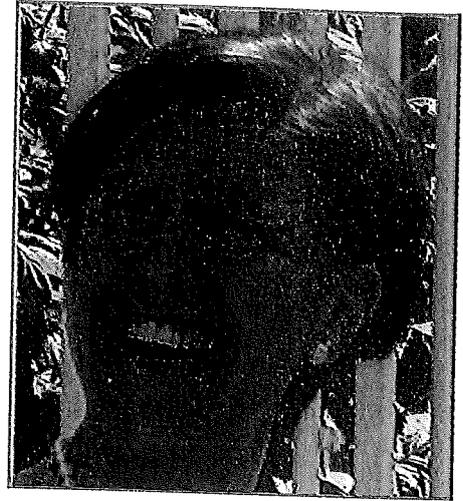


## Névrite optique et sclérose en plaques



Dr Catherine Vignal-Clermont, ophtalmologiste, Fondation A de Rothschild, Paris

La neuropathie optique inflammatoire ou névrite optique (NOI) est une inflammation du nerf optique responsable d'une baisse de l'acuité visuelle, le plus souvent douloureuse et unilatérale. La sclérose en plaque (SEP) est sa cause principale puisque 20% des SEP démarrent par une NOI. 30% des malades ayant présenté une NOI inaugurale auront développé une SEP cinq ans plus tard et 50% auront une SEP 15 ans plus tard, quel que soit le traitement entrepris initialement.

### Quels sont les symptômes de la névrite optique ?

Le tableau habituel est celui d'une *baisse d'acuité visuelle unilatérale douloureuse* qui s'installe sur 48 à 72 heures. Cette baisse visuelle est variable allant d'un simple flou visuel avec acuité conservée à l'absence complète de perception lumineuse, dans 3% des cas. Chez l'enfant, les formes bilatérales ne sont pas exceptionnelles.

La *douleur* est présente dans 90% des cas, localisée en arrière ou autour de l'œil. Elle est d'intensité variable, généralement accentuée par les mouvements oculaires. Elle précède la baisse d'acuité visuelle près d'une fois sur deux et résulte de l'inflammation du nerf optique et des structures voisines.

Il existe également une diminution des contrastes souvent plus marquée que la baisse visuelle, ainsi qu'un *trouble de la vision des couleurs* et parfois des points lumineux (*photopsies*) visibles lors des mouvements oculaires. Plus rarement une anomalie de la perception des trajectoires des objets peut révéler la névrite optique (signe de Pulfrich).

### L'examen de l'ophtalmologiste

En plus de la *mesure de l'acuité visuelle* de loin et de près, l'ophtalmologiste recherche du côté atteint un ralentissement de la contraction pupillaire lors de l'éclairage : c'est le déficit pupillaire afférent relatif (DPAR) ou pupille de Marcus Gunn, qui n'a pas de spécificité quant au caractère inflammatoire de la neuropathie mais témoigne de l'atteinte du nerf optique du même côté.



L'examen à la lampe à fente recherche des signes inflammatoires oculaires, rares dans la SEP, mais qui peuvent constituer un argument d'orientation étiologique.

L'examen du *fond d'œil* retrouve dans deux tiers des

cas une papille normale : il s'agit d'une NOI rétrobulbaire ou NORB inflammatoire (selon un adage "le patient ne voit rien et son médecin non plus"). Dans un tiers des cas on objective un œdème papillaire : il s'agit d'une NOI antérieure ou papillite.

La *vision des couleurs* peut être explorée de manière rapide par un album d'Ishihara qui peut également mettre en évidence une désaturation des couleurs du côté atteint, ou par le classement de

plots colorés saturés ou désaturés. Une dyschromatopsie d'axe rouge-vert est habituellement retrouvée, mais parfois aucun axe spécifique n'est objectivé.

