



# NANOS

## Patient Brochure

### Névrite Optique

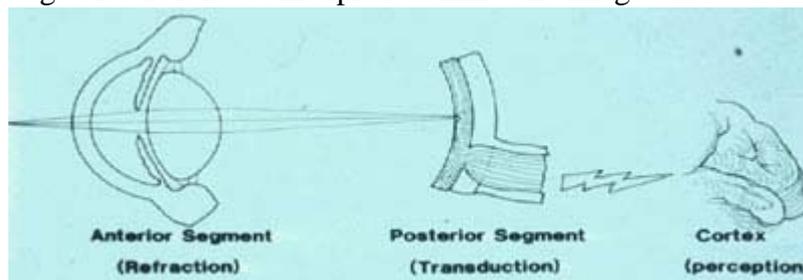
*Copyright © 2015. North American Neuro-Ophthalmology Society. All rights reserved. These brochures are produced and made available "as is" without warranty and for informational and educational purposes only and do not constitute, and should not be used as a substitute for, medical advice, diagnosis, or treatment. Patients and other members of the general public should always seek the advice of a physician or other qualified healthcare professional regarding personal health or medical conditions.*

## Névrite Optique

Votre médecin pense que vous avez eu un épisode de névrite optique. Il s'agit de la cause la plus fréquente de perte visuelle aiguë chez les patients jeunes. Cette baisse visuelle est fréquemment accompagnée d'une sensation douloureuse autour de l'œil, survenant surtout lors des mouvements oculaires.

### Anatomie

Nous ne voyons pas avec nos yeux, mais avec le cerveau. Les yeux transmettent le message visuel à travers les nerfs optiques à la partie postérieure du cerveau (lobes occipitaux), où le message visuel alors est interprété comme une image.



segment antérieur de l'œil  
(réfraction)

segment postérieur  
(traitement du message visuel)

Cerveau visuel  
(perception)

Les fibres du nerf optique sont entourées de myéline, afin de faciliter la transmission de l'information visuelle codée, des yeux jusqu'au cerveau visuel.

### Physiologie :

Dans la forme la plus fréquente de névrite optique, le nerf optique est victime de l'agression du système immunitaire du patient. Le système immunitaire a un rôle important pour l'organisme, permettant de lutter contre les infections virales et bactériennes. Lors d'une névrite optique, tout comme dans d'autres maladies autoimmunes, le système immunitaire de l'organisme a décidé que ses propres constituants sont devenus « étrangers » et les attaque en conséquence. Dans le cas de la névrite optique, la gaine de myéline autour des fibres nerveuses du nerf optique est spécifiquement attaquée. Une infection virale, même très ancienne, peut ainsi avoir été le facteur sensibilisant ou déclenchant d'une névrite optique ultérieure. Le facteur déclenchant proprement dit d'une névrite optique auto-immune n'est pas encore compris, mais il est probable qu'il y ait une prédisposition individuelle. L'inflammation associée à la névrite optique peut expliquer les douleurs, qui surviennent le plus souvent lors des mouvements oculaires. Dans des situations plus rares, l'inflammation peut toucher les deux nerfs optiques, le chiasma (lieu de convergence des deux nerfs optiques) ou d'autres régions du cerveau, en rapport avec les voies visuelles.

### Symptômes

Le symptôme le plus fréquent de la névrite optique est la baisse de la vision, qui est rapide, survenant en quelques jours. Les patients ressentent cette baisse de la vision comme un voile, un flou visuel, une ombre, ou une perte de la vision située au centre ou dans une autre partie du champ visuel. Dans des cas plus modérés, les patients ont l'impression qu'il y a une diminution du contraste du côté atteint, ou que les couleurs paraissent « délavées ». Ces symptômes sont variables, mais progressent souvent en quelques jours. Le deuxième

symptôme le plus fréquent est la douleur, ou la gêne autour de l'œil, souvent aggravée par les mouvements oculaires.

