



Neuropathie optique toxique au sildénafil A propos d'un cas

Auteurs :

Mostafa El mrabh,
Aziza Serrou,
Nabiha Benchekroun,
Amina Berraho

RÉSUMÉ

Un patient de 46 ans suivi pour dysfonction érectile admis pour un tableau de neuropathie optique ischémique antérieure (NOIA) non artéritique bilatérale. L'examen des facteurs de risque possible a indiqué une prise d'un inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5 (sildénafil) et un rapport cup/disc très étroit. Bien qu'il soit difficile de confirmer un rapport cause-à-effet, il y a des rapports indiquant une association entre l'utilisation des agents de dysfonctionnement érectiles et le développement de NOIA non artéritique ; Il est pertinent d'interroger un patient candidats à la prise de sildénafil sur les facteurs de risque de NOIA.

ABSTRACT:

A 46-year-old male referred with a bilateral and simultaneous non arteritic anterior ischemic optic neuropathy (NAION). Examination for possible risk-factors revealed a catch of an inhibitor of the phosphodiesterase of the type 5 (sildenafil) and small papillary excavation. Although it is difficult to confirm a cause-with-effect relationship is difficult to prove, there are reports indicating an association between the use of erectile dysfunction agents and the development of NAION; .Physicians might need to investigate the presence of risk factors before prescribing erectile dysfunction drugs

INTRODUCTION

Le Sildénafil est un inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5 (PDE-5) pris par des millions de patients suivis pour une dysfonction érectile. Les effets secondaires visuels au sildénafil semblent être moins communs par rapport au vardenafil et au tadalafil [1]. Des études récentes ont rapportés une association rare entre l'utilisation de Sildénafil et le risque de neuropathie optique ischémique antérieure non artéritique.

S'agit-il d'une vraie cause à effet ou une simple coïncidence? A travers un cas clinique et une revue de la littérature ces différents aspects sont analysés.

OBSERVATION :

Patient de 46 ans, suivi pour une dysfonction érectile mis sous sildénafil depuis 02 mois. Consulte pour une baisse bilatérale de l'acuité visuelle rapidement progressive après plusieurs prises constatée au réveil. L'examen ophtalmologique trouve une acuité visuelle à 3/10 de l'œil droit et de 2/10 de l'œil gauche sans douleur à la mobilisation avec un réflexe photomoteur afférent diminué. L'examen du fond d'œil trouve un œdème papillaire bilatéral avec hémorragies péri-papillaires confirmé à l'angiographie fluoresceïnique (figure 1). Le champ visuel montre un déficit altitudinal supérieur à droite et altitudinal inférieur à gauche; une dyschromatopsie à la vision des couleurs. Les potentiels évoqués visuels ont montré un allongement des temps de latence et des amplitudes diminuées .Le bilan biologique inflammatoire, infectieux et immunologique est revenu négatif; le bilan lipidique et cardio-vasculaire sont normaux. Une ponction lombaire avec mesure de la

pression et analyse du liquide céphalorachidien ainsi qu'une résonance magnétique nucléaire encéphalique ont permis d'exclure une hypertension intracrânienne ainsi qu'une sclérose en plaques. Nous avons retenu le diagnostic de neuropathie optique toxique au sildénafil vu le contexte de survenue et le traitement a été arrêté. L'évolution a été marquée par une amélioration de l'AV corrigée à 10/10, avec discrète pâleur papillaire temporale plus marquée à gauche trois mois après l'arrêt du Sildénafil (figure 2).

DISCUSSION

Il existe une réponse dose- effet de la sildénafil pour Les symptômes visuels attribuables à la rétine prouvés par des altération à l'électrorétinogramme comparé à la NOIA non artéritique [2] , sauf pour quelques patients qui avaient employé les drogues sur plusieurs occasions avant le développement de NOIA non artéritique comme chez notre patient.

Le délai de l'installation d'une NOIA non artéritique après une prise de sildénafil est compris entre 24h et 36 h. Les symptômes ont été notés dans la majorité des cas le matin au réveil après l'ingestion de sildenafil, ce qui signifie que la NOIA peut se développer après une demi-vie de 4h. Selon Hayreh [3] la NOIA non artéritique est un désordre multifactoriel; il a précisé que les facteurs de risque pouvaient être prédisposants et/ou précipitants. La plupart des patients ont un petit «disque-à-risque» comme chez notre patient et dans 60% ils ont un facteur de risque cardio-vasculaire qui semble être un facteur prédisposant. Le mécanisme d'action reste controversé mais certaines études n'a aucun effet sur le chan

Auteur correspondant :

Mostafa El mrabh
Adresse : appartement 17, immeuble 5,
résidence Al manar, wifak. Temara 12400
.Maroc
Téléphone : 0661249802
e-mail : mostafa.inline@gmail.com

