

Neuropathies optiques secondaires

Cas clinique

- Patiente de 53 ans, vue aux urgences à 22h
- Adressée par ophtalmologue de ville
- BAV de l'oeil gauche progressive depuis 15 jours
- Oeil blanc douloureux + céphalées
- OD : Pas de plainte
- Antécédents :
 - Hypercholestérolémie
 - Thyroïdectomie

Examen (17 déc)

	OD	OG
AV	10/10	CLD à 30 cm
PIO	15 mmHg	15 mmHg
LAF	Cornée claire CA calme	Cornée claire CA calme
FO		

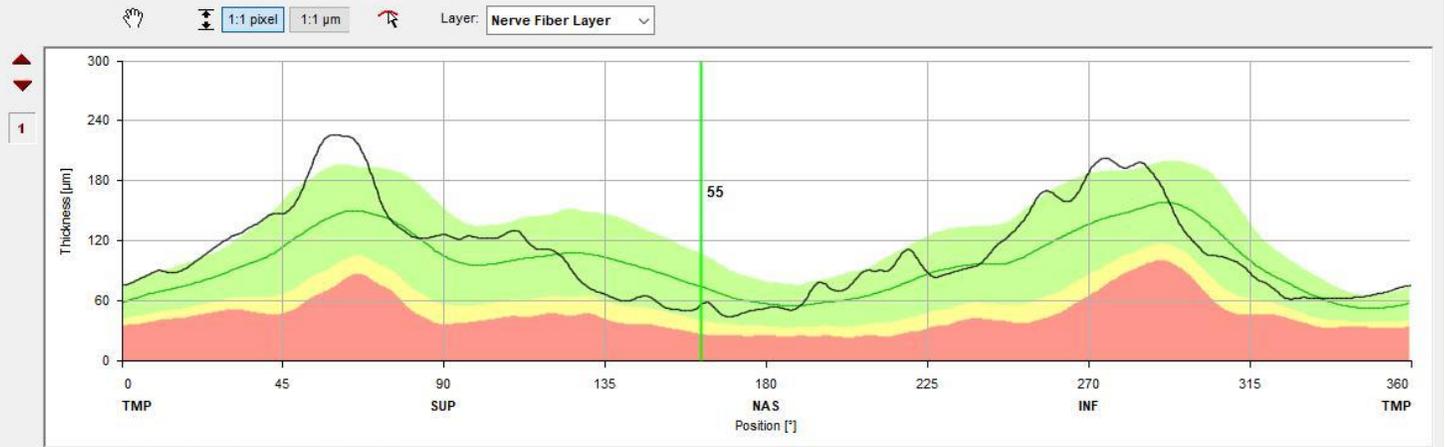
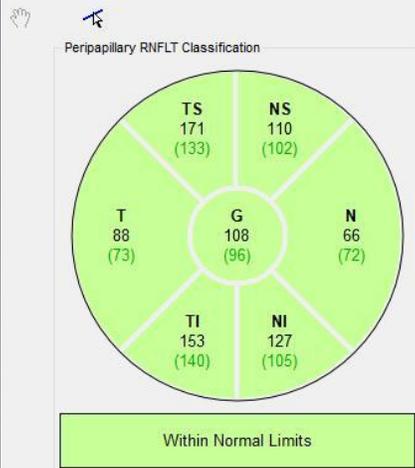
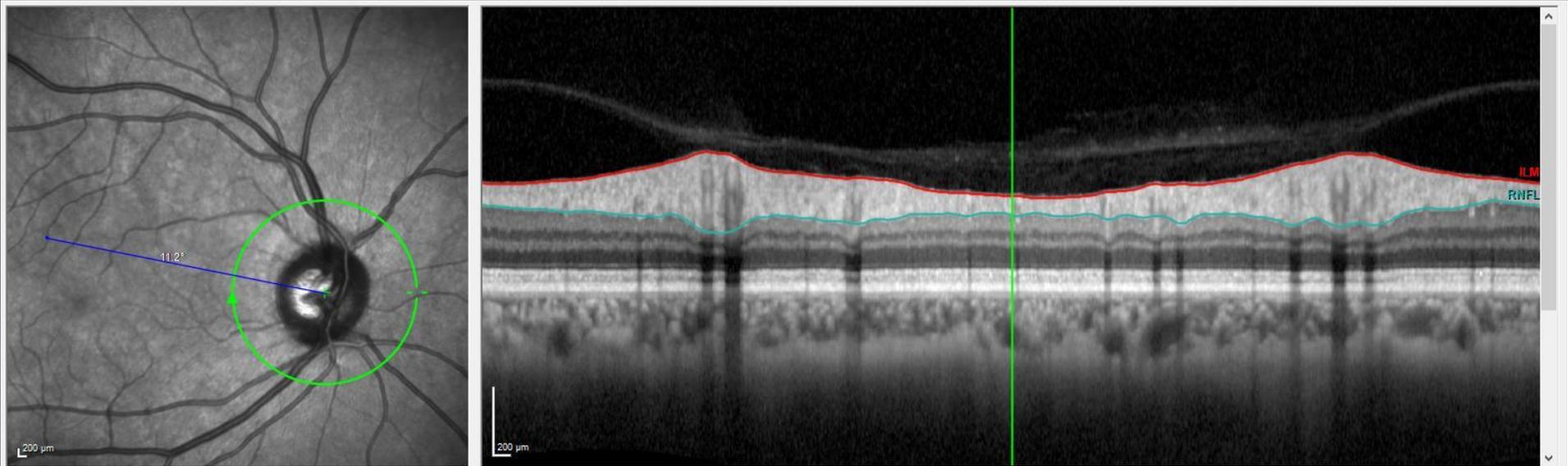


