



# **NANOS**

## **Patient Brochure**

### **Neuropathie Optique Ischémique Antérieure (NOIA)**

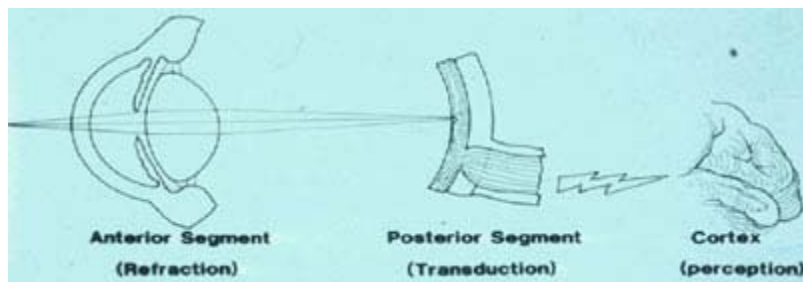
*Copyright © 2015. North American Neuro-Ophthalmology Society. All rights reserved. These brochures are produced and made available "as is" without warranty and for informational and educational purposes only and do not constitute, and should not be used as a substitute for, medical advice, diagnosis, 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.*

## Neuropathie Optique Ischémique Antérieure (NOIA)

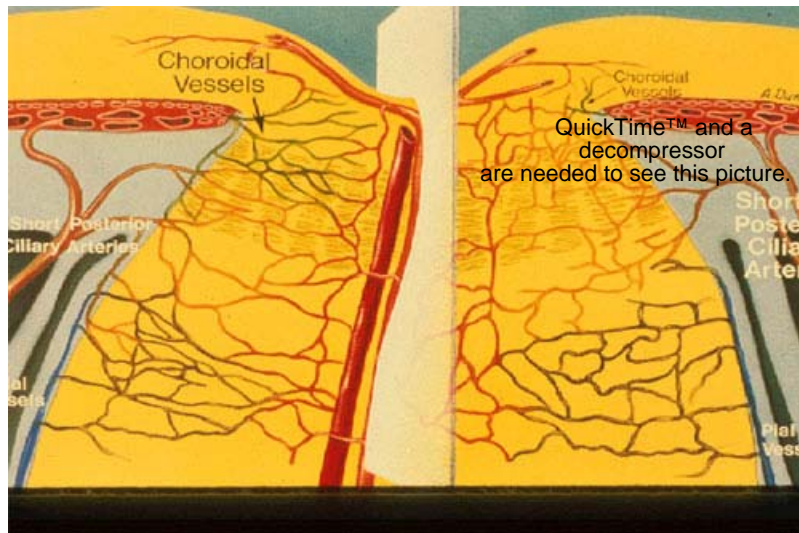
Votre médecin pense que vous avez une neuropathie optique ischémique antérieure (NOIA). Cette condition est la cause la plus fréquente de perte visuelle soudaine chez un patient de plus de 50 ans.

### Anatomie

Nous ne voyons pas avec nos yeux. Nous voyons avec une partie de notre cerveau capable d'interpréter les signaux visuels reçus par nos yeux et dirigés vers le cerveau. Ce centre d'interprétation est situé à l'arrière de notre tête (les lobes occipitaux).



L'information est transmise de nos yeux à notre cerveau par les nerfs optiques. Ces nerfs sont composés de longues cellules ganglionnaires de la rétine, la couche interne de la rétine, la couche des cellules photoréceptrices, et les axones qui sont une prolongation des cellules ganglionnaires de la rétine. Les axones forment le nerf optique au niveau de la papille optique (la partie du nerf optique à l'intérieur de l'œil visible avec l'ophtalmoscope). Les nerfs optiques sont irrigués par des branches de l'artère ophtalmique. L'artère ophtalmique est située dans l'orbite derrière l'œil. La papille optique est irriguée par les artères ciliaires postérieures.



### Physiologie

Une diminution du volume sanguin transporté par les artères ciliaires postérieures prive le nerf optique d'oxygène, ce qui résulte en un dommage partiel ou complet du nerf. Ce dommage correspond à un accident vasculaire qui ressemble à celui qui se produit au niveau du cerveau lorsqu'il y a un « accident vasculaire cérébral » (AVC).

L'accident vasculaire du nerf optique se distingue des AVC par l'absence de manifestations d'atteinte cérébrale tels que la faiblesse, les engourdissements des membres et les troubles de la parole ainsi que par le fait qu'il n'augmente pas le risque futur d'AVC. Typiquement l'atteinte du nerf optique de la NOIA est non douloureuse. Elle se présente le plus souvent par une perte de la vision ou une difficulté à voir en bas ou en haut avec l'œil affecté. La perte d'apport sanguin résulte en une enflure (œdème) de la papille optique et des hémorragies autour de la papille. Après un certain temps les hémorragies et l'œdème disparaissent spontanément et la papille devient pâle (atrophie optique). Avec la régression de l'œdème, certains axones sont perdus de façon définitive.

