

Névrite optique rétrobulbaire bilatérale: une manifestation rare révélatrice d'une maladie de Biermer

Yosra Bouattour, AHU, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, SFAX, Tunisie
Mouna Snoussi, MCA, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, SFAX, Tunisie
Abir Derbel, AHU, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, SFAX, Tunisie
Amal Haddad, résidente, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, SFAX, Tunisie
Nesrine Regaieg, AHU, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, SFAX, Tunisie
Mouna Guerhazi, AHU, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, SFAX, Tunisie
Mariem Ghribi, AHU, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, SFAX, Tunisie
Sameh Marzouk, Professeur, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, SFAX, Tunisie
Zouheir Bahloul, Professeur, service de médecine interne, CHU Hédi Chaker, SFAX, Tunisie

INTRODUCTION:

La maladie de Biermer est une gastrite atrophique auto-immune secondaire à un déficit par malabsorption de la vitamine B12. Elle est caractérisée par des tableaux cliniques polymorphes et variés comportant des signes digestifs, hématologiques et neurologiques.

Les manifestations neurologiques sont nombreuses, parfois inaugurales de la maladie.

Elles sont dominées par la sclérose combinée de la moelle et les neuropathies sensitives ou sensitivomotrices.

La névrite optique rétrobulbaire (NORB) : manifestation neurologique peu décrite dans la littérature.

Nous décrivons telle observation particulière.

OBSERVATION:

♂ âgé de 62 ans, sans antécédents pathologiques particuliers

Motif : baisse importante bilatérale et indolore de l'acuité visuelle évoluant depuis 7 mois.

Cliniquement:

L'examen ophtalmologique : acuité visuelle à 1/10 de façon bilatérale.

Le potentiel évoqué visuel (PEV) : névrite optique rétrobulbaire bilatérale secondaire à une atteinte axono-démyélinisante.

Le reste de l'examen physique était normal.

A la biologie, la numération formule sanguine montrait une macrocytose à 118 fl.

Il n'y avait pas de cytopénies.

Les bilans inflammatoire, thyroïdien et rénal étaient normaux. L'enquête infectieuse était négative.

L'imagerie par résonance magnétique cérébrale et orbitaire : normale

Le myélogramme : signes en faveur d'une carence vitaminique.

Le dosage de la vitamine B12 : effondré à 156 ng/mL [191-945].

Fibroscopie œso-gastro-duodénale : gastrite atrophique.

Recherche des anticorps anti cellules pariétales : positive

Le diagnostic d'une NORB secondaire à une maladie de Biermer était retenu.

Traitement: Substitution vitaminique

Evolution: Amélioration progressive de l'acuité visuelle avec disparition de la macrocytose.

Examen ophtalmologique de contrôle (à 6 mois) : acuité visuelle à 9/10 en bilatéral.

Recul actuel : 25 mois.

DISCUSSION:

Au cours de la maladie de Biermer, les lésions neurologiques sont liées à une démyélinisation progressive centrale et périphérique, parfois avec une atteinte axonale.

Concernant l'atteinte oculaire, elle réalise un scotome central, des hémorragies rétiniennes, une névrite ou une atrophie optique, une cataracte et une paralysie oculomotrice du III.

La neuropathie optique carentielle est due à l'atteinte de fibres nerveuses de la partie centrale de la rétine. Elle se manifeste par une baisse brutale de l'acuité visuelle bilatérale et indolore.

La supplémentation vitaminique précoce permet la correction des troubles visuels comme l'illustre le cas de notre patient. En revanche, si elle n'est pas traitée, il en résulte une cécité permanente

CONCLUSION:

Notre observation souligne l'importance de penser à une maladie de Biermer et de pratiquer le dosage de la vitamine B12, devant toute NORB bilatérale, même en l'absence de signes cliniques évocateurs.