R
Color

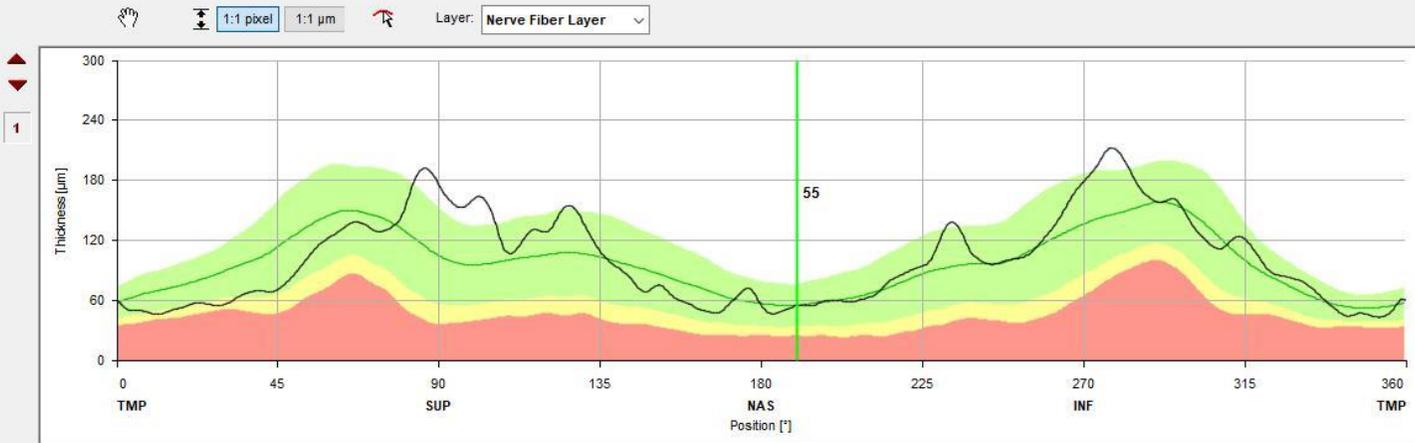
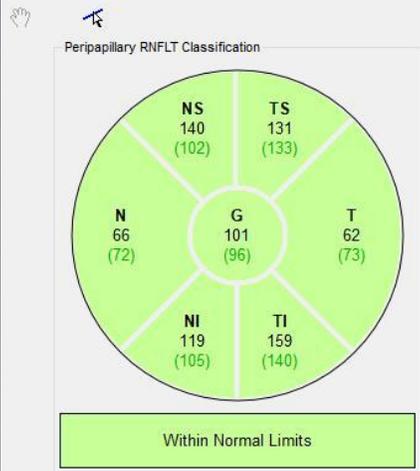
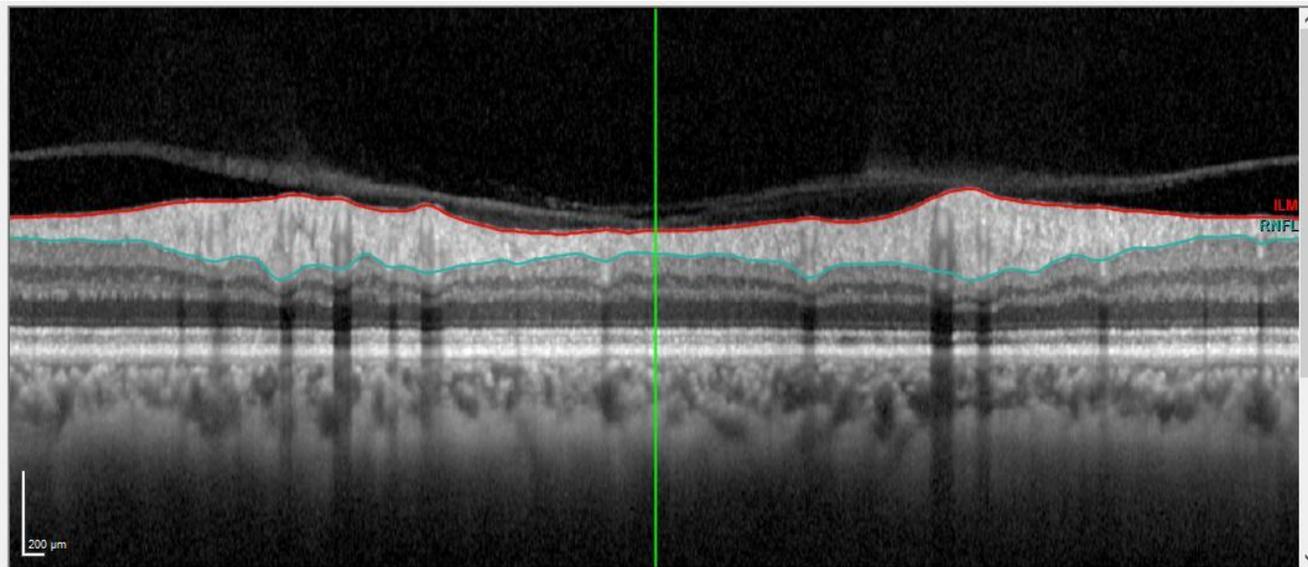
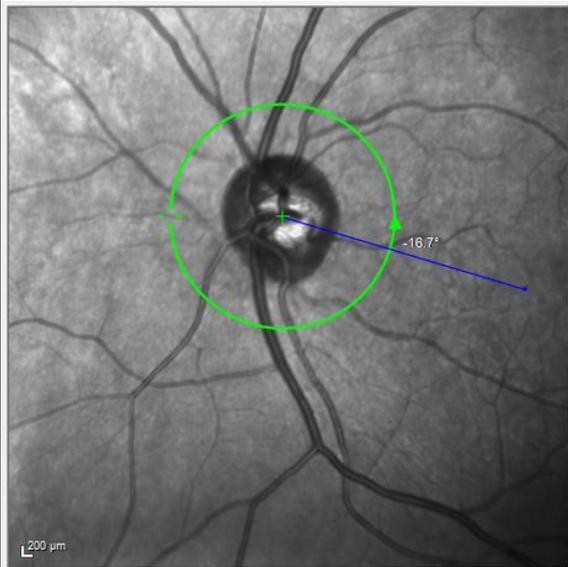


