

du **30 mars** au **1^{er} avril 2016**

Novotel Paris Tour Eiffel

Président du congrès : Pr François Cotton

Président de la SFNR : Pr Alexandre Krainik

43^{ème} CONGRÈS ANNUEL de la Société
Française de NeuroRadiologie

IMAGERIE DES URGENCES NEURO- OPHTALMOLOGIQUES

Dr François LAFITTE
Dr Maud LEBAS
Dr Valérie MACAIGNE

www.sfnrcongres.net



Conflit d'intérêt

François LAFITTE

Maud LEBAS

Valérie MACAIGNE

Aucun conflit d'intérêt

PLAN

Rappels utiles et cadres cliniques

Troubles visuels (baisse visuelle, trouble du champ visuel)

Œdème papillaire

Troubles de l'oculomotricité

Pour chacun de ces grands cadres cliniques

Ce qui doit être fait tout de suite



Pronostic vital ou fonctionnel en jeu rapidement

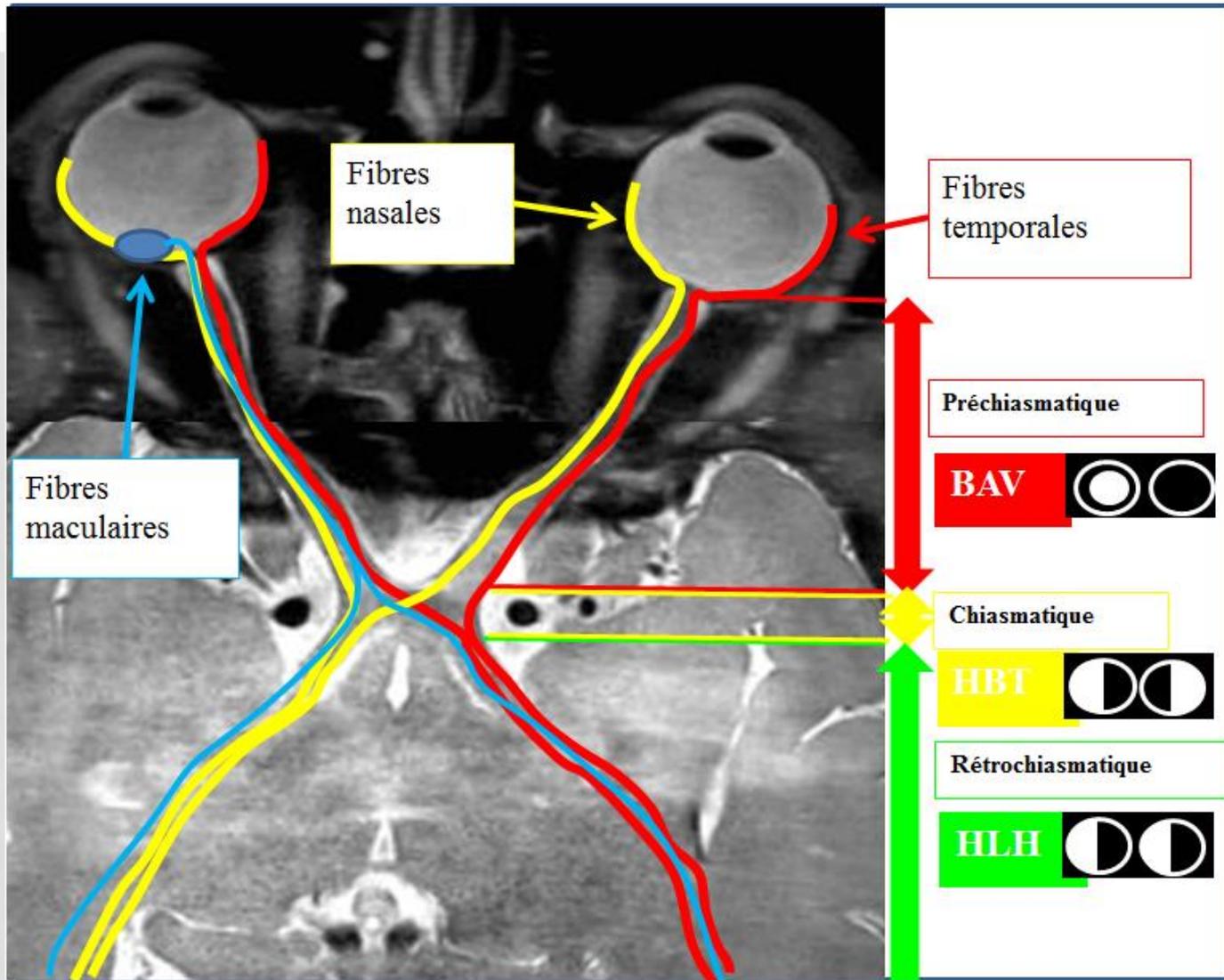
Ce qui peut attendre mais doit être fait rapidement

Prise en charge thérapeutique

Souffrance du patient



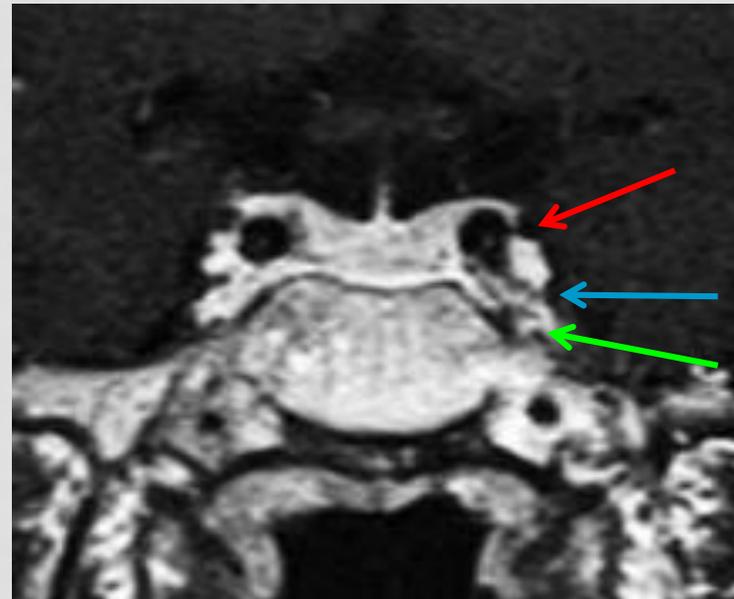
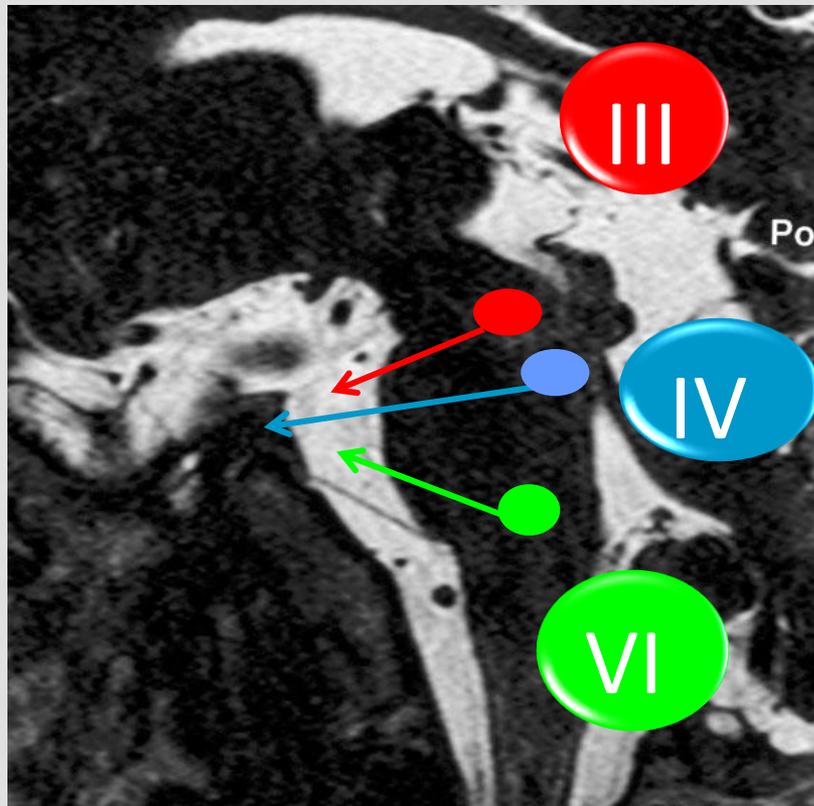
ANATOMIE DES VOIES VISUELLES



Voies de l'oculomotricité extrinsèque



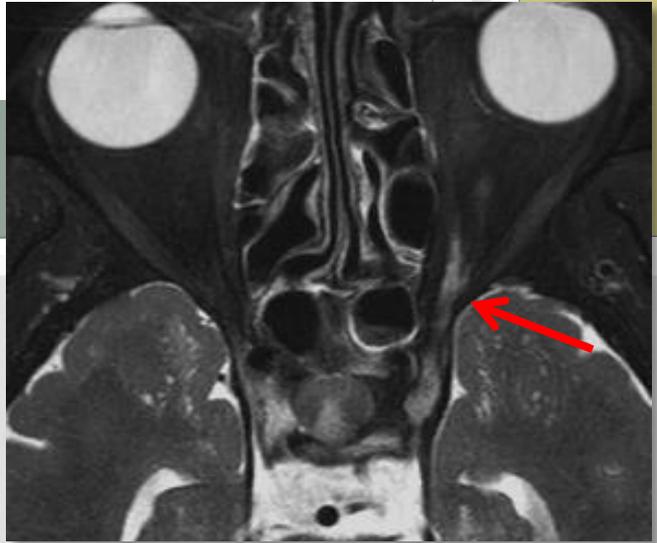
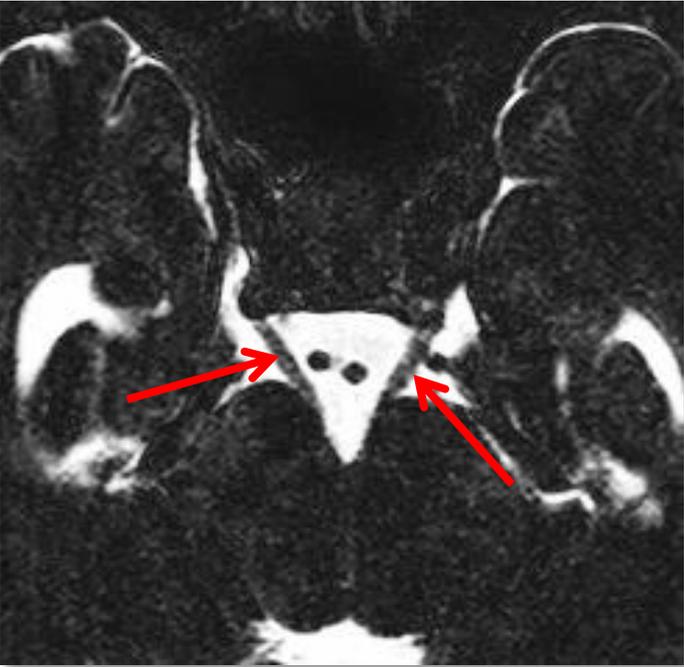
- Tronc cérébral
- Nerfs oculomoteurs
 - Origine apparente
 - Trajet intra-cisternal
 - Sinus caverneux
 - Apex orbitaire
- Muscles oculomoteurs





Nerf oculomoteur

III : VAISSEAUX

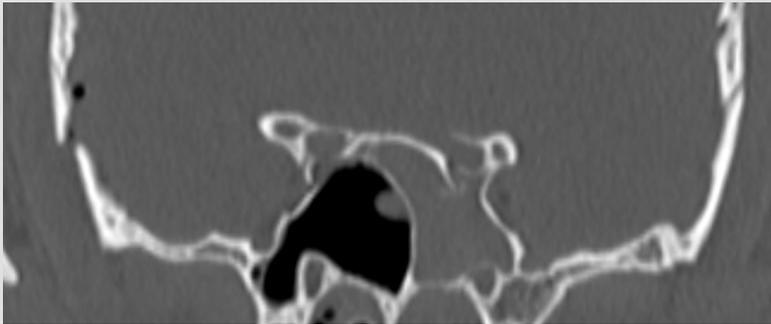




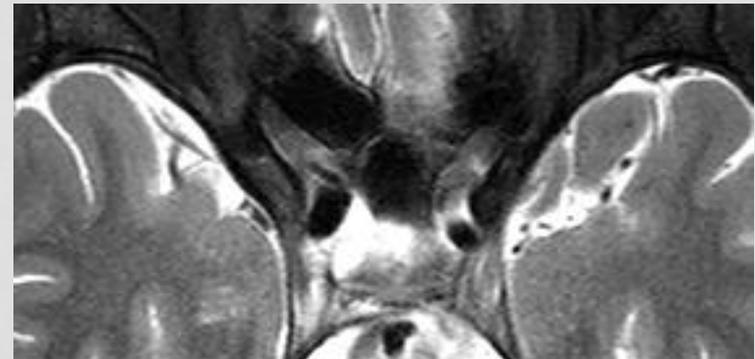
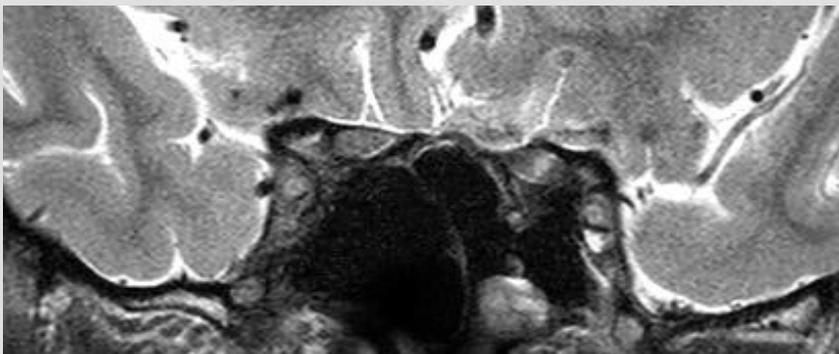
BAISSE VISUELLE

BAISSE VISUELLE IMMEDIATE POST TRAUMATIQUE

Scanner : à faire en priorité et en urgence
(fragment osseux compressif ?). Conditionne le traitement.



IRM : Zone d'hypersignal T2 sur le nerf optique gauche



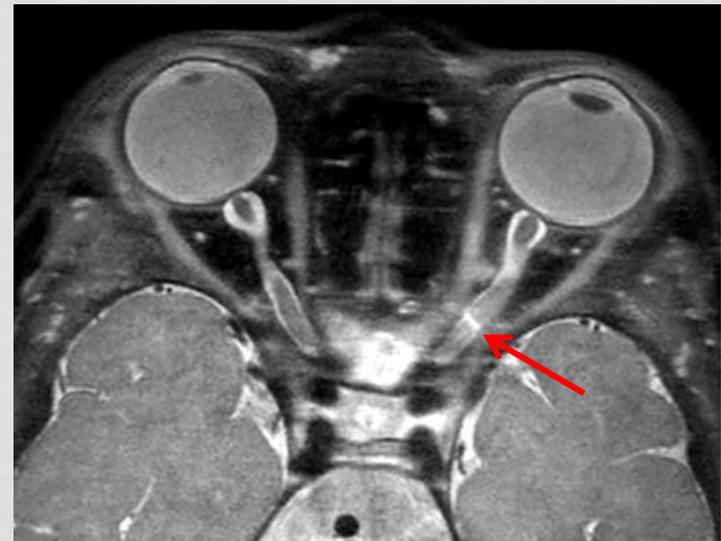
L'IRM a-t-elle un intérêt en post trauma immédiat ?

IRM: réalisée en l'absence de fracture.

Peut retrouver des anomalies du nerf optique : oedème, "fracture" (mauvais pronostic, pas d'intervention). zone linéaire hypersignal T2 perpendiculaire à l'axe du nerf, segment intracanalalaire ou juxta canalalaire.

Parfois avulsion du nerf (diagnostic difficile : FO, écho)

SECTION DU NERF OPTIQUE (→)



Urolagin SB Kotrashetti SM, Kale TP Balihallimath LJ Traumatic optic neuropathy after maxillofacial trauma: a review of 8 cases. J Oral Maxillofac Surg.2012

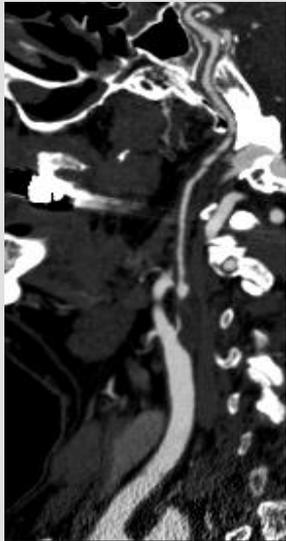
BAISSE VISUELLE BRUTALE

AMAUROSE TRANSITOIRE ou CMT = AIT



STENOSE CAROTIDIENNE SERREE ?

URGENCE



Scanner



IRM



EDC

BAISSE VISUELLE BRUTALE

BAISSE VISUELLE UNILATERALE DEFINITIVE = AVC

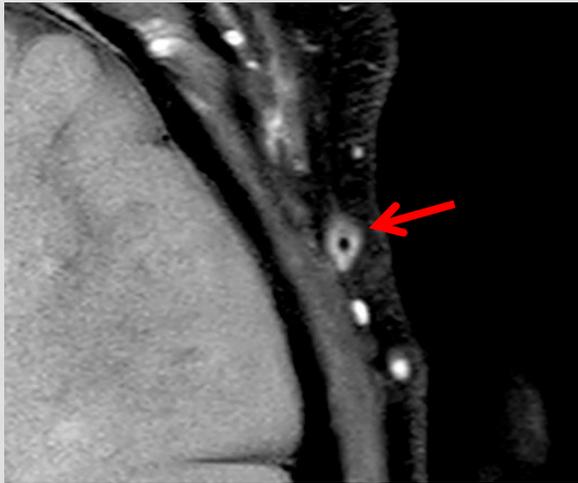
**URGENCE
VASCULAIRE**

HORTON

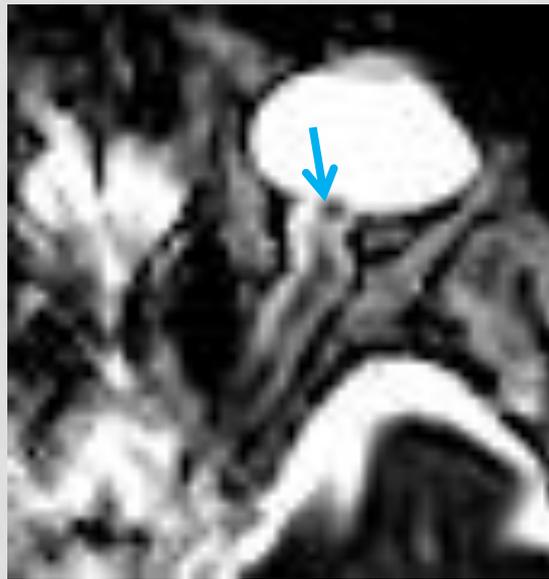
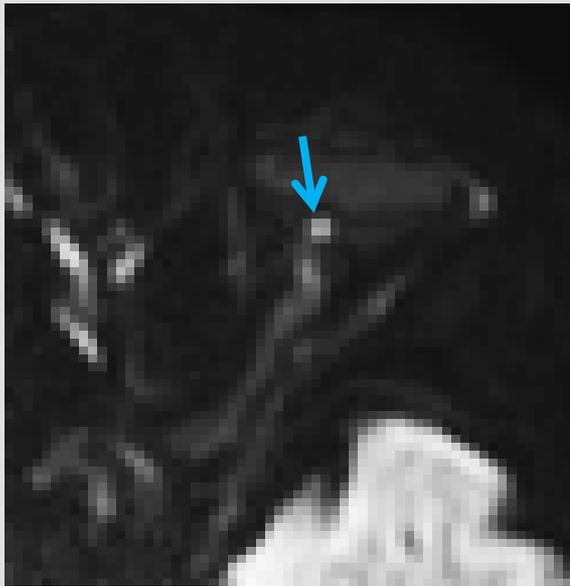
IMAGERIE DES VAISSEAUX DU COU ET INTRA-
CRANIENS
+/- CROSSE AORTIQUE

