernard et fondation ophtalmologique A. de Rothschild, service d'ophtalmologie du Pr Cochereau, Paris

2. Centre de la rétine, service d'ophtalmologie du Pr Arné, hôpital Paule de Viguier, CHU Purpan, Toulouse

3. Service d'ophtalmologie du Pr Cochener, CHU Morvan, Brest

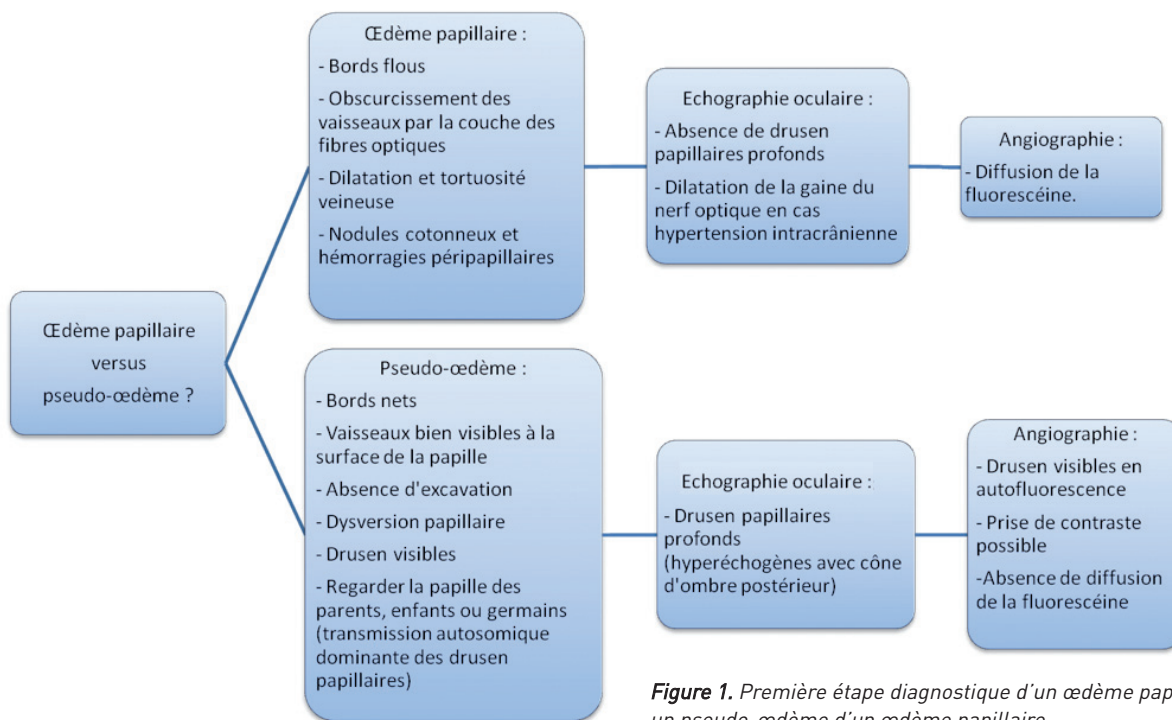


Figure 1. Première étape diagnostique d'un œdème papillaire : différencier un pseudo-œdème d'un œdème papillaire.

Intérêt de l'échographie oculaire et de l'angiographie à la fluorescéine

En cas de doute clinique persistant entre un œdème papillaire et un pseudo-œdème, l'échographie oculaire et l'angiographie peuvent aider à différencier ces deux situations cliniques.

L'échographie oculaire est très utile pour rechercher des drusen papillaires qui présentent un aspect hyperéchogène avec un cône d'ombre postérieur. Des échographistes expérimentés peuvent également retrouver des signes évocateurs d'hypertension intracrânienne avec augmentation de la taille de la gaine du nerf optique et des modifications des flux sanguins de la tête du nerf optique. En revanche, elle ne sera pas contributive en cas de petite papille pleine sans drusen papillaires.

L'angiographie est l'examen clef pour affirmer la présence d'un œdème papillaire. Avant l'injection de la fluorescéine, des clichés en autofluorescence doivent être réalisés pour rechercher des drusen papillaires lorsqu'ils sont peu profonds. L'autofluorescence est liée à la présence de calcium au sein des drusen et peut manquer chez l'enfant de moins de 6 ans. L'œdème papillaire est affirmé par la diffusion de la fluorescéine à partir de la papille, en particulier le long des axes vasculaires. Cette diffusion doit être différenciée de la simple prise de contraste de la papille qui peut se voir de manière physiologique. Il faut toutefois rappeler que la neuropathie optique héréditaire de Leber est caractérisée par un pseudo-œdème avec gonflement de la couche des fibres optiques, des télangiectasies péripapillaires et l'absence de diffusion de fluorescéine à l'angiographie.