L
Color

RNFL

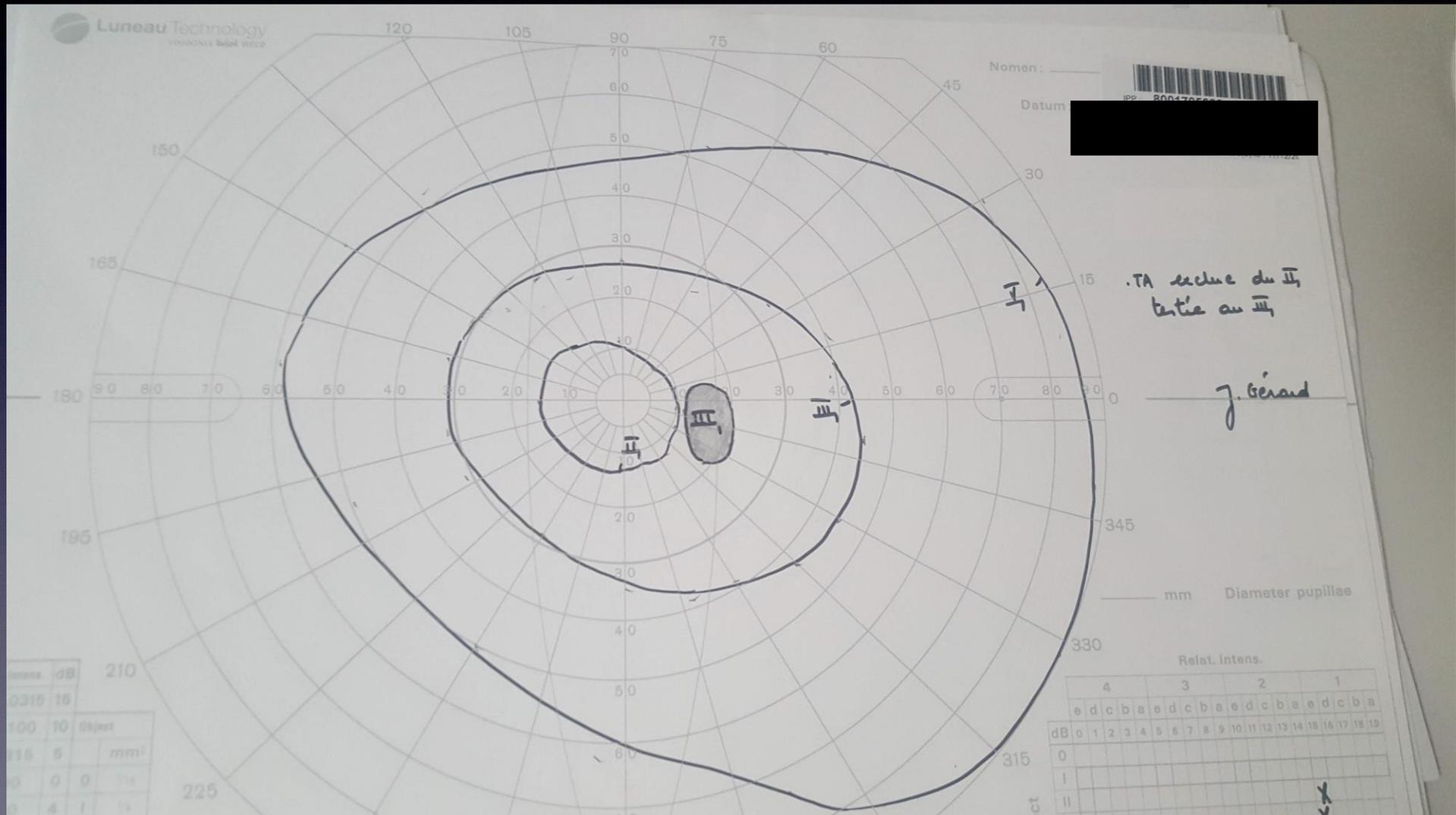


Reference database: European Descent (2009)

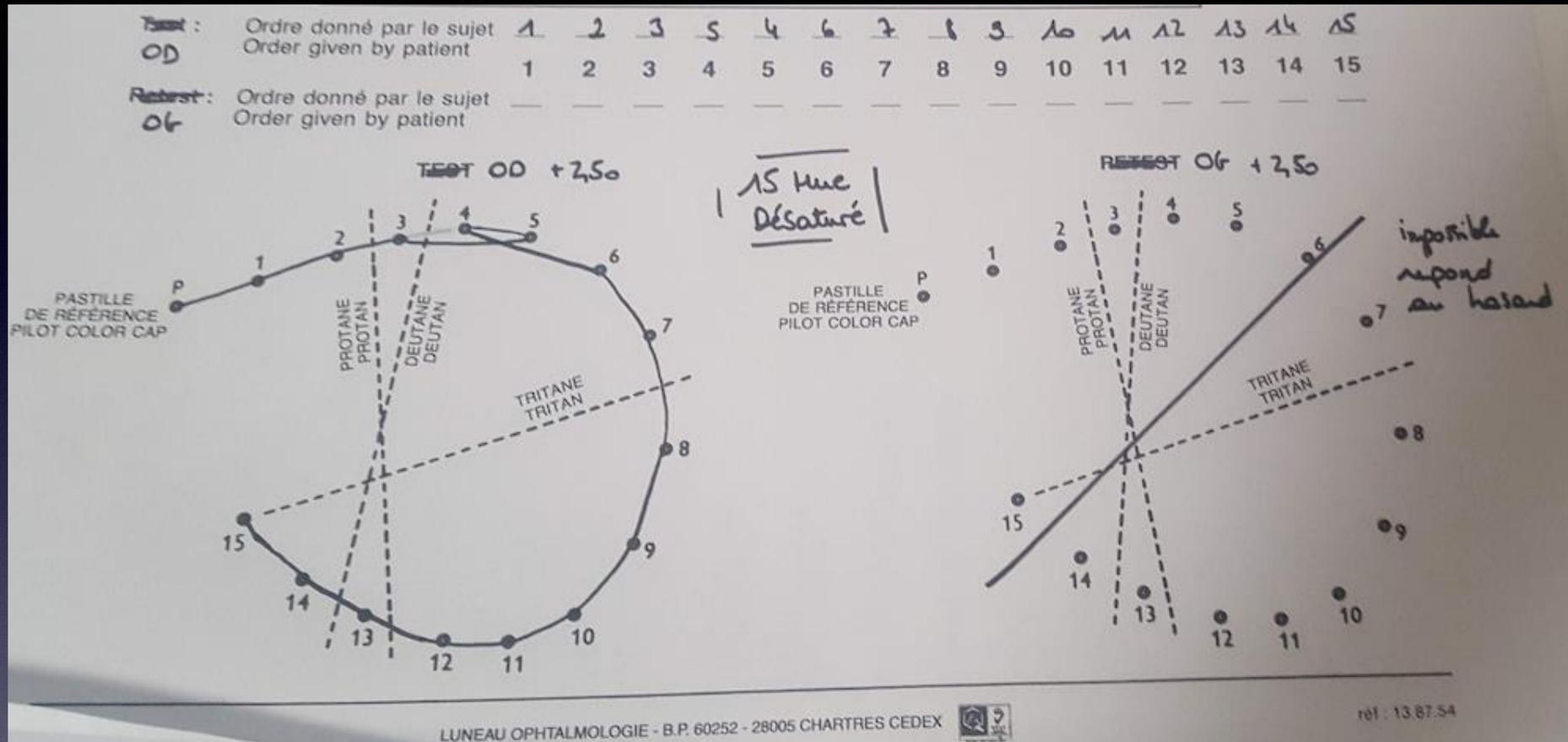


Reference database: European Descent (2009)

