

Bilan d'une NOIA typique et atypique

M.-B. ROUGIER



Contexte

Devant une baisse de vision unilatérale brutale avec œdème papillaire et sans douleurs, le diagnostic de neuropathie optique ischémique antérieure (NOIA) doit être évoqué. Le bilan dépendra de sa présentation clinique typique ou atypique.

Bilan

■ NOIA typique

- Recherche de symptômes et de signes orientant vers une NOIA artéritique :
 - céphalées, claudication intermittente de la mâchoire, asthénie et amaigrissement, symptômes visuels transitoires récents (diplopie, baisse visuelle) ;
 - papille blanche ischémique ;
 - NFS, VS et CRP à la recherche d'un syndrome inflammatoire ;
 - palpation des artères temporales.
- Recherche de signes compatibles avec une NOIA non artéritique : petite papille pleine controlatérale.

Si non artéritique

- Champ visuel : souvent déficit altitudinal, mais tous les déficits fasciculaires sont possibles.
- Recherche des facteurs de risque :
 - cause iatrogène (inhibiteurs de la 5-phosphodiesterase, amiodarone) ;
 - apnée du sommeil ;
 - cardiovasculaire : HTA (modification récente de traitement), diabète, dyslipidémie.

Si artéritique

- En urgence, bolus de corticoïdes (1 g de méthyprednisolone/jour pendant 3 jours) puis relais oral.
- Échographie Doppler des artères temporales et/ou IRM encéphalique dédiée et/ou biopsie de l'artère temporale.

■ NOIA atypique : diagnostic différentiel

Il est parfois difficile de distinguer une NOIA d'un œdème papillaire d'une autre nature ; dans ce cas, l'angiographie à la fluorescéine à la recherche d'une hypoperfusion papillaire aux temps précoces permettra de confirmer la nature ischémique de l'œdème ; l'IRM orbitaire et cérébrale permet d'éliminer les névrites optiques (douleurs), les compressions et infiltrations.

Œdème papillaire bilatéral

Les NOIA bilatérales sont rares sauf si elles sont d'origine artéritique ou en lien avec la prise d'amiodarone. Dans le premier cas, les papilles sont très pâles avec une baisse de vision profonde et la démarche diagnostique et thérapeutique est identique à celle des NOIA artéritiques unilatérales. Dans le second cas, la baisse de vision est moins marquée et d'installation moins rapide. En raison de la rareté des NOIA bilatérales, un œdème de stase et une névrite optique bilatérale doivent également être éliminés par une IRM orbitaire et cérébrale.

Persistance de l'œdème papillaire

Après une NOIA, une atrophie optique apparaît dans les 4 à 6 semaines. Si l'œdème papillaire persiste au-delà de 6 semaines, il faut revoir le diagnostic et rechercher une cause compressive en réalisant une IRM cérébrale et orbitaire à la recherche d'une compression du nerf optique.

Patient vu tardivement

En cas de consultation au-delà de 4 à 6 semaines après la baisse d'acuité visuelle, l'œdème papillaire n'est alors plus visible. Si le diagnostic peut être suspecté sur le contexte et l'examen clinique, un bilan minimal doit être réalisé comprenant une IRM orbitaire et encéphalique, un bilan biologique NFS, VS, CRP, voire un bilan de névrite optique au moindre doute (douleurs).