



# Néurite optique

Approche générale

Dr Sophie Smeets, Pédiatrie  
Jolimont 2007



# Introduction

- Inflammation, démyélinisation ou dégénérescence du nerf optique
- Uni ou bilatéral
- Touche jeune adulte
- Prédominance féminine



# Introduction

## ■ Classification selon :

- siège de l'atteinte au niveau de n. optique
  - Rétro bulbaire
  - « anté » bulbaire
- Caractère aigu ou chronique
- Uni ou bilatérale



# Particularités chez l'enfant

- Peut être :
  - Isolé
  - Manifestation d'une pathologie neurologique ou systémique
  - Signe d'une des pathologies démyélinisante de l'enfant
- Fréquent avec:
  - Méningite bactérienne
  - Infection virale
- Risque moins élevé de **Sclérose En Plaque** % à adulte



# Clinique:

## communes aux atteintes du n. optique

- Baisse de l'acuité visuelle rapide
- Atteinte du champ visuel (svt scotome central)
- Dyschromatopsie d'axe rouge vert
  - Svt peu ressenti par patient
- Trouble de la vision des contrastes
- Signes de Marcus Gunn
  - Se recherche en éclairant alternativement la pupille de l'œil sain puis yeux atteints → dilatation de l'œil atteint à l'éclairage
- FO
  - Normal
  - Papille oedémateuse, pâle ou excavée



# Clinique:

## si atteinte inflammatoire du n. optique

- D+ à la mobilisation du globe oculaire  
peut précéder les symptômes visuels
- Baisse d'acuité visuelle rapide qui s'accroît  
pdt 15j max
- Récupération spontanée et svt bonne
- FO :
  - Stade aigu: normale ou papille oedémateuse
  - A distance: pâleur papillaire



# Diagnostic différentiel

= autres atteintes du n. optique

- Neuropathies optiques ischémiques aiguë (NOIA)

- = oblitération de l'a. vascularisant le n. optique
- Clinique: oedème unilatéral avec déficit altitudinal d'installation rapide, sévère, indolore
- Y penser SI:
  - > 45 ans
  - BAV brutale
  - Pas d'↑ de la D+ à mobilisation du globe oculaire
  - Petite papille pleine controlatérale
  - HTA ou diabète
- Diagnostic:
  - Echo-dopler orbitaire
  - IRM : pas d'hypersignal en T2.
  - FO : oedème papillaire: assez modéré, papille un peu blanche



# Diagnostic différentiel

- Compressions du n.optique :
  - Le plus svt:
    - Adénome
    - Méningiomes (90%)
  - BAV d'aggravation progression progressive (> 15jours)
  - S'améliore après corticoïdes
  
- Druses papillaires
  - + fréquent si femmes de +/- 40 ans
  - FO pfs shunt optociliaire
  - IRM avec gadolium
  
- Neuropathies optiques métaboliques





# Diagnostic différentiel

- Neuropathies optiques dégénératives
  - Autres affections dégénératives
  - Maladie de Leber :
    - Y penser en phase inaugurale de la maladie SI :
      - Atcd familiaux
      - FO: télangiectasie périphérique
      - Non récupération de l'acuité visuelle
      - Bilatéral
- Neuropathies toxiques:
  - Alcool, tabac
  - Iatrogène : vincristine, INH, éthambutol, chloramphénicol



# Etiologies

## ■ Selon localisation:

- Rétrobulbaire
- Anté-bulbaire

## ■ Selon le type :

- Atteintes démyélinisantes
- Infectieuses
- Inflammatoire
- Ischémiques
- Toxiques et nutritionnels
- Héréditaires
- Compressives
- Traumatiques



# Etiologies : selon localisation

## ■ Rétrobulbaire (= NORB)

FO = normal

### – Aigue:

- Unilatéral : SEP
- Bilatéral: rare
  - Svt viral
  - Intox méthanol

### – Chroniques: svt bilatérales

- NORB alcoolotabagique
- NORB médicamenteuse  
Ethambutol, INH, Chloramphénicol



# SEP

- = cause la + fréquente de névrite optique

- 20% SEP débutent par névrite optique
- 75% SEP font une névrite optique
- 30% névrite optique isolée dvlpe 1 SEP dans les 5 ans
- Risque de dvlper SEP dans les 5 ans:
  - 16% si IRM normale
  - 51% si > 3 hypersignal sur séquence T2 à IRM

- Rétro-bulbaire
- Unilatéral
- D+ oculaire intensifiée au mouvement



# Etiologies : selon localisation

## ■ Anté-bulbaire (= papillite)

FO= oedème papillaire

### – Aigue:

- Unilatérale: neuropathie optique ischémique

!!! Exclure 1 horton !!!