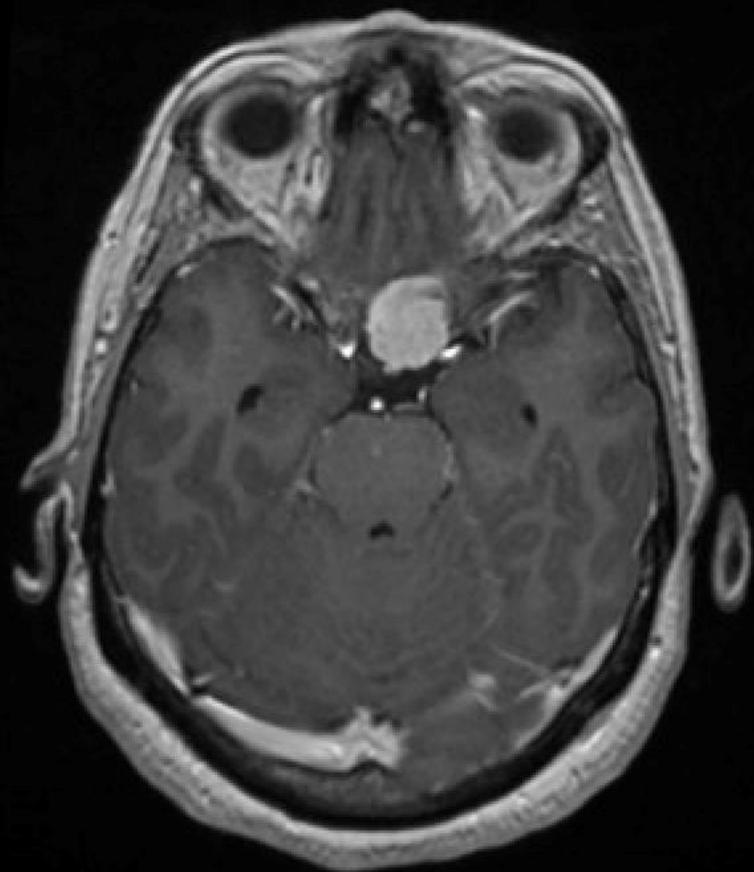
Champ visuel Goldmann OD

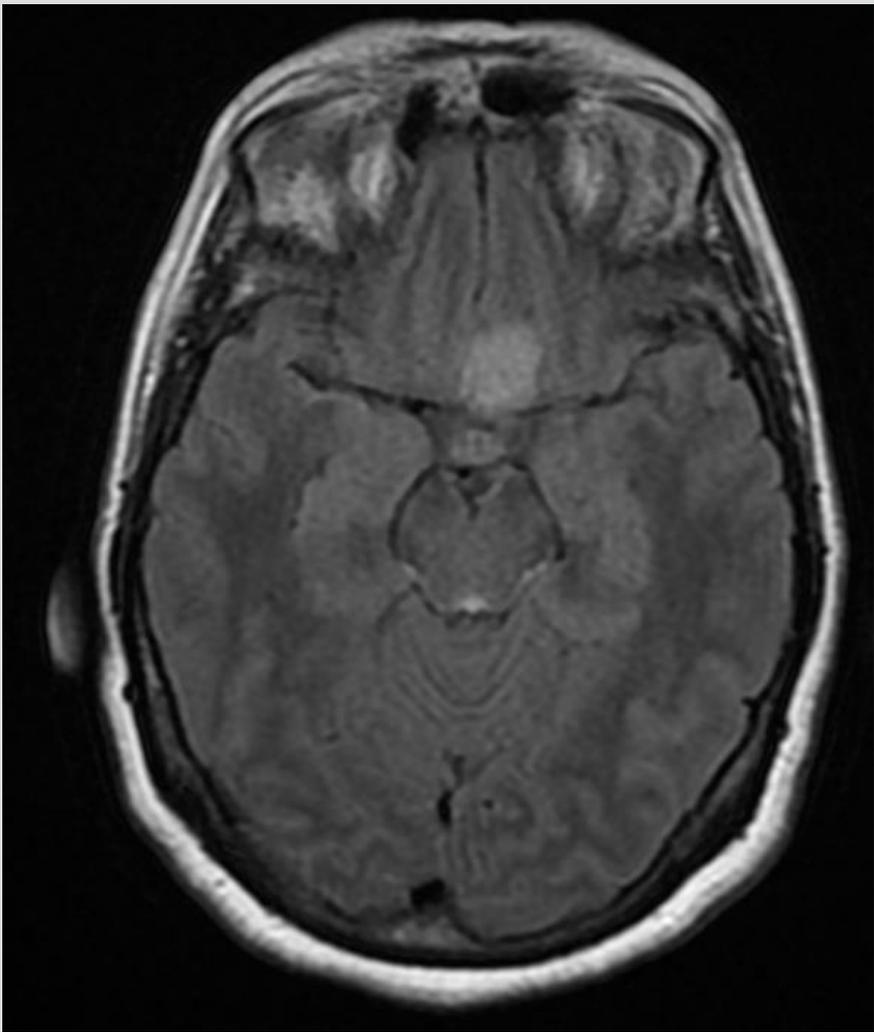


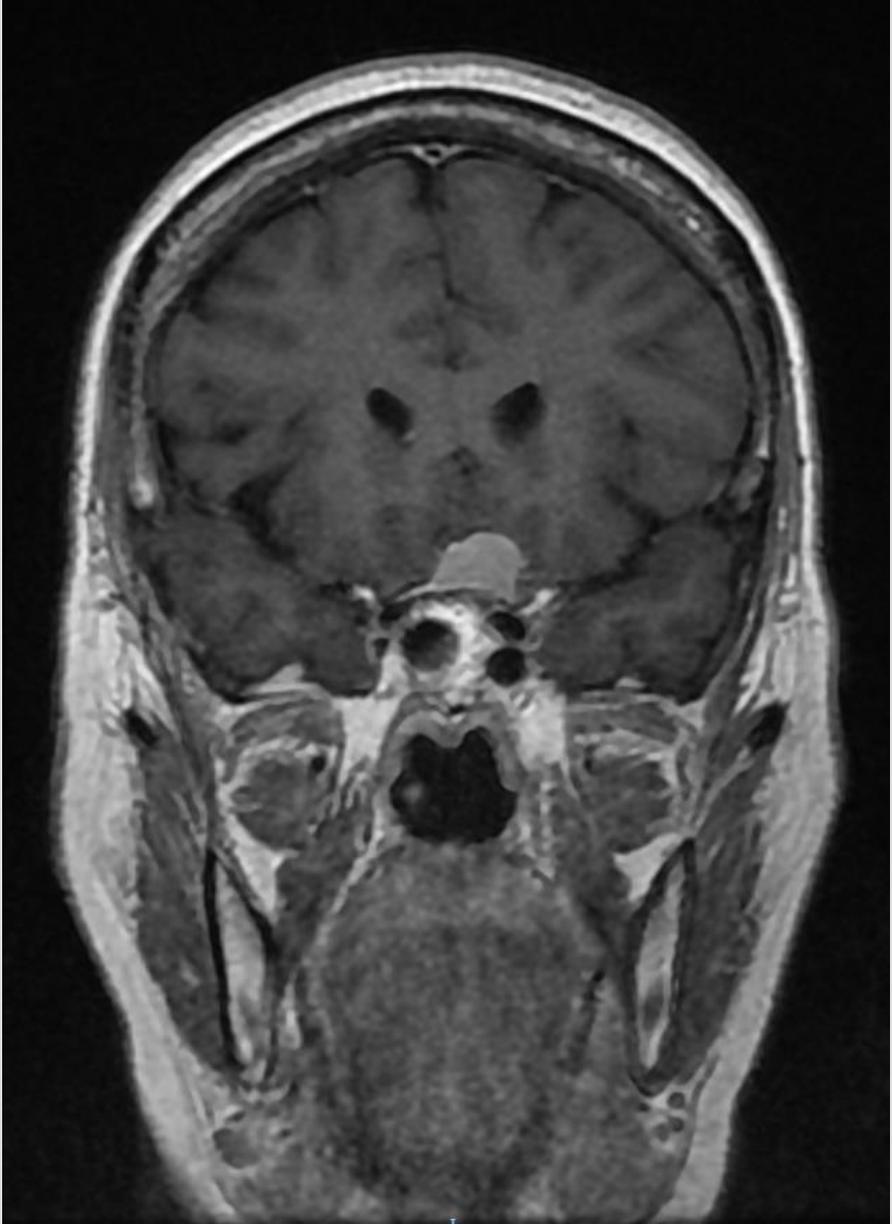
Vision des couleurs

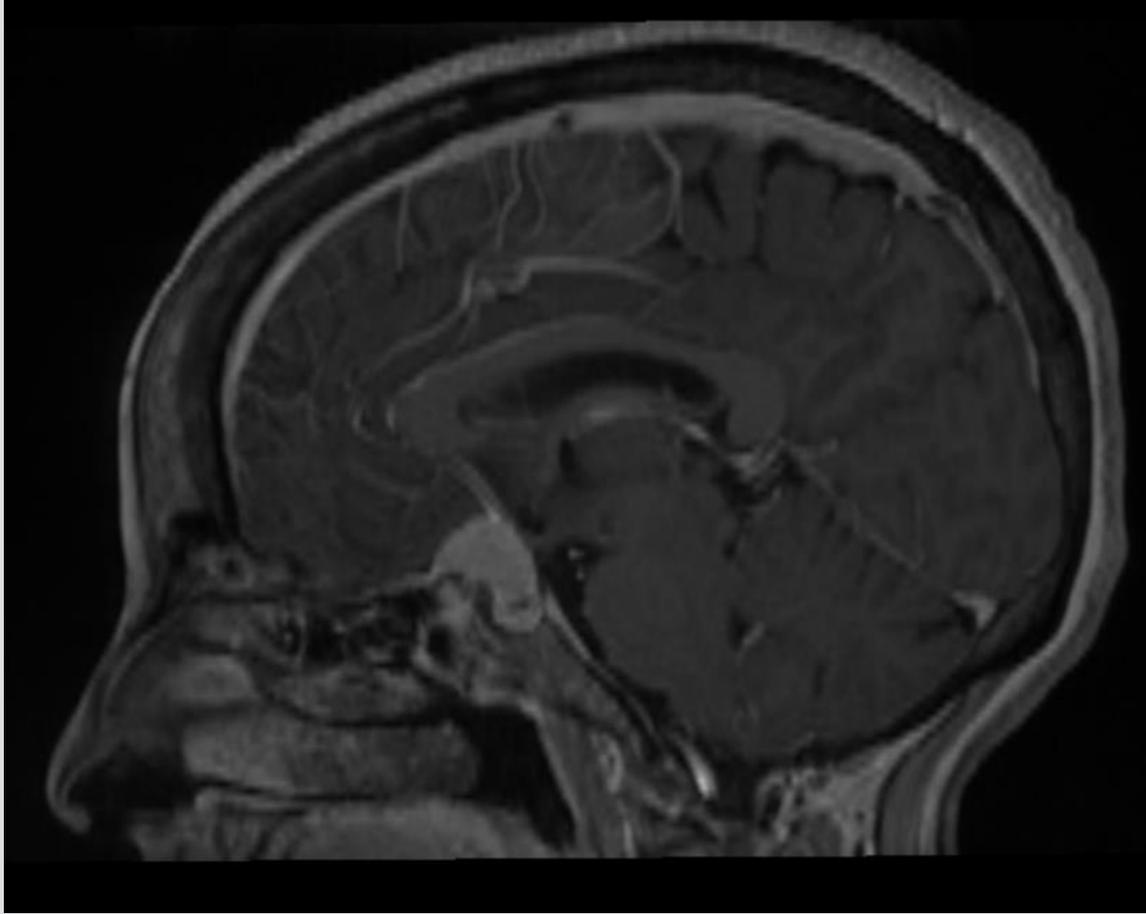


