

CHAPITRE 8: Item 82 Altération aiguë de la vision

Pr N. Bouheraoua, , DrA. Sellam and , DrA. Levy, Centre hospitalier national d’ophtalmologie des Quinze-Vingts, Paris

Plan du chapitre

- I 169 Diagnostic
- II Étiologie

Situations cliniques de départ

- Les anomalies de la vision d’apparition brutale peuvent être évoquées dans les situations cliniques suivantes.*
- 27 – Chute de la personne âgée : la vision apportant environ 80 % des informations sensorielles, une baisse de l’acuité visuelle ou une malvoyance peuvent être la cause de chute chez les personnes âgées présentant une altération brutale de l’acuité visuelle.
 - 42 – Hypertension artérielle : la NOIA non artéritique peut se voir dans un contexte d’HTA associée à des facteurs de risque cardiovasculaire. La rétinopathie hypertensive (associant œdème papillaire, nodules cotonneux péripapillaires, hémorragies rétiniennes, nodules cotonneux) entraîne une baisse d’acuité visuelle brutale.
 - 174 – Traumatisme facial : une hémorragie intravitréenne et un décollement de rétine peuvent faire suite à un traumatisme oculaire.
 - 178 – Demande/prescription raisonnée et choix d’un examen diagnostique : devant un tableau, toujours éliminer une cause artéritique (maladie de Horton). Il convient donc de réaliser une VS et une CRP.
 - 208 – Hyperglycémie : la rétinopathie