**DISSECTION
CAROTIDIENNE**

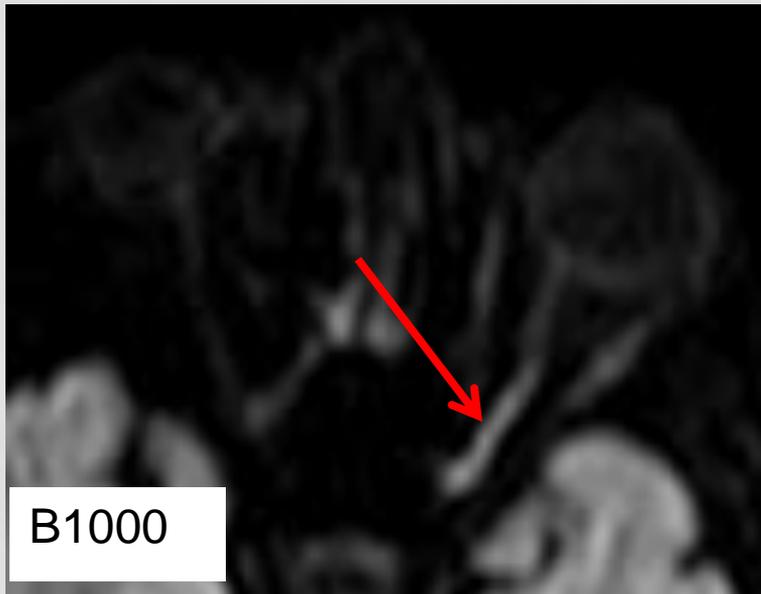
**ATHEROME
EMBOLE
CARDIAQUE**



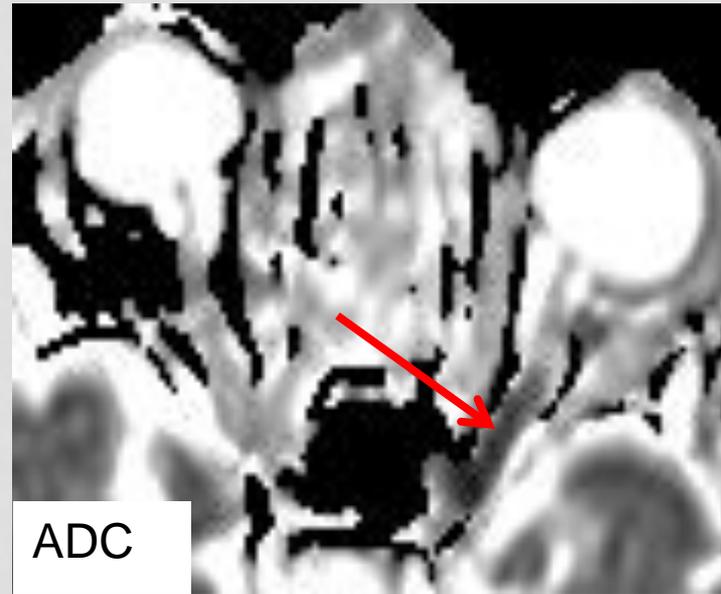
IRM de paroi (3D T1 avec injection) en semi urgence
Permet de visualiser les épaissements pariétaux des
vascularites



Lors du bilan IRM
vasculaire
encéphalique
regarder le nerf
optique et la papille



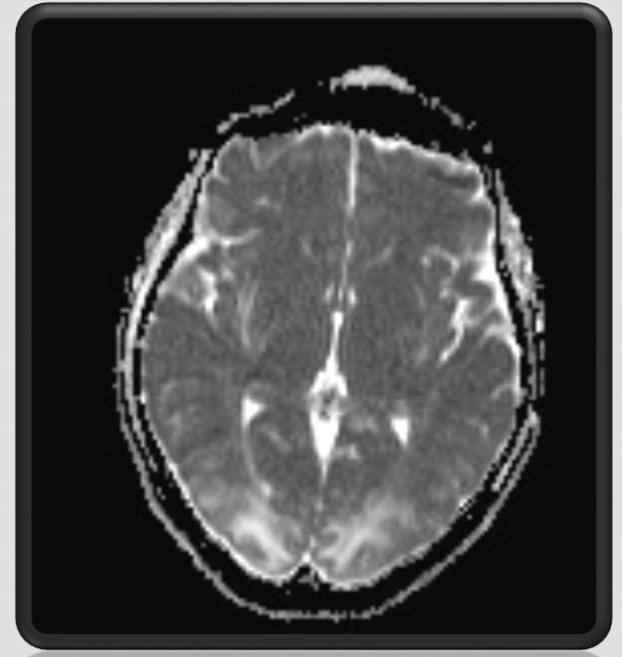
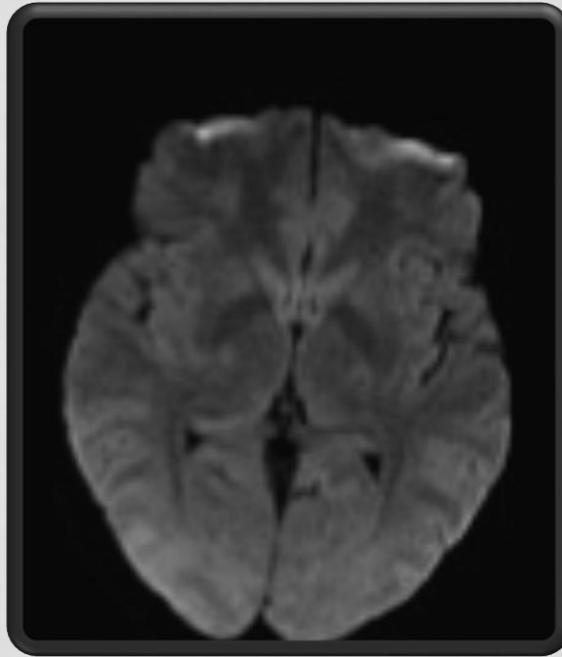
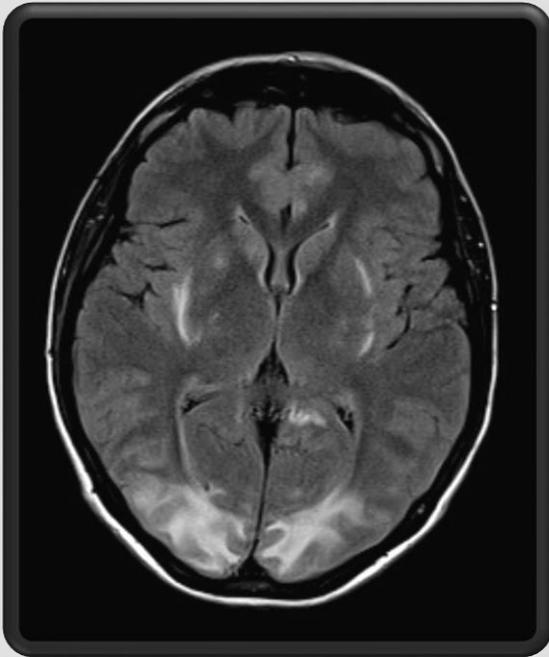
B1000



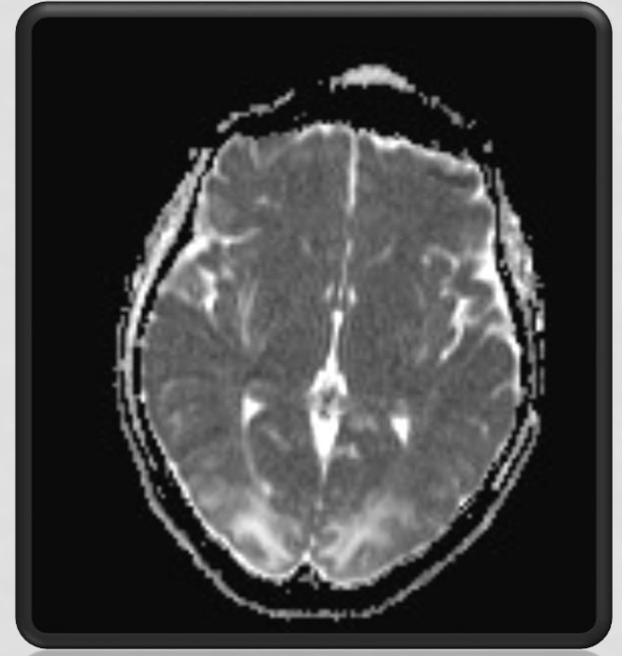
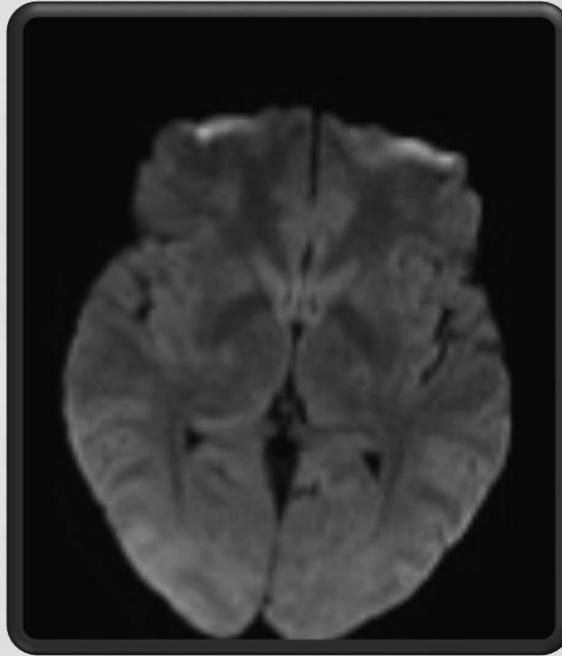
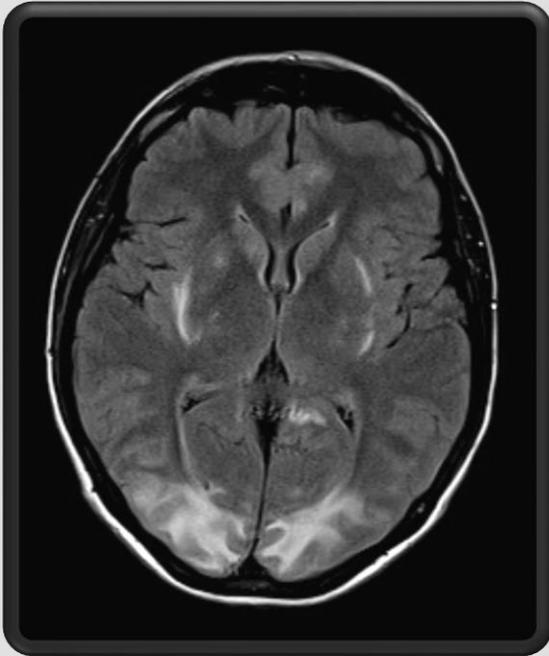
ADC

UN CAS AUQUEL IL FAUT PENSER

F 32 ANS, CÉPHALÉES, BAV BILATÉRALE RAPIDEMENT PROGRESSIVE
CONVULSIONS



F 32 ANS, CÉPHALÉES, BAV BILATÉRALE RAPIDEMENT
PROGRESSIVE
CONVULSIONS



PRESS sous Venlafaxine

BAISSE VISUELLE PROGRESSIVE AVEC ATTEINTE VISUELLE SEVERE

UNI ou BILATERALE, DOULOUREUSE ou NON



SEMI-
URGENCE

COMPRESSIVE (méningiome, anévrisme, dysplasie fibreuse, mucocèle)

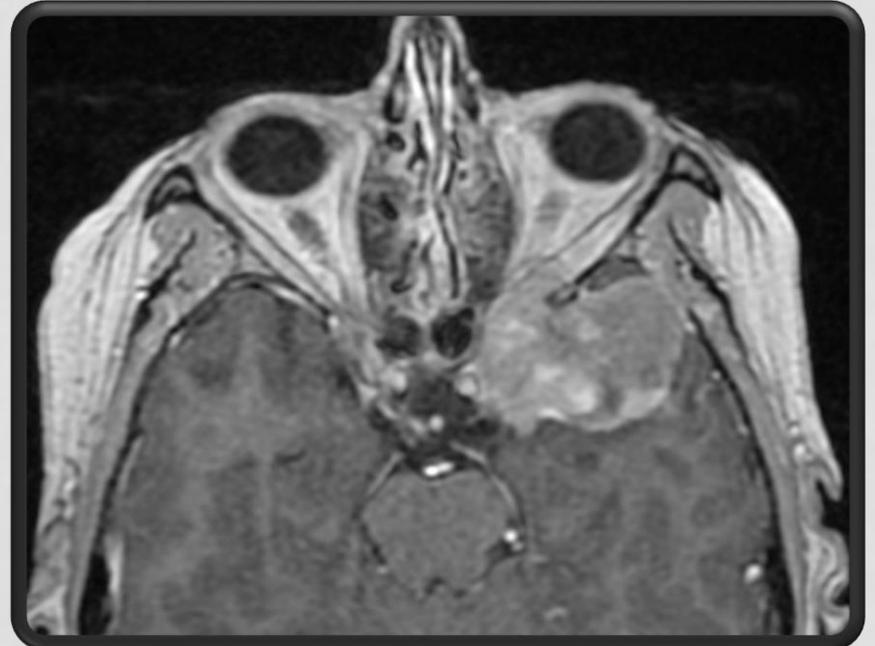
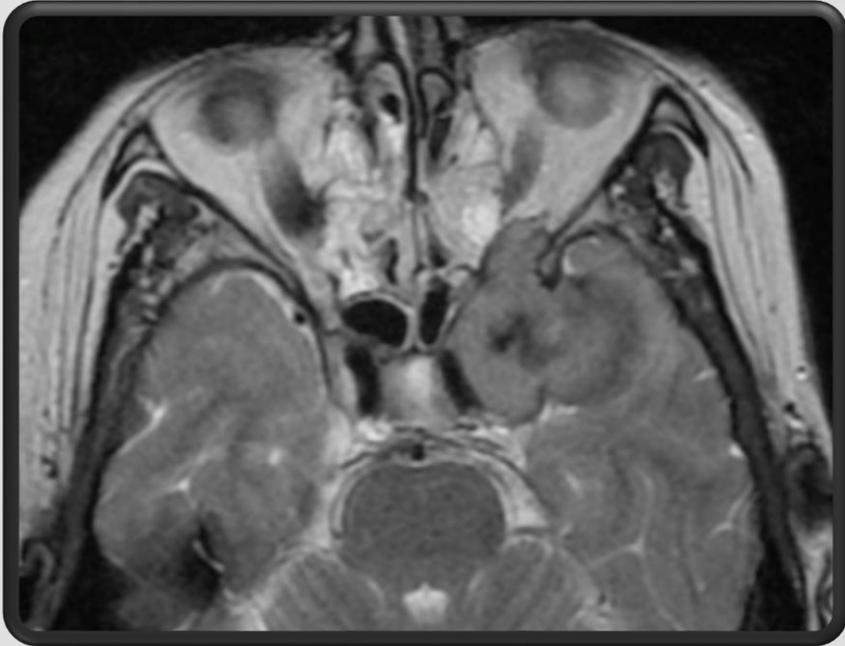
INFLAMMATOIRE (SEP, DEVIC, NOM, ADEM...)

INFILTRATIVE (nerf, gaines),

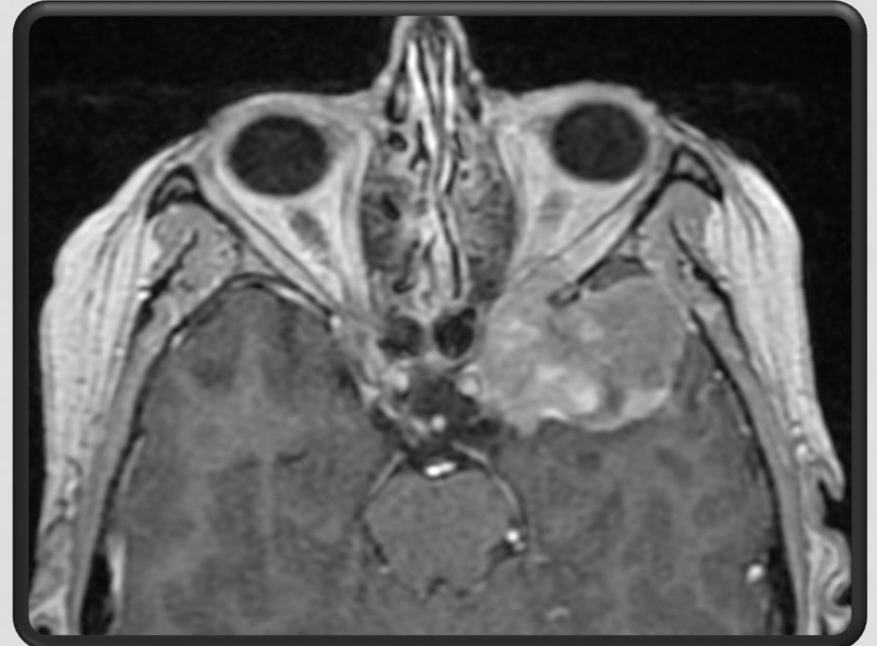
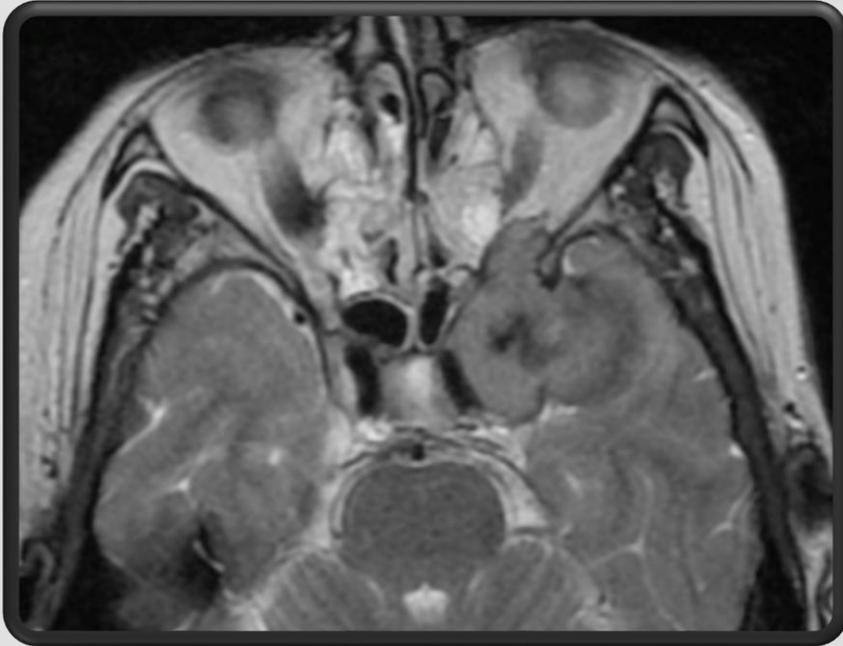
INFECTIEUSE (point de départ sinusien)

IRM DES VOIES VISUELLES ANTERIEURES et ENCEPHALE
D'autant plus rapide que le déficit visuel est sévère

F 68 ans, BAV œil gauche progressive.
Atrophie papillaire gauche au FO.



F 68 ans, BAV œil gauche progressive.
Atrophie papillaire gauche au FO.



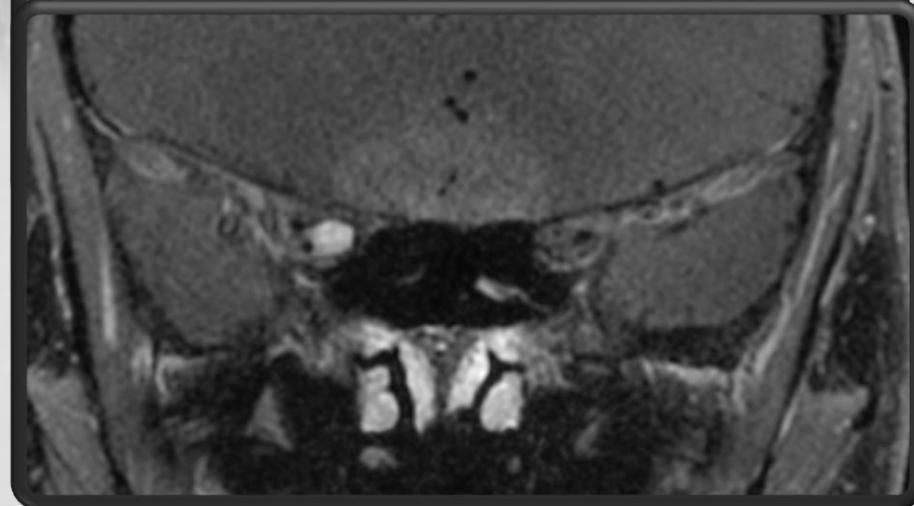
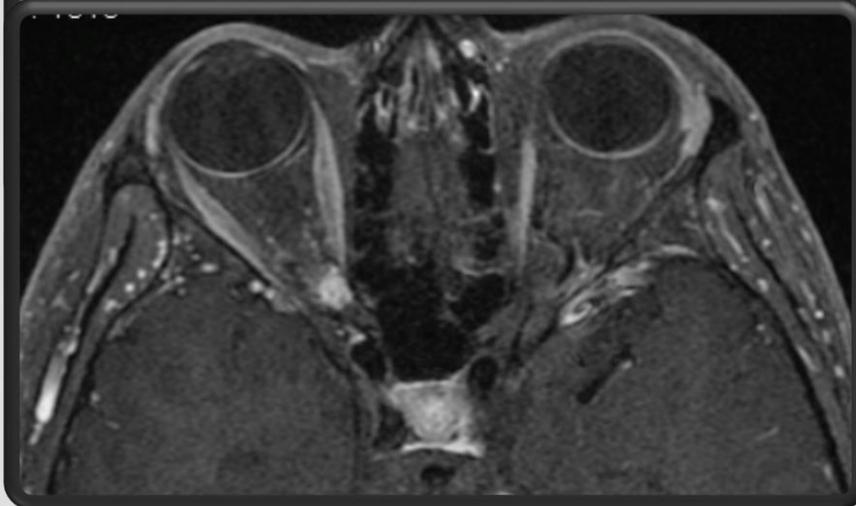
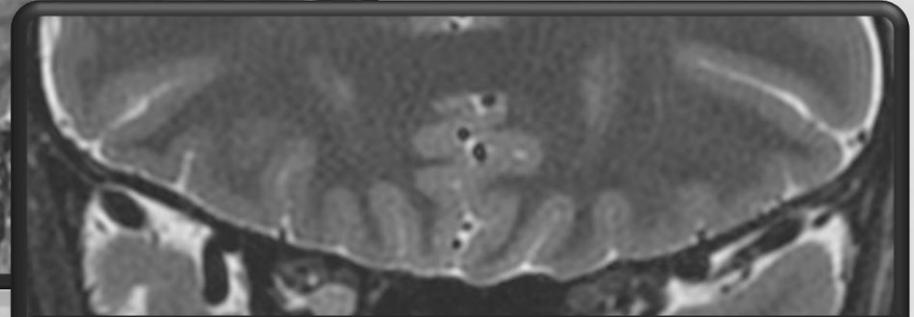
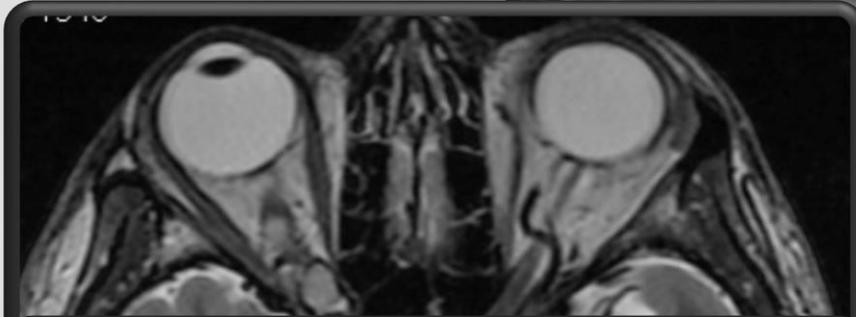
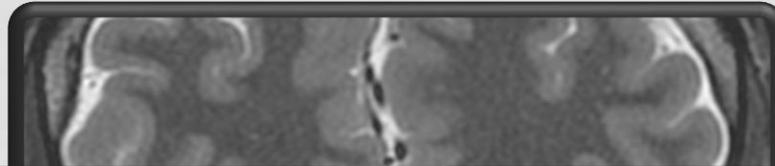
Méningiome sphéno-orbitaire

H 26 ans, BAV œil droit progressive

OD: 5/10

OG: 10/10

Œdème papillaire droit au FO.