- OD : normale
- OG : non réalisable (vision trop altérée)

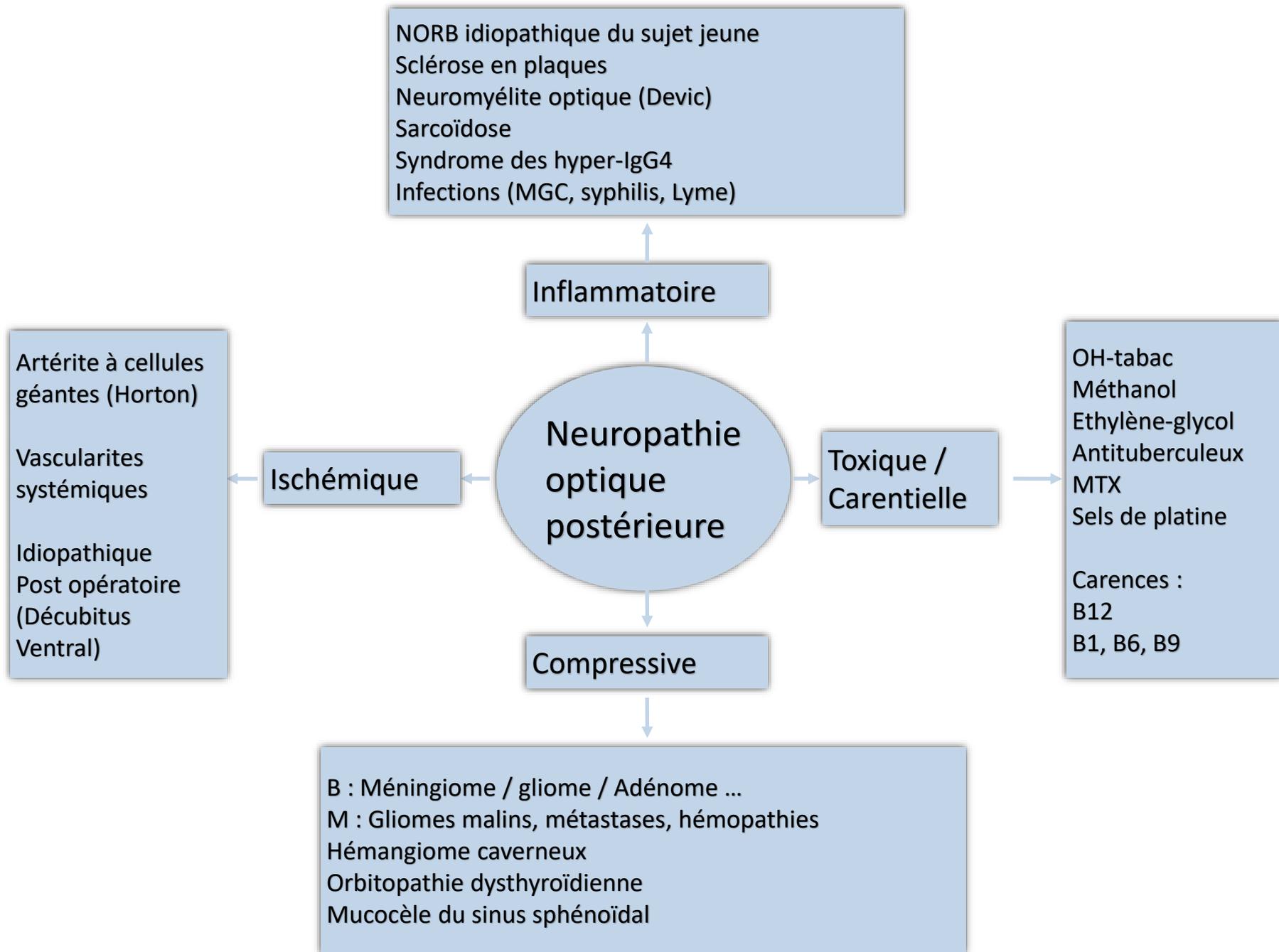








Neuropathie optique postérieure gauche compressive sur méningiome de la grande ail du sphénoïde



