



Bien qu'elle fût d'abord décrite en 1882 [1], l'existence de la migraine rétinienne demeure quelque peu controversée et très peu de cas ont été publiés au cours des 2 dernières décennies pour clairement circonscrire de telles céphalées. Comme indiqué dans la classification ICHD-3, la migraine rétinienne est caractérisée par des épisodes récurrents de perte de la vision monoculaire ou de troubles visuels monoculaires accompagnant ou précédant la survenue de céphalées qui répondent elles-mêmes aux critères diagnostiques de migraine [2]. Qui plus est, les tests de confirmation comme le test formel du champ visuel est inclus dans les critères diagnostiques et ils requièrent également l'exclusion de diagnostics qui expliqueraient mieux les symptômes visuels de la personne.

Les types de troubles visuels monoculaires pouvant être éprouvés avec la migraine rétinienne incluent ceux fréquemment éprouvés par les individus vivant avec la migraine avec aura visuelle comme des scintillations, un scotome et une perte de vision monoculaire. Comme une aura visuelle typique, ces troubles visuels ne doivent pas durer plus de 60 minutes avant de complètement se résoudre. Lors de l'évaluation des patients, il est important de clarifier que ce qu'ils éprouvent est en fait monoculaire avec le test de l'écran. Les gens peuvent souvent percevoir un trouble visuel monoculaire lorsque leurs symptômes sont en fait conformes à une hémianopsie ou à un trouble concernant un hémichamp visuel indiquant une implication corticale. Ce n'est pas avant d'avoir évalué chaque œil par le test de l'écran que la vraie nature de leurs symptômes peut être établie. Comme les évaluations du champ visuel au chevet sont passablement rudimentaires et peuvent ne pas identifier d'hémianopsies subtiles, un test formel du champ visuel pendant un épisode est essentiel [3]. Étant donné le diagnostic différentiel des troubles visuels monoculaires, incluant sans s'y limiter les urgences ophtalmologiques comme l'amaurose fugace, l'artérite temporale ou le décollement rétinien, il faut comprendre que la migraine rétinienne est un diagnostic d'exclusion et une évaluation rapide par un ophtalmologiste devrait être sollicitée suite à la première consultation. Plusieurs personnes atteintes de présumée migraine rétinienne peuvent également être soumises à des examens approfondis incluant l'IRM, des tests neurovasculaires par angiographie par tomodensitométrie ou par résonance magnétique, l'EEG et l'ophtalmoscopie ou photographie du fond de l'œil afin d'exclure d'autres causes neurologiques et ophtalmologiques de leurs symptômes.

La pathophysiologie de la migraine rétinienne authentique n'est pas encore bien comprise. Les études utilisant la photographie ictale du fond de l'œil évoquent qu'un élément de vasospasme pourrait être responsable de la production des symptômes [4–6] et que cela pourrait être un processus rétinien semblable à la dépression corticale envahissante avec d'autres types d'aura migraineuse; toutefois, des cas patients énoncés dans la littérature impliquent souvent un examen exhaustif tel que décrit ci-dessus, dont tous les examens affichent des résultats normaux [7].

Étant donné que ce diagnostic est rare, il n'y a pas de protocole thérapeutique établi ou spécifique pour la migraine rétinienne. Des études de cas suggèrent que des mesures préventives typiques de migraine comme les antidépresseurs tricycliques (amitriptyline ou nortriptyline), le topiramate et le vérapamil ont été utilisées avec succès pour contrôler la migraine rétinienne [3,8]. Une étude de cas a suggéré que les nutraceutiques pour la migraine, le citrate de magnésium et la riboflavine, pourraient être utilisés au lieu des agents pharmacologiques pour remédier efficacement à la migraine rétinienne [8]. Ainsi, on peut s'attendre qu'en de rares cas où un clinicien rencontre une migraine rétinienne, son protocole thérapeutique ne doit pas nécessairement différer des protocoles utilisés pour prendre en charge les personnes atteintes de migraine avec aura.

#### RÉFÉRENCES :

1. Galezowski X. Ophthalmic megrim: an affection of the vasomotor nerves of the retina and retinal centre which may end in a thrombosis. *Lancet*. 1882;1:176–9.
2. IHS Classification ICHD-3 [Internet]. ICHD-3. International Headache Society; 2021. Disponible sur : <https://ichd-3.org/1-migraine/1-2-migraine-with-aura/1-2-4-retinal-migraine/>.
3. Grosberg BM, Solomon S. Retinal migraine: Two cases of prolonged but reversible monocular visual defects. *Cephalalgia*. 2006;26:754–7.
4. El Youssef N, Maalouf N, Mourad A, Saade J, Khoury M. Teaching NeuroImages: Retinal migraine in action. *Neurology*. 2018;90:e992.
5. Lee SH, Shin JH, Hwang JW. Long-lasting reversible monocular visual loss of retinal migraine. *Acta Neurol Belg* [Internet]. Springer International Publishing; 2020;2–4. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s13760-020-01503-2>.
6. Ota I, Kuroshima K, Nagaoka T. Fundus video of retinal migraine. *JAMA Ophthalmol*. 2013;131:1481.
7. Maher ME, Kingston W. Retinal Migraine: Evaluation and Management. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2021;21:1–4.
8. Grosberg BM, Solomon S, Friedman DI, Lipton RB. Retinal migraine reappraised. *Cephalalgia*. 2006;26:1275–86.