

Et si on parlait de neuro-ophtalmologie ?

Coordination : Dr Catherine VIGNAL CLERMONT

Quelle attitude vis à vis des PHOMS post HIC qui laissent un RNFL augmenté ?

Il faut confirmer la nature pathologique de l'élévation du RNFL en faisant une angiographie. Si celle-ci montre une diffusion alors ces patients doivent être considérés soit comme non guéris de leur HTIC et être suivis en fonction du grade de leur œdème, soit comme présentant un œdème d'une autre cause que l'HTIC.

Dans l'HTIC, un faible œdème le risque visuel est également faible donc la surveillance peut se faire à 4 à 6 mois avec des règles hygiéno-diététiques.

S'il n'y a pas de diffusion angiographique, il faut remettre en question la nature pathologique de l'augmentation du RNFL.

Quelles évolutions probables des PHOMS ?

Cela dépend..... Dans l'HTIC, on les voit parfois disparaître. Quand ils sont associés à des drusen, ils sont souvent stables. Il n'y a pas malheureusement pas assez de données à ce jour pour avoir des conclusions certaines.

Les PHOMS ont-ils une répercussion sur le plan clinique ?

Il semble que non, les PHOMS n'entraînent pas de baisse d'acuité visuelle ni de diminution du champ visuel avec le temps. Si la vision d'un patient s'aggrave, le diagnostic de PHOMS doit être remis en question.

Dans votre cas clinique et selon les études que vous aviez précitées au début de votre présentation, l'instauration de la plasmaphérèse 23 jours après le début de la symptomatologie avait-elle vraiment un intérêt ? Quelles ont été les résultats après ce traitement ?

En effet, les plasmaphérèses n'ont pas été débutées précocement pour cette patiente car elle s'était initialement améliorée et s'est dégradée dans un second temps. Quoi qu'il en soit, la patiente s'est nettement améliorée au cours des échanges plasmatiques bien que je ne dispose pas encore du dernier contrôle de son AV. Je pense qu'il y avait vraiment un intérêt à les proposer sachant que la réponse aux corticoïdes n'était pas bonne.

Que penser de l'étude du service de neurologie de Rennes qui propose un traitement corticoïde per os après une et qui ne décrit pas le risque de récurrence augmenté dans un traitement entièrement per os décrit ici ?

L'étude COPOUSEP portait sur des poussées de SEP et non pas seulement sur des NO. Les doses étaient par ailleurs de 1 gramme par jour (mégadose) per os. Cette étude n'est donc pas comparable à l'étude ONTT où il s'agissait uniquement de NO, et pas uniquement liée à une SEP. A ce jour, devant une NO "tout venant", il n'y a aucune indication à une corticothérapie orale à dose standard. En revanche, si la SEP est confirmée et que le patient est suivi par un neurologue, celui-ci peut effectivement proposer un traitement en mégadose et per os si la NO n'est pas sévère.