

Manifestations neuro-ophtalmologiques révélatrices d'une neuro-sarcoïdose

C. Lamirel (1, 2), I. Badelon (2, 3), O. Gout (4), K. Berthet (5), F. Héran (6), L. Laloum (7), I. Cochereau (1), A. Gaudric (8), M.-G. Bousser (5), C. Vignal-Clermont (2, 8)

(1) Service d'Ophtalmologie, CHU, Angers.

(2) Service d'Ophtalmologie, Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild, Paris.

(3) Service d'Ophtalmologie, Hôpital Avicenne, Bobigny.

(4) Service de Neurologie, Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild, Paris.

(5) Service de Neurologie, Hôpital Lariboisière, Paris.

(6) Service d'Imagerie, Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild, Paris.

(7) Cabinet Médical, Paris.

(8) Service d'Ophtalmologie, Hôpital Lariboisière, Paris.

Ce travail a été présenté au congrès de la SOOF à Poitiers en octobre 2004.

Correspondance : C. Lamirel, Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild, Service d'Ophtalmologie, 25, rue Manin, 75019 Paris.

E-mail : clamirel@neuf.fr.

Reçu le 20 décembre 2004. Accepté le 16 août 2005.

Neuro-ophtalmologic initial presentation of sarcoidosis

C. Lamirel, I. Badelon, O. Gout, K. Berthet, F. Héran, L. Laloum, I. Cochereau, A. Gaudric, M.-G. Bousser, C. Vignal-Clermont

J. Fr. Ophtalmol., 2006; 29, 3: 241-249

Purpose: To describe different forms of neuro-ophtalmologic onset of sarcoidosis: clinical signs, means of diagnosis, treatment, and progression.

Patients and methods: Retrospective study of 13 patients with neuro-ophtalmologic initial onset of sarcoidosis diagnosed in three departments between 1997 and 2003.

Results: There were ten women and three men, with a mean age of 36 years. Six patients suffered from diplopia. In three cases, the cavernous sinus was involved; the three other patients with diplopia had meningoradiculitis. Nine patients had infiltration of the anterior visual pathway: the optic nerve was involved in five cases, the chiasm in two cases, and two patients had papilledema. Two patients also had both symptoms. The dosage of the angiotensin-converting enzyme level was evaluated in 11 patients and was elevated in six cases. Nine patients underwent a lumbar puncture; the cerebrospinal fluid protein was high in seven cases. Chest radiography and CT were abnormal in nine cases of 11. Ten patients had histological proof of sarcoidosis; the three others had enough evidence to support this diagnosis. All of them were treated with systemic corticosteroids. The diplopia improved for the six patients. Among the seven patients with optic nerve or chiasmal infiltration, one recovered completely, two were partially improved, and four remained stable.

Conclusions: Diplopia and anterior visual pathway abnormalities can be the manifestation of initial onset of sarcoidosis; therefore this diagnosis must be kept in mind when these frequent neuro-ophtalmologic signs are encountered. Complementary exams, mainly biopsy of the involved areas with histological analysis, are needed to confirm this diagnosis. Corticosteroid treatment is generally followed by improvement, but relapses may occur.

Key-words: Sarcoidosis, optic neuropathy, papilledema, optic chiasm, cavernous sinus, oculomotor palsies.

Manifestations neuro-ophtalmologiques révélatrices d'une neuro-sarcoïdose

But : Nous décrivons dans cet article les manifestations neuro-ophtalmologiques inaugurales d'une neuro-sarcoïdose : leur présentation clinique, les moyens du diagnostic, le traitement et l'évolution.

Patients et méthodes : Étude rétrospective de treize patients avec des manifestations neuro-ophtalmologiques révélant une sarcoïdose qui ont consulté dans 3 centres différents de 1997 à 2003.

Résultats : Il s'agissait de 10 femmes et 3 hommes, d'un âge moyen de 36 ans. Six patients présentaient une diplopie : le sinus caverneux était infiltré dans 3 cas, les trois autres patients avaient une méningo-radicalite. Une atteinte des voies visuelles antérieures était notée chez 9 patients : 5 patients

INTRODUCTION

La sarcoïdose est une granulomatose multisystémique d'origine indéterminée [1]. Son incidence varie selon les séries de 6 à 10/100 000 [2]. Les manifestations oculaires concernent 22 % des patients à un moment de leur évolution. La maladie est donc bien connue des ophtalmologistes [3]. C'est une cause d'uvéïte, notamment antérieure avec ses précipités classiquement « en graisse de mouton ».

Les manifestations neuro-ophtalmologiques sont plus rares, variées, trompeuses. Cette étiologie doit cependant être évoquée devant des atteintes qui sont fréquemment rencontrées dans ce champ de l'ophtalmologie. L'atteinte des voies visuelles est souvent sévère. Sa prise en charge est difficile : il faut non seulement en faire la preuve histopathologique, mais aussi en faire le bilan d'extension et d'activité, et décider des modalités thérapeutiques.