Cette première étape dans le bilan d'un œdème papillaire est essentielle car le neurologue qui serait impliqué dans le bilan d'un œdème papillaire ne pourrait pas faire le diagnostic d'un pseudo-œdème papillaire par lui-même. C'est l'ophtalmologiste qui peut reconnaître ces anomalies congénitales de la tête du nerf optique qui ne nécessitent pas de bilan, le plus souvent.

Neuropathie optique œdémateuse ou œdème papillaire de stase ?

La deuxième étape de la démarche diagnostique consiste à différencier un œdème de stase d'une neuropathie optique œdémateuse (figure 2).

L'œdème papillaire de stase

Classiquement, un œdème papillaire de stase est associé à une fonction visuelle normale ou quasi normale, au moins au début de l'évolution. Les symptômes visuels sont souvent limités à des éclipses visuelles, c'est-à-dire à des pertes visuelles bilatérales (quand l'œdème papillaire de stase est bilatéral, ce qui est le plus fréquent), de très courte durée (moins d'une seconde), souvent déclen-

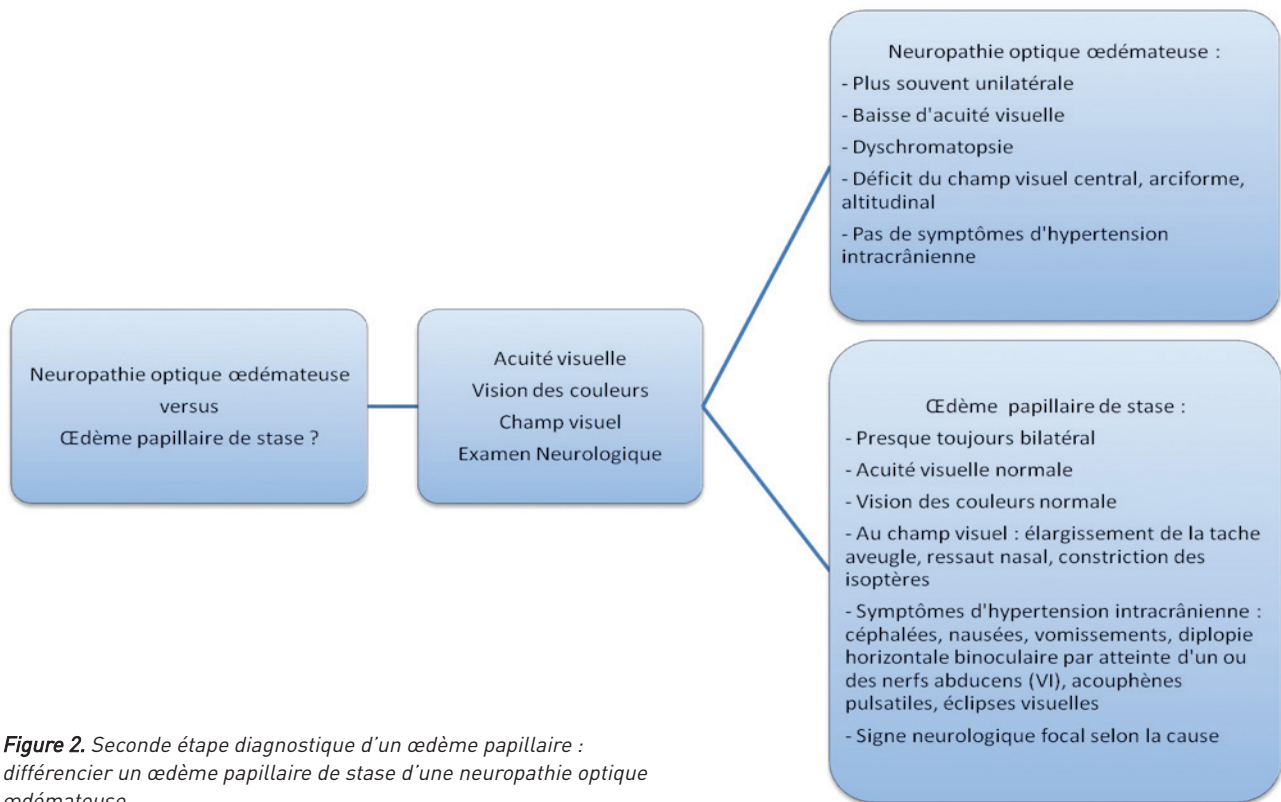


Figure 2. Seconde étape diagnostique d'un œdème papillaire : différencier un œdème papillaire de stase d'une neuropathie optique œdémateuse.