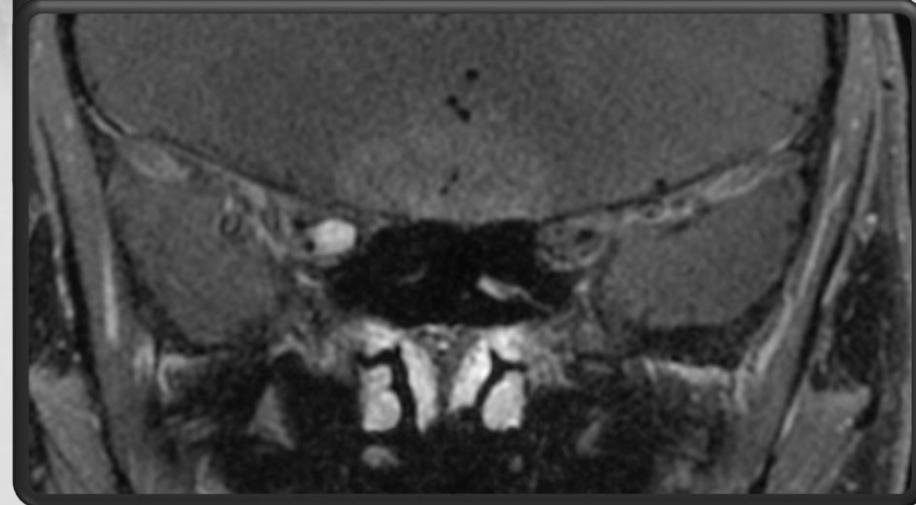
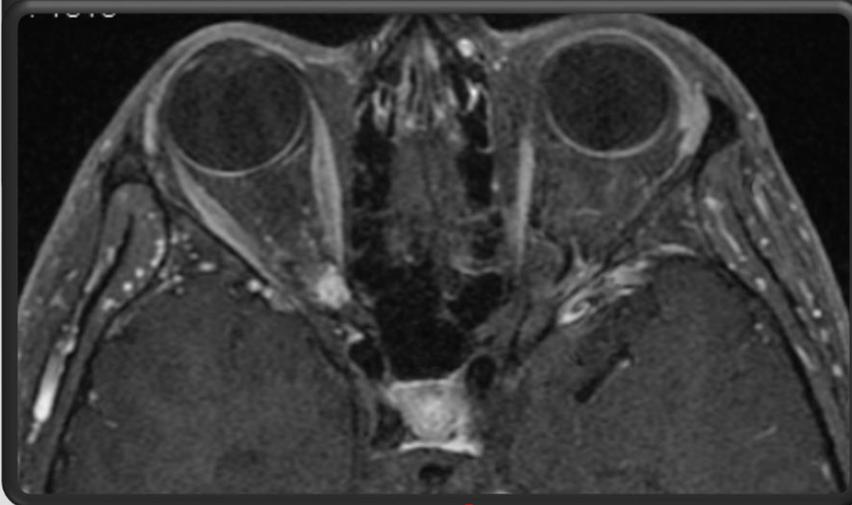
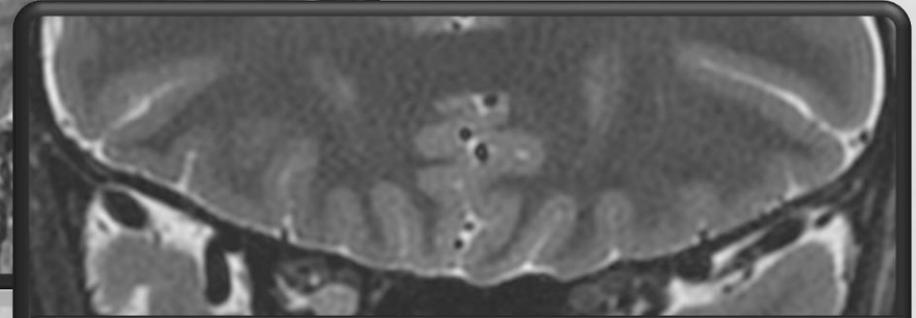
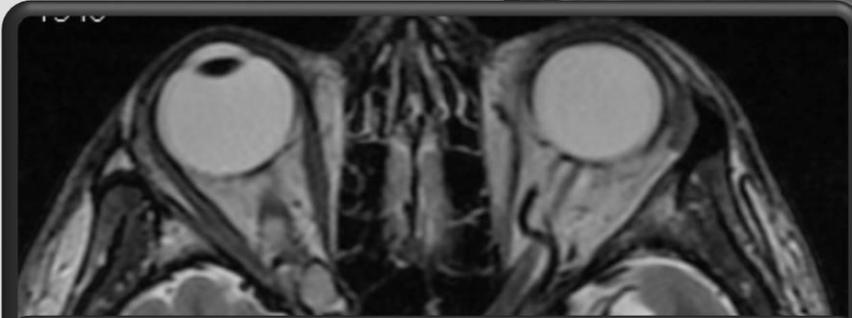


H 26 ans, BAV œil droit progressive

OD: 5/10

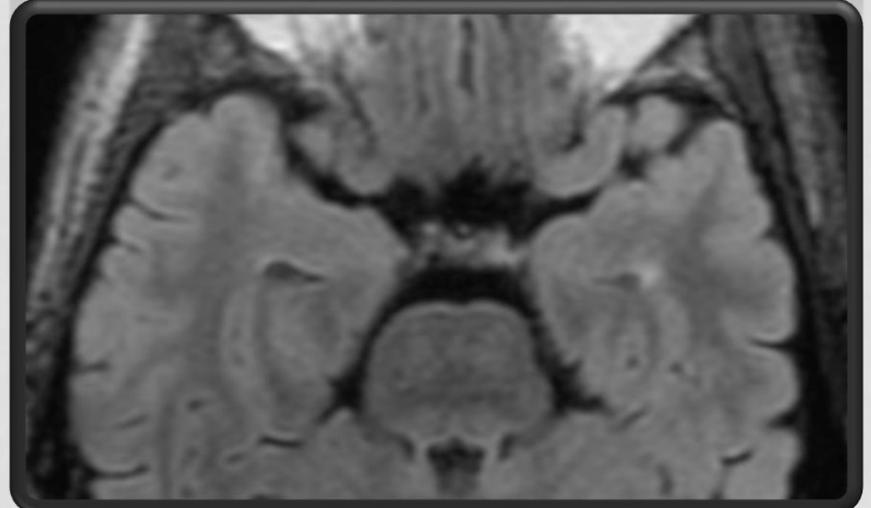
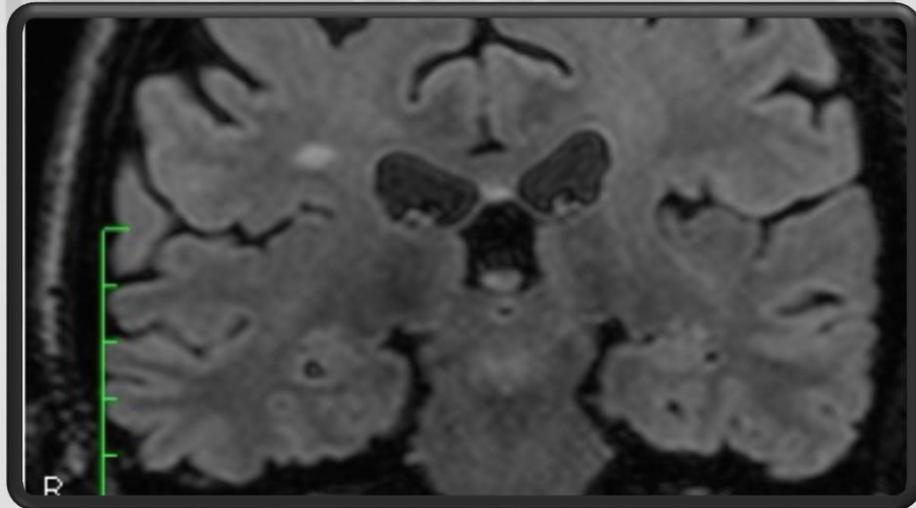
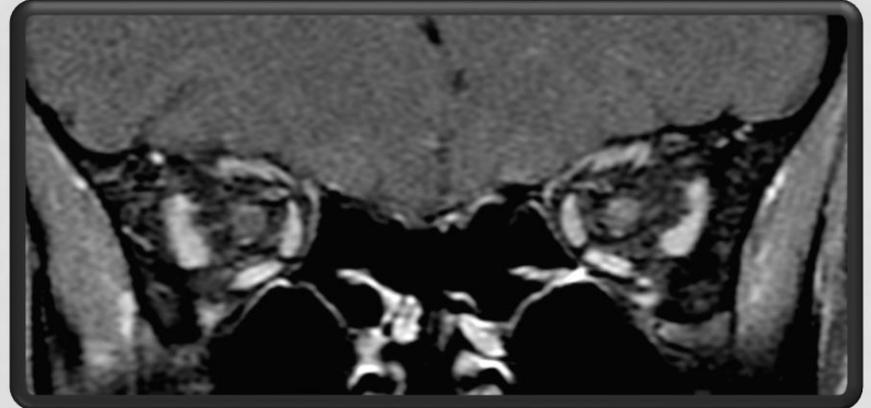
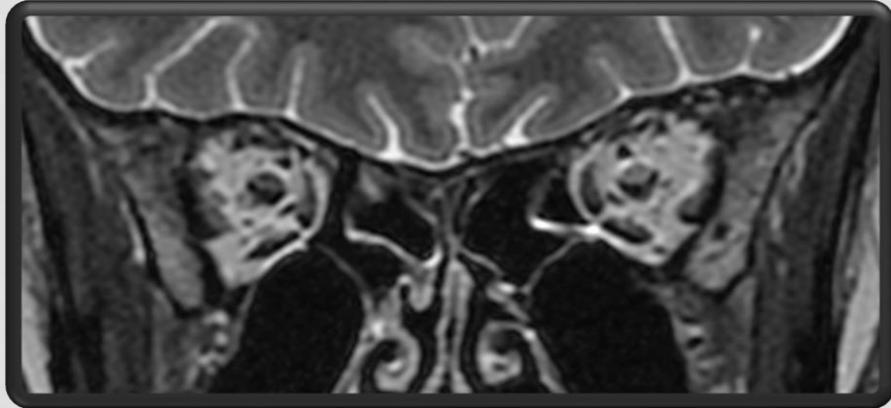
OG: 10/10

Œdème papillaire droit au FO.



Hémangiome caverneux de l'apex orbitaire

H 50 ans, BAV gauche douloureuse
rapidement progressive
FO normal



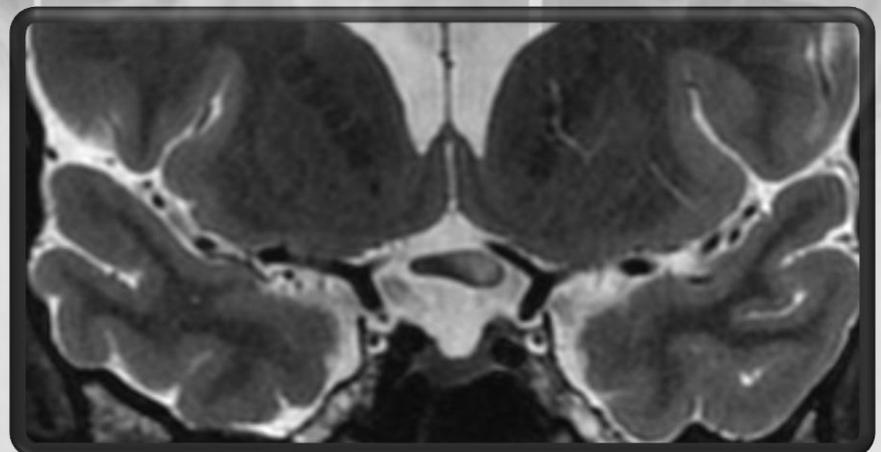
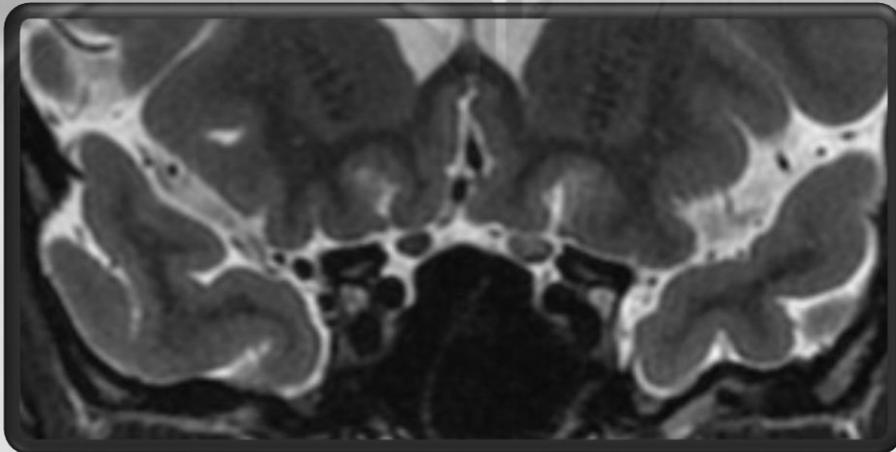
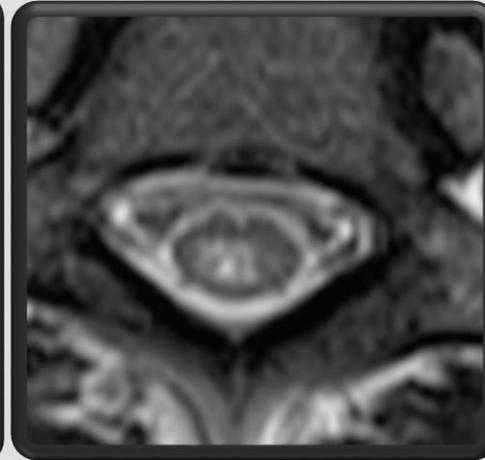
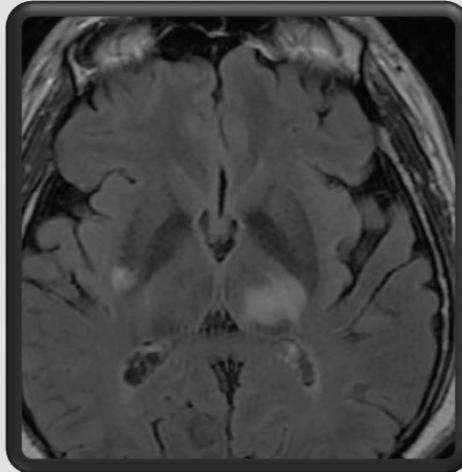
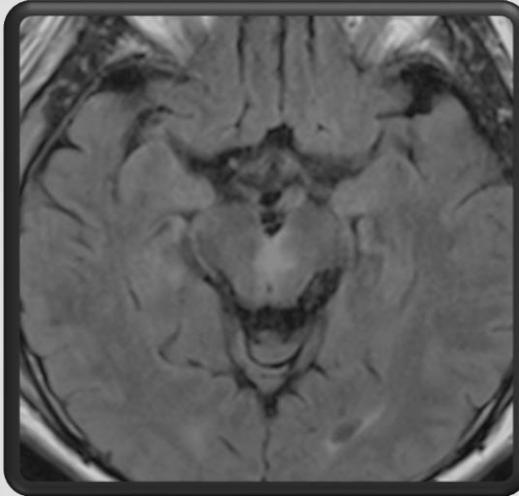
SEP

H 23 ans

2013: paralysie brutale de la verticalité

2015: NORB gauche

2016: Tétraparésie rapidement progressive



NMO

TROUBLE DU CHAMP VISUEL

HEMIANOPSIE BITEMPORALE = ATTEINTE CHIASMA

PROGRESSIVE, DECOUVERTE FORTUITE PARFOIS

**SEMI-
URGENCE**

IRM REGION SELLAIRE ET CHIASMA

Adulte

**COMPRESSION
CHIASMATIQUE**

Macroadénome

Hypophysite

Craniopharyngiome

Gliome

Enfant

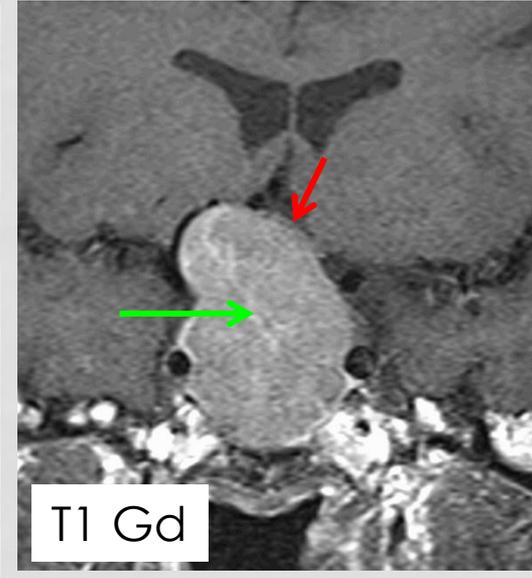
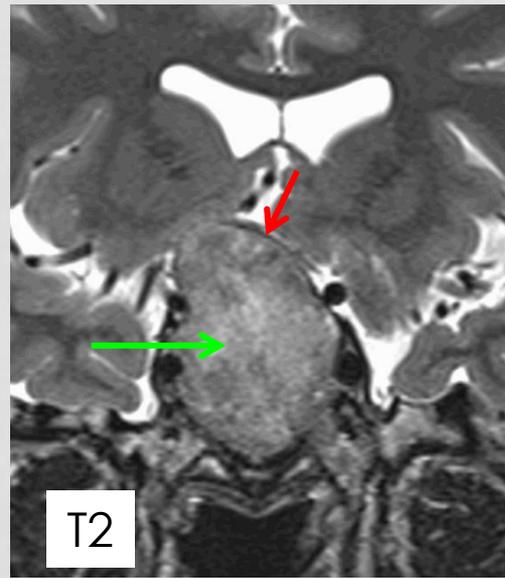
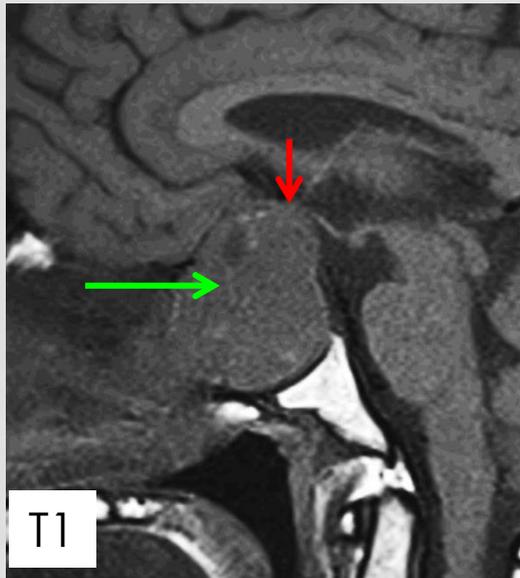
**LESION ou
COMPRESSION
CHIASMATIQUE**

Gliome

Craniopharyngiome

IRM REGION SELLAIRE ET CHIASMA
d'autant plus rapide que la BAV associée est sévère

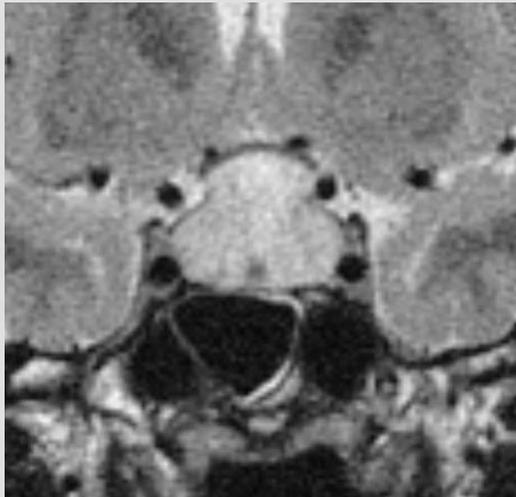
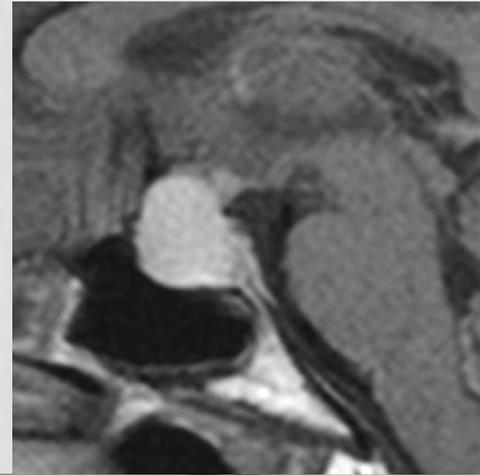
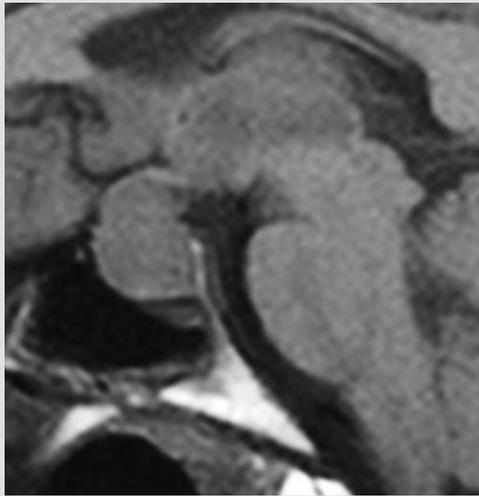
MACROADENOME HYPOPHYSAIRE



Zhang YQ, et al Anterior visual pathway assessment by magnetic resonance imaging in normal-pressure glaucoma. *Acta Ophthalmol.* 2012

Monteiro ML, Zambon BK Cunha LP Predictive factors for the development of visual loss in patients with pituitary macroadenomas and for visual recovery after optic pathway decompression. *Can J Ophthalmol.* 2010 Aug;45(4):404-8.