- Bilatéral:

- NOIA bilat d'emblée (rare)
- Secondaire à horton non dg, atteinte méningée ou virus neurotrope, syphilis, sarcoidose, maladie de lyme, maladie de Behcet

### – Chronique : rare



# Etiologie: selon type

## ■ Atteintes démyélinisantes:

– SEP

– Neuromyéélite optique de devic

- BAV rapide, profonde, bilat d'emblée ou ds second tps
- Accompagné de myélite transverse ou paraplégie
- LCR: pléiocytose, ↑ protéines, absences de bandes oligoclonales
- IRM cérébrale normale
- IRM médullaire: zone de ht signal étendu sur > 3 vertèbres en hyposignal + ↑ volume de moële
- ADN mitochondrial



# Etiologie: selon type

## ■ Infectieuse- para infectieuse

### – **Infection générale**

- Syphilis (pdt phase 2 aie)
- TBC (le + svt)
- Lyme
  - Phase précoce
    - » Oedème de papille
    - » LCR pour sérologie et pléiocytose
    - » Érythème migrans (dans 60-80% des cas)
  - Phase tertiaire

- Behcet

### – **Virose**

– **Immunodépression** : candida, cryptocoque

– **Infl locorégionale orbitaire**

– **Infection du groupe herpes** :

- Immunocompétent: infl 2 aie à foyer rétinien
- Immunodéprimé : svt neuroretinite à CMV



# Etiologie: selon type

## ■ Inflammatoire (rare)

BAV svt sévère, uni ou bilatéral

- Sarcoidose
- Affection dys-immunitaire  
(lupus, péri-artérite noueuse)
- Post vaccinale
- Uvéites avec foyer juxta-papillaire

## ■ Ischémique:

Uni, pfs bilatéral

- Horton
- athérosclérose





# Etiologie: selon type

## ■ Toxiques et nutritionnels:

Bilatéral, chronique

- Alcool, tabac
- Médicamenteuse
- Carences vitaminiques graves (B1, B12)

## ■ Héréditaires:

- Maladie de leber
- Atrophie optique dominante



# Etiologie: selon type

## ■ Compressives:

- Processus expansif intra orbitaire
- dans canal optique

## ■ Traumatique:

- Direct du n. optique
- Fracture compressive, hématome, plaie avec corps étranger
- Indirect (décélération ou cisaillement du n. optique)



# Bilan

- Examen ophtalmo et capacité visuelle
- Examen neurologique
- Bilan immunologique:  
FAN, AntiDNA, cplt,...
- Bilan infectieux:  
TPHA-VDRL, Lyme, HIV,..
- PL:  
Sérologie lyme, bandes oligo-clonales
- IRM cérébrale +/- médullaire
- Intra dermo



# Traitement

- Dpt de la cause
- Si névrite optique infl. Idiopathique
  - Corticoïde IV: bolus de 1g de méthylprednisolone pdt 3 jours puis ↓ dose
  - N'influence pas évolution à long terme
  - !!! Pas PO car associé avec tx important de recrudescence



# Evolution

- Ds majorité des cas : amélioration 1-4 semaine après le début de maladie ; normal ou presque ds semaine ou mois qui suivent
- Dpt de l'étiologie



# DONC...

- SEP...
- Rechercher NOIA si oédème papillaire, brutal, déficit altitudinal
- Si BAV indolore, progressive (> 15j), pas récupération: faire IRM+ injection
- Si pas de récupération après R/: penser compression et métabolique
- Rechercher les causes qui **CONTRE INDIQUENT** les corticoïdes (chorirétinite séreuse centrale,..)