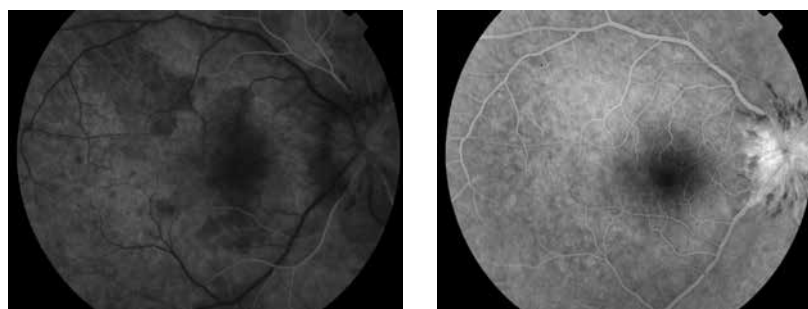
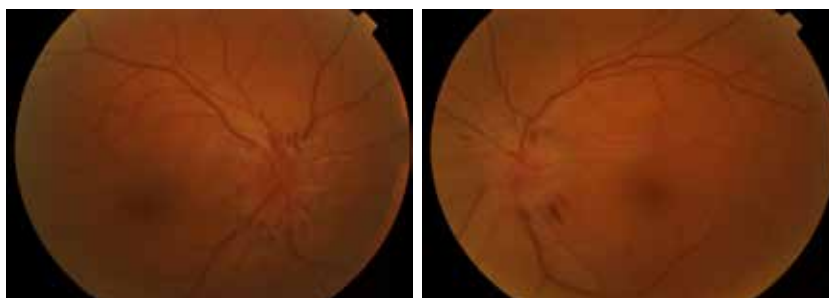
Conflit d'intérêt : aucun

gement de l'hémodynamique oculaire (choroïde et tête du nerf optique). Le Sildenafil est connu pour son action d'abaisser relativement la tension artérielle systémique chez des patients qui sont déjà sous un traitement antihypertenseurs. Hayreh a trouvé que 73% de ses 871 yeux avec NOIA non artéritique la symptomatologie s'est produite pendant le sommeil et a proposé que l'hypotension nocturne soit un facteur de risque précipitant pour NOIA non artéritique [4]. En revanche dans certains cas rapportés il y avait une notion de plusieurs prises de sildenafil avant l'installation de la NOIA non artéritique; ou les deux comme chez notre patient. Il y a une explication alternative pour les effets indésirables car les patients prenant des drogues pour une dysfonction érectile ont le même âge et les mêmes facteurs de risque des NOIA non artéritiques [5] chose qui ne concorde pas avec notre patient relativement jeune et sans facteur athérosclérotique. Ainsi tous ces critères discutés ne permettent qu'une conclusion hypothétique concernant une cause et une association d'effet entre Inhibiteurs PDE-5 et NOIA non artéritique [6].

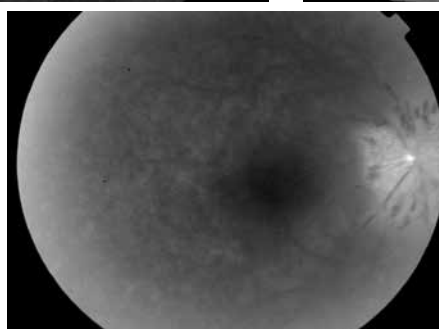
Les autres complications oculaires atypiques qui ont été rapportées après une prise des inhibiteurs PDE-5 sont : un cas d'occlusion de branche de l'artère centrale de la rétine, une paralysie de la 3ème paire crânienne, 18 cas d'occlusion de la veine centrale de la rétine et deux cas de décollement séreux maculaire qui confirment l'effet de challenge et de rechallenge et le rapport cause-effet entre la drogue et les différents processus pathologiques oculaires.

Notre observation est parmi les premiers cas de NOIA non artéritique bilatérale suite à une prise de sildenafil. Un examen ophtalmologique devrait être systématique chez tous les patients et particulièrement ceux avec un disque-à-risque avant la prise des inhibiteurs PDE-5 tel le sildenafil ; Bien qu'il n'y a aucune donnée actuelle fournissant une évaluation réelle du risque chez ces individus [7]. ■

FO

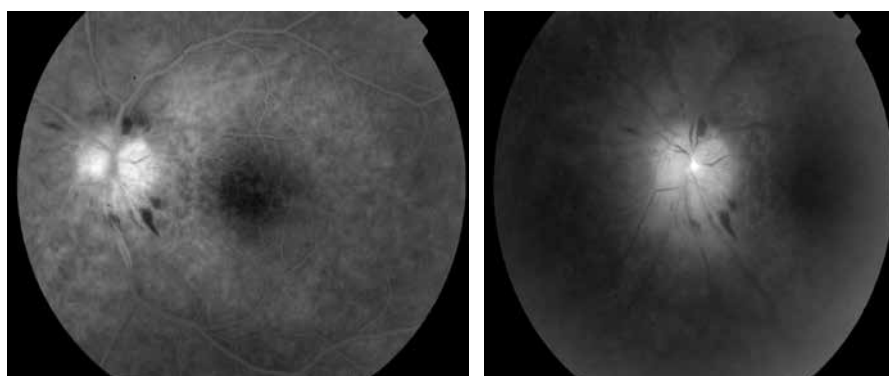


OD



Références bibliographique :