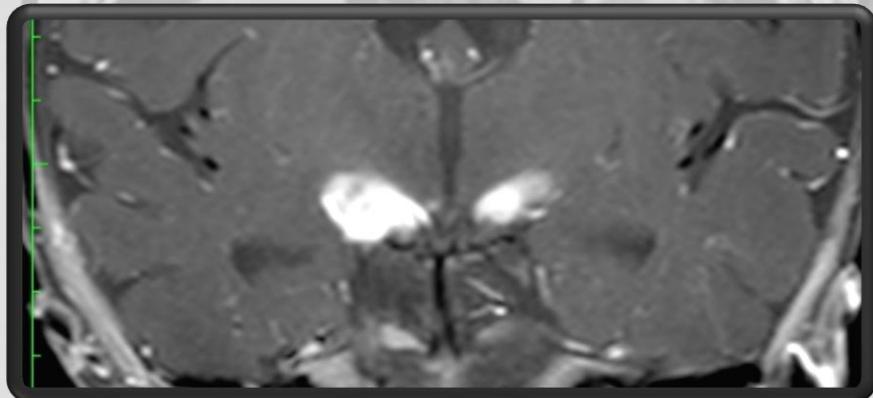
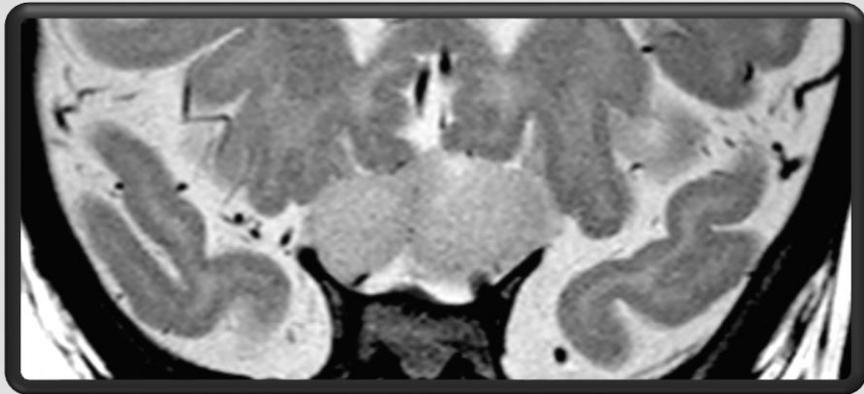
HYPOPHYSITE



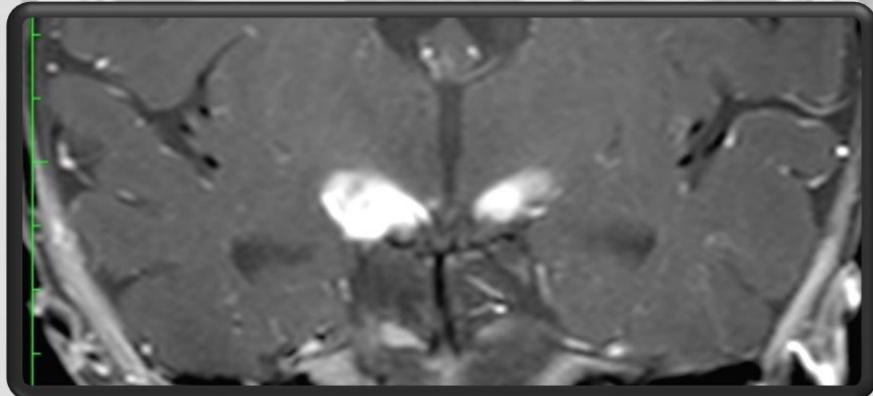
Nakata Y, Parasellar T2 dark sign on MR imaging in patients with lymphocytic hypophysitis. AJNR 2010

Gutenberg A. A radiologic score to distinguish autoimmune hypophysitis from nonsecreting pituitary adenoma preoperatively. AJNR2009

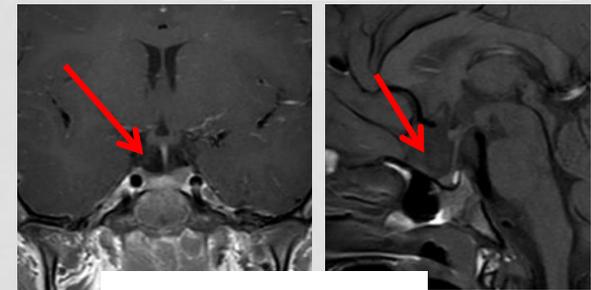
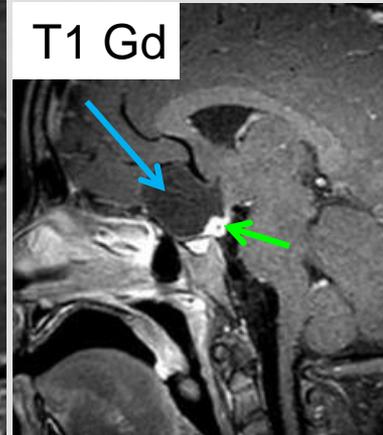
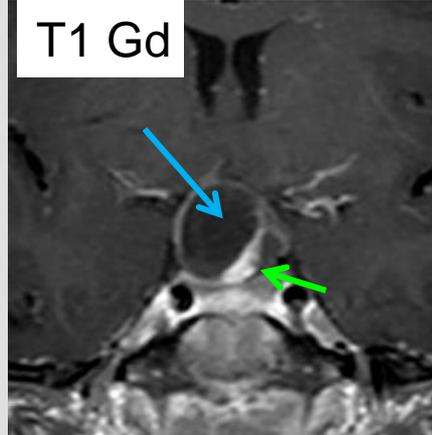
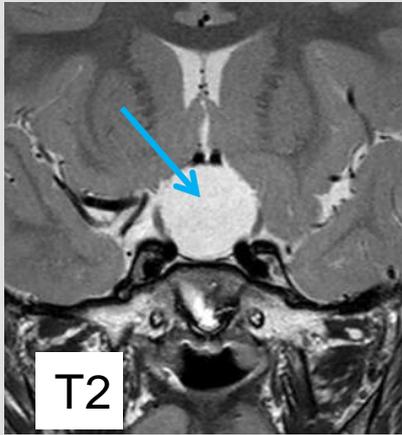
F 3 ans, baisse visuelle bilatérale
FO: atrophie optique bilatérale



F 3 ans, apparition récente d'un strabisme convergent
FO: atrophie optique bilatérale



Astrocytome pilocytique du chiasma



Crâniofaryngiome

Mortini P Neurosurgical treatment of craniopharyngioma in adults and children: early and long-term results in a large case series. J Neurosurg.2011 May;114(5):1350-9.

HEMIANOPSIE LATERALE HOMONYME BRUTALE

ISOLEE ou AUTRES SIGNES NEUROLOGIQUES PHASIQUES,
DEFICITAIRES

IRM VASCULAIRE THROMBOLYSE ou DIFFEREE

**URGENCE
VASCULAIRE**

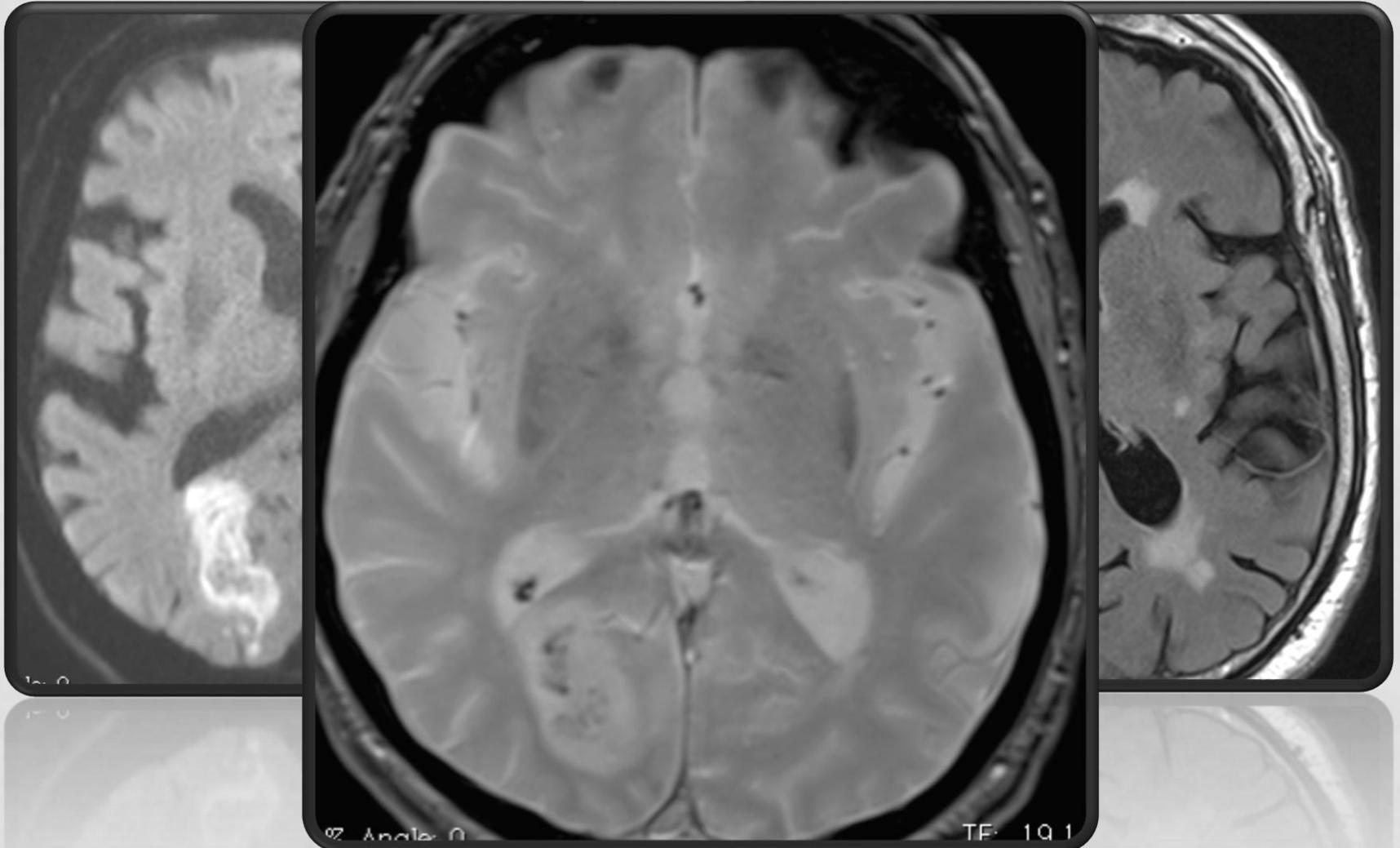
**ISCHEMIE
CEREBRALE POST ou
SYLVIENNE**

HEMATOME

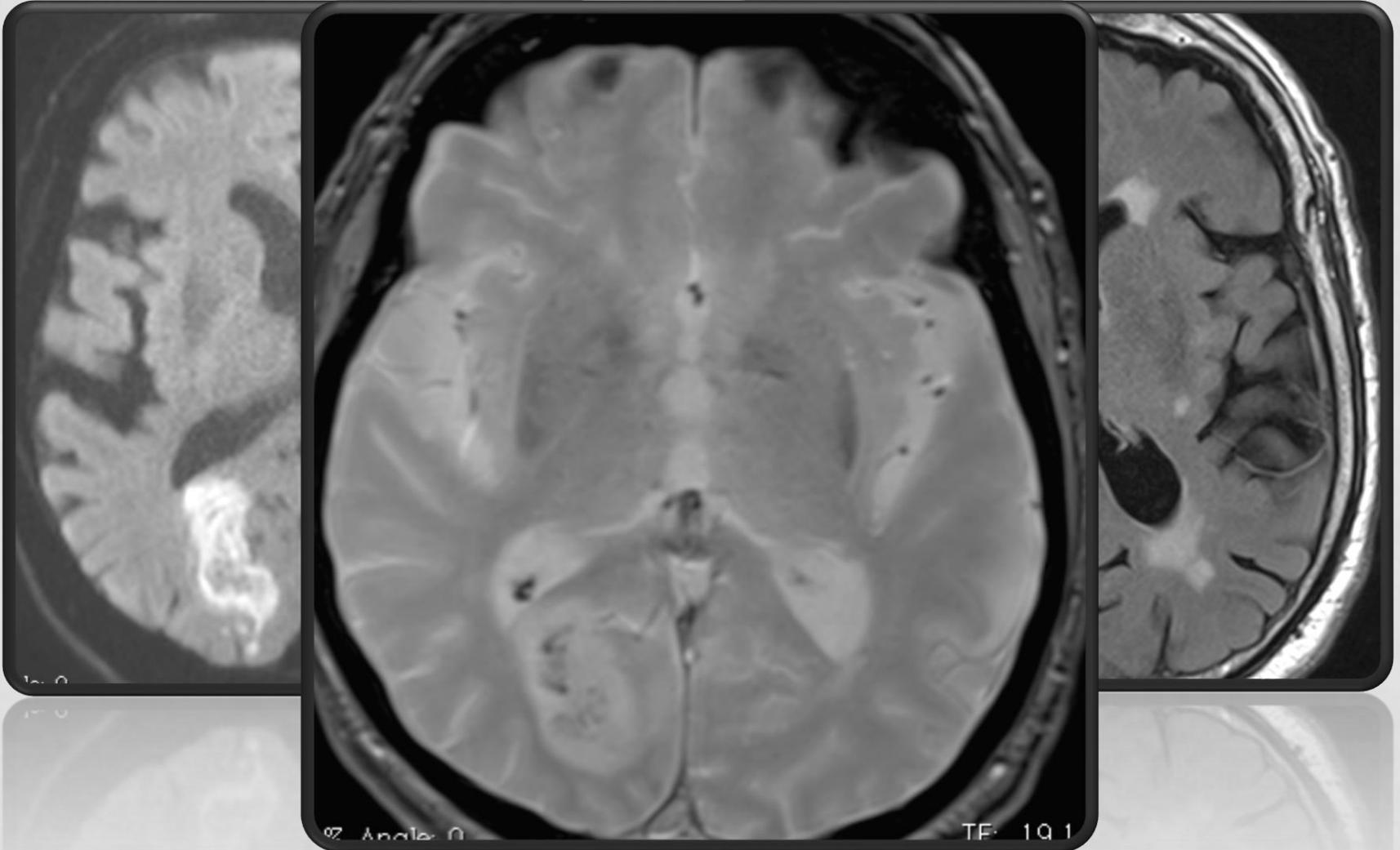
POST CRITIQUE

La lésion siège en arrière du chiasma, opposée à l'hémichamp visuel mal vu.

H 72 ans
HLH gauche brutale il y a 24 h.

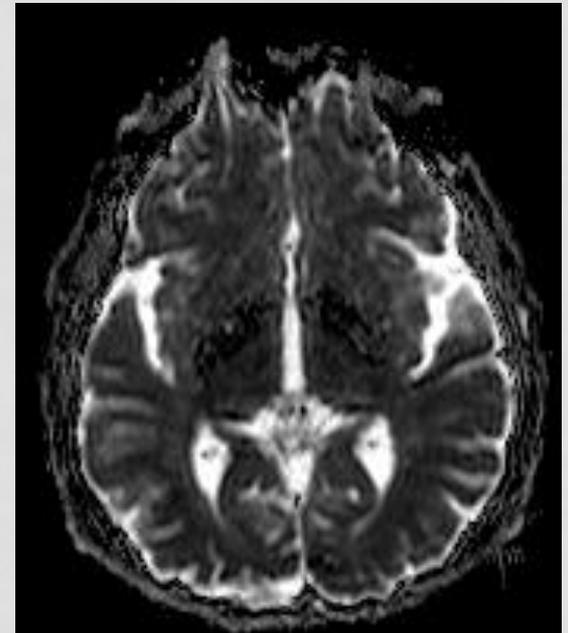
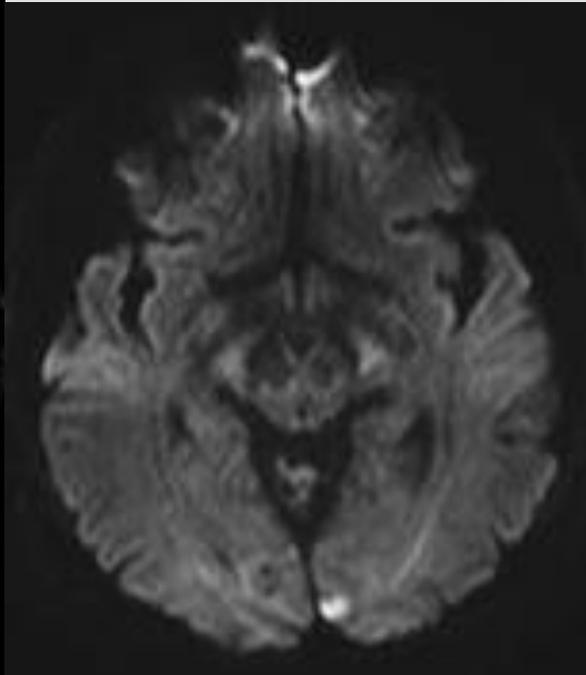
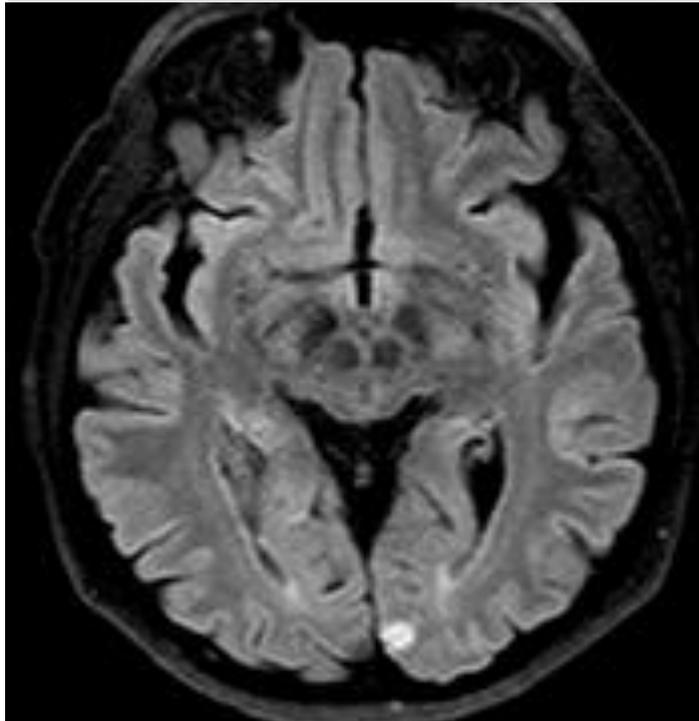
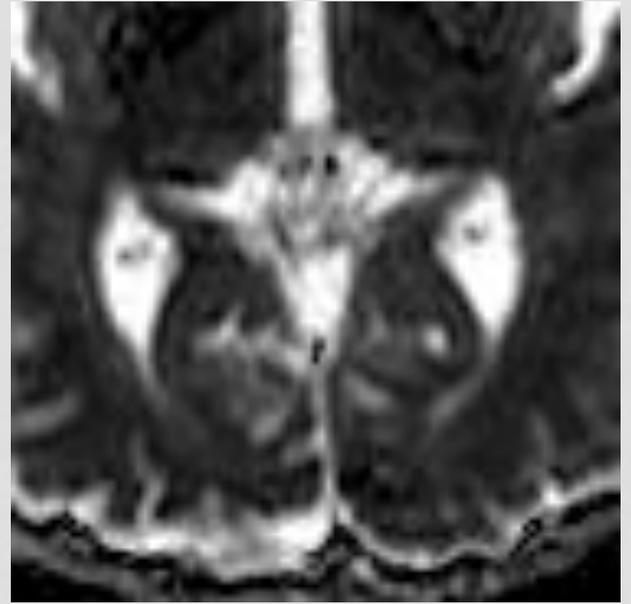


H 72 ans
HLH gauche brutale il y a 24 h.