Homme de 50 ans

HDM :

Baisse de vision depuis 48h od avec douleur rétro orbitaire

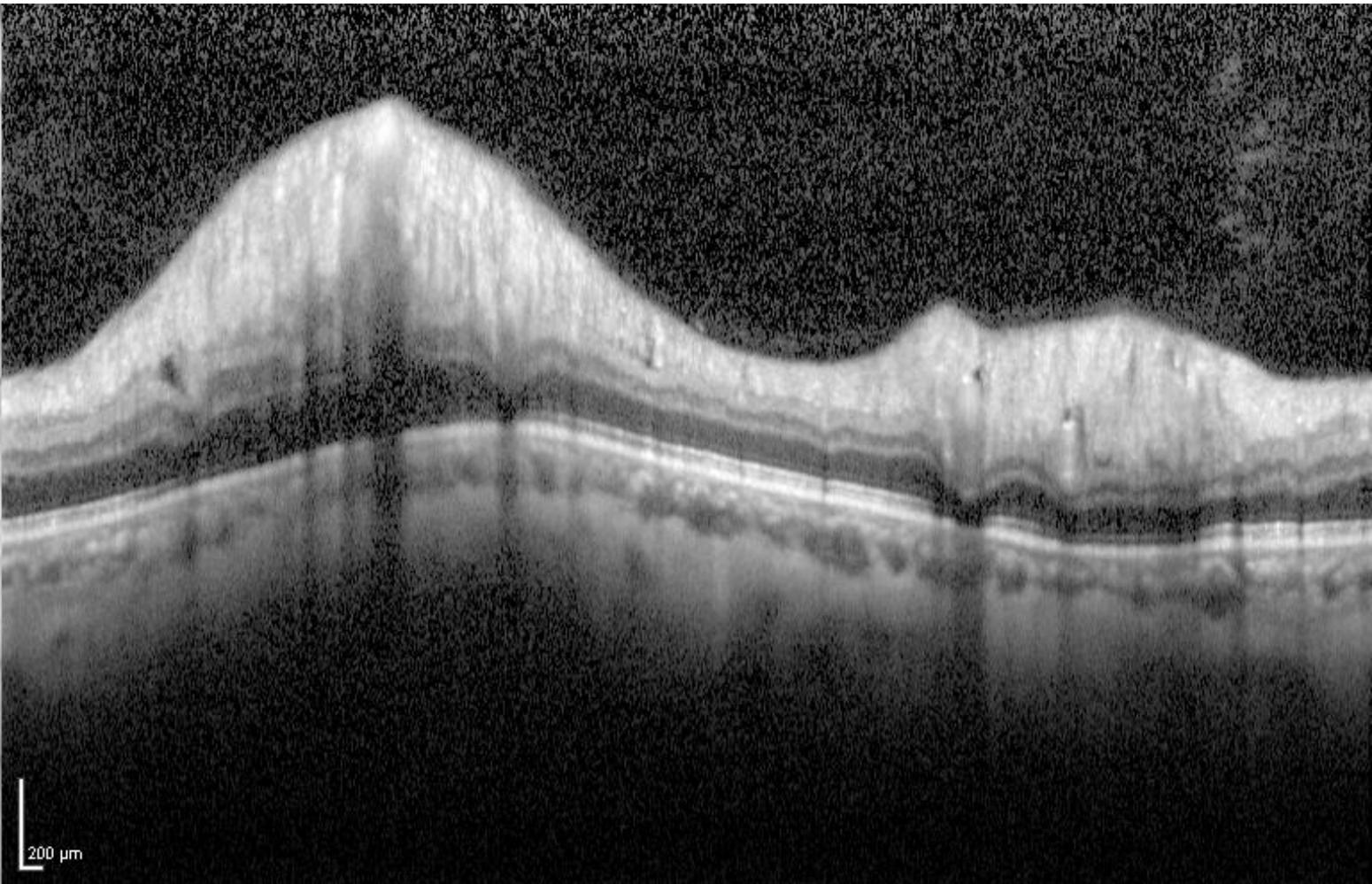
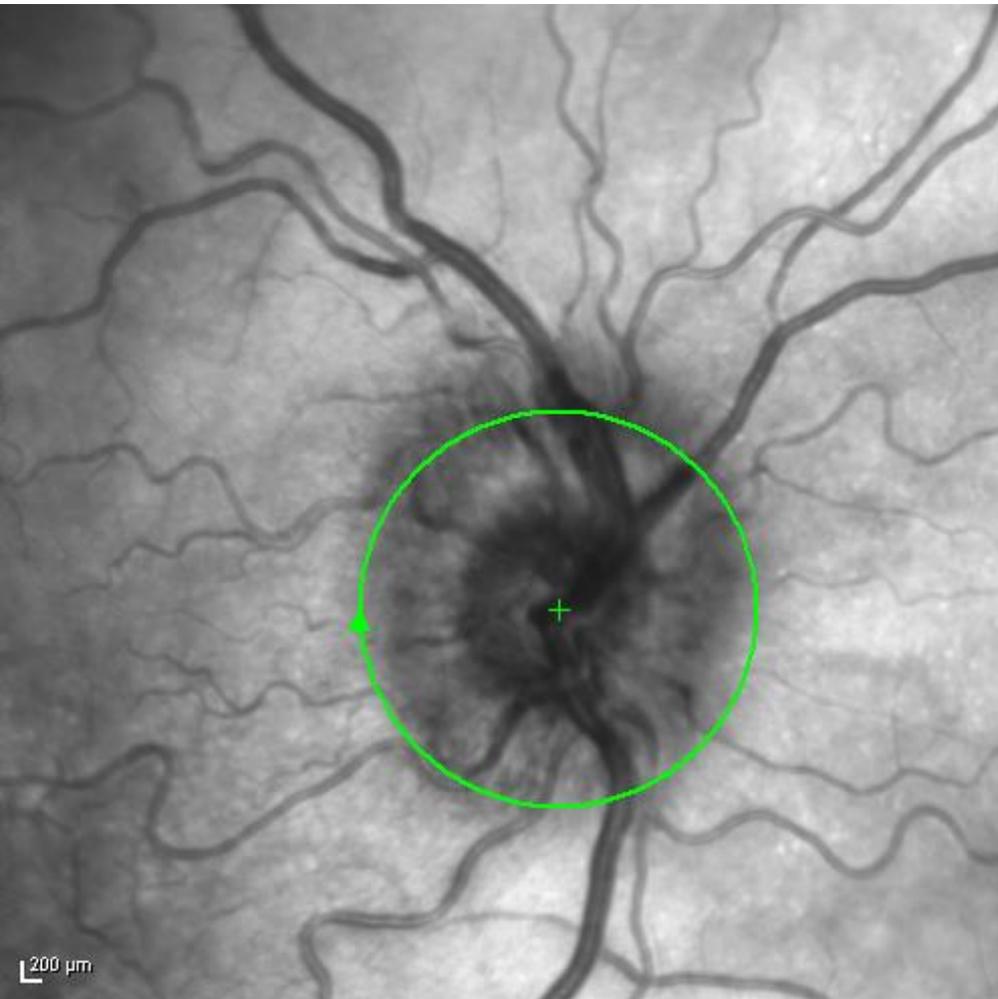
DPAR ++++ OD (AV OD CLD 30 cm / AV OG 10P2)