chées par le changement de position ou par la position penchée en avant. Parfois, les patients vont pouvoir décrire un scotome paracentral temporal uni- ou bilatéral qui correspond à la perception de la tache aveugle dont la taille est augmentée dans l'œdème papillaire de stase. Des signes visuels positifs à type de phosphènes peuvent également être notés. Les autres symptômes de l'hypertension intracrânienne sont aussi à rechercher à l'interrogatoire : céphalée, diplopie liée à une atteinte d'un des nerfs abducens (VI), acouphènes pulsatiles notamment en position allongée, et plus rarement nausées et vomissements.

Au stade aigu, l'acuité visuelle et la vision des couleurs sont généralement conservées et le patient ne se plaint pas de perte visuelle. Très rarement, l'œdème papillaire de stase va se compliquer d'un décollement séreux de la rétine et de la macula, ou d'une occlusion vasculaire qui vont provoquer une baisse d'acuité visuelle. Mais au stade chronique ou en cas d'œdème papillaire de stase majeur (dans le cadre des hypertensions intracrâniennes idiopathiques malignes), des atteintes visuelles sont possibles. Les déficits campimétriques vont concerner plutôt la périphérie du champ visuel et s'étendre progressivement vers la partie centrale du champ visuel un peu à la manière d'un déficit glaucomeux.

La neuropathie optique œdémateuse

À l'inverse, en cas de neuropathie optique œdémateuse, la plainte visuelle est souvent au premier plan, motivant la consultation ophtalmologique, avec baisse d'acuité visuelle brutale, et/ou perte du champ visuel central, et/ou dyschromatopsie qui seront confirmées par l'examen ophtalmologique.

L'atteinte est plus souvent unilatérale contrairement à l'œdème papillaire de stase. La découverte de l'œdème papillaire à l'examen du fond d'œil permet de localiser la lésion responsable de la perte visuelle au nerf optique. Seuls les neuropathies optiques héréditaires et le glaucome ne donnent pas d'œdème papillaire (la neuropathie optique héréditaire donne un tableau de pseudo-œdème papillaire caractéristique). Tous les autres mécanismes peuvent donner un œdème papillaire au stade aigu : inflammatoire, vasculaire, compressif, infiltrant, toxique, carenciel, traumatique. Le bilan d'une neuropathie optique commence par un interrogatoire détaillé sur l'évolutivité de la perte visuelle, les antécédents, les traitements et les symptômes associés. La réalisation d'examens complémentaires est souvent nécessaire pour en retrouver l'étiologie. Ce bilan sort du cadre de la prise en charge d'un œdème papillaire et ne sera pas décrit plus en détail dans ce résumé des AOP.

Conduite à tenir devant un œdème papillaire de stase (figure 3)

L'œdème papillaire de stase résulte par définition de l'augmentation de la pression intracrânienne. Toutefois, deux mécanismes peuvent mimer en tout point un œdème de stase : une hypertension artérielle maligne et une hypotonie oculaire.

En cas d'hypertension artérielle maligne, les signes rétinien classiques (hémorragies et exsudats secs), peuvent manquer. La tension artérielle doit donc être systématiquement mesurée en cas d'œdème papillaire.

En cas d'hypotonie oculaire, le contexte est, là, souvent évident (postchirurgical ou traumatique), mais la mesure de la pression intraoculaire doit être aussi systématique.

La plupart des causes d'hypertension intracrânienne sont des urgences vitales et l'ophtalmologiste va souvent adresser le patient aux urgences, à un neurologue ou à un neuro-ophtalmologiste afin d'obtenir une imagerie cérébrale en urgence. Un scanner cérébral est souvent plus facile et plus rapide à obtenir et il va pouvoir retrouver une masse intracrânienne ou une hydrocéphalie. Mais lorsqu'il est normal, il n'est jamais suffisant dans le cadre d'une hypertension intracrânienne. Seule l'IRM cérébrale avec veinographie cérébrale et cervicale permet de rechercher un processus méningé, une thrombose veineuse cérébrale, une sténose veineuse cérébrale, une thrombose jugulaire ou une fistule durale.