Ischémie territoire cérébral postérieur droit

Bien regarder ! Parfois petit



Hématome Evacuation en urgence



**OEDEME PAPILLAIRE
BILATERAL OU NON**

OEDEME PAPILLAIRE BILATERAL (ou parfois unilatéral !)

HYPERTENSION INTRA-CRANIENNE

THROMBOSE
VEINEUSE
CEREBRALE

MASSE
INTRACRANIENNE

URGENCE
VITALE

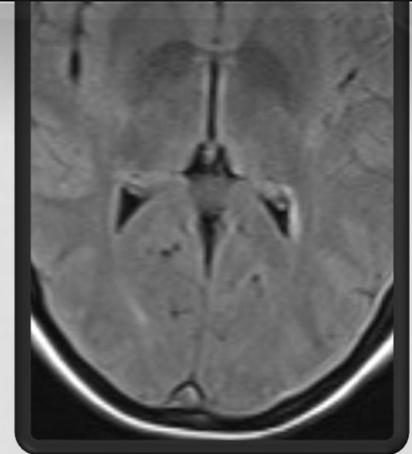
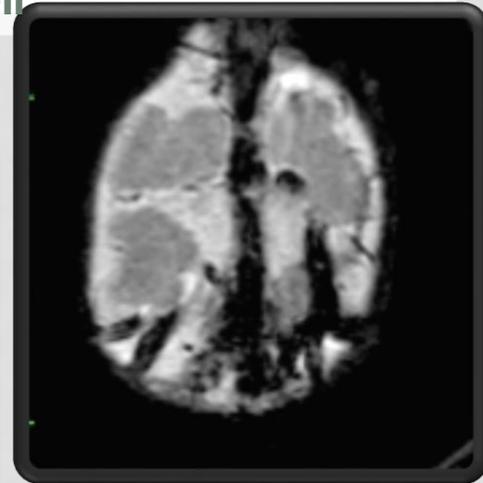
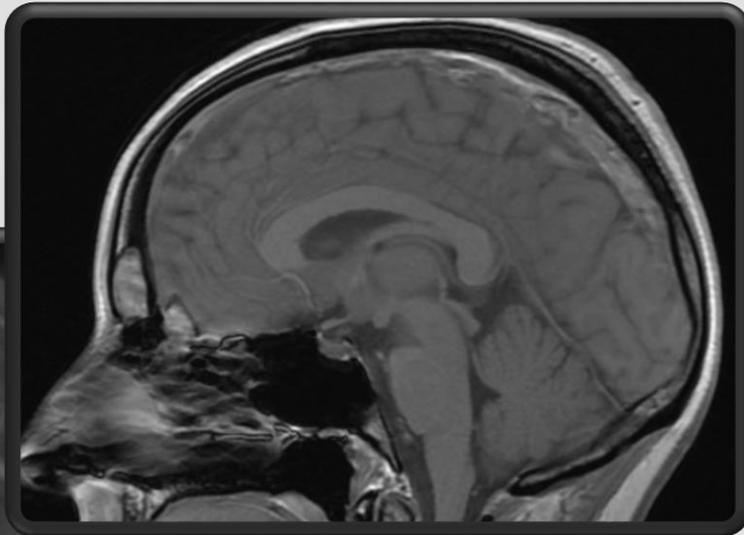
HIC IDIOPATHIQUE

SEMI-
URGENCE

HTA MALIGNE

RECHERCHE DE MASSE INTRA-CRANIENNE
+ IMAGERIE VEINES CEREBRALES EN URGENCE

F 36 ans
Paralysie du VI gauche
Céphalées évoluant depuis 4 jours
Œdème papillaire bilatéral au fond d'oeil



TVC du sinus longitudinal supérieur et des veines corticales

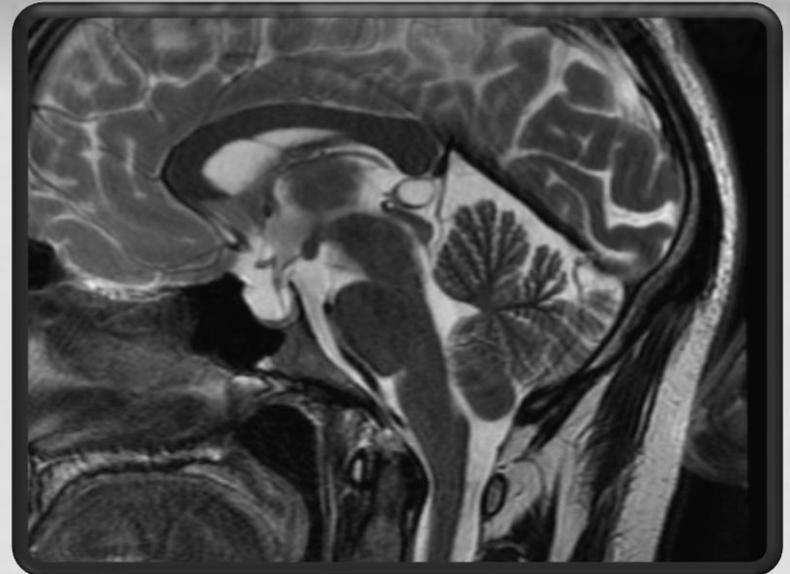
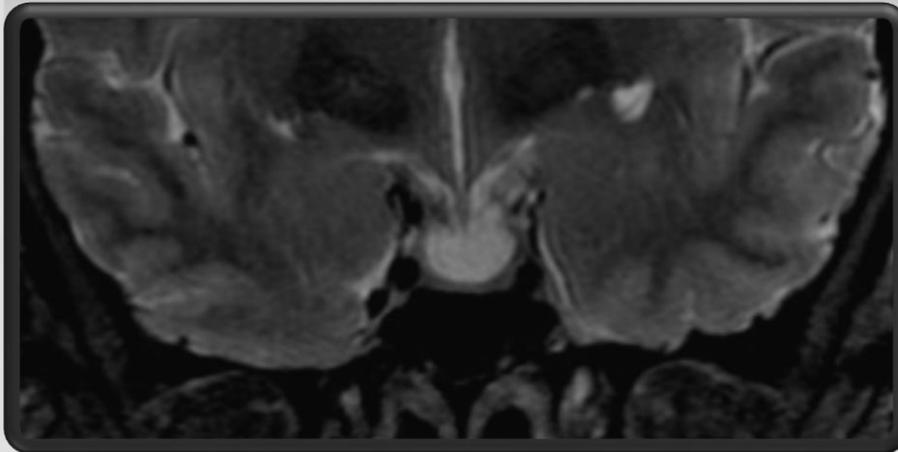
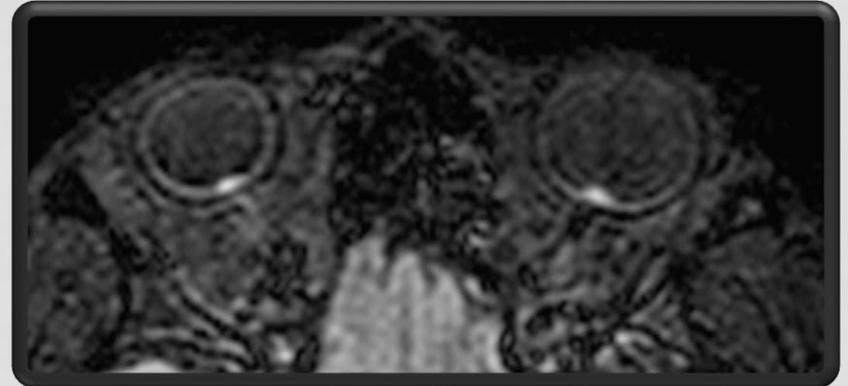
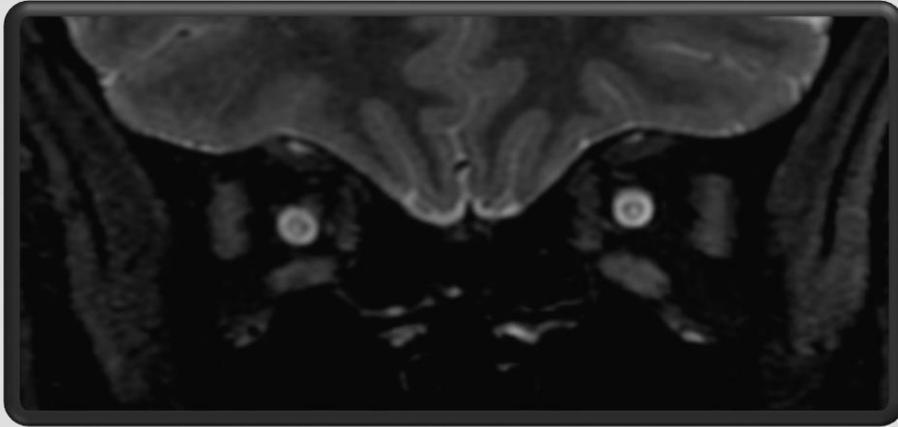
F 30 ans

Trouble visuel bilatéral d'aggravation progressive depuis 1 mois

Céphalées continues à prédominance matinale depuis 3 mois

Acouphènes pulsatiles intenses

Notion de prise de poids récente



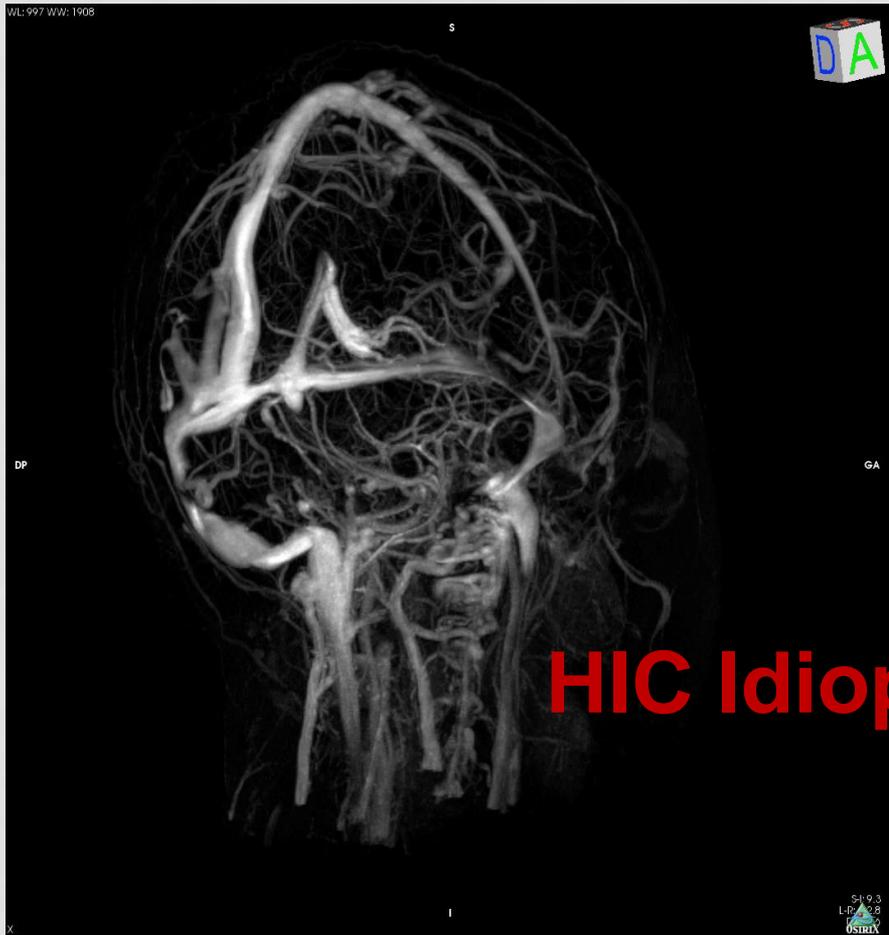
F 30 ans

BAV bilatérale d'aggravation progressive depuis 1 mois

Céphalées continues à prédominance matinale

Acouphènes pulsatiles intenses

Notion de prise de poids récente



HIC Idiopathique

POUR RESUMER URGENCES EN VISION

URGENCES ABSOLUES

BAV POST TRAUMA

LESION NERF OPTIQUE
TDM? VOIRE IRM

CMT

STENOSE CAROTIDIENNE,
DISSECTION
TDM, EDC, IRM

BAV, HLH BRUTALE

AVC ? HEMATOME ?
IRM OU TDM

BAV BILATERALE BRUTALE

APOPLEXIE PITUITAIRE

OEDEME PAPILLAIRE, HTIC

TUMEUR? THROMBOSE...
IRM ou TDM

URGENCES RELATIVES

BAV PROGRESSIVE

NEVRITE? COMPRESSION
IRM

HLH ou HBT PROGRESSIVE

TUMEUR? INFLAMMATION
IRM

TROUBLES OCULOMOTEURS

DIPLOPIE VERTICALE BRUTALE DANS UN CONTEXTE DE CEPHALEES INTENSES

ISOLEE ou AUTRES SIGNES NEUROLOGIQUES PHASIQUES, DEFICITAIRES, TROUBLES DE LA CONSCIENCE

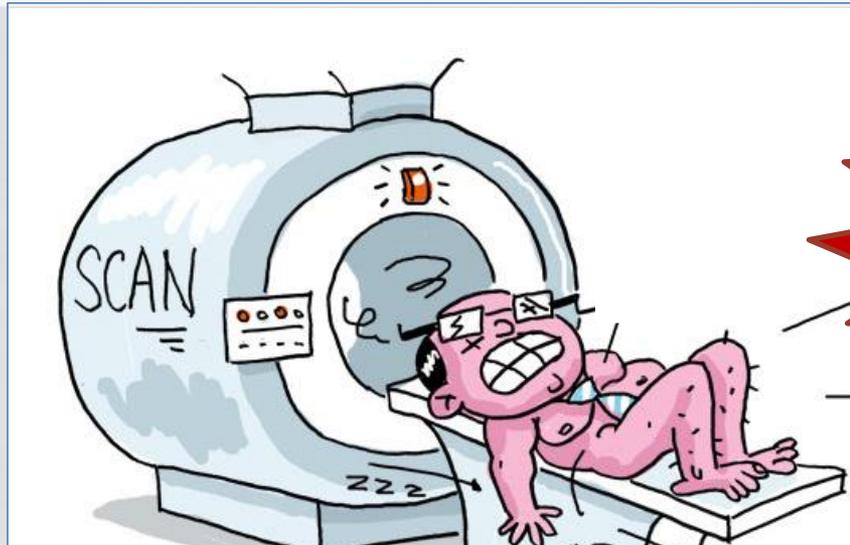
TDM SANS INJECTION + ANGIOSCANNER

RUPTURE D'ANEVRISME AU CONTACT DU III

**URGENCE
VITALE**



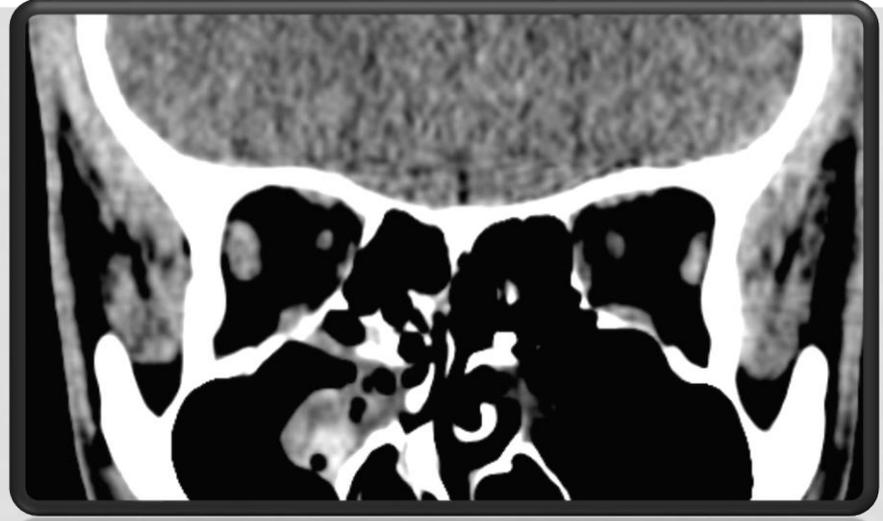
DIPLOPIE POST TRAUMATIQUE IMMEDIATE



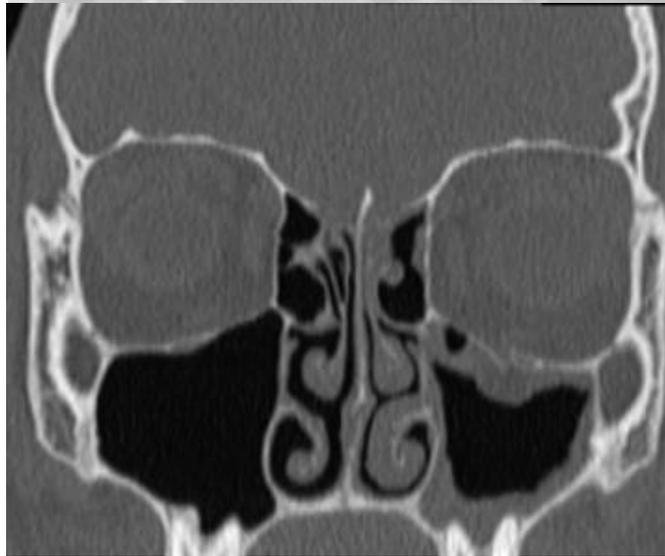
URGENCE

- **Bilan osseux et parties molles**
- **ON RECHERCHE L'INCARCERATION MUSCULAIRE QUI JUSTIFIE UNE INTERVENTION EN URGENCE**

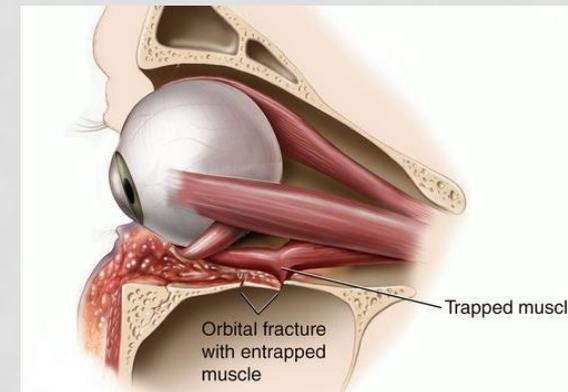
**Un traumatisme facial reste un traumatisme crânien et du rachis cervical haut jusque preuve du contraire
Bilan encéphalique et jonction cervico-occipital**



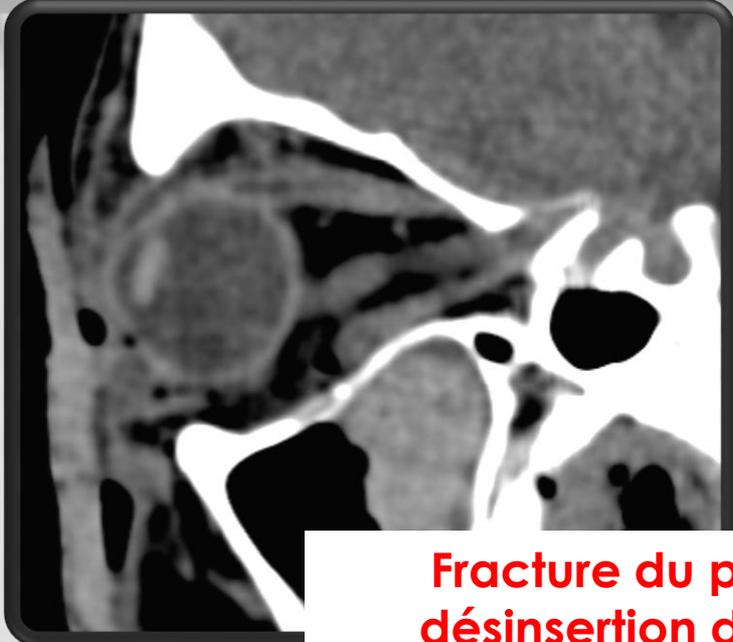
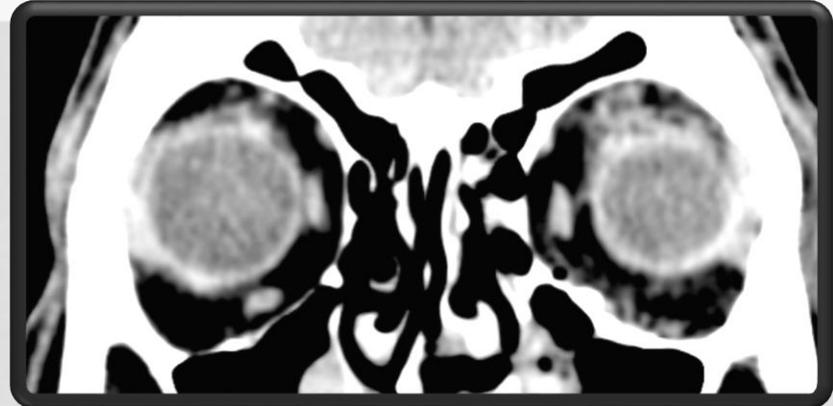
Fracture en trappe avec incarceration musculaire



- **Enfant / adulte jeune**
- **Risque d'ischémie musculaire**
- **Urgence thérapeutique**