29/03/2017 15:48:13.6



31/03/2017 12:05:13.8



29/03/2017, OD

IR&OCT 30° ART [HS] ART(100) Q: 13

- Lymphome de Burkitt
- Notion d'atteinte méningée il y a 6 mois avec régression des symptômes après chirurgie intrathécale
- Pas de traitement par inhibiteur de tyrosine kinase
- Contre indication à l'IRM en raison de corps étranger métalliques intracrâniens post tentative d'autolyse.
- Scanner cérébral injecté normal.

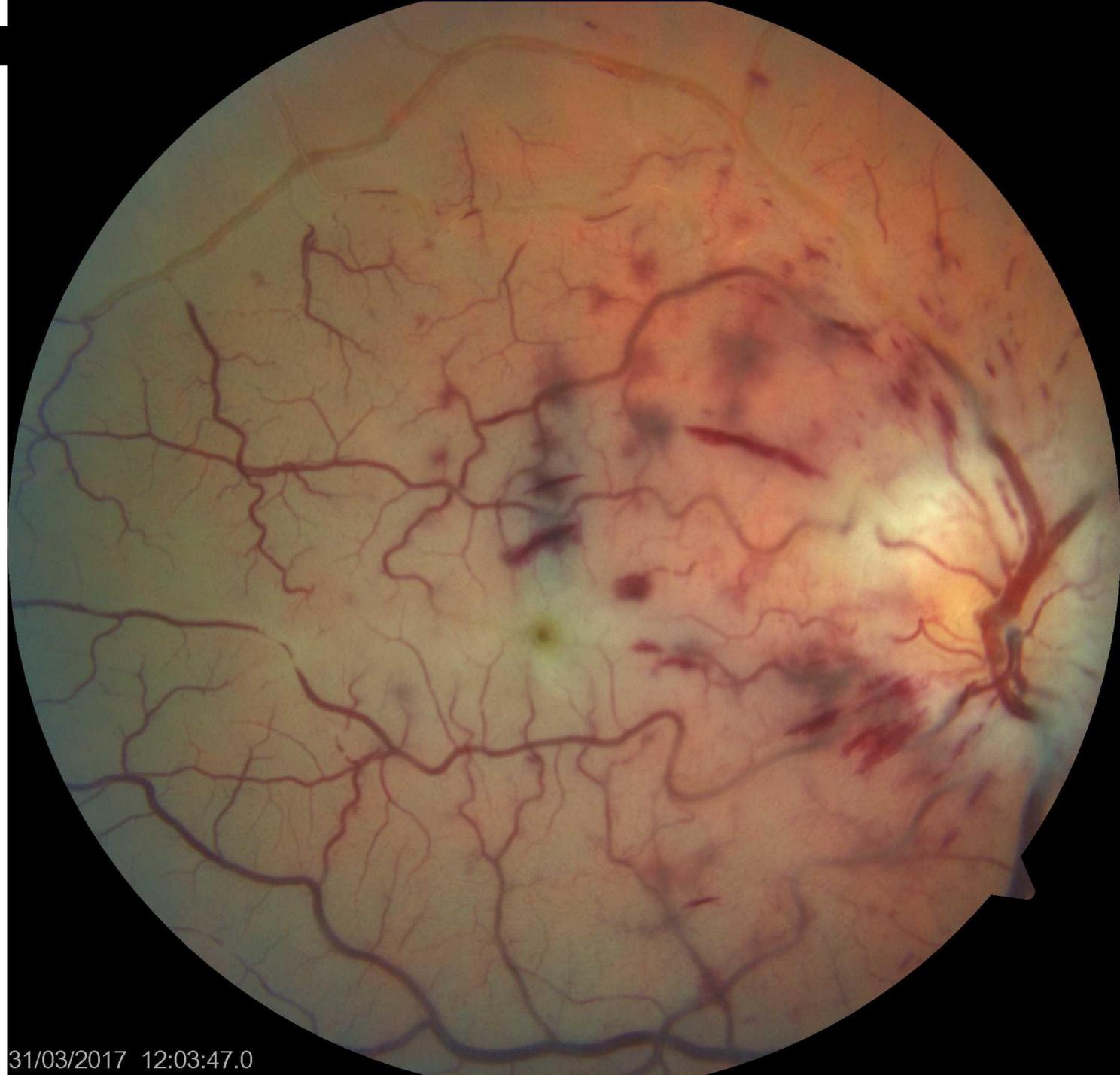
Patient revu à 72h pour angiographie rétinienne