Nous rapportons une série de 13 cas de neuro-sarcoïdose diagnostiqués devant une manifestation initiale neuro-ophtalmologique. Après avoir décrit ces présentations, nous discutons de la démarche qui a permis le diagnostic et des moyens utilisés pour son traitement.

avaient une neuropathie optique, 2 patients une infiltration du chiasma et 2 patients un œdème papillaire de stase. Deux patients présentaient les deux symptômes. Le dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine était élevé dans 6 cas sur 11. Le liquide cérébro-spinal était anormal dans 7 cas sur 9. La radiographie et le scanner thoracique montraient des anomalies dans 9 cas (sur les 11 examens réalisés). Dans 10 cas, le diagnostic de sarcoïdose fut conforté par l'examen histologique. Pour les trois autres cas, ce diagnostic reste le plus probable. Tous les patients ont été traités avec des corticoïdes systémiques. Toutes les diplopies ont entièrement régressé. Concernant les 7 patients avec une neuropathie optique ou une infiltration chiasmatique, 1 patient a complètement récupéré, 2 ont eu une amélioration partielle, et 4 n'ont présenté aucune amélioration.

Conclusion : Les diplopies et les atteintes des voies visuelles antérieures peuvent révéler une neuro-sarcoïdose. Ce diagnostic doit donc être évoqué devant ces signes fréquents en neuro-ophtalmologie. Un bilan complémentaire est nécessaire au diagnostic avec, au mieux, une preuve histologique. Le traitement repose sur la corticothérapie. L'évolution est en général favorable, même si des rechutes peuvent survenir.

Mots-clés : Sarcoïdose, neuropathie optique, œdème papillaire, chiasma optique, sinus caverneux, paralysie oculomotrice.

PATIENTS ET MÉTHODES

Cette étude rétrospective rapporte les cas de neuro-sarcoïdose à début neuro-ophtalmologique diagnostiqués dans trois consultations neuro-ophtalmologiques (Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild, Paris ; Hôpital de Lariboisière, APHP, Paris ; Hôpital Avicenne, APHP, Bobigny) de 1997 à 2003.

En plus des infiltrations des voies visuelles antérieures et des atteintes des nerfs oculomoteurs, nous avons choisi d'inclure les sujets qui présentaient une hypertension intracrânienne secondaire avec comme seule manifestation neuro-ophtalmologique un œdème papillaire de stase. Celui-ci peut être l'unique signe initial d'une neuro-sarcoïdose débutante.

Nous avons colligé 13 cas (10 femmes pour 3 hommes), âgés de 25 à 61 ans, avec une moyenne d'âge de 36 ans. Parmi ces 13 patients, 4 seulement étaient d'origine caucasienne, les autres étant mélanodermes et notamment d'origine antillaise. Le délai de suivi moyen était de 618 jours, avec des extrêmes allant de 117 à 2 160 jours.

Un examen neuro-ophtalmologique complet a été réalisé à chaque fois avec mesure de l'acuité visuelle, prise de la pression intraoculaire, recherche de signe inflammatoire en segment antérieur et postérieur, examen du fond d'œil, évaluation du champ visuels (Goldmann ou automatisé de Humphrey), examen au coordimètre et bilan orthoptique en cas de diplopie. Il a été complété dans tous les cas par un examen clinique et notamment neurologique.

Les examens complémentaires comportaient une imagerie cérébrale par résonance magnétique nucléaire, une radiographie du thorax, un scanner thoracique, un lavage broncho-alvéolaire avec biopsies bronchiques et trans-bronchiques, une biopsie des glandes salivaires accessoires, une scintigraphie corps total au gallium, une ponction lombaire avec prise de pression, un bilan biologique standard avec dosage de l'angiotensine convertase (ECA) et une intradermo-réaction à la tuberculine. Du fait du caractère rétrospectif de cette étude, tous les patients n'ont pas eu l'ensemble de ces examens.

RÉSULTATS

Présentation clinique (tableau I)

Les signes fonctionnels motivant la consultation neuro-ophtalmologique étaient une baisse d'acuité visuelle dans 9 cas et une diplopie dans 6 cas. Deux patients présentaient les deux types de symptômes. La douleur était également une plainte fréquente de ces patients ; elle a été retrouvée dans 10 cas : 3 patients avaient des céphalées, 3 des douleurs oculaires, 4 des douleurs trigéminales.

Tous les patients qui se plaignaient d'une baisse d'acuité visuelle présentaient une atteinte des voies visuelles antérieures, soit sous la forme d'un œdème de stase par hypertension intracrânienne (2 cas), soit par infiltration dans les 7 autres cas (*fig. 1 à 4*). La localisation de l'atteinte était papillaire dans 2 cas, rétrobulbaire dans 3 cas et chiasmatique dans 2 cas. L'acuité visuelle de ces patients allait de « perçoit la lumière » à 1, mais était inférieure ou égale à 0,2 dans 6 cas sur les 9 yeux concernés parmi les 18.

La diplopie était liée à une infiltration du sinus caverneux chez trois patients (*fig. 5 à 7*). Il existait une atteinte du nerf trijumeau et du nerf abducens et, pour l'un deux, une atteinte associée du nerf oculomoteur commun. Les trois autres cas présentaient une méningo-radicalite avec atteinte isolée du nerf abducens chez un patient et associée à une atteinte du nerf trijumeau dans un cas et du nerf trijumeau et facial pour le dernier cas.

Sur l'ensemble de ces patients, seuls 4 avaient des signes d'inflammation intraoculaire.

Moyens du diagnostic positif (tableau II)

Comme nous l'avons déjà mentionné, cette étude est rétrospective et tous les patients n'ont pas eu l'ensemble des examens complémentaires. Pour certains d'entre eux, la preuve histologique fut obtenue rapidement, rendant inutile des examens onéreux tels que la scintigraphie au gallium.

Le dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) était augmenté dans 6 cas sur les 12 réalisés. Selon la classification des anomalies de la radiographie du

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4025710>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4025710>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)