H 44 ANS, AVP AVEC TRAUMATISME FACIAL
DIPLOPIE VERTICALE



**Fracture du plancher orbitaire avec
désinsertion du muscle droit inférieur**

PTOSIS, MYOSIS DANS UN CONTEXTE DOULOUREUX

NOTION DE TRAUMATISME, DE MANIPULATION VERTEBRALE

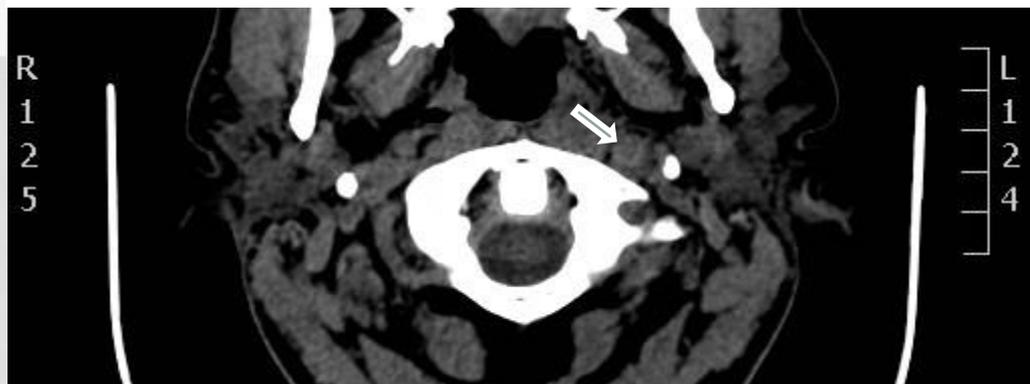
DISSECTION CAROTIDIENNE

URGENCE

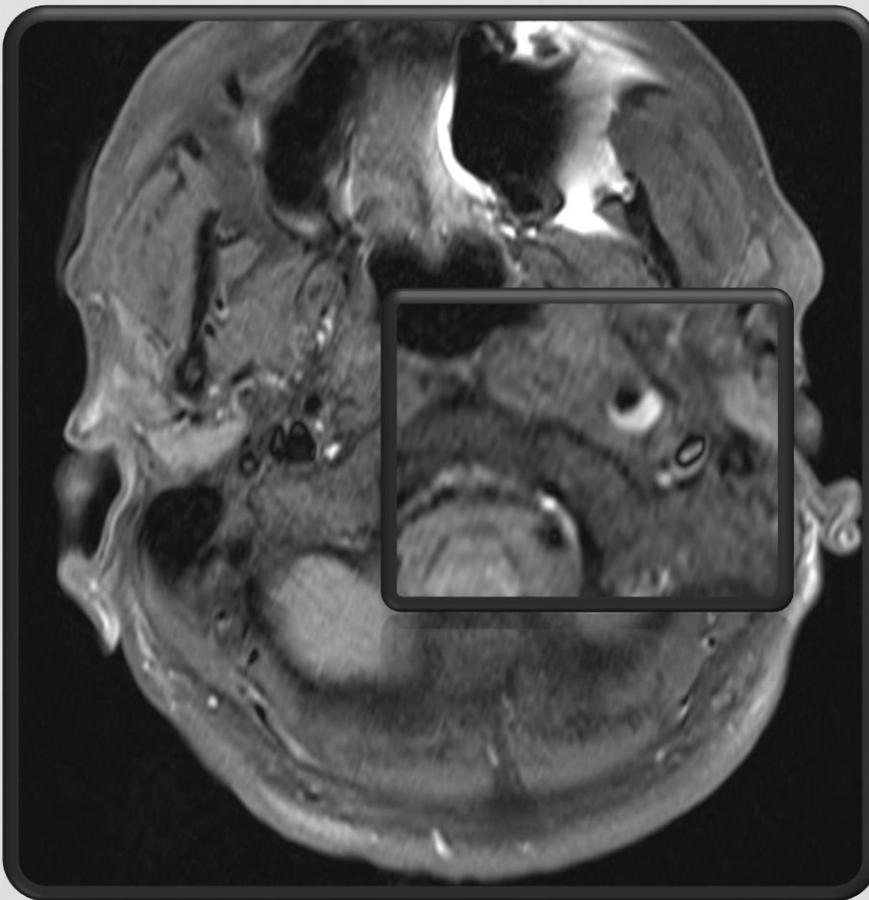
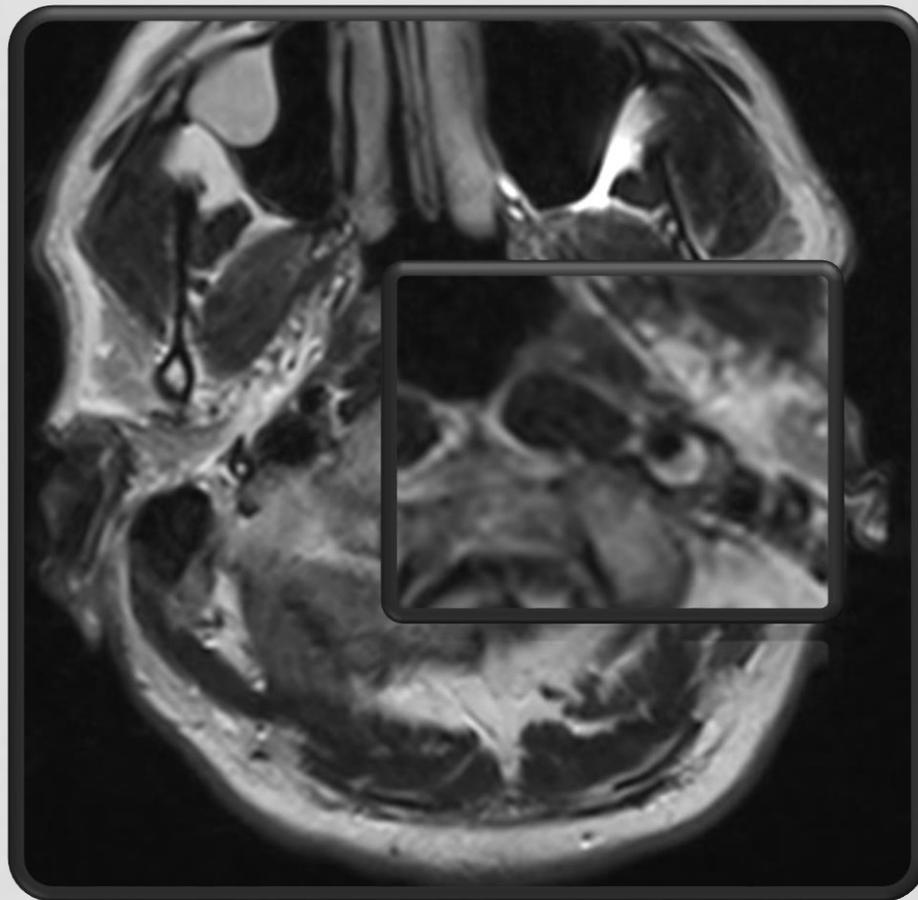
RECHERCHE HEMATOME, TSA ET BILAN DES EVENTUELLES
COMPLICATIONS CEREBRALES

IRM au mieux
Ou
TDM avec ANGIOSCANNER

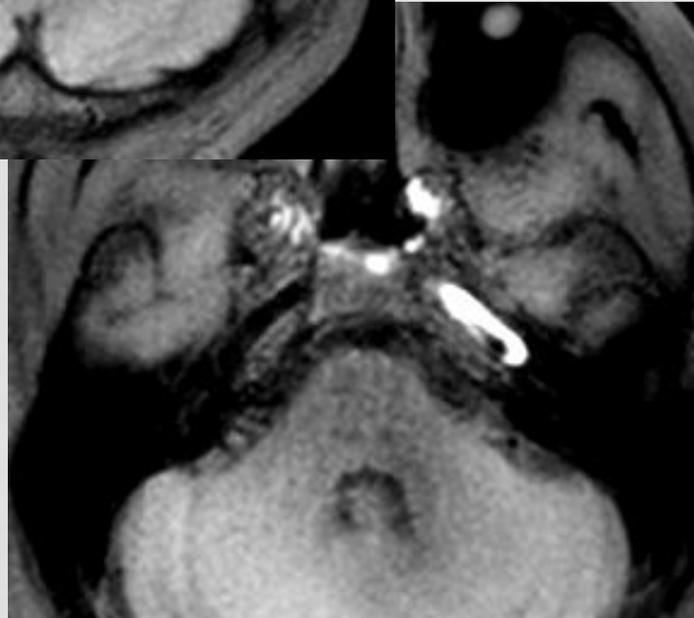
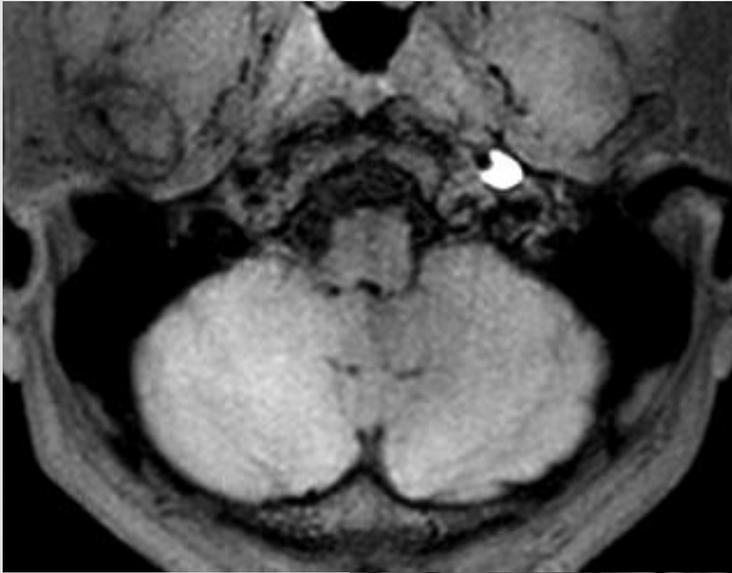
H 51 ans, consultant pour céphalées hémicrâniennes gauches et CBH gauche évoluant depuis 72 h



**H 51 ans, consultant pour céphalées hémicrâniennes
gauches et CBH gauche évoluant depuis 72 h**

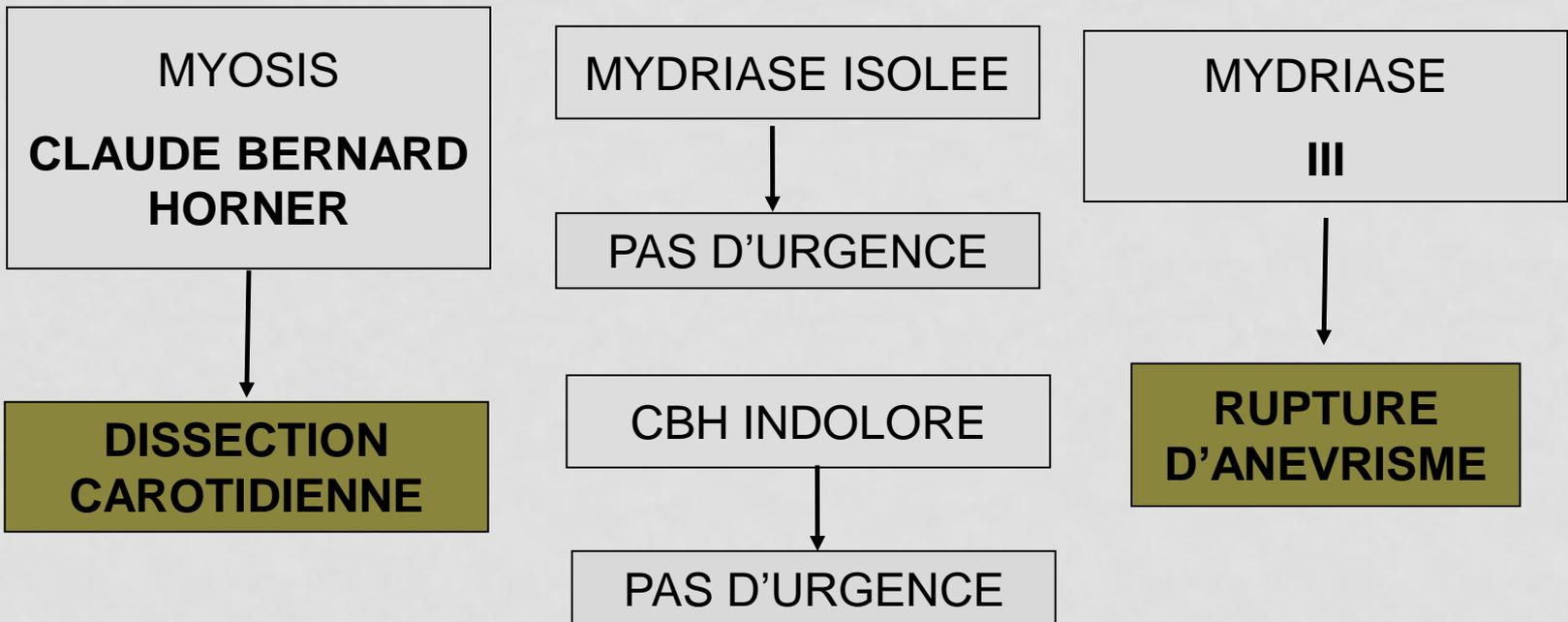


22 ans CBH gauche brutal il y a 5 jours.
Céphalées.
Hématome Extension intracrânienne
Pas d'anticoagulants



POINT SUR ANOMALIES PUPILLAIRES ET URGENCE

PTOSIS ET DOULEUR ASSOCIES



DIPLOPIE BRUTALE PEU ou NON DOULOUREUSE

ISOLEE ou ASSOCIEE A DES SIGNES DU TRONC

AVC ou HEMATOME
DU TRONC

ISCHEMIE DU NERF
(HORTON, DIABETE... ?)

MYASTHENIE GRAVE

**URGENCE
VASCULAIRE**

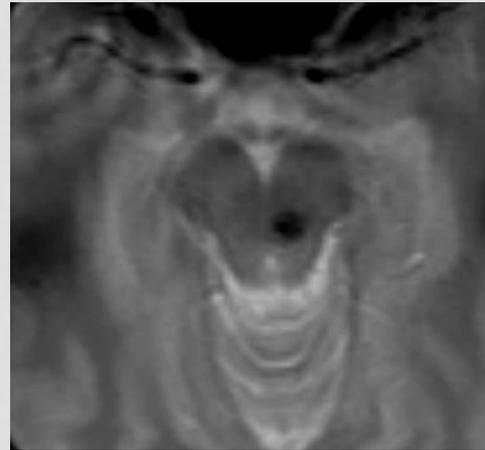
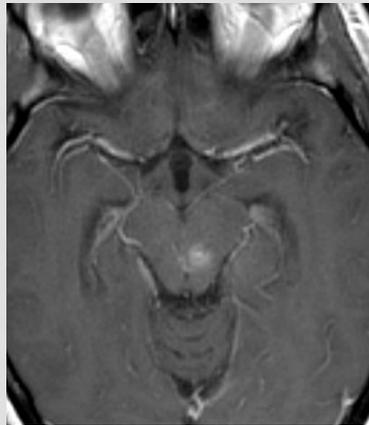
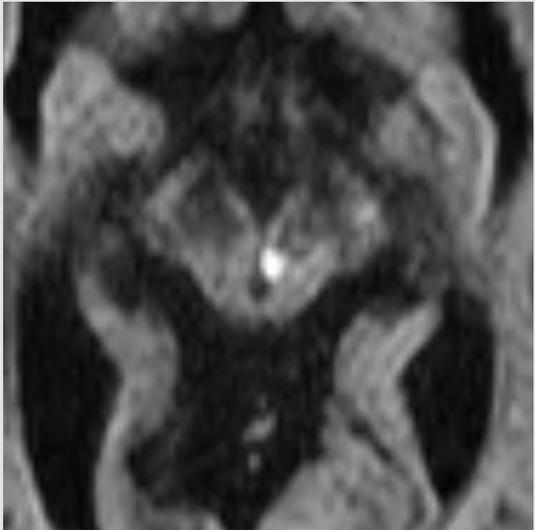
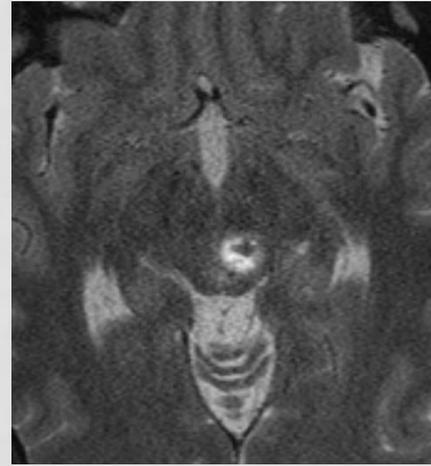
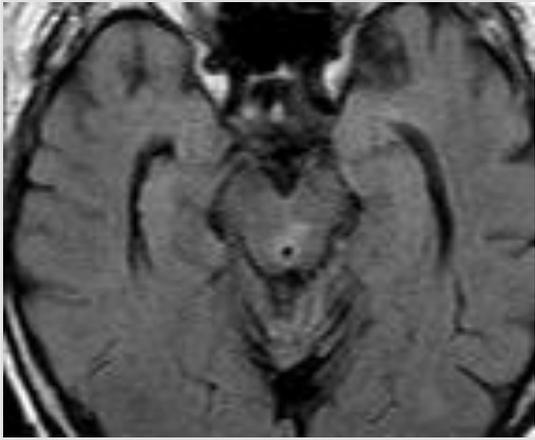
**URGENCES
THERAPEUTIQUES**

BILAN AVC

IMAGERIE A
DISCUTER

SCAN THORAX
en bilan

Si NEGATIF, ET CLINIQUE NON RESOLUTIVE, IMAGERIE CENTREE
SUR LE TRAJET DU NERF OCULOMOTEUR ATTEINT



Mlle V, 28 ans, pilote de ligne
Syndrome de Parinaud d'apparition
brutale : Cavernome du tronc

AVC ischémique

DIPLOPIE PROGRESSIVE AVEC SIGNES DU TRONC, TROUBLE DE L'OCULOMOTRICITE CONJUGUEE (OIN...)

RECHERCHER UNE LESION DU TRONC CEREBRAL

TUMEUR

INFECTION
INFLAMMATION

AFFECTION
METABOLIQUE

Gayet Wernicke...

SEMI-
URGENCE

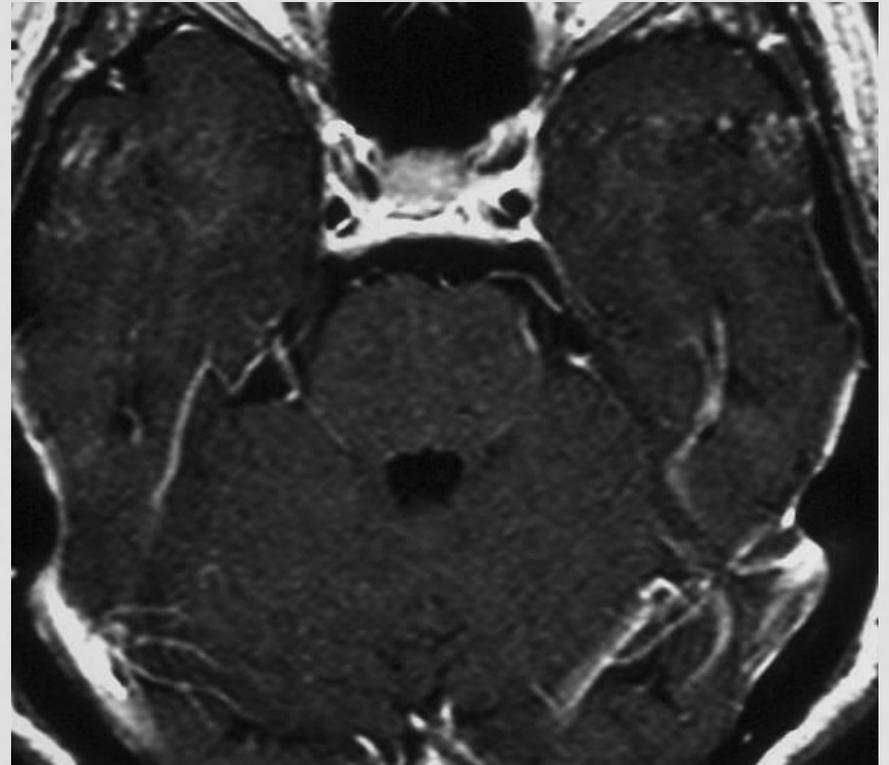
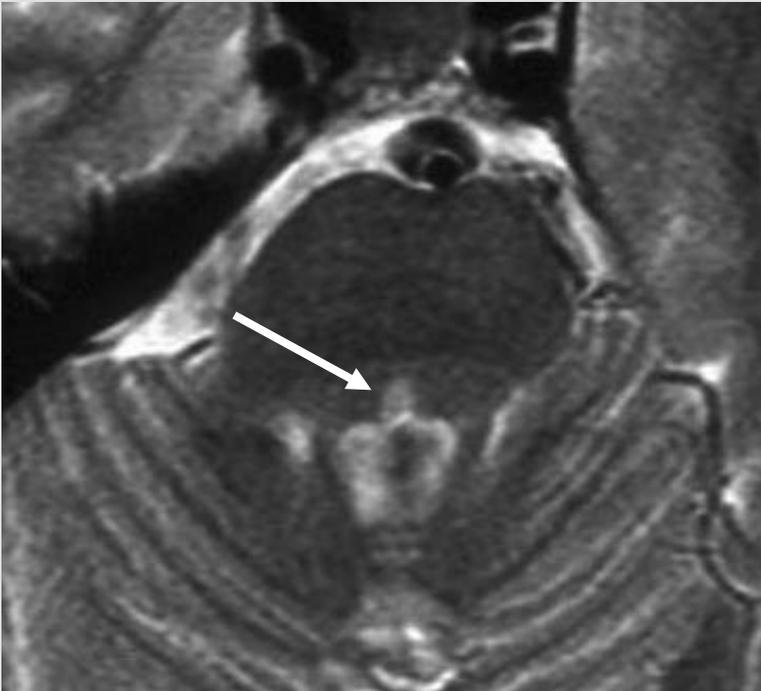
DEPEND VRAIMENT DE LA CLINIQUE ASSOCIEE

