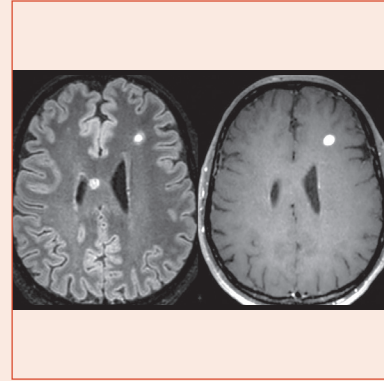


Névrite optique : le point de vue du neurologue

R. DESCHAMPS



Contexte

- Sujets jeunes (mais possibles aux âges extrêmes pour les MOG/AQP4).
- Baisse de l'acuité visuelle d'intensité variable.
- Très souvent douloureuse (se méfier en l'absence de douleur).
- Œdème papillaire rare mais possible, et parfois très important (MOG).
- Absence de cause ophtalmologique.
- Étiologies :
 - sclérose en plaques (SEP) >> MOG/AQP4 > sarcoïdose/maladie de Behçet/lupus ;
 - névrites optiques « idiopathiques » non rares.

Bilan

- Dans tous les cas, **IRM cérébrale et orbitaire** avec coupes coronales sur les nerfs optiques, **sans et avec injection de produit de contraste**, sans et avec suppression du signal de la graisse (indispensable s'il s'agit du premier épisode, puis seulement si doute diagnostique) : déterminante pour le traitement, l'orientation du bilan (sang, LCS, IRM médullaire) et le suivi.
- Bilan biologique sanguin :
 - bilan standard ;
 - variable selon les équipes et le contexte (sérologie Lyme, VIH, anticorps anti-MOG/AQP4, facteur antinucléaire [FAN]) ;
- Étude du LCS, selon contexte et résultat de l'IRM cérébrale.

Résultats et traitement à la phase aiguë

- **Si l'IRM et le contexte sont en faveur d'une SEP** (antécédent neurologique suggestif, IRM cérébrale en faveur), traitement non urgent :
 - soit repos et surveillance, soit corticothérapie, mais uniquement à fortes doses (1 g/jour) PO ou IV ;
 - discuter les échanges plasmatiques en cas de baisse d'acuité visuelle sévère et sans amélioration sous corticothérapie.
- **Si l'IRM et le contexte ne sont pas en faveur d'une SEP**, maladies associées aux anticorps anti-AQP4 ou anti-MOG à évoquer (âge extrême, atteinte bilatérale, œdème papillaire fréquent pour les MOG, IRM sans les critères radiologiques de SEP, atteinte du nerf optique souvent étendue en IRM, aspect de périnévrite optique, etc.) et traitement urgent :
 - corticoïdes à fortes doses IV (1 g/jour) ;
 - échanges plasmatiques **si pas d'amélioration rapide** (voire d'emblée si anticorps AQP4+ connu).

Conclusion

Le diagnostic est clinique et simple s'il existe une baisse d'acuité visuelle douloureuse sans cause ophtalmologique, sinon il faut penser aux diagnostics différentiels. L'IRM cérébrale et orbitaire, sans et avec injection de produit de contraste, est indispensable pour confirmer la névrite optique en cas de doute diagnostique et surtout pour orienter la prise en charge. La SEP est de loin la cause la plus fréquente des névrites optiques. Les autres causes sont plus rares mais nécessitent une prise en charge différente.