Corticothérapie IV a 500mg/jr

AV OD PL-, déficit pupillaire afférent total



29/03/2017 15:39:29.1



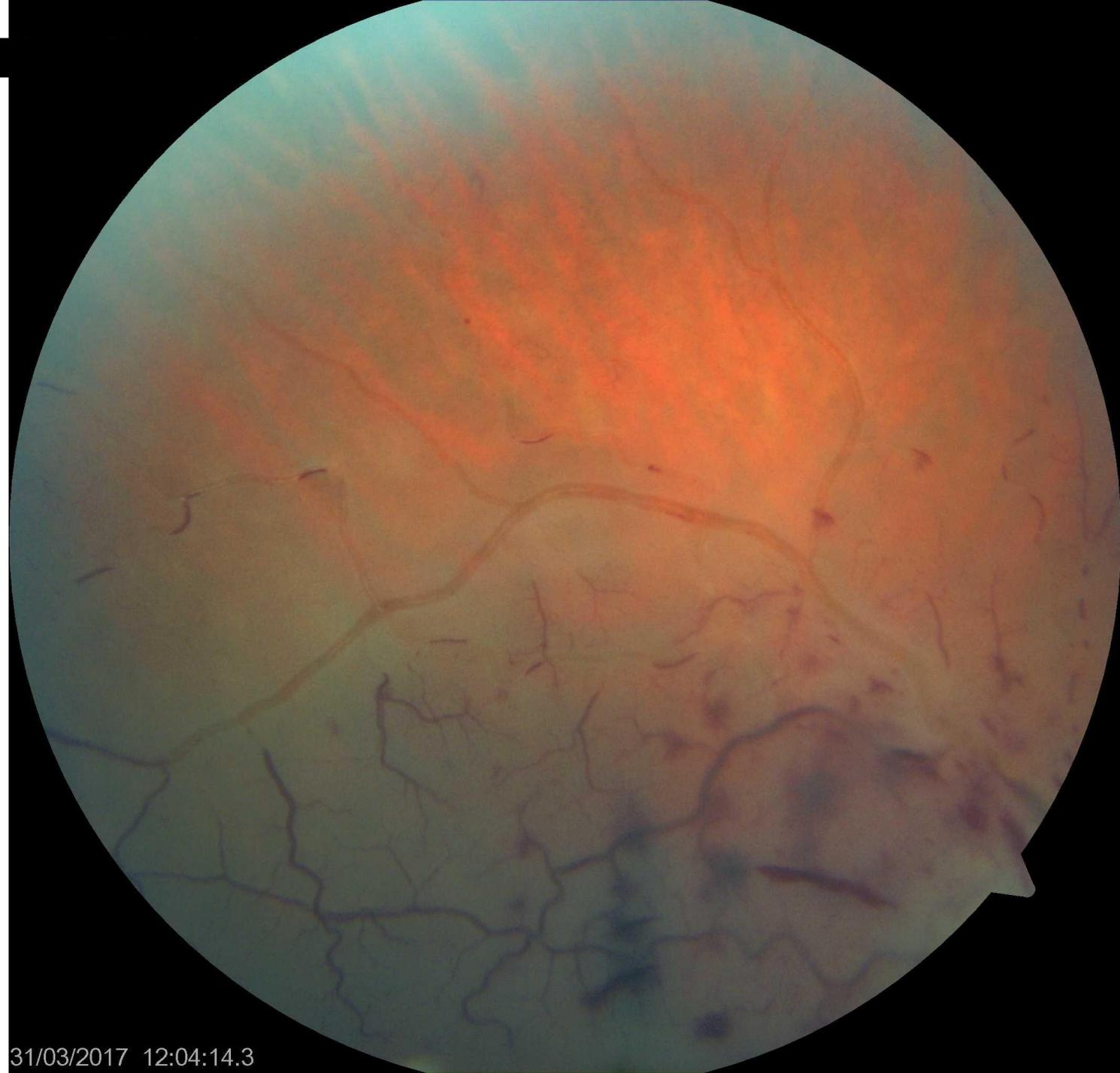
31/03/2017 12:03:47.0



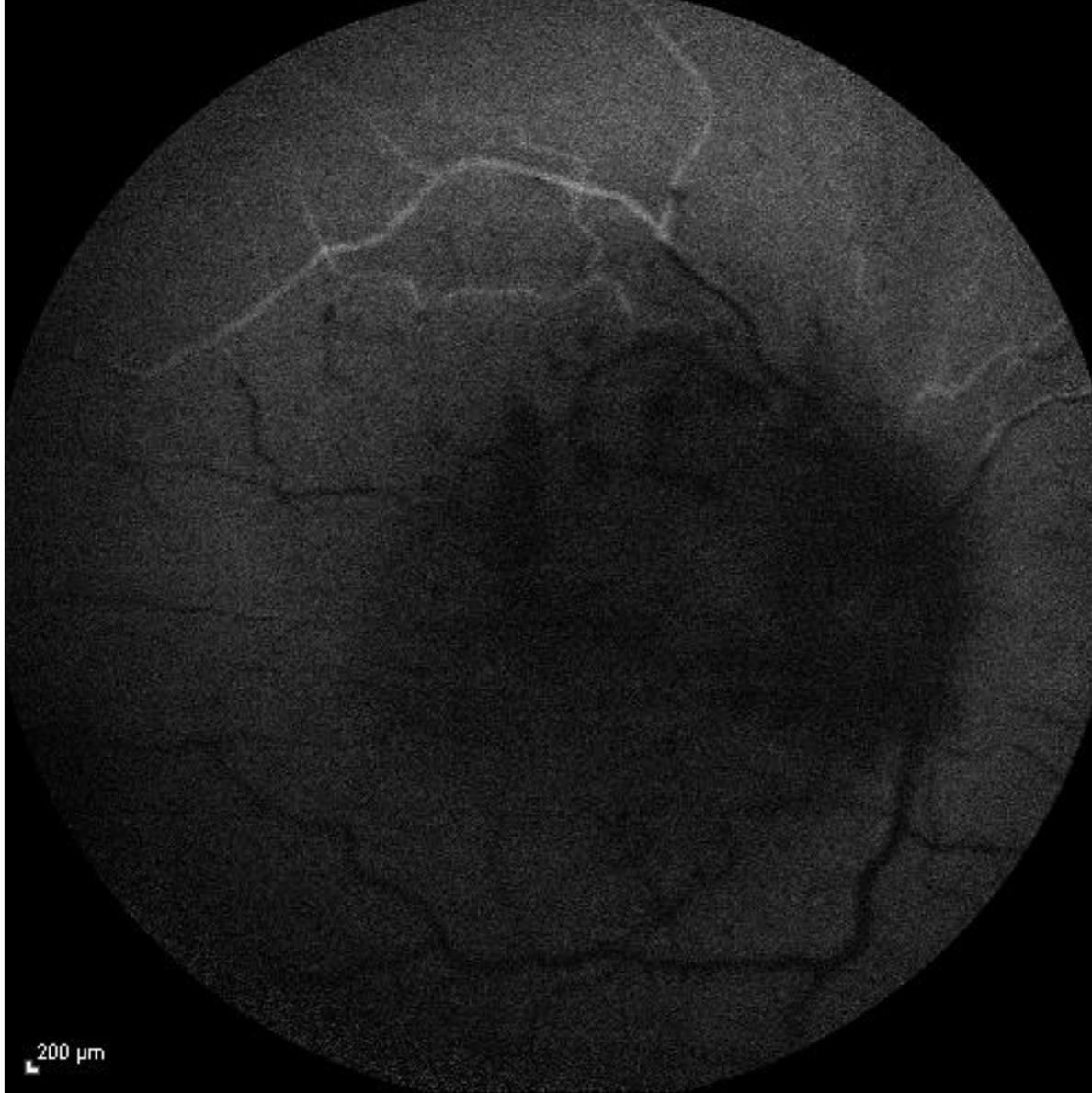
31/03/2017 12:05:39.3



31/03/2017 12:04:39.7



31/03/2017 12:04:14.3



200 μm

31/03/2017, OD

AF 55° ART(4)



200 μ m

31/03/2017, OD

FA 0:37.90 55° ART(10)

HEIDELBERG
ENGINEERING

Cytologie du LCR positive

Neuropathie optique gauche postérieure infiltrative, suivie à J3 d'une occlusion vasculaire rétinienne combinée (artère et veines).

-Rare , mauvais pronostic.

-Diagnostic difficile, nécessité de parfois multiplier les explorations (IRM injectée et Cytologie du LCR) pour obtenir le diagnostic.

-Corticosenibilité pouvant être surprenante pour NOIA

Ponction lombaire positive

Imagerie faite ici : scanner orbitaire injecté, fait à h =24, sans particularités