

DOSSIER N°196

ENONCE

Une femme de 30 ans, vous consulte pour une baisse d'acuité visuelle de son oeil gauche (à 3/10°, correspondant à la lecture des caractères moyens du journal) de survenue récente (début il y a 24 heures), rapide (en 12 heures) et accompagnée de douleurs rétro-oculaires exacerbées lors des mouvements oculaires. Le fond d'oeil est normal. L'examen général est négatif, hormis des réflexes vifs aux quatre membres et un signe de Babinski bilatéral. L'interrogatoire révèle la survenue, il y a un an, de troubles de l'équilibre et il y a 2 mois d'un épisode de diplopie pour lequel elle a consulté. Ces deux épisodes ont été tous deux régressifs spontanément en quelques jours. La patiente se dit par ailleurs en parfaite santé, ne prend aucun médicament hormis une contraception orale, ne fume pas et ne boit pas.

QUESTION n°: 1

Vous diagnostiquez une névrite optique rétrobulbaire. Sur quels arguments ?

REPONSES n°: 1

- Baisse d'acuité visuelle - Unilatérale - Rapide - Importante - Douleurs rétrooculaires exacerbées aux mouvements - Fond d'oeil normal

QUESTION n°: 2

Sur les données de l'interrogatoire, quelle hypothèse diagnostique étiologique évoquez-vous ?

REPONSES n°: 2

- Sclérose en plaques car - Femme jeune - Episodes d'atteinte neurologique régressifs spontanément - Absence d'arguments en faveur d'une autre étiologie

QUESTION n°: 3

Lorsqu'elle a été examinée il y a 2 mois, au moment de sa diplopie, une limitation partielle de l'abduction de l'oeil gauche a été notée. Devant la régression spontanée des symptômes, la patiente ne s'est pas présentée aux examens prévus. Comment caractériser le tableau clinique observé à cette époque ? Quels signes associés auriez-vous recherchés ?

REPONSES n°: 3

- Paralysie du VI gauche - Diplopie horizontale maximum du côté gauche - Convergence de l'oeil atteint - Position compensatrice de la tête tournée du côté de la paralysie oculomotrice (gauche).

QUESTION n°: 4

Devant le tableau actuel, quels examens ophtalmologiques demandez-vous ? Qu'en attendez-vous ?

REPONSES n°: 4

- Champ visuel : * Scotome central ou centro-caecal du côté atteint (gauche)
- Potentiels Evoqués Visuels : * Très altérés du côté de l'oeil atteint * Possibilité d'allongement du temps de latence (de l'onde P100)

QUESTION n°: 5

Pour confirmer le diagnostic étiologique, quels examens demandez-vous ? Discutez leur spécificité. Donnez les résultats attendus pour chacun d'entre eux.

REPONSES n°: 5

- **IRM** : * Hypersignaux en T2 dans les zones périventriculaires, à la jonction substance blanche substance grise, au niveau du tronc cérébral. Ces hypersignaux ne sont pas spécifiques de lésions de démyélinisation mais sont très évocateurs quand ils sont en nombre égal ou supérieur à 6 chez une femme jeune.

- **PL** : * Dissociation albumino-cytologique * Immunoélectrophorèse du LCR, couplée à celle du sang * Sécrétion intrathécale d'immunoglobulines avec pic oligoclonal d'IGg * Assez bonne spécificité mais altération moins fréquente que les atteintes de l'imagerie

- **Potentiels somesthésiques et auditifs** : * Retard de conduction * Bonne spécificité car témoignent de l'atteinte démyélinisante et du caractère multiloculaire de l'affection.

- **Éléments du diagnostic différentiel** qui doivent être négatifs ou normaux * Numération formule sanguine, VS, CRP * Créatininémie, bandelette urinaire, facteurs antinucléaires.

QUESTION n°: 6

Devant le tableau clinique actuel, quelle est l'attitude thérapeutique initiale que vous proposez ? Quel bénéfice en attendez-vous ? Quelles précautions adoptez-vous vis-à-vis de ce traitement ?

REPONSES n°: 6

- **Corticothérapie** en flash et en bolus : 1 g/j en perfusion lente durant 3 jours sous contrôle scopique - Suivi de 10 jours de prednisone orale à raison d'1 mg/kg/jour - Réduit la durée de la poussée mais ne modifie pas le cours de la maladie - Vis à vis de la corticothérapie à très fortes doses : surveillance cardiologique ; d'une façon générale protection gastrique, régime hyposodé, hypoglucidique, hyperprotidique avec compensation potassique éventuellement.

Sclérose en plaques chez une femme de 30 ans

ITEM N° 125 : Sclérose en plaques - Diagnostiquer une sclérose en plaques - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient

ITEM N° 187 : Anomalie de la vision d'apparition brutale

ITEM N° 174 : Prescription et surveillance des anti-inflammatoires stéroïdiens et non stéroïdiens – par voie générale et par voie locale (P)

ITEM N° 5 : Indications et stratégies d'utilisation des principaux examens d'imagerie