

MONO NEUROPATHIE OPHTALMIQUE CHEZ UN PATIENT DIABÉTIQUE

MONO OPHTHALMIC NEUROPATHY IN A DIABETIC PATIENT.

BOGNOUNOU RENÉ¹, GUIRA OUMAR¹, ALASSANE DRAVÉ², ZOUNGRANA LASSANE¹, DIENDERE ERIC ARNAUD³, SAGNA YEMPABOU¹, TONDE ALINE PATRICIA¹, TRAORÉ RENÉ¹, DIALLO ISMAEL¹, TIENO HERVÉ³, DRABO YOUSOUFOU JOSEPH¹.

RÉSUMÉ

Il s'agit d'un patient de 59 ans diabétique de type 2 régulièrement suivi depuis 9 ans sous antidiabétique oral, hypertendu de découverte récente. Le patient a été admis dans le service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Yalgado Ouédraogo pour un ptosis, des hémicrâniées et une douleur retro-orbitaire de l'œil gauche d'installation progressive depuis un mois. L'examen à l'entrée avait noté: un bon état général, une apyrexie, une hypertension artérielle (160/100 mm HG) et une paralysie du nerf oculomoteur commun (III). Le bilan inflammatoire et le fond d'œil étaient normaux. La Tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par Résonance Magnétique (IRM) cérébrales n'avaient pas montré d'anomalies organiques, ni de tumeur intraoculaire. Le diagnostic de mono neuropathie diabétique ophtalmique a été retenu et le patient mis sous insulinothérapie, antalgique et occlusion alternée de l'œil gauche. L'évolution était favorable un mois après la sortie d'hospitalisation.

Mots-clés : Mono neuropathie-Œil-Diabète

ABSTRACT

It was about a 59-year-old patient diabetic type 2 regularly followed for 9 years under oral antidiabetic, hypertense recent discovery. The patient was admitted in the service of internal medicine of the CHU Yalgado Ouedraogo for Ptosis, hemicrania and retro-orbital pains of the left eye, progressive installed for a month. The clinic's examination noted: good general state, apyrexia, blood pressure (160/100 mmHG), and nerve III skull palsy. The inflammatory balance sheet returned normal. The bottom of eye was normal. The head CT and the MRI did not show organic's anomaly, nor an intraocular tumor. The diagnosis of eye mono neuropathy diabetic was retained. The patient was put under Insulin therapy and analgesic with occlusion alternated by the left eye. A positive evolution was noticed one month after the exit of hospitalization.

Keywords: Mono neuropathy-Eye-Diabetes

INTRODUCTION

Le diabète sucré constitue la première cause de neuropathie dans le monde. La rétinopathie diabétique est la plus fréquente des complications ophtalmologiques du diabète. Les complications diabétiques non rétiniques dont les atteintes oculomotrices représentent 1 à 3 % des manifestations oculaires du diabète [1]. La mono neuropathie par atteinte des paires crâniennes est une forme rare de neuropathie diabétique [2]. Nous rapportons une observation de mono neuropathie ophtalmique chez un patient diabétique hospitalisé dans le service de médecine interne du CHU Yalgado Ouédraogo.

OBSERVATION

Monsieur K A patient de 59 ans, hypertendu a été hospitalisé dans le

1- Service de médecine Interne du Centre Hospitalo-Universitaire Yalgado Ouédraogo

2- Service de Neurologie du Centre Hospitalo-Universitaire de Ouahigouya

3- Service de Médecine Interne de l'Hôpital de District de Bogodogo

Auteur correspondant: Dr René Bognounou. Service de médecine Interne du CHUYO. 08 BP 11108 Ouagadougou Burkina Faso, E-mail: bognou@hotmail.com

ISSN 2424-7243

service de médecine interne du CHUYalgado Ouédraogo du 9 au 23 Mai 2017, pour des hémicrânies, douleurs retro orbitaires et unptosis de l'œil gauche.