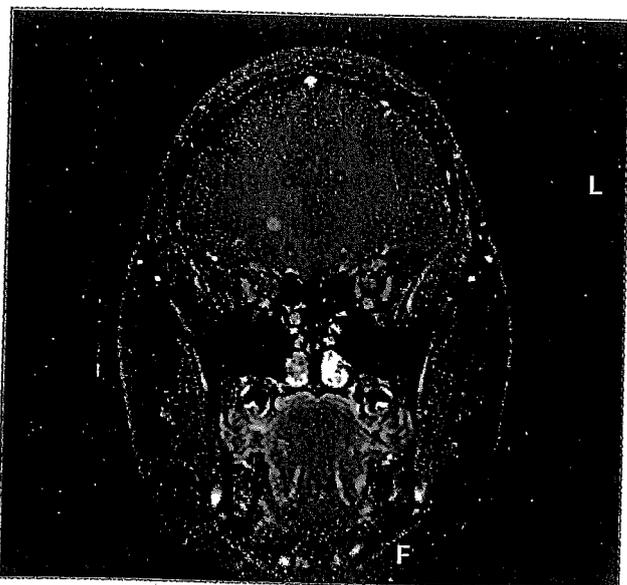
Le champ visuel est également étudié : tous les déficits peuvent se voir ; Cependant, quel que soit le déficit, il a été montré qu'il n'y a pas de groupe de fibres visuelles plus vulnérable qu'un autre au regard de l'inflammation.

#### Quel bilan complémentaire ?

Un examen neuroradiologique par *résonance magnétique (IRM)* cérébrale et orbitaire avec injection de produit de contraste est pratiqué devant toute névrite optique inaugurale. Il met en évidence l'hypersignal au niveau du nerf optique atteint et recherche des hypersignaux de la substance blanche dont la présence augmente le risque de développer une sclérose en plaques.

Ainsi, l'existence d'au moins un hypersignal T2 est associée à un risque de SEP de 72% à 15 ans contre 24% en l'absence de toute lésion. L'IRM cérébrale est l'examen indispensable au bilan de dissémination après une première névrite optique :

Les potentiels évoqués visuels ou PEV réalisés par flash ou par damiers ne sont pas utiles au diagnostic positif de névrite optique mais témoignent d'un retard de conduction nerveuse en regard du nerf pathologique (augmentation de la latence et diminution d'amplitude de l'onde P100). Leur intérêt réside principalement dans le dépistage d'une seconde localisation au niveau de l'œil asymptomatique.



L'examen en *tomographie par cohérence optique* ou OCT n'a pas ou peu d'intérêt dans le diagnostic de la NOI. Il objective un éventuel œdème papillaire, et du côté asymptomatique il peut authentifier un déficit en fibres optiques passé inaperçu.

#### Quel traitement actuellement ?

Le traitement de la névrite optique repose sur les corticoïdes intraveineux à la dose d'un gramme par jour de méthylprednisolone, pendant 3 à 5 jours selon l'importance de la baisse visuelle, avec ou sans relais oral pendant deux semaines environ. Ces doses de corticoïdes accélèrent la récupération visuelle, mais ne modifient pas l'acuité visuelle finale. Ils ont un rôle protecteur pendant les 2 années suivant la névrite optique mais au delà il n'y a plus de différence significative et l'évolution vers une SEP est indépendante du traitement initial.

#### La récupération visuelle

La douleur persiste rarement plus de quelques jours. La récupération visuelle sous traitement démarre au bout de quelques jours et dans trois quarts des cas l'acuité finale est de 10/10, 95% des patients ont 5/10 ou plus et seulement 1% ont moins de 1/10. On considère qu'une amélioration peut se poursuivre jusqu'à un, voire deux ans après l'épisode aigu.

Sur le plan ophtalmoscopique, la papille pâlit plus ou moins et on peut voir apparaître des déficits diffus ou localisés des fibres optiques objectivés par l'OCT. Outre la baisse visuelle, il peut persister une altération du champ visuel, de la vision des couleurs, une diminution de la sensibilité aux contrastes, une gêne à la lumière forte (photophobie) ou des fluctuations visuelles à la fatigue physique ou lorsque la température corporelle augmente (repas, effort, bain chaud) : c'est le phénomène d'Uhthoff.

Ces fluctuations n'ont actuellement pas de traitement reconnu. Une *récidive* peut également survenir sur le même œil ou de l'autre côté. L'âge, l'acuité visuelle, et l'aspect du nerf optique n'ont aucune influence sur la fréquence des récurrences.

**En conclusion** : la névrite optique est fréquente au cours de la SEP et peut être le mode d'entrée dans la maladie. Son pronostic visuel est globalement bon, même si des séquelles modérées ne sont pas exceptionnelles.

L'examen ophtalmologique à distance de la poussée permet de faire un bilan visuel et de proposer, dans les cas où c'est nécessaire, des moyens optiques de compensation ou de la rééducation orthoptique qui aidera à s'adapter au déficit de l'acuité ou du champ visuel.