



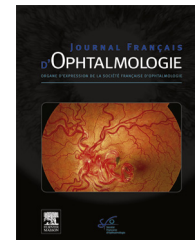
ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



REVUE GÉNÉRALE

Urgences en neuro-ophtalmologie[☆]



Neuro-ophthalmic emergencies

A. Caignard^a, S. Leruez^a, D. Milea^{a,□,b,c}

^a Service d'ophtalmologie, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

^b Singapore National Eye Centre, Singapore Eye Research Institute, Duke-NUS, Medical School, Singapore, Singapour

^c Glostrup, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Danemark

Reçu le 13 avril 2016 ; accepté le 25 mai 2016

Disponible sur Internet le 14 septembre 2016

MOTS CLÉS

Diplopie ;
Anisocorie ;
Œdème papillaire ;
Maladie de Horton ;
Neuropathie optique
ischémique
antérieure aiguë

Résumé Les urgences neuro-ophtalmologiques peuvent représenter un défi diagnostique et thérapeutique, en raison du risque potentiel immédiat vital ou visuel. Les principales urgences sont la conséquence d'une atteinte ischémique (notamment dans le cadre d'un accident vasculaire cérébral), d'une compression anévrysmale ou tumorale, ou encore d'une atteinte infectieuse ou inflammatoire. Une diplopie peut révéler un anévrysme intracrânien, notamment en cas d'atteinte partielle du III^e nerf crânien, s'accompagnant d'une atteinte pupillaire. Les troubles de la motricité conjuguée peuvent être le mode de révélation d'une lésion inflammatoire ou ischémique, le plus souvent dans le tronc cérébral. Un œdème papillaire bilatéral, témoignant d'une hypertension intracrânienne, peut être la manifestation d'un processus expansif intracrânien. Une tumeur intracrânienne peut aussi se manifester par une ou plusieurs paralysies oculomotrices, une neuropathie optique compressive ou encore des déficits systématisés au champ visuel, en cas d'atteinte chiasmatique ou rétrochiasmatique. Une neuropathie optique ischémique antérieure aiguë peut être la première manifestation d'une maladie de Horton. La suspicion d'une origine artéritique impose un traitement parentéral par corticostéroïdes, en urgence, pour prévenir l'atteinte controlatérale. Un syndrome de Claude-Bernard-Horner (douloureux) fait suspecter une dissection carotidienne ; ailleurs, il peut témoigner d'une lésion de la chaîne sympathique dans sa portion centrale ou encore thoracique. À travers quelques descriptions neuro-ophtalmologiques, cette actualisation, non exhaustive, remet en perspective la conduite clinique et les examens les plus appropriés en situation d'urgence.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Retrouvez cet article, plus complet, illustré et détaillé, avec des enrichissements électroniques, dans EMC Ophtalmologie : Caignard A, Leruez S, Milea D. Urgences en neuro-ophtalmologie. EMC Ophtalmol 2016;13(1):1–12 [Article 21-480-E-02].

□ Auteur correspondant.

Adresse e-mail : damilea@chu-angers.fr (D. Milea).

KEYWORDS

Diplopia;
Anisocoria;
Optic disc swelling;
Giant cell arteritis;
Acute anterior
ischemic optic
neuropathy

Summary Neuro-ophthalmic emergencies can cause life-threatening or sight-threatening complications. Various conditions may have acute neuro-ophthalmic manifestations, including inflammatory or ischemic processes, as well as tumoral, aneurysmal compression or metabolic and systemic diseases. Diplopia related to a partial third nerve palsy with pupillary involvement may reveal an intracranial aneurysm. Abnormalities of conjugate gaze may reveal an inflammatory or ischemic lesion, most often of the brainstem. An intracranial tumor may also manifest itself as a single or multiple oculomotor palsy, or causing various visual field defects, due to optic nerve, chiasm or retrochiasm involvement. Arteritic anterior ischemic optic neuropathy may be the first manifestation of giant cell arteritis, prompting rapid treatment with steroids to prevent contralateral involvement. A (painful) Horner syndrome may be the presenting sign of carotid dissection, or it may be a sign of a central or thoracic sympathetic lesion. Beyond these classical emergencies, this non-exhaustive review will also present more rare clinical situations, describing novel algorithms for quick recognition and prompt intervention in acute neuro-ophthalmology.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'apparition brutale de symptômes neuro-ophtalmologiques impose un raisonnement clinique précis en raison de la possibilité d'une urgence vitale sous-jacente.