- [1] John E. Carter. Anterior ischemic optic neuropathy and stroke with use of PDE-5 inhibitors for erectile dysfunction: Cause or coincidence? Journal of the Neurological Sciences 262 (2007) 89-97.
- [2] Alan M. Latiesa, Eberhart Zrennerb. Viagras (sildenafil citrate) and ophthalmology. Progress in Retinal and Eye Research 21 (2002) 485-506.
- [3] Hayreh S. Erectile dysfunction drugs and non-arteritic anterior ischemic optic neuropathy: is there a cause and effect relationship? J Neuroophthalmol 2005;25(4):295-8.
- [4] L. GORKIN, K. HVIDSTEN, R. E. SOBEL, R. SIEGEL. Sildenafil citrate use and the incidence of nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy. J Clin Pract, April 2006, 60, 4, 500-503.
- [5] ANDREW G. LEE, MD AND NANCY J. NEWMAN, MD. Erectile Dysfunction Drugs and Nonarteritic Anterior Ischemic Optic Neuropathy. American Journal of Ophthalmology ,October 2005.
- [6] Danesh-Meyer HV, Levin LA. Erectile dysfunction drugs and risk of anterior ischaemic optic neuropathy: casual or causal association? Br J Ophthalmol. 2007;91(11):1551-1555.
- [7] T Felekis,I Asproudis,K Katsanos,EV Tsianos. A case of nonarteritic anterior ischemic optic neuropathy of a male with family history of the disease after receiving sildenafil. Clinical Ophthalmology 2011;5 1443-1445



OG

Figure 1: Fond d'œil et séquences angiographiques mettant en évidence un oedème papillaire bilatéral avec hémorragies péripapillaires et un retard du remplissage choroïdien.

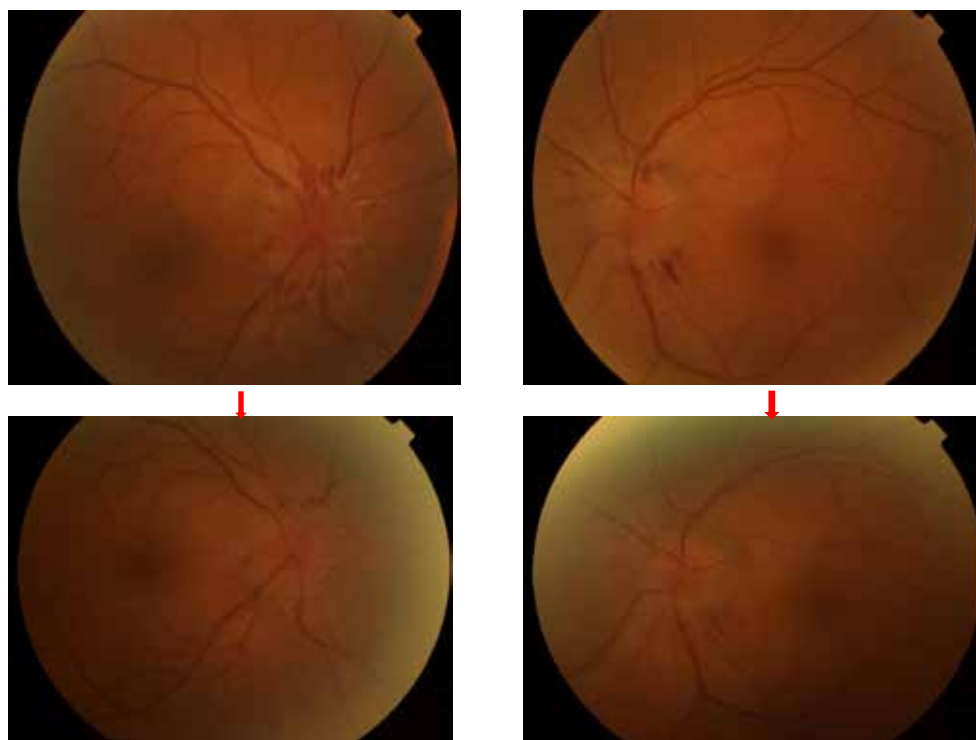


Figure 2: Photos de fond d'œil 03 mois après arrêt du traitement : régression de l'oedème papillaire et examen confirme en rapport cup/disc très étroit.