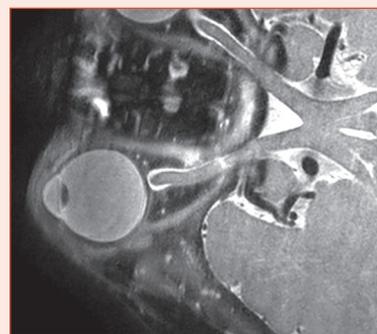


# Conduite à tenir devant une NO traumatique

L. JEANJEAN



FICHE N° 22

## Contexte

- Baisse visuelle ou gêne visuelle après traumatisme crânien et/ou orbitaire quelle que soit son importance.
- La prise en charge neuro-ophtalmologique est réalisée après le traitement des urgences vitales et la stabilisation du patient.

## Bilan

### ■ Interrogatoire

- Date et type de traumatisme : circonstances ; direct/indirect ; contondant/pénétrant.
- Perte de connaissance, durée éventuelle du coma.
- Baisse visuelle immédiate ou décalée.
- Autres signes fonctionnels : douleurs, diplopie.

### ■ Examen clinique

- Acuité visuelle, champ visuel par confrontation.
- Examen des pupilles : déficit pupillaire afférent relatif, anisocorie, ectopie pupillaire.
- Examen de la motilité oculaire.
- Examen oculaire : plaie oculaire, hyphéma, chambre antérieure formée (lampe à fente).
- Fond d'œil : œdème papillaire, œdème contusif de la rétine, ischémie rétinienne, avulsion du nerf optique, pâleur papillaire (si vu tardivement).
- Champ visuel de Goldmann ou automatisé dès que possible (médico-légal).
- OCT (*peripapillary retinal nerve fiber layer* [pRNFL] et maculaire) si possible.
- Au stade initial, examen neurologique : troubles de la vigilance, signes neurologiques.

### ■ Imagerie

- En urgence : scanner orbite et crâne avec fenêtre osseuse et coupe fines à la recherche d'une fracture en particulier du canal optique, d'une esquille osseuse, d'un hématome compressif sur le nerf optique, d'un corps étranger intraoculaire ou intraorbitaire.
- Puis IRM après avoir éliminé la présence d'un corps étranger métallique : elle est plus performante que le scanner pour l'étude des tissus mous et du nerf optique surtout si le scanner est normal.

## Traitement et conduite à tenir

- Un taux de récupération de 40 à 60 % a été rapporté dans les cas de neuropathie optique traumatique sans autre traitement que la surveillance, le facteur pronostique principal étant l'acuité visuelle initiale.
- Discuter la chirurgie en cas d'hématome compressif (en urgence), d'esquille osseuse dans le nerf optique, de fracture craniofaciale complexe.
- Corticoïdes : ils n'ont actuellement pas fait la preuve de leur efficacité ; les méga-doses sont dangereuses en cas de traumatisme crânien associé.
- Décompression endoscopique du canal optique : absence de preuve d'efficacité de niveau 1, elle peut se discuter en cas de persistance d'une perception lumineuse initiale.
- Surveillance à visée médico-légale portant sur la clinique, l'imagerie et le bilan électrophysiologique.

## Conclusion

Le pronostic des neuropathies optiques traumatiques est variable, pouvant entraîner la cécité de l'œil concerné. Il est important de les diagnostiquer rapidement pour adapter la prise en charge. Leur traitement reste actuellement controversé.