Le début de la maladie remonterait à 1 mois par l'apparition progressive d'une hémicrânie gauche, d'intensité progressive, non calmée par les antalgiques de pallier I. L'évolution a été marquée par la survenue une douleur retro-orbitaire vive, pulsatile, insomnante et l'installation progressive d'un ptosis important avec diplopie horizontale de l'œil gauche. En consultation, l'examen ophtalmologique a relevé la présence d'un ptosis de l'œil gauche. Les examens du fond d'œil, de l'acuité visuelle et du tonus oculaire étaient normaux. Le patient est référé en médecine interne pour suspicion d'une maladie de Horton. Son traitement avant l'admission était composé d'antihypertenseur (ramipril 10 mg/ hydrochlorothiazide 12,5 mg), d'antalgique de pallier II (tramadol 50 mg) et d'antidiabétique oral (ADO : Glimepiride 2 mg).

Le patient était diabétique de type 2 depuis 9 ans, régulièrement suivi avec un assez bon équilibre glycémique (HbA1C<7%), sous ADO (Glimepiride 2 mg : 1 Cp/jour). Il était hypertendu sous association (ramipril 10 mg/ hydrochlorothiazide 12,5 mg) 1 cp/jour. Il n'y avait pas d'antécédent familial de diabète. Le père serait hypertendu.

A l'examen clinique, l'état général du patient était bon, la conscience claire. Le patient était apyrétique ($T^{\circ}=36,5^{\circ}\text{C}$). Il avait un surpoids (IMC=28,75 Kg/m²) et des chiffres tensionnels élevés (TA=160/100 mm Hg). L'œil gauche présentait un ptosis important associé à une baisse de l'acuité visuelle, une diplopie horizontale, une limitation de l'adduction de l'œil et un réflexe pupillaire conservé. Le battement de l'artère temporale était bien perçu, sans rigidité. L'examen des autres appareils était sans particularité.

Au total, l'examen notait une paralysie oculomotrice de la 3ème paire crânienne sur terrain diabétique. Les Hypothèses diagnostiques évoqués étaient : la maladie de Horton, la Thrombose du sinus caverneux et la Mono neuropathie diabétique ophtalmique.

Le bilan inflammatoire (NFS, VS, CRP) était normal. La glycémie à jeun était égale à 1,6 g/dl. La TDM et l'IRM cérébrale étaient normales. Le Fond d'œil(FO) était sans particularité.

Le diagnostic retenu était celui de la Mono neuropathie par atteinte du nerf oculomoteur(III) sur terrain diabétique. L'angioscanner cérébral nous aurait permis d'éliminer définitivement la thrombose veineuse cérébrale (TVC).

Le patient a été mis sous Insulinothérapie (Insulatard 14 UI le matin et 10 UI le soir et Actrapid8 UI le matin et 8 UI le soir) et le traitement anti hypertenseur a été poursuivi. Un antalgique de pallier II (Tramadol50 mg Cp : 1CpX3/jour) a été adjoint. Il a été préconisé une occlusion alternée de l'œil gauche par une compresse et des mesures hygiéno-diététiques.

Après deux semaines d'hospitalisation il a été noté une diminution importante de l'intensité de la douleur retro orbitaire, un bon équilibre glycémique, une normalisation des chiffres tensionnels. Le patient a été revu en consultation externe un mois après sa sortie d'hospitalisation. Il a signalé un amendement de la céphalée, de la douleur retro orbitaire et de la diplopie. Le ptosis avait régressé. La glycémie et les chiffres tensionnels étaient normaux.

DISCUSSION

Nous avons rapporté ici un cas rare d'une mono neuropathie ophtalmique chez un patient diabétique par paralysie oculomotrice du III. Les nerfs oculomoteurs commun(III) et externes(IV) sont les nerfs les plus touchés généralement [3]. Une revue de la littérature nous décrit quelques cas de paralysies oculo motri-

