

## I JIFRO – Œil et médecine interne



**A. FELCHI,**  
VILLENEUVE-SAINT-GEORGES.

### Œil et maladies neurologiques

Les situations à risque neurologique doivent être identifiées rapidement afin d'éviter tout risque vital ou fonctionnel à court terme. L'ophtalmologiste doit alors faire appel à un neuro ophtalmologiste si disponible sur place ou un neurologue le cas échéant.

Le ptosis, parfois évident lorsqu'il s'intègre dans le cadre d'une paralysie oculomotrice de la troisième paire crânienne, un peu moins lorsqu'il s'agit d'un syndrome de Claude Bernard Horner, doit être un signe d'alerte neurologique non urgent s'il y a suspicion d'une myopathie (dystrophie myotonique ou myopathie mitochondriale) et beaucoup plus urgent en cas de suspicion de myasthénie pour laquelle une recherche systématique de signes de fatigabilité oropharyngés devra être effectuée (notion de dysphagie, dysphonie, dyspnée). Le ptosis suspect de myasthénie survenant plutôt chez une femme est variable (sur une journée mais parfois d'un jour à l'autre), avec notion de fatigabilité (*Cogan lid twitch test*), et peut s'associer à une notion de diplopie résolutive mais sans anisocorie. Il s'agit de la manifestation initiale de la myasthénie dans 70 % des cas, justifiant du rôle central et primordial de l'ophtalmologiste dans l'identification et l'orientation de ces patients.

La diplopie est un signe aisément identifiable pour le clinicien mais elle doit être plus finement recherchée dans le cadre des paralysies internucléaires (ophtalmoplégie internucléaire) et infranucléaires (syndrome de Parinaud), justifiant dans tous les cas d'une consultation neurologique.

Les baisses transitoires de l'acuité visuelle sont souvent minimisées par le patient de découverte fortuite lors d'une consultation de suivi. Les atteintes monoculaires sont un équivalent d'accident ischémique transitoire "pré-chiasmatique" et doivent faire redouter une occlusion lente de la carotide ou une dissection en cas de CBH associé. La maladie de Horton doit également systématiquement être évoquée. Les atteintes binoculaires avec association à une diplopie, une hémianopsie latérale homonyme, des vertiges ou des signes neurologiques focaux sont un équivalent d'accident ischémique transitoire "rétro-chiasmatique" et un bilan vertébro-basilaire s'impose.

La neuropathie optique cliniquement typique peut être orientée vers un neurologue à distance mais la neuropathie optique atypique nécessite plus rapidement un avis neurologique. Les signes devant alerter le clinicien sont une baisse de l'acuité visuelle profonde, chez un patient masculin, de plus de 40 ans, l'absence de douleurs à la mobilisation du globe ou *a contrario* des douleurs persistantes, des anomalies du fond d'œil (DSR, OP), une installation sur plus de deux semaines, et une absence de récupération au-delà de 4 semaines, avec par la suite, une récurrence précoce à l'arrêt des corticoïdes.

La réciprocity est de mise puisque les neurologues ont également des indications d'examen neuro-ophtalmologique et ophtalmologique complet dans des cadres précis. Le neurologue peut faire appel à l'ophtalmologiste lors du diagnostic de maladie syndromique mitochondriale : ophtalmoplégie externe progressive associant myopathie et ophtalmoplégie externe, ptosis bilatéral associés à une rétinite pigmentaire constituant le syndrome de Kearns-Sayre par exemple. Le neurologue peut orienter

de façon précise l'examen en précisant dans la demande d'examen ophtalmologique la recherche de signes spécifiques de maladie de Wilson (anneau de Kayser Flescher) ou maladie de Fabry (*Cornea verticillata*). Concernant cette dernière pathologie, l'examen ophtalmologique est primordial dans le diagnostic et fait partie des recommandations de bilan lors d'un accident vasculaire cérébral survenant chez le sujet jeune.

Les avancées technologiques notamment l'apport de l'OCT lors des neuropathies optiques est dorénavant connu par nos confrères et peuvent orienter le diagnostic *a posteriori* d'une neuropathie optique dans le cadre d'une maladie démyélinisante.

Par ailleurs, l'ophtalmologiste continue à apporter des arguments pour une neuropathie d'origine diabétique s'il existe simplement au fond d'œil une rétinopathie diabétique.

Les éléments de l'examen clinique ophtalmologique sont des signes d'alerte devant motiver un examen neurologique et neuro-ophtalmologique complet. Du point de vue du neurologue, les signes ophtalmologiques sont souvent précieux lorsque la demande est clairement spécifiée et précise afin d'orienter au mieux l'examen.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.