

DPP DIPLOPIE

monoculaire = ne disparaît pas à l'occlusion d'un oeil, **PAS d'URGENCE**

binoculaire = disparaît à l'occlusion d'un oeil, **URGENCE** car neurologique ou orbitaire

Droit sup = haut et dehors (champ) III (nerf) DPP verticale menton élevé (compensation)	Oblique inf = haut et dedans III DPP verticale menton abaissé, tête en arrière face tournée côté sain
Droit lat = dehors VI DPP horizontale homonyme face tournée côté atteint	Droit med = dedans III DPP horizontale croisée face tournée côté sain
Droit inf = bas et dehors III DPP verticale menton abaissé côté sain	Oblique sup = bas et dedans IV DPP verticale face inclinée côté sain

III fait le releveur de la paupière supérieure + sphincter pupille + accommodation

Examen oculomoteur :

- motilité oculaire de chaque oeil séparément
- cover test (ou examen sous écran) : fixer devant soi et un cache passe d'un oeil à l'autre
- verre rouge : placé sur l'oeil droit et fixer une lumière blanche
- 2 lumières si diplopie : homonyme si convergence, rouge à droite
croisée si divergence, rouge à gauche
- Lancaster : verres rouge + vert -> déplacer une flèche pour les superposer
- motricité intrinsèque : **nécessaire quand paralysie oculomotrice !** Recherche anisocorie = inégalité pupillaire / déficit des réflexes photomoteurs direct + consensuel

Diagnostic sémiologique

Parésie = de faible degré < Paralysie

Paralysie du III : Totale

- ptosis "providentiel", pouvant masquer la diplopie
- divergence marquée
- paralysie élévation / abaissement de l'oeil (reste DL et OS)
- mydriase aréflexive
- perte accommodation

Paralysie du III : Partielle

- 1 ou plusieurs muscles
- que les muscles oculomoteurs = "extrinsèque"
- que mydriase + paralysie d'accommodation = "intrinsèque"

Paralysie du IV

- diplopie verticale et oblique, accentuée en bas et en dedans

- tête inclinée du côté sain, menton abaissé

Paralysie du VI

- convergence de l'oeil atteint
- déficit de l'abduction
- tête tournée du côté atteint

Paralysies supranucléaires = paralysies de fonction

- voies supranucléaires = mouvements conjugués ou convergence
= paralysies oculomotrices SANS DIPLOPIE
- Sd de Foville = paralysie de la latéralité
 - Sd de Parinaud = paralysie de la verticalité + convergence

Paralysies internucléaires

- voies internucléaires = relient les noyaux entre eux (III IV VI)
notamment ophtalmoplégie internucléaire
- parallélisme conservé en position primaire = pas de diplopie
 - déficit d'adduction d'un oeil
 - convergence normale
- SEP essentiellement*

Paralysies intraxiales

- atteinte du tronc cérébral
- paralysie de fonction + diplopie POM (para oculomotrice)
 - syndrome alterne : diplopie + signes neuros controlatéraux

Etiologie

Traumatismes

- fracture de l'orbite
- hémorragie méningée traumatique

Tumeurs

- hypertension intracrânienne : pas de valeur localisatrice !
- tumeurs de la base du crâne : valeur localisatrice !

Causes vasculaires

- AVC
- insuffisance vertébrobasilaire
- anévrismes intracrâniens : surtout si céphalées – sujet jeune – pas de FDR – POM partielle avec signes pupillaires d'atteinte du III intrinsèque
- fistule carotidocaverneuse : exophtalmie pulsatile

DPP + exophtalmie

- Basedow
- tumeurs de l'orbite

DPP + douleur

- anévrisme intracrânien **à éliminer**

- dissection carotidienne à éliminer
- fistule carotidocaverneuse à éliminer
- maladie de Horton = céphalées +- POM +- NOIA
- sd de Tolosa-Hunt

SEP

- paralysie VI
- ophtalmoplégie internucléaire, très évocatrice +++

Myasthénie

- ptosis variable sur la journée, s'aggravant à la fatigue
- diag + : test à la Prostigmine, Ac anti Ach-R, EMG
- doit faire rechercher thymome

Bilan étiologique = examen neuro + imagerie cérébrale

Traitement

Phase précoce :

- occlusion ou prismation (corrige la diplopie par l'extérieur)
- toxine botulique

Phase tardive :

- 6 mois à 1 an = régénérescence nerveuse
- puis chirurgie