Nous ne comprenons pas très bien la cause de la perte d'apport sanguin au nerf optique. Nous savons que cette condition survient plus fréquemment chez les patients nés avec de petites papilles optiques. La maladie peut survenir suite à une baisse rapide de la pression artérielle (après une opération ou suite à une perte sanguine due à un accident). Il se peut que les patients qui fument, qui souffrent de diabète ou d'hypertension artérielle soient à plus grand risque de présenter une NOIA.

Certains des malades avec une NOIA ont une inflammation de leurs artères et souffrent d'artérite temporale. Il s'agit en général de personnes âgées qui présentent aussi d'autres symptômes tels qu'une douleur à la mastication, une douleur aux tempes et une douleur à la palpation du cuir chevelu. Ces patients ont souvent une histoire de perte visuelle transitoire précédant leur perte visuelle permanente, ainsi qu'une histoire d'amaigrissement, de fièvre, et de douleur au niveau des épaules et des hanches. Il se peut que la migraine soit impliquée chez les jeunes patients avec NOIA.

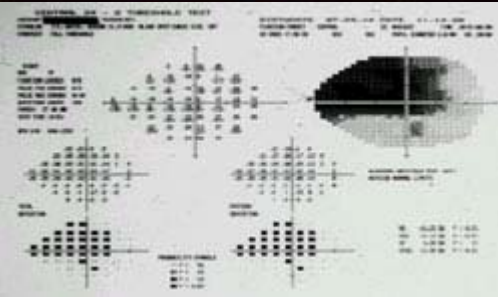
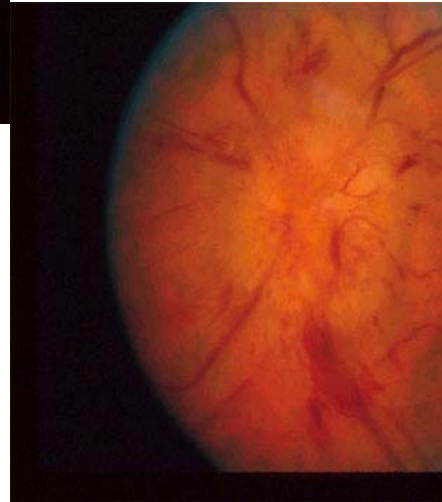
### **Symptômes**

La majorité des patients avec NOIA note une perte soudaine de la vue. Il arrive que l'atteinte de la vue soit détectée accidentellement lors de la fermeture de l'œil sain. Le patient réalise alors que la vision est floue, sombre, ou absente, souvent au-dessus ou en dessous du centre de la vision. Rarement, la vision centrale peut demeurer normale. La perte visuelle survient sans douleur, rougeur, larmolement, écoulement, ou des changements dans l'apparence de l'œil. Il est important de signaler à son médecin la présence de la douleur au niveau des tempes ou lors de la mastication car ces symptômes font penser à des problèmes particuliers (voir plus haut).

### **Signes**

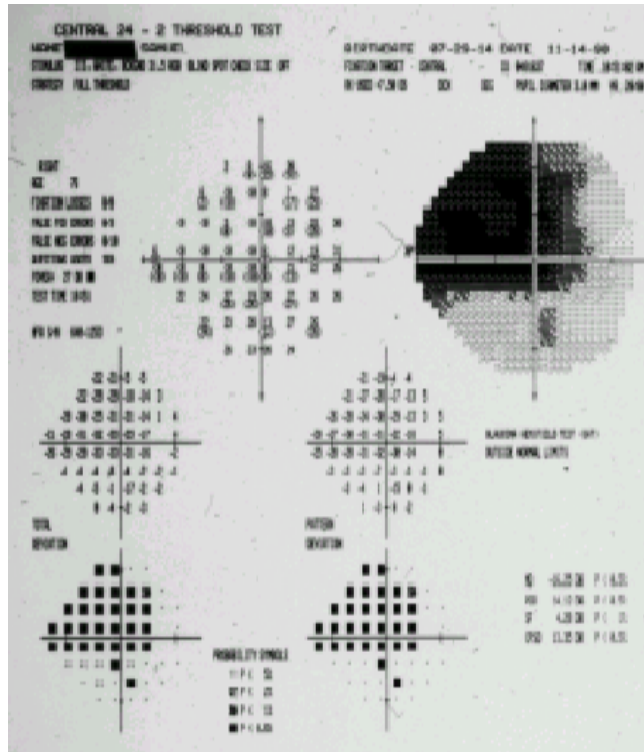
Chez les patients avec NOIA l'œil a un aspect externe normal. Cependant, en raison de l'atteinte du nerf optique, la pupille de l'œil affecté ne réagit pas normalement à la lumière. Si on éclaire les yeux rapidement et alternativement on observe, chaque fois que la lumière est projetée sur l'œil atteint, une dilatation de la pupille. Il s'agit d'un « déficit pupillaire afférent » du côté de l'œil affecté.