ces compliquant un diabète. L'âge de ces patients était de la cinquantaine, avec une description de la même symptomatologie [4, 5]. Le début est souvent brusque, complet en quelques heures sur un terrain diabétique souvent léger, voir méconnu. Cette paralysie pouvant être inaugurale de la découverte du diabète selon Said [6]. Un bon examen du Ptosis permet une orientation diagnostique. En effet le ptosis par paralysie du III réalise une ophtalmoplegie douloureuse. La pupille est respectée car la lésion ischémique touche la partie centrale du nerf. Un certain nombre de diagnostics différentiels comme la maladie de Horton, une thrombose du sinus caverneux, voire une dissection de la carotide interne avaient été évoqués devant l'ophtalmoplegie. L'examen clinique, les bilans biologiques, l'imagerie médicale (TDM et IRM) et surtout la régression de la symptomatologie après normalisation de la glycémie ont permis d'éliminer ces diagnostics. Cependant le diagnostic de mono neuropathie ophtalmique diabétique retenu reste un diagnostic d'élimination, devant l'absence de l'angiogramme cérébral. Chez tout patient diabétique ou non de la cinquantaine qui présente une paralysie oculomotrice du III, il faut penser à une neuropathie ophtalmique. Dreyfus et coll, puis Weber et coll sur la base d'études anatomopathologiques à partir de l'examen post-mortem des patients diabétiques atteints de paralysie oculomotrice, ont pu faire des hypothèses sur la physiopathologie de ces troubles. Diverses explications ont été avancées : atteintes métaboliques, inflammation ou occlusion vasculaire conduisant à une dégénérescence du nerf, ou alors infarctus ou hémorragie dans le noyau ou dans le trajet intra médullaire de celui-ci [7, 8].

Dans la littérature, la récupération de l'ophtalmoplegie se fait le plus souvent en un à trois mois par occlusion alternée de l'œil et normalisation de la glycémie [9]. Jacobson et Broste, ont montré que plus l'installation de la paralysie était brutale, plus la résolution était rapide [10, 11].

Conclusion

Le diagnostic de mono neuropathie diabétique doit être pensé chez un diabétique de la cinquantaine d'année qui présente une ophtalmoplegie non fébrile avec un ptosis. L'amélioration majeure du traitement du diabète permet une rémission de la symptomatologie.

RÉFÉRENCES

- 1- Ducrey N. Les complications ophtalmologiques du diabète à l'exclusion de la rétinopathie diabétique. *J Fr Ophtalmol.* 1999; 22(3) : 400-407.
- 2- Tadmori A, Andzouana N, Agerd L, Ajdi F. P128 Aspect épidémiologique et diagnostique de l'ophtalmopathie chez le diabétique. *Diabètes.* 2014; 40(1): A59.
- 3- Touiti A, El Mghani G, El Ansani N. P2126 Ptosis révélant le diabète : A propos de 2 observations. *Diabètes Amp Metab.* 2013; 39 : 97-98.
- 4- Solé G, Ferrer X. Le Ptosis vu par le neurologue. *Réflex Ophtal.* 2009; 129(14):475-85.
- 5- Sebaitre N, El Wadeh I, Kabbaj F, et Coll. La paralysie oculomotrice: complication rare du diabète? (à propos d'un cas). *Diabètes Metab.* 2012; 38 : A112-A124.
- 6- Said G. Les neuropathies diabétiques. *Neurologie.com.* 2009; 1(2) :40-4.
- 7- Dreyfus PM, Hakim S, Adams RD. Diabetic ophtalmoplegia. *Arch Neurol Psychiatr.* 1957; 77:337-48.
- 8- Weber RB, Daroff RB, Mackey EA. Pathology of oculomotor nerve palsy in diabetics. *Neurology.* 1970; 20: 835-8.
- 9- Duane S. *Clinical Ophthalmology*, vol3, chap30, Lippincott, Philadelphia 1996, 23.
- 10- Jacobson DM, Broste SK. Early progression of ophtalmoplegia in patients with ischemic oculomotor nerve palsies. *Arch Ophthalmol.* 1995; 113: 1535-7.
- 11- El Mansouri Y, Zaghloul K, Amraoui A. Les paralysies oculomotrices au cours du diabète. À propos de 12 cas. *J Fr Ophtalmol.* 2000; 23(1): 14-18.