### Signes

Le diagnostic de névrite optique peut être difficile, d'autant que l'œil a un aspect externe normal, et que l'intérieur de l'œil est souvent normal. Un tiers des patients atteints de névrite optique montrent un gonflement de la tête du nerf optique, une papillite. Un déficit pupillaire afférent est observé par votre médecin, témoignant d'une dysfonction du nerf optique atteint, qui transmet moins bien l'information visuelle que le nerf optique de l'autre côté, s'il est sain. Ce signe est mis en évidence par un test d'éclairement pupillaire alternant, en éclairant un œil, puis l'autre, dans l'obscurité, le médecin observant la réaction des pupilles.

### Pronostic

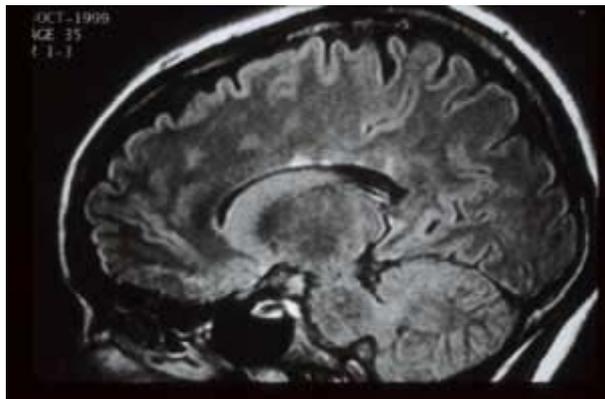
La douleur oculaire disparaît spontanément, habituellement en quelques jours. Les problèmes visuels s'améliorent dans la grande majorité (92%) des cas. Dans une petite minorité des cas, la vision continue à se dégrader au cours du temps. Chez les 92% des patients qui s'améliorent, la récupération n'est pas toujours parfaite. Certains patients peuvent avoir l'impression de garder une vision floue, sombre, déformée. Fréquemment, les couleurs sont perçues comme « délavées ». La récupération visuelle se fait sur plusieurs semaines ou mois, mais des récupérations plus rapides ou plus lentes sont possibles.

Des variations de la qualité de la vision peuvent survenir tardivement, souvent lors d'un effort physique, ou en prenant un bain très chaud. Cette situation, connue sous le nom de phénomène de Uhthoff résulte probablement d'une lésion de la gaine de myéline qui entoure les fibres du nerf optique. Les patients qui éprouvent ce phénomène n'ont pas un pronostic visuel moins bon.

Une névrite optique peut rechuter du même côté ou de l'autre côté, mais cette inflammation peut aussi toucher d'autres régions du système nerveux central (cerveau et moelle). Le résultat peut en être une nouvelle baisse visuelle, du même côté ou du côté opposé, ainsi que d'autres symptômes neurologiques, comme par exemple une faiblesse musculaire, des sensations de « fourmillements » dans les membres ou une perte localisée de la sensibilité de la peau. La réalisation d'une IRM cérébrale permet une évaluation approximative du risque de rechute ultérieure.

Cependant, les résultats d'une IRM cérébrale ne permettent pas de prédire avec une parfaite précision la survenue ultérieure, ou au contraire, la non-survenue d'un autre événement neurologique.

D'autres techniques d'examen sont parfois utilisées pour confirmer l'existence d'une névrite optique, par exemple les potentiels évoqués visuels. Lors de cet examen, le patient regarde un damier éclairé, alternant,



et des électrodes situées au niveau du scalp enregistrent l'activité électrique engendrée par la vision du damier alternant. En cas de névrite optique, la transmission des potentiels peut être ralentie, à cause de l'atteinte de la myéline dans le nerf optique.