QuickTime™ and a  
decompressor  
are needed to see this picture.



Au fond de l'œil du côté atteint il y aura de l'enflure (œdème) de la papille optique. Autour de la papille il peut y avoir des hémorragies. Après quelques semaines à quelques mois l'œdème de la papille régresse spontanément et la papille devient pâle. Les vaisseaux rétiniens sont rétrécis du côté atteint. L'aspect du déficit à l'examen des champs visuels nous permet d'identifier la partie du nerf optique qui a été endommagée .

QuickTime™ and a decompressor are needed to see this pic



Diagnostic

Souvent la papille optique de l'œil intact paraît petite. On pense que des papilles congénitalement petites constituent un facteur de risque accru pour la NOIA . En présence d'un cas typique de NOIA aucun test additionnel est nécessaire. Il est indiqué cependant de vérifier la tension artérielle. D'autre part, si la présentation clinique est atypique, différents tests sanguins pourraient être indiqués. Chez les patients âgés une vitesse de sédimentation ou un taux de la protéine C réactive élevés peuvent appuyer un diagnostic d'artérite temporale.

### **Pronostic**

Chez la majorité des patients avec NOIA le déficit visuel demeure inchangé. Une étude récente suggère que 40% des patients vont démontrer une amélioration partielle de leur vision centrale. Malheureusement la majeure partie du déficit du champ visuel va persister. Cependant, ce déficit peut, avec le temps, devenir moins dérangeant surtout si l'autre œil est normal. Chez une minorité de patients il peut y avoir une détérioration de la vision. Ceci pourrait être dû à une baisse soudaine de la tension artérielle ou à toute autre condition pouvant affecter l'apport d'oxygène (comme le fait de fumer).

Chez les patients avec NOIA il y a un risque de développer la même condition dans l'autre œil. L'atteinte de l'autre œil ne survient que dans environ 20% des cas. Heureusement il est extrêmement rare de souffrir d'un deuxième épisode dans le même œil.

### **Traitement**

Malheureusement il n'y a pas actuellement de traitement efficace pour les patients avec NOIA. Il a été suggéré que l'aspirine, en dose régulière ou en dose pour enfant à raison d'une fois par jour, pourrait diminuer le risque d'atteinte du deuxième œil. Puisque l'hypertension artérielle constitue un facteur de risque, il est important d'assurer un bon contrôle de la tension artérielle. Il faut éviter toutefois un traitement trop vigoureux car une baisse soudaine de la tension artérielle peut causer une détérioration de la NOIA dans l'œil atteint ou une NOIA dans l'autre œil. Il est également important de cesser de fumer.

### **Questions fréquemment demandées**

#### **Qu'ai-je fait pour avoir développé cette condition ?**

Dans la plupart des cas, ce problème n'est pas dû à un geste de votre part. La structure anatomique de votre papille optique qui vous a prédisposé à la maladie est présente depuis votre naissance et est non modifiable. Il est possible toutefois que la présence d'une tension artérielle élevée ou de tabagisme puisse contribuer à augmenter votre risque. Dans de rares cas, une hémorragie aigue ou une baisse rapide de la tension artérielle peuvent contribuer au développement de cette condition. Il reste que l'événement déclencheur de la NOIA demeure souvent inconnu.

#### **Est-ce que ma vision va se détériorer?**

Dans les premiers jours ou premières semaines suivant la perte visuelle il peut y avoir une détérioration de la vue. Heureusement que ceci n'arrive qu'occasionnellement. Afin

de diminuer le risque de progression du déficit, il est important de cesser de fumer et de maintenir un bon contrôle de la tension artérielle (ni trop haute, ni trop basse). Si votre vision continue à se détériorer après deux semaines vous devez prévenir votre ophtalmologiste.

**Est-ce que ma vision va s'améliorer ?**

Chez les patients avec une perte de la vision centrale il y a 40% de chance d'amélioration même si le déficit du champ visuel demeure inchangé. Il est probable que vous demeuriez avec des anomalies dans certaines zones de votre champ de vision supérieur ou inférieur.

**Que pourrais-je manger ou faire pour améliorer ma vision ?**

Il n'y a actuellement pas de traitement pour améliorer la vision.

**Comment pourrais-je éviter une atteinte dans mon autre œil ?**

Prendre une aspirine tout les jours, éviter la cigarette et maintenir un bon contrôle de la tension artérielle. Il est à souhaiter que nous ayons dans le futur de meilleurs moyens pour éviter une atteinte de l'autre œil.