La ponction lombaire en position de décubitus avec mesure de la pression d'ouverture du liquide cébro-spinal (LCS) peut être réalisée d'emblée après le scanner cérébral s'il est normal, ou bien après l'IRM. C'est aussi le premier traitement de l'hypertension intracrânienne lorsque celle-ci n'est pas en rapport avec une hydrocéphalie ou une masse cérébrale :

- lorsque la pression d'ouverture du LCS est augmentée (> 25 cm d'eau), et que sa composition est anormale, il peut s'agir d'une thrombose veineuse cérébrale non vue à l'imagerie, d'un processus méningé ou d'une tumeur de la moelle épinière ;

- si la pression d'ouverture du LCS est augmentée, mais que sa composition est normale, il faut alors éliminer les autres causes de gêne au retour veineux encéphalique : insuffisance cardiaque droite, hypertension pulmonaire, syndrome d'apnée du sommeil et insuffisance respiratoire, syndrome cave supérieur et obésité morbide. Enfin, avant de parler d'hypertension intracrânienne idiopathique, d'autres causes doivent être éliminées : toxiques (vitamine A et autres rétinoïdes, lithium, cyclosporine, tétracyclines, hormones de croissance, etc.), hyperthyroïdisme, insuffisance rénale ;

- si la pression d'ouverture du LCS et sa composition sont normales, une consultation neuro-ophtalmologique est nécessaire avec angiographie pour confirmer l'œdème papillaire et éliminer une neuropathie optique œdémateuse.

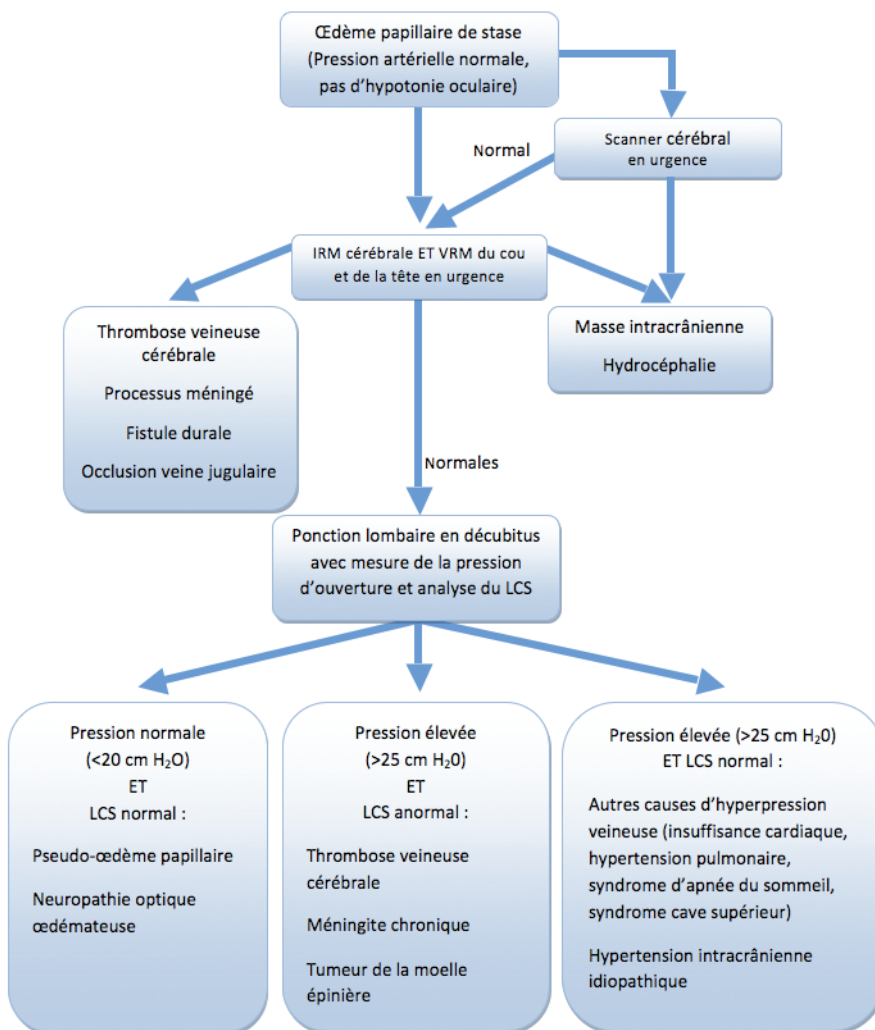


Figure 3. Conduite à tenir devant un œdème papillaire de stase. (IRM : imagerie par résonance magnétique, VRM : veinographie par résonance magnétique, LCS : liquide cébro-spinal)