

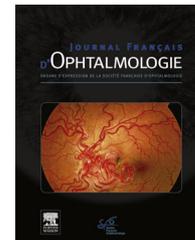


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



REVUE GÉNÉRALE

Œdème papillaire bilatéral[☆]

Bilateral papilledema



M.-B. Rougier^{a,*,b}

^a Service d'ophtalmologie, CHU de Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, 33000 Bordeaux, France

^b Inserm, U1219, Bordeaux Population Health Research Center, 33000 Bordeaux, France

Reçu le 26 décembre 2016 ; accepté le 3 février 2017

Disponible sur Internet le 6 mai 2017

MOTS CLÉS

Œdème papillaire bilatéral ;
Hypertension intracrânienne ;
Drusen de la papille ;
Neuropathie optique ischémique ;
Amiodarone ;
neurorétinite

Résumé Cet article a pour but de faire le point sur le diagnostic et la prise en charge des œdèmes papillaires bilatéraux. Deux urgences doivent être évoquées en priorité : l'hypertension intracrânienne secondaire (tumeur cérébrale, thrombophlébite cérébrale...) et la neuropathie ischémique artérielle (ou maladie de Horton). Une fois éliminés ces deux diagnostics, la prise en charge doit suivre différentes étapes dans le but : (i) d'éliminer un faux œdème papillaire et (ii) de déterminer le type d'œdème papillaire : œdème de stase, œdème ischémique ou inflammatoire. La réalisation d'une imagerie cérébrale avec injection est systématique.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Bilateral optic disc edema;

Summary This article will review the current standard of care in the diagnosis and management of bilateral optic disc edema. Two emergent conditions must be considered first: secondary intracranial hypertension (cerebral tumor, cerebral thrombophlebitis...) and arteritic ischemic

[☆] Retrouvez cet article, plus complet, illustré et détaillé, avec des enrichissements électroniques, dans EMC - Ophtalmologie : Rougier M.-B. Œdème papillaire bilatéral. EMC - Ophtalmologie 2015;12(4):1–7 [Article 21-480-E-05].

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marie-benedicte.rougier@chu-bordeaux.fr

Papilledema;
Intracranial
hypertension;
Optic disc drusen;
Ischemic optic
neuropathy;
Amiodarone;
Neuroretinitis

optic neuropathy (or giant cell arteritis). Having ruled out these two diagnoses, the management follows various steps in order to: (i) rule out pseudo-edema, and (ii) determine the underlying cause of the edema: papilledema, non-arteritic ischemic optic neuropathy or papillitis. Systematic cerebral imaging with contrast is required.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Le diagnostic d'œdème papillaire bilatéral (OPB) implique une prise en charge en urgence en raison du risque d'hypertension intracrânienne secondaire à une lésion cérébrale. La prise en charge d'un OPB est relativement stéréotypée, en respectant plusieurs étapes.

Analyser le type d'OPB

Cette première étape a pour but d'orienter le diagnostic vers un OP de stase, un OP ischémique ou inflammatoire et d'éliminer un faux OP.

Diagnostiquer un OPB

Acuité visuelle et symptômes

Ces deux paramètres sont étroitement liés, et très variables selon la cause de l'OPB. Les signes peuvent être minimes, au point que le diagnostic peut être fait de façon fortuite ou lors d'un bilan de céphalées. Dans ce cas, on recherchera des antécédents de photopsies ou des éclipses visuelles (quelques secondes). À l'opposé, la perte visuelle peut être majeure et le mode d'installation devra être précisé (brutal ou progressif). On n'oubliera pas d'interroger le patient sur la présence de signes généraux, et de rechercher une paralysie oculomotrice, des céphalées, des douleurs rhizoméliques, de la fièvre, un syndrome méningé, un voyage récent en pays chauds.

Fond d'œil

C'est évidemment l'examen essentiel permettant d'orienter la prise en charge. Il convient donc de faire une analyse fine de la papille et de relever les anomalies rétinienne éventuellement associées (hémorragies, exsudats, téléangiectasies, foyers chorioretiniens, hyalite, etc.). Le mieux est de faire une photo couleur afin notamment de suivre au plus près l'évolution de l'OPB.

L'OPB de stase est typiquement volumineux, parfois en bouchon de champagne, avec les vaisseaux bien visibles, voire dilatés, à la surface de la papille ; l'acuité visuelle est conservée ou peu altérée. L'OPB inflammatoire est du même type, mais s'accompagne d'une baisse de vision en général plus marquée, et éventuellement de signes inflammatoires oculaires. Enfin l'OPB vasculaire qui est très différent car discret, et surtout très blanc avec des vaisseaux grêles à

la surface en cas de cause artéritique. L'acuité visuelle est généralement effondrée.

Champ visuel

Le champ visuel automatique est indispensable non pas pour confirmer le diagnostic d'OPB, mais pour illustrer et quantifier l'impact sur la fonction visuelle au moment du diagnostic ainsi qu'au cours du suivi. Sans permettre d'affirmer la cause de l'OPB, le type de déficit peut néanmoins orienter le diagnostic.

Ainsi, dans un œdème papillaire de stase aigu, le champ visuel sera peu modifié, avec simplement un élargissement de la tache aveugle. En cas de passage à la chronicité, les anomalies se majorent, et on verra apparaître un ressaut nasal inférieur, des déficits fasciculaires ou une diminution de la sensibilité en périphérie. Au stade ultime, il y aura un scotome central.

Dans un OPB de cause ischémique, l'atteinte est le plus souvent altitudinale d'emblée.

Tomographie par cohérence optique (OCT)

La mesure de l'épaisseur de la couche des fibres ganglionnaires (RNFL) est intéressante, d'une part, pour confirmer la présence d'un OPB quand il est très discret au fond d'œil et, d'autre part, pour évaluer de façon objective une aggravation ou une amélioration de l'OPB. Cependant, pour le suivi, cet examen n'est pas suffisant car une diminution de la mesure du RNFL peut aussi bien être le résultat d'une régression de l'œdème que de l'apparition d'une atrophie optique. C'est pourquoi, la mesure de l'épaisseur de la couche des cellules ganglionnaires doit être associée à celle du RNFL, et l'OCT combinée au champ visuel.

Angiographie

L'angiographie n'est pas systématique. Elle n'a que deux indications : confirmer la présence de l'OPB en cas de doute diagnostique, et l'OPB d'origine vasculaire. Dans le premier cas, c'est la diffusion du colorant aux temps tardifs qui est recherché. Dans le second cas, c'est un retard, ou une absence, de perfusion de la tête du nerf aux temps précoces qui confirme l'origine ischémique.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5704874>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5704874>

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