



Fondation pour la recherche sur la sclérose en plaques

Troubles oculaires au cours de la sclérose en plaques

Pr. Olivier Gout
Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild, Paris
Membre du comité scientifique ARSEP





Les symptômes oculaires sont fréquents au cours de la Sclérose en Plaques (SEP). Il peut s'agir soit d'une atteinte du nerf optique (névrite optique) soit d'une atteinte de la commande des muscles oculaires (troubles oculomoteurs).

LA NÉVRITE OPTIQUE

La névrite optique est très fréquente au cours de la sclérose en plaques, plus de 50% des malades en sont atteints. Si l'on tient compte des formes infra-cliniques, les lésions oculaires sont quasi constantes à un moment ou à un autre de l'évolution de la SEP. La névrite optique peut être la première manifestation d'une SEP, environ 20% des patients inaugurent leur maladie par une névrite optique.

Cependant, une névrite optique isolée ne traduit pas obligatoirement le début d'une sclérose en plaques : 15 ans après ce premier événement, 50% de ces patients auront évolué vers une sclérose en plaques. Une névrite optique peut également survenir au cours de la SEP, pour environ 75% des patients.

La névrite optique (NO) est une inflammation du nerf optique. Elle se traduit par une baisse de l'acuité visuelle unilatérale (au niveau d'un seul œil), parfois très importante, d'intensité variable, douloureuse, de survenue rapide et progressant sur quelques jours. La baisse de la vision peut être majeure (inférieure à 1/10 chez 30% des patients) ou minime passant parfois inaperçue.

L'EXAMEN

L'examen ophtalmologique est le plus souvent indispensable. Il permet d'éliminer d'autres causes possibles à la baisse de l'acuité visuelle. Le fond d'œil est normal ou révèle dans 30% des cas un discret œdème papillaire (œdème de la papille c'est à dire de la tête du nerf optique). L'examen du champ visuel montre le plus souvent un scotome (déficit du champ visuel limité) central ou diffus. Il existe un trouble de la vision des couleurs (dyschromatopsie) et une diminution de la perception des contrastes

et de l'intensité lumineuse.

Ainsi, le diagnostic de névrite optique est facilement posé devant l'association d'une baisse d'acuité visuelle unilatérale rapide et douloureuse, d'un examen ophtalmologique normal et d'un scotome central ou diffus au champ visuel associé à une dyschromatopsie et à une diminution de la sensibilité au contraste. Les potentiels évoqués (examen électro-physiologique permettant d'évaluer la transmission de l'information) visuels peuvent être utiles pour confirmer l'atteinte du nerf optique.

Devant la survenue d'un tel tableau de névrite optique unilatérale chez un sujet jeune se pose le problème du diagnostic étiologique (diagnostic établi afin de chercher les causes d'une maladie). Ce tableau est très évocateur d'une atteinte inflammatoire. Cependant, d'autres étiologies, beaucoup plus rares, peuvent être à l'origine d'une névrite optique : maladies infectieuses (bactériennes ou virales), atteintes toxiques (tabagisme notamment) ou d'autres causes encore plus rares (notamment maladies héréditaires). Un bilan para-clinique, en particulier biologique, doit donc être réalisé.

ÉVOLUTION

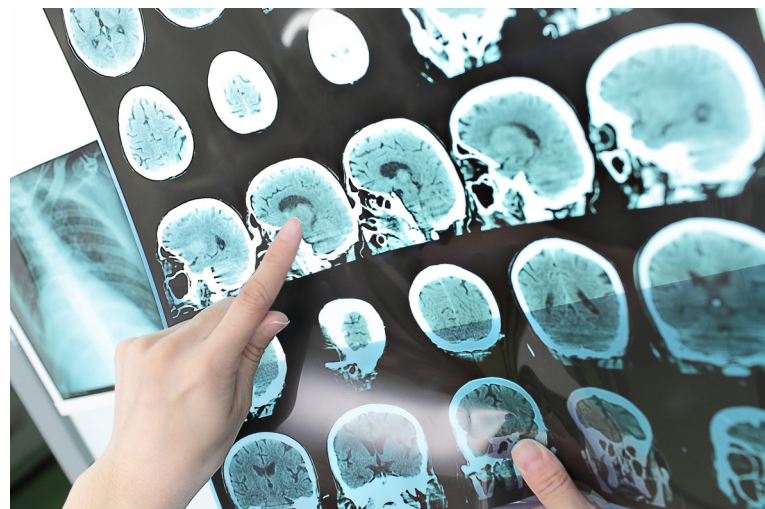
L'évolution spontanée est, dans la majorité des cas, favorable : En effet, 80% des patients retrouvent une acuité visuelle normale ou subnormale en 1 mois. Cependant, la perception des contrastes et des couleurs peut rester perturbée. Il n'est pas rare (20% des cas) que les patients se plaignent d'une vision altérée comparée à celle d'avant la névrite optique, alors que tous les paramètres de la fonction visuelle sont normaux.