TROUBLE DE L'OCULOMOTRICITE CONJUGUEE

PENSER AU TRONC CEREBRAL

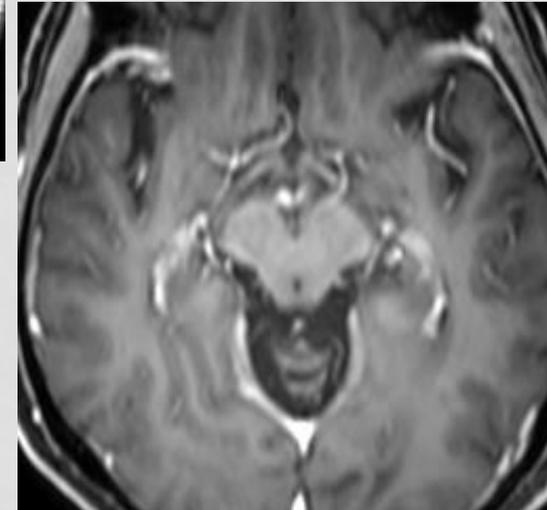
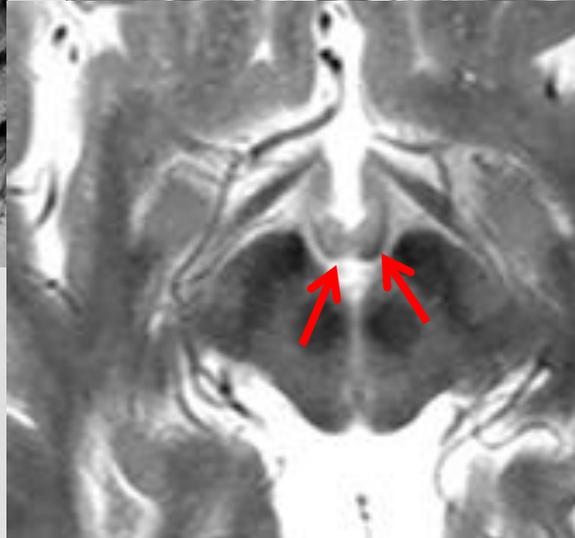
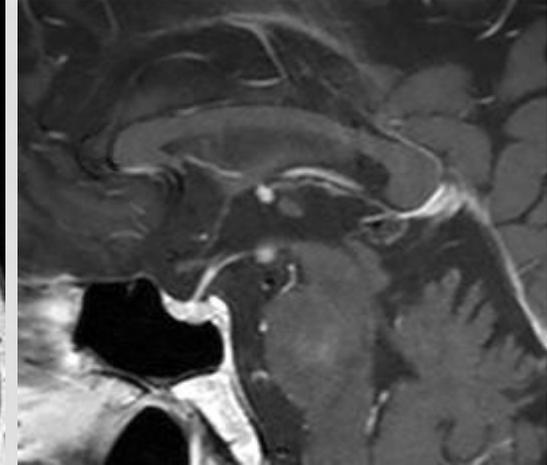
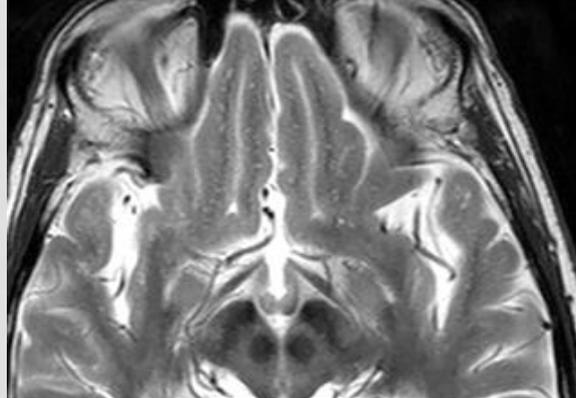
OIN

Une seule localisation possible : la bandelette longitudinale postérieure



DIPLOPIE, CONFUSION, TROUBLES DE LA MARCHÉ :

Même en l'absence d'exogénose, penser au Gayet Wernicke



DIPLOPIE AVEC SIGNES D'ATTEINTE DU SINUS CAVERNEUX

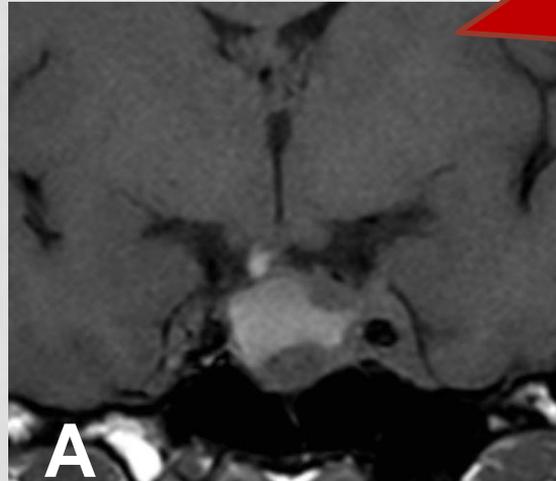
NERFS DE L'OCULOMOTRICITE +V+ Σ (CBH = ptosis+myosis)

BRUTALE, CEPHALAGIES INTENSES (pseudo HM), DIPLOPIE

**APOPLEXIE
PITUITAIRE**

IRM REGION SELLAIRE ET CHIASMA

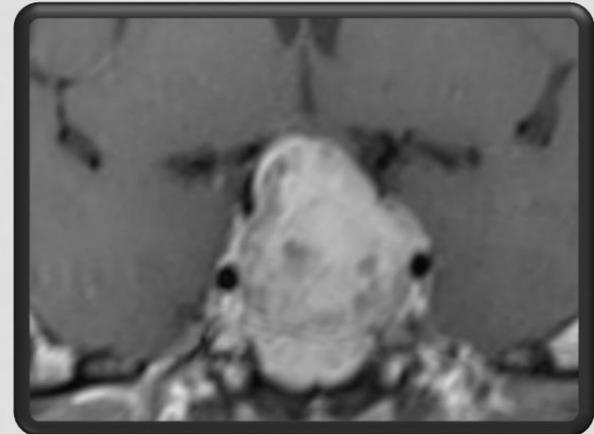
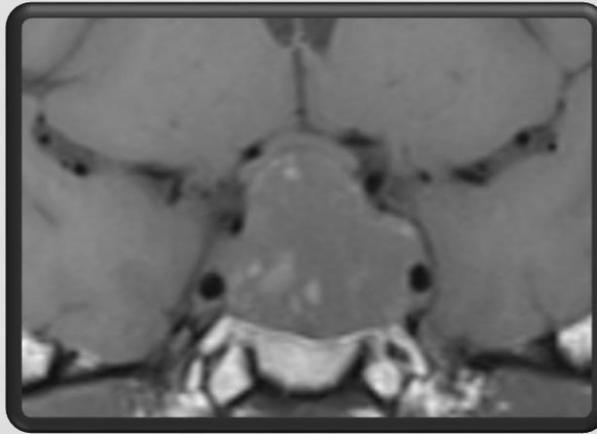
**URGENCE
VITALE**



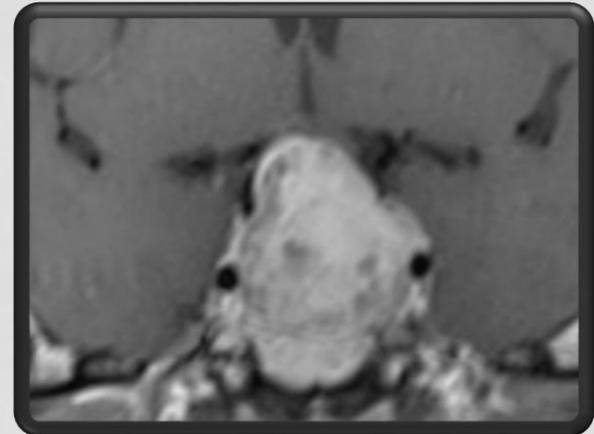
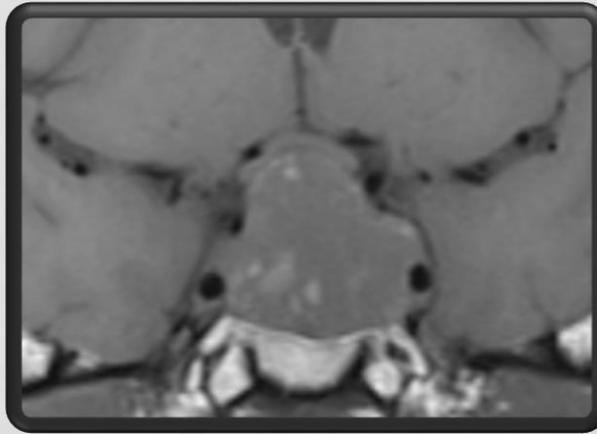
Pas d'anévrisme, pas d'hémorragie méningée ?

ATTENTION A LA NECROSE ADENOMATEUSE FUSANT VERS LES SINUS CAVERNEUX

H 67 ans
Céphalées intenses 24 h avant la diplopie
AV: CLD 50 cm OD
1/10 OG
Marcus Gunn D



H 67 ans
Céphalées intenses 24 h avant la diplopie
AV: CLD 50 cm OD
1/10 OG
Marcus Gunn D



**Compression chiasmatique sur
apoplexie hypophysaire**

DIPLOPIE AVEC SIGNES D'ATTEINTE DU SINUS CAVERNEUX

NERFS DE L'OCULOMOTRICITE +V+ Σ (CBH = ptosis+myosis)

PROGRESSIVE

IRM REGION SELLAIRE ET CHIASMA

URGENCE

DOULOUREUSE ?

INFLAMMATION

INFECTION

THROMBOSE

ANEVRISME

AVEC BAV?

APEX ORBITAIRE

**POST TRAUMA
AVEC SIGNES
ORBITAIRES
(exophtalmie,
chemosis?)**

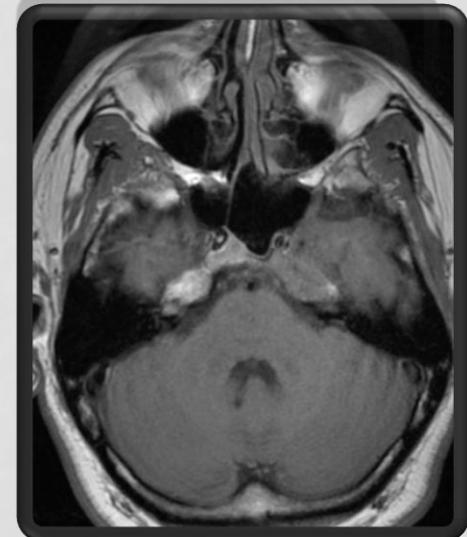
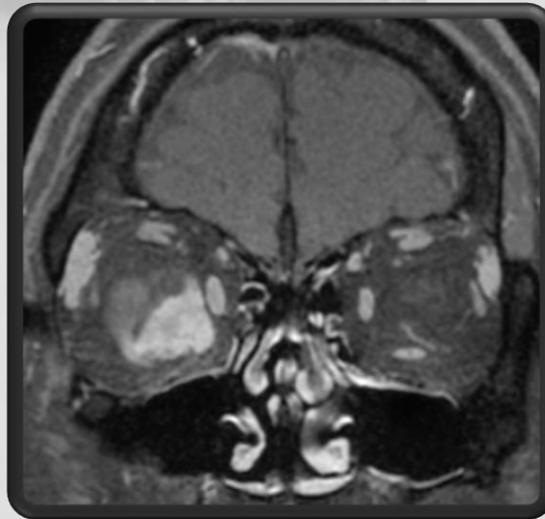
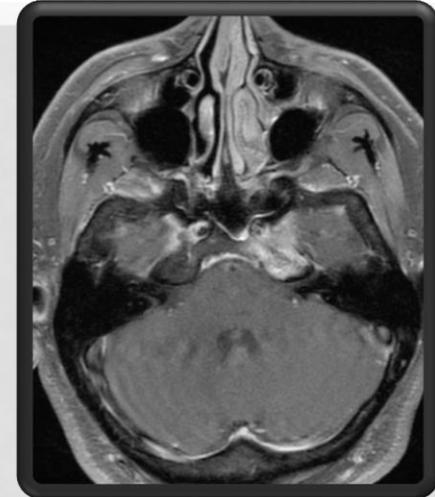
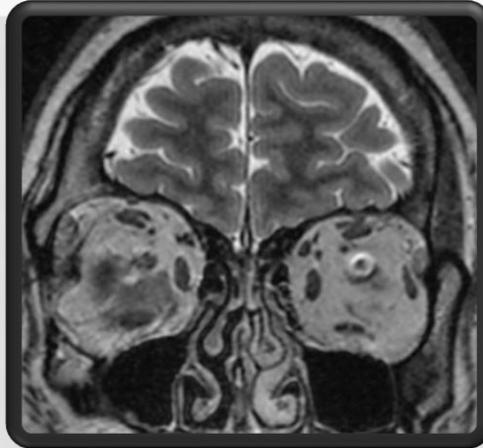
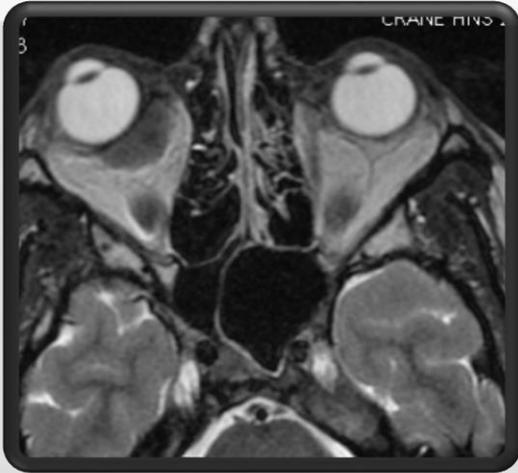
**FISTULE
CAROTIDO
CAVERNEUSE
DIRECTE**

**SEMI-
URGENCE**

IRM >>>> TDM

PAS DE PARALLELISME TAILLE DE LA LESION / INTENSITE DES SIGNES CLINIQUES

H 24 ans
Diplopie binoculaire brutale
VI gauche



Sarcoidose

Tableau clinique très bruyant chez l'immunodéprimé, avec infiltration des sinus caverneux et sphénoïdaux

Infection fongique

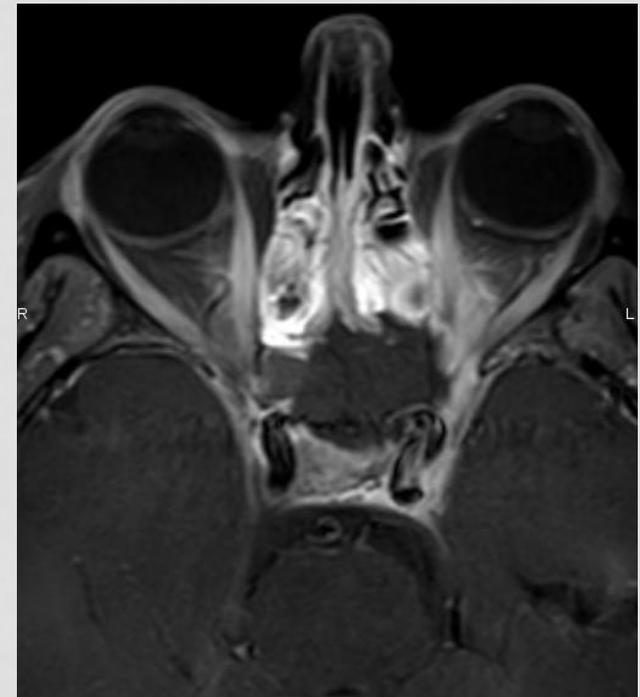
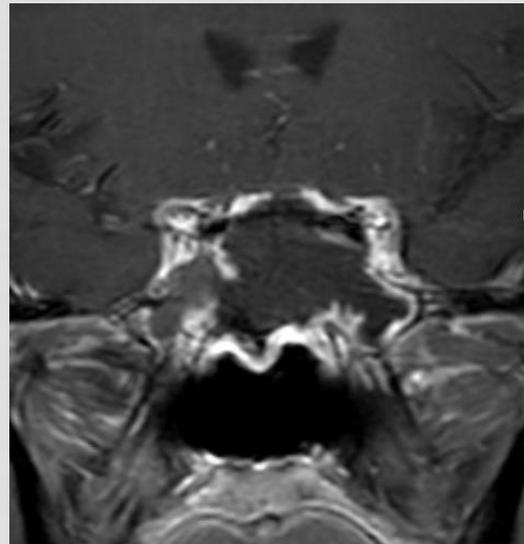
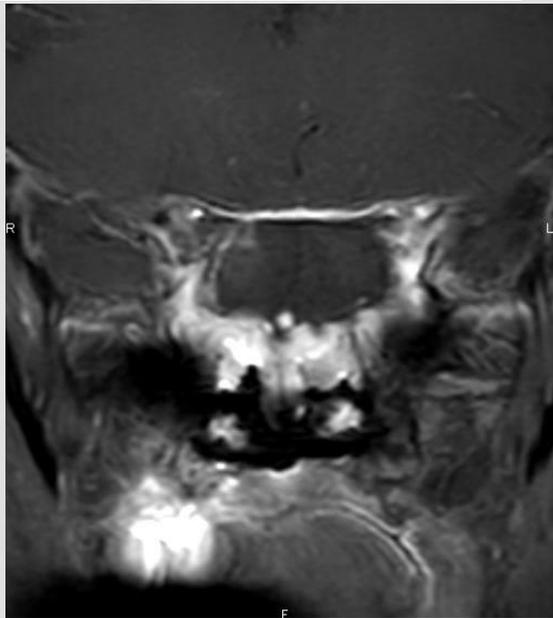
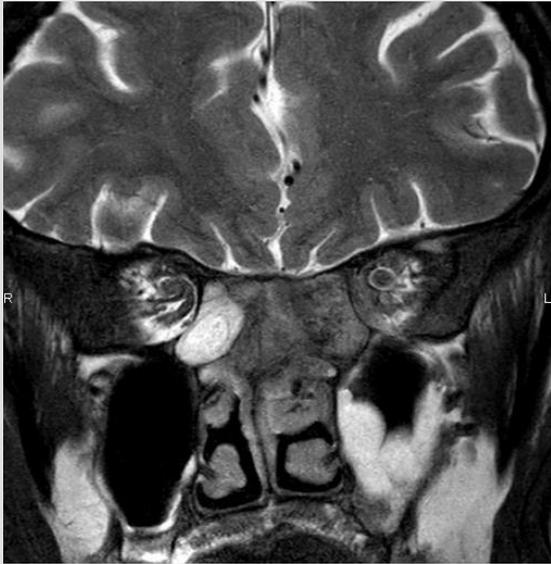
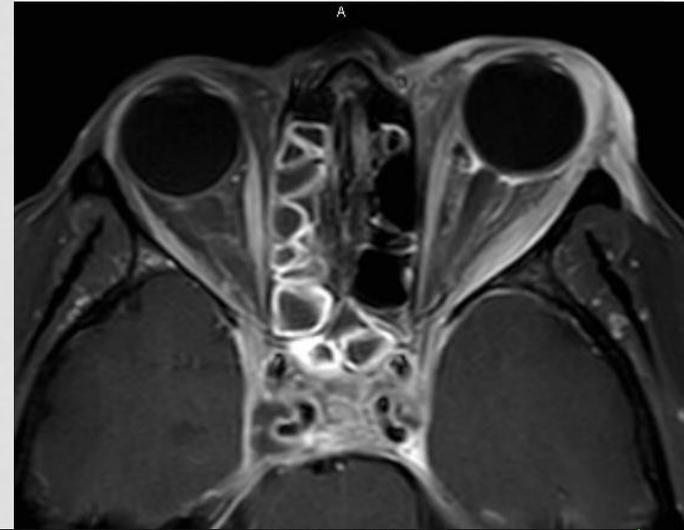
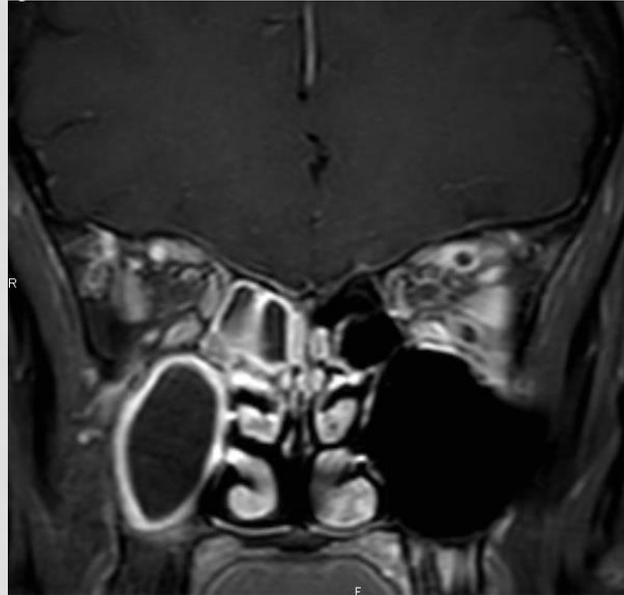
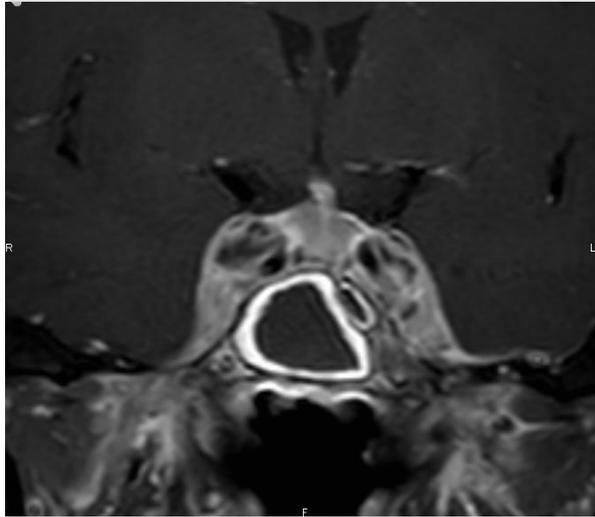