L'enquête diagnostique repose donc d'abord sur les données cliniques permettant de localiser l'atteinte, afin de guider notamment la neuro-imagerie. L'urgence de sa réalisation sera aussi dictée par l'histoire de la maladie et le terrain du patient (âge, antécédents). Enfin, les données de l'imagerie devront être en adéquation avec les hypothèses émises.

Anomalies de la motilité oculaire

Un trouble de la motilité oculaire provoque le plus souvent une diplopie binoculaire. Une première approche permet de différencier une atteinte infranucléaire (nerf crânien, jonction neuromusculaire ou muscle oculomoteur) d'une atteinte supranucléaire, qui affecte la motricité conjuguée. Le réflexe oculocéphalique explore la motricité conjuguée des globes oculaires lors de la mobilisation passive de la tête horizontalement ou verticalement. En cas d'atteinte supranucléaire, cette manœuvre permet de vaincre la limitation oculomotrice volontaire. Les mouvements oculaires, en revanche, restent limités en cas d'atteintes nucléaires ou infranucléaires (Fig. 1). Lors d'une atteinte infranucléaire, il est important déterminer s'il s'agit d'une dysfonction d'un nerf crânien, de la jonction neuromusculaire ou du muscle oculomoteur en lui-même. Pour cela, l'étude attentive des versions et ductions, avec la réalisation d'une coordimétrie (test de Hess Lancaster), et la recherche de signes associés permettent d'orienter les hypothèses topographiques.

Anomalies du regard conjugué

La découverte d'une anomalie subite du regard impose la réalisation d'une imagerie cérébrale en urgence, de préférence une imagerie à résonance magnétique (IRM), à la recherche d'une origine tumorale, vasculaire (accident

vasculaire cérébral [AVC], plus rarement une malformation artérioveineuse), ou inflammatoire.

Paralysie de la verticalité

Syndrome de Parinaud (ou « Dorsal midbrain syndrome »)

Il s'agit d'une atteinte supranucléaire caractérisée par l'association d'un ou plusieurs éléments :

- une paralysie de la verticalité touchant le regard vers le haut, vers le bas ou les deux sens. Il existe typiquement une hypotropie bilatérale en position primaire ;
- une rétraction palpébrale bilatérale (signe de Collier) ;
- une limitation de la convergence pouvant aller jusqu'à une paralysie complète, et parfois associée à une paralysie de l'accommodation ;
- une dissociation de la réponse pupillaire à la lumière et en convergence (myosis absent lors de l'éclaircissement, apparaissant en convergence) ;
- parfois des mouvements oculaires anormaux tels que le nystagmus retractorius (en position primaire ou dans le regard vers le haut), ou encore des spasmes en convergence.

Il est secondaire à une atteinte des voies de la verticalité, par une lésion tumorale, une hydrocéphalie, une lésion inflammatoire, dans le cadre par exemple d'une sclérose en plaques (SEP), ou encore un AVC.

Skew deviation

Elle se caractérise par une déviation verticale acquise non paralytique des axes oculaires [1], souvent responsable de diplopie verticale et oblique. L'atteinte est le plus souvent concomitante, à l'inverse d'une paralysie du nerf trochléaire (qui est le principal diagnostic différentiel).

Il existe un défaut d'alignement vertical des deux globes, le côté étant donné par convention par l'œil le plus bas. Elle peut s'accompagner d'un torticolis et d'une cyclotorsion, cette triade définissant la réaction de torsion oculaire ou « ocular tilt reaction ».

De façon physiologique, l'inclinaison de la tête d'un côté provoque une cyclotorsion des deux yeux vers l'oreille la plus haute, soit une incyclotorsion de l'œil le plus bas et une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5705017>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5705017>

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