### Traitement

Une étude thérapeutique de la névrite optique (Optic Neuritis Treatment Trial, ONTT) a démontré que la récupération visuelle semble être similaire après 6 mois d'évolution, que les patients aient été traités par des corticostéroïdes ou un placebo (comprimés pharmacologiquement inactifs). Les patients traités par voie orale (comprimés) avec des corticostéroïdes avaient un risque plus grand de récurrence ultérieure. Pour cette raison, un traitement oral par corticostéroïdes n'est pas recommandé en cas de névrite optique. Les patients traités par corticoïdes par voie intraveineuse (en perfusion) avaient une récupération visuelle plus rapide, bien que le résultat final ne fut pas meilleur que celui des patients qui n'avaient eu aucun traitement. Pour cette raison, la corticothérapie intraveineuse peut être recommandée en cas d'atteinte sévère de la vision, ou en cas d'atteinte des deux côtés. Cette même étude a aussi suggéré qu'après une administration de corticoïdes par voie intraveineuse chez des sujets à risque de rechutes (indiqué par l'IRM cérébrale), il pourrait y avoir une réduction de ce risque dans les trois années suivant le traitement. D'autres études récentes suggèrent que le risque de rechute pourrait être réduit chez des patients à risque, si la corticothérapie intraveineuse est suivie par d'autres traitements prescrits par les neurologues. L'IRM est un élément important pour suggérer le risque de rechute ou d'aggravation ultérieure. Vous pouvez discuter de ces traitements avec votre médecin.

## **Questions fréquentes :**

### ***Qu'est-ce qui a provoqué cette névrite optique ?***

La névrite optique demeure aujourd'hui imparfaitement comprise. Il est probable qu'elle survienne plus volontiers sur certains terrains immunitaires, associés à une stimulation externe (infection virale ancienne, par exemple).

### ***Que va devenir ma vue ?***

Dans la grande majorité des cas, la vision s'améliore. Il est possible que cette récupération ne soit pas complète, mais une amélioration importante est probable, avec ou sans traitement.

### ***Un traitement par corticostéroïdes peut être utile ?***

Le traitement par corticostéroïdes administrés par voie intraveineuse accélère la récupération visuelle, mais ne change pas le niveau de la vision finale (données de l' Optic Neuritis Treatment Trial). Si la majorité des patients s'améliorent, il est impossible de garantir cette amélioration, et, même, certains patients ne récupèrent aucune fonction visuelle.

### ***Suis-je atteint de sclérose en plaques ?***

La sclérose en plaques (SEP) est une maladie dans laquelle le système immunitaire du patient attaque des régions différentes du système nerveux, en plusieurs épisodes. Un épisode de névrite optique peut être la première manifestation d'une SEP, mais un seul épisode, sans autre argument en faveur d'autres atteintes, ne permet pas de poser le diagnostic de SEP. L'IRM cérébrale peut permettre de séparer les patients qui sont à haut ou à bas risque d'évolution ultérieure vers la SEP. La découverte par l'IRM d'autres lésions inflammatoires du cerveau suggère la possibilité d'un plus grand risque de récurrences, et donc de SEP. Votre médecin peut vous orienter vers un neurologue afin de discuter de l'opportunité d'avoir des traitements qui peuvent réduire le risque de récurrence de la maladie. Même en présence d'une

IRM cérébrale normale, il n'est pas possible d'exclure une rechute, même plusieurs années plus tard. Après un épisode de névrite optique, la récupération visuelle est en général bonne, indépendamment du risque d'évolution vers une SEP.

***Puis-je prévenir l'évolution vers une sclérose en plaques ?***

L'étude déjà mentionnée (Optic Neuritis Treatment Trial) a démontré que l'utilisation des corticostéroïdes à haute dose par voie intraveineuse chez des patients à risque (2 ou plusieurs anomalies visibles à l'IRM) pourrait retarder l'évolution vers une SEP. Des études récentes suggèrent que des médicaments nouvellement développés pourraient aussi réduire le risque d'autres rechutes neurologiques. Ainsi, il pourrait être important de reconnaître les patients à haut risque, afin de leur administrer ces traitements précocément. Ce risque est évalué par l'IRM. Il n'y a actuellement aucun traitement qui permette de prévenir avec certitude l'évolution vers une sclérose en plaques.