Dans un petit nombre de cas (3%), l'atteinte visuelle régresse mal, laissant un déficit du champ visuel, qui compromet définitivement la vision de l'œil lésé.

AU COURS DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

L'évolution de la SEP au long cours est caractérisée par des rechutes (sur d'autres territoires ou du même nerf optique) et l'atteinte du nerf optique controlatéral est possible. La régression spontanée des signes a tendance à diminuer avec le nombre de rechutes, entraînant l'apparition d'une atrophie optique avec pâleur papillaire. Le pronostic visuel est alors engagé.

Dans un certain nombre de cas, lors du bilan, on peut découvrir une atrophie optique sans gêne visuelle controlatérale. Dans d'autres cas, à la suite d'une Névrite Optique, le patient peut présenter des baisses d'acuité visuelle intermittentes déclenchées par des efforts physiques, des bains chauds, la fièvre. Cette symptomatologie, appelée syndrome d'Uhthoff, est évocatrice de sclérose en plaques.



LE TRAITEMENT

Le traitement de la névrite optique repose sur la corticothérapie intraveineuse (bolus de méthylprednisolone 1g par jour pendant 3 à 5 jours) ou l'abstention thérapeutique.

L'évolution du premier épisode de névrite optique, avec ou sans traitement, est le plus souvent favorable,

la récupération d'une acuité visuelle $\geq 8/10$ s'observe chez 90% des patients. Cependant après une névrite optique, les patients peuvent présenter un phénomène d'Uhthoff (baisse visuelle transitoire lors de l'augmentation de la température corporelle due à une forte chaleur ou à un effort). La répétition des névrites optiques peut conduire à une baisse visuelle permanente et non améliorable.

LES TROUBLES OCULOMOTEURS

Ces troubles peuvent traduire soit une lésion d'un nerf oculomoteur, soit une atteinte des voies nerveuses reliant les nerfs oculomoteurs ou de celles qui contrôlent les mouvements oculaires. Le trouble oculomoteur se traduit le plus souvent par une diplopie binoculaire (vision double dans un plan horizontal, vertical ou oblique qui disparaît lors de la fermeture d'un œil) parfois par une oscillopsie (perception erronée d'une instabilité de la scène visuelle). Un nystagmus peut aussi résulter de ces troubles et correspond à des oscillations non contrôlées des deux yeux. Il se traduit souvent par une oscillopsie et parfois par des sensations vertigineuses.

L'examen neurologique ou ophtalmologique permettra de préciser le type d'atteinte oculomotrice. Au stade aigu, le traitement de la diplopie et de l'oscillopsie est identique à celui des autres poussées de sclérose en plaques. La diplopie régresse le plus souvent en quelques semaines. En l'absence de régression, le port d'un prisme peut aider à la réduire. L'oscillopsie et le nystagmus peuvent régresser mais ils persistent parfois et des traitements médicamenteux, autres que ceux des poussées (antispastiques ou antiépileptiques), permettent de diminuer l'intensité des symptômes.

CONCLUSION

Les symptômes oculaires sont souvent observés au cours des poussées de sclérose en plaques. Leur prise en charge est mixte, neurologique et ophtalmologique. L'évolution des symptômes oculaires est souvent favorable, cependant dans certains cas des traitements adaptés aux symptômes sont nécessaires.