

Fiche technique :

**PRI SE EN CHARGE D'UNE PARALYSIE OCULOMOTRICE AIGUE  
URGENCE (OU PAS) DE L'IMAGERIE**

Pr Caroline Tilikete (Lyon)

C Vignal, JP Héligon, MB Rougier

Club de Neuro-ophtalmologie francophone (CNOF)



<http://www.neuro-ophtalmologie-club.org>

## **1. PARALYSIE D'ABDUCTION ISOLEE**

La pathologie peut concerner le muscle (droit latéral), la jonction neuromusculaire, le nerf abducens (VI).

Les étiologies à ne pas manquer sont les neuropathies ischémiques tronculaires (micro-angiopathique, Horton), les tumeurs ou infiltrations méningées, la sclérose en plaques, la myasthénie, les causes infectieuses. Dans les formes bilatérales ou avec céphalées, penser à l'HTIC. Dans les formes avec syndrome orbitaire, penser à la myosite orbitaire et à la fistule carotido-caverneuse (FCC). Penser au spasme de convergence dans les formes bilatérales, fluctuantes avec myosis.

- Si HIC ou syndrome orbitaire : scanner + angioscanner ou IRM-AngioMR urgent pour thrombophlébite et FCC respectivement
- Sinon, IRM semi-urgente à orienter sur parenchyme, trajet du VI, sinus caverneux, orbite (avec suppression de graisse)

- Le reste du bilan :
  - o Si > 50 ans : Glycémie, HbGly, VS, CRP, NFP... Biopsie d'artère temporale si syndrome inflammatoire
  - o En fonction du contexte : Ac anti-récepteurs de l'Acétylcholine (Anti-RAch, myasthénie), bilan thyroïdien, bilan maladie systémique
  - o PL si suspicion de SEP, méningite infectieuse ou carcinomateuse, HTIC idiopathique (mesure de la pression d'ouverture du LCR)
  - o Bilan cardiovasculaire si facteurs de risque cardiovasculaire

## **2. PARALYSIE D'ADDITION**

En cas d'atteinte isolée de l'adduction, la pathologie concerne rarement le nerf III et il s'agit le plus souvent d'une atteinte du muscle droit médian, de la jonction neuromusculaire dans le cadre d'une myasthénie, ou de l'interneurone (Faisceau longitudinal médian).

L'étude de la convergence : normale en cas d'OINA, et altérée s'il s'agit d'une atteinte neuromusculaire ou musculaire, permet de faire le diagnostic.

Dans le cadre d'une ophtalmoplégie internucléaire, les étiologies les plus fréquentes sont la SEP et la lacune ischémique ; S'il existe une variabilité, la myasthénie doit être éliminée

- si > 50 ans: IRM semi urgente ou urgente si aggravation dans le temps (lacune ischémique)
- si < 50 ans : IRM semi-urgente (SEP)

- Le reste du bilan : Ac Anti-Rach (myasthénie) et Scanner thoracique à la recherche d'un thymome, Ac anti-Rc de la TSH (=TRAK :Basedow) à discuter.

### 3. PARALYSIE DANS LE TERRITOIRE DU NERF OCULOMOTEUR

La pathologie concerne le nerf dans l'orbite, le sinus caverneux, les espaces sous-arachnoïdiens, le tronc cérébral. Elle peut concerner le territoire extrinsèque (paralysie d'élévation, d'adduction, d'abaissement, ptosis) et/intrinsèque (mydriase) de manière complète (tous les territoires musculaires) ou partielle (quelques territoires musculaires).

Les étiologies les plus fréquentes les neuropathies ischémiques (microangiopathique ou Horton), l'anévrisme carotidien supraclinoidien, les tumeurs, les processus infectieux du sinus caverneux. Dans les formes douloureuses et/ou bilatérales, penser à l'apoplexie pituitaire.

- Si paralysie intrinsèque (mydriase) et extrinsèque : Scanner + angioscanner ou IRM + angioIRM pour rechercher un anévrisme en EXTREME URGENCE. Discuter artériographie en cas de normalité de ces examens.
- Si paralysie bilatérale ou douleur importante: IRM pour rechercher une apoplexie pituitaire en urgence
- Si paralysie extrinsèque complète ou partielle extrinsèque: IRM semi-urgente surtout si < 60 ans, fièvre, douleurs, altération de l'état général, signes neurologiques, syndrome orbitaire, non récupération à trois mois (tumeurs, infections)

- Le reste du bilan : idem à paralysie d'abduction

### 4. PARALYSIE DANS LE TERRITOIRE DU NERF TROCHLEAIRE

La pathologie peut concerner le muscle (oblique supérieur), la jonction neuromusculaire, le nerf trochléaire (IV). Les étiologies les plus fréquentes sont les traumatismes crâniens, les neuropathies ischémiques tronculaires (micro-angiopathique, Horton), la myasthénie et la fistule carotido-caverneuse. Même dans les formes aiguës, penser à une décompensation d'une paralysie congénitale de l'oblique supérieur.

- Si syndrome orbitaire : scanner + angioscanner ou IRM-AngioMR urgent pour FCC
- Sinon : IRM semi-urgente à orienter sur parenchyme, trajet du IV, sinus caverneux, orbite (avec suppression de graisse)

- Le reste du bilan : idem à paralysie d'abduction

## 5. PARALYSIE OCULOMOTRICE MULTIPLES

La pathologie peut concerner les muscles, la jonction neuromusculaire, les nerfs oculomoteurs, ou les centres oculomoteurs du tronc cérébral. Les étiologies à ne pas manquer sont la myasthénie oculaire, l'orbitopathie de Basedow, l'apoplexie pituitaire, le syndrome de Miller-Fisher, le syndrome de Gayet-Wernicke, les pathologies ischémiques ou hémorragiques du tronc cérébral, l'HTIC et le spasme de convergence dans les paralysies bilatérales d'abduction.

|   |
|---|
| - IRM urgente surtout si douloureuse ou facteur de risque cardio-vasculaire à orienter sur loge hypophysaire, sinus caverneux, tronc cérébral, orbite (si sd orbitaire) |
|---|

- Le reste du bilan : Ac anti-RAch (myasthénie), Ac anti-TRAK (Basedow), Ac antigangliosides (Miller Fisher) à discuter en fonction de l'IRM et du contexte.