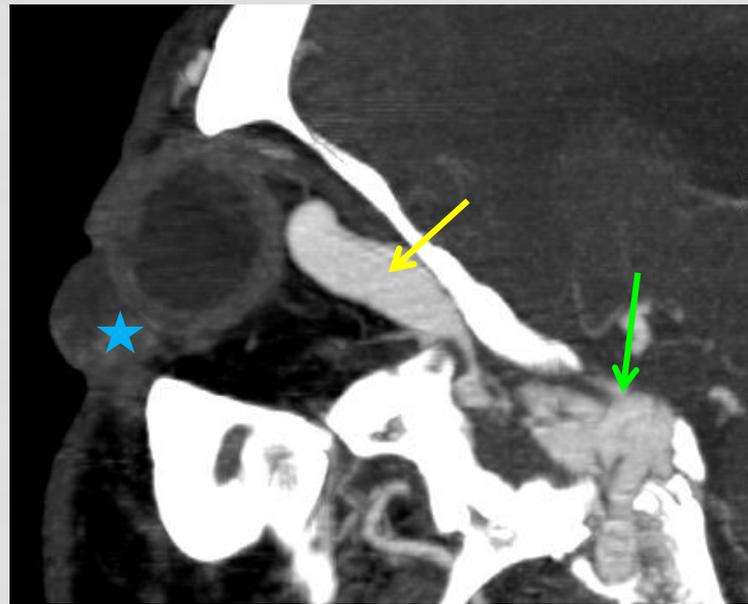
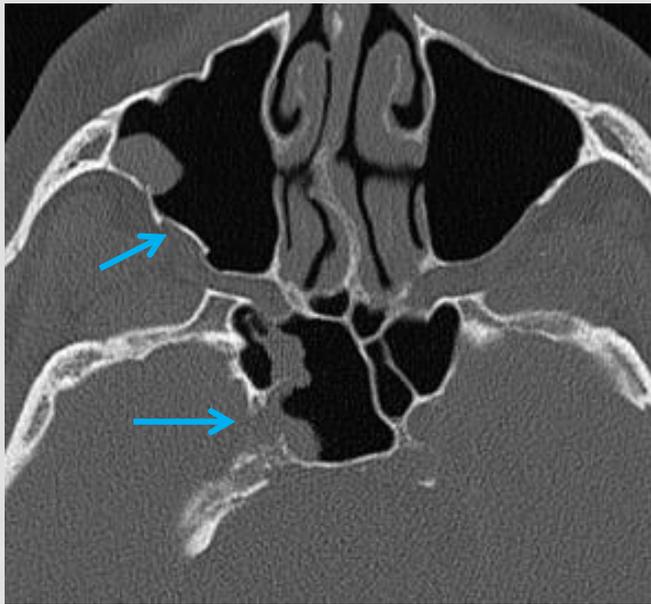
Tableau clinique très bruyant avec douleur intense et gêne au retour veineux franc

thrombose veineuse du sinus caverneux.



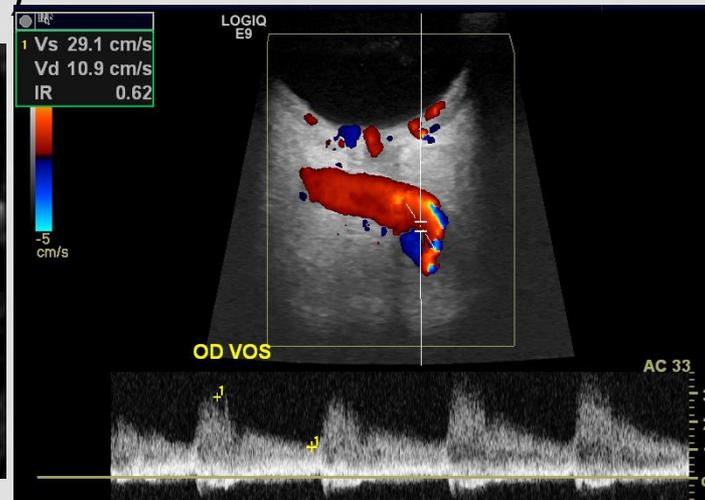
Pansinusite compliquée d'exophtalmie gauche.

Thrombose veineuse VOS, SC



Fracture de la base (→)
 œdème palpébral inférieur droit (★).
 Volumineuse veine ophtalmique supérieure droite (→)
 Volumineux sinus caverneux

Rôle majeur de l'EDC
 VOS inversée, artérialisée



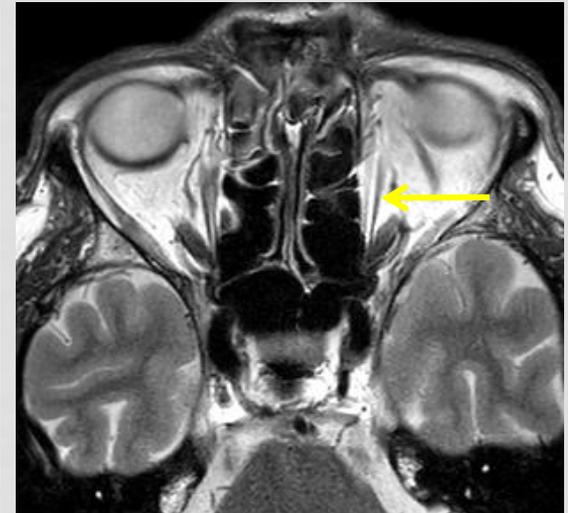
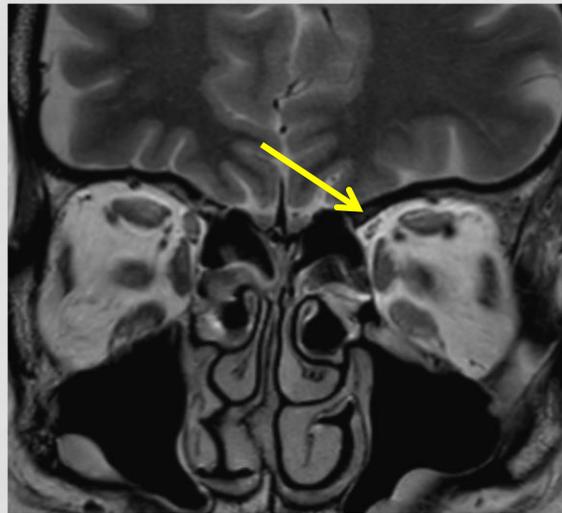
DIPLOPIE OBLIQUE BRUTALE

Gênant en particulier la lecture et la descente des escaliers.

Atrophie du muscle oblique supérieur gauche (→).

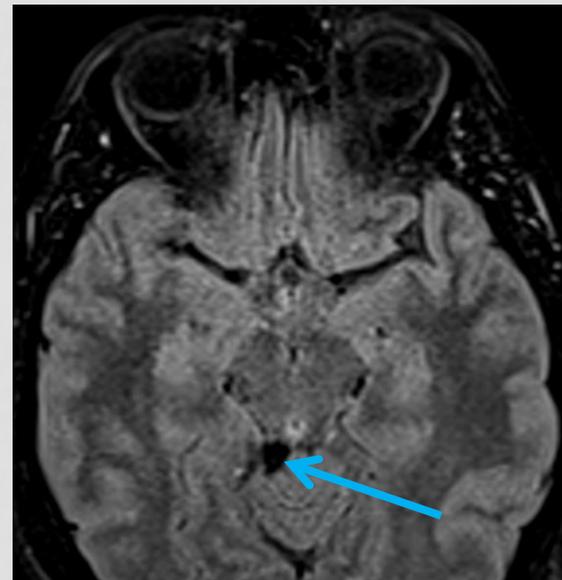
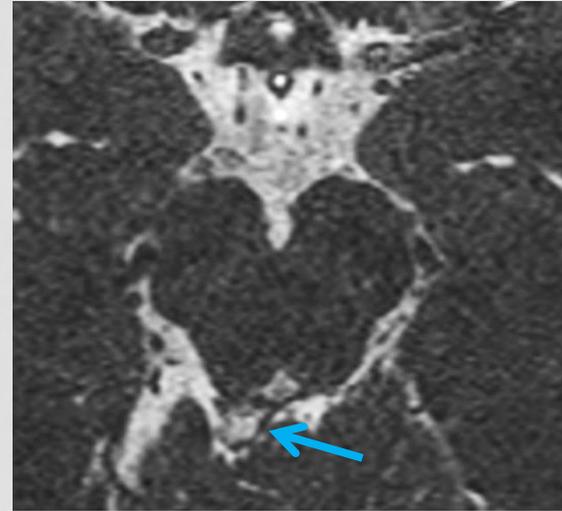
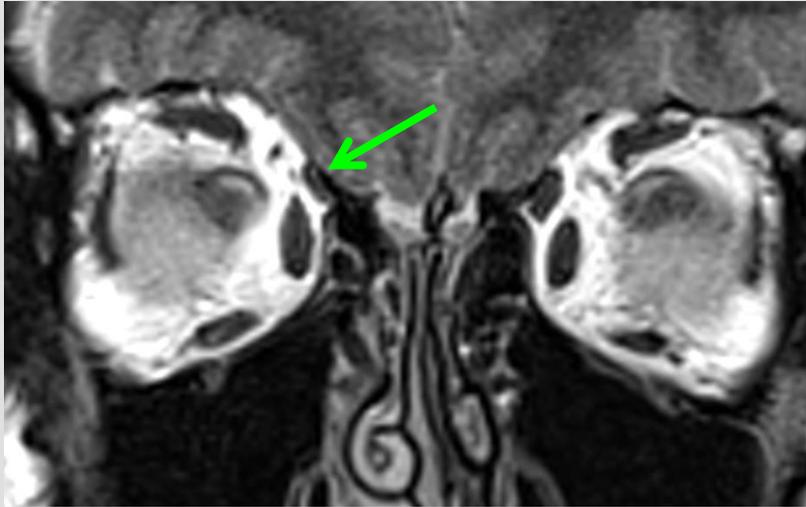


O.S.G



Photos de famille, tête penchée du côté opposé à l'atrophie, IRM encéphale normale, atrophie de l'oblique supérieur

Parfois on trouve autre chose : probable cavernome



URGENCES EN OCULOMOTRICITE

URGENCES ABSOLUES

III ET CEPHALEE

RUPTURE D'ANEVRISME
TDM + ANGIOSCANNER

DIPLOPIE POST TRAUMATIQUE

INCARCERATION
TDM

CBH + DOULEUR

DISSECTION CAROTIDIENNE
IRM

DIPLOPIE BRUTALE+/- signes d'atteinte du tronc cérébral

AVC ? HEMATOME ?
IRM OU TDM

DIPLOPIE BRUTALE + CEPHALEE

NECROSE ADENOMATEUSE : IRM

URGENCES RELATIVES

DIPLOPIE PROGRESSIVE INDOLORE, TROUBLE OC MOT CONJUGUEE

COMPRESSION ?
INTRINSEQUE
IRM

VI BILATERAL

HTIC ?
IRM OU TDM

IV UNI OU BILATERAL

REGARDER LES ORBITES

TAKE HOME MESSAGES

A RETENIR



URGENCE

POST TRAUMATIQUE
BRUTAL
DOULOUREUX

PETITE LESION / GROS EFFETS

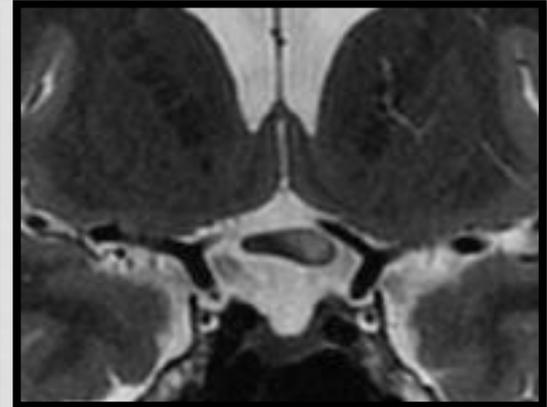
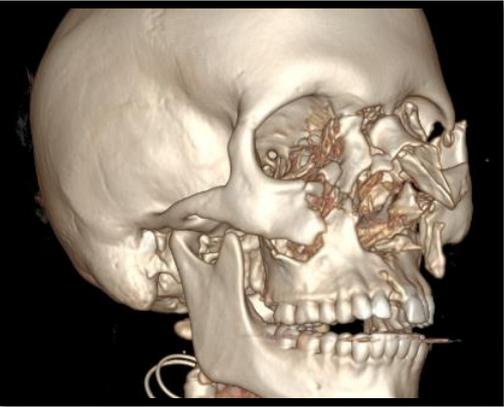
SAVOIR CE QU'ON CHERCHE
et OU LE CHERCHER

CLINIQUE FONDAMENTALE

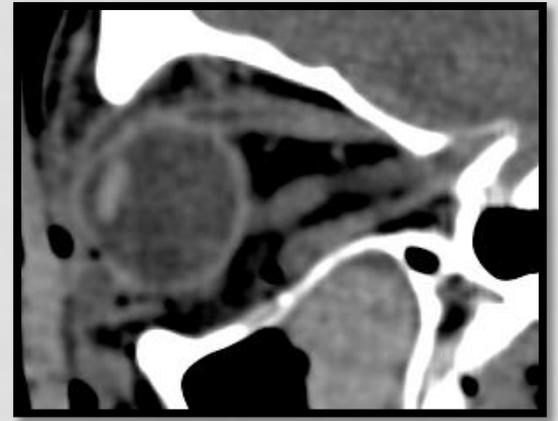
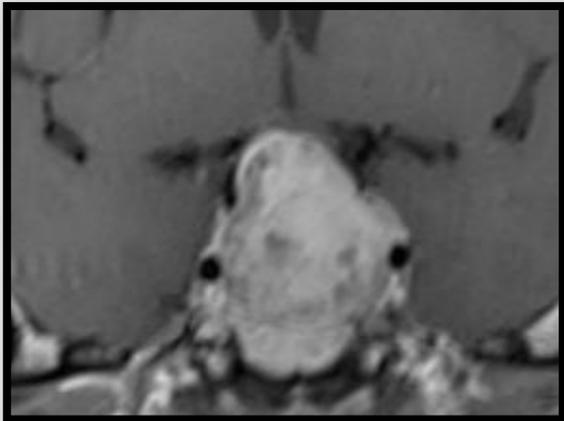
Importance de la
communication clinicien-
radiologue



IMAGERIE ADAPTÉE



**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION**



III-IV-VI isolés : **Pour** ou **Contre** l'imagerie à la phase aiguë ?

Pour :

- 16,5 % de causes non microvasculaires, Ophthalmology 2013 ¹
- 13,6 % de causes non microvasculaires, J Neurol Sci 2004 ²

Contre :

- 1 % de causes non microvasculaires, Arch Ophthalmol 2011 ³

¹ Ophthalmology Tamhankar et al. 2013, 120 (11) : 2264-9

² J Neurol Sci, Chou et al, 2004 : 219 : 35-9

³ Arch Ophthalmology, Murchison et al, 2011, 129(3) : 301-305

POUR

- | 109 patients, >50 ans
- | IRM sans et avec Gado pour tous les patients
- | Neuropathie isolée (sauf céphalées, douleurs périoculaire)
- | Étude multicentrique
- | III= 22 (18 partiels et 4 complets avec épargne pupillaire), IV=25, VI=62

| **Cause autre** que microvasculaire= 18 : **16,5 %**

| Groupe 1 : cliniquement suspects d'une origine autre que microvasculaire (ATCD neurologiques, aggravation de la douleur, de la diplopie, ATCD K ou I.déprimé)
| **34,4 %** de causes autres

| Groupe 2 : cliniquement a priori compatible avec l'origine microvasculaire :
| **10 %** (n=8) de causes autres (Horton 3, AVC mésencéphalique 1, lymphome 1, inflammation 1, aploplexie pituitaire 1, méningiome 1)

→ **les auteurs recommandent l'IRM à la phase aiguë**
Ophthalmology Tamhankar et al. 2013, 120 (11) : 2264-9

CONTRE

93 patients, >50 ans

IRM sans et avec Gado pour tous les patients

Neuropathie isolée

+ sans ATCD de K, sans atteinte progressive

Étude monocentrique

III= 14 (dont III partiels et complets avec épargne pupillaire), IV=27, VI=52

Cause autre que microvasculaire= 1 : 1 %

Les auteurs recommandent une IRM si :

< 50 ans

ATCD de K

Signes neurologiques associés

III avec atteinte pupillaire ou III partiel

Absence de récupération au bout de 3 mois

Peut-on différencier microvasculaire et anévrisme ?

Pupille ?

73 patients : III **microvasculaire**
62% avec épargne pupillaire

15 patients : III + **anévrisme**
20% avec épargne pupillaire

Peut-on différencier microvasculaire et anévrisme ?

Partiel versus complet ?

Variable	Microvasculaire		Anévrisme	
	Overall	w/ Normal Pupil	Overall	w/ Normal Pupil
EOM palsy				
complete	22 (30.1)	9 (12.3)†	4 (26.7)	0 (0)
incomplete	51 (69.9)	36 (49.3)	11 (73.3)	3 (20.0)

N= 73

N= 45

III complet avec épargne pupillaire dans le groupe microvasculaire : $9/73 = 12\%$

Kupersmith 2006

Peut-on différencier microvasculaire et anévrisme ?

Progressif ?

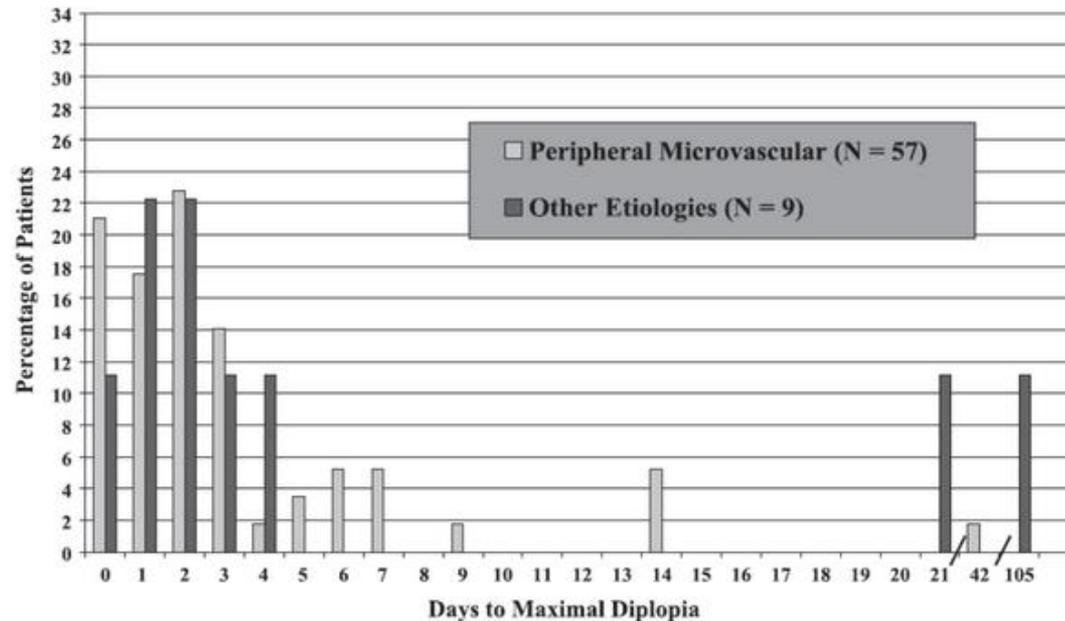


Fig. 1. Time to maximal diplopic symptoms (assessed by self-report, in days) for acute ocular motor mononeuropathies. Median times for symptom progression were identical for peripheral microvascular vs. other etiologies (median 2 days for both groups, range 0–42 days for microvascular, range 0–105 days for other etiologies). Greater than 75% of patients in both groups reached maximal diplopic symptoms by 4 days following onset.

Peut-on différencier se passer de l'imagerie urgente pour un III ?

Seulement si :

- |extrinsèque complet, et épargnant la pupille
- |chez un patient de plus de 50 ans avec FDR cardiovasculaires
- |Sans ATCD de K
- |Non progressif

|Surveillance rapprochée pour vérifier que la pupille reste normale

|Vérifier la récupération dans les 3 mois

→ ***les neuro-ophtalmologistes pourront appliquer ces critères, mais quid de l'ophtalmologiste généraliste ou de l'urgentiste ?***

Mais au total, cela ne vous épargne pas beaucoup d'IRM...

Intérêt de l'IRM après amaurose transitoire

- 18 % CMT : lésions ischémiques cérébrales concomitantes ou récentes ¹
- Si IRM + : FdR indépendant de trouver une étiologie grave (sténose carotidienne significative, cardiopathie emboligène, dissection, vascularite) – RR= 3,3 %
- Or :
 - La présence de lésions ischémiques à l'IRM après AIT multiplie par 15 le risque d'AVCC à 7 jours.²
 - Un traitement urgent d'AVC ou AIT réduit de 80 % le risque de récurrence à 3 mois.^{2,3}

1. Helenius et al. Ann Neurol 2012. 72(2) : 286-93

2. Siket et al. Emerg Med Clin North Am. 2012 : 30(3) : 745-70

3. Easton et al. Stroke 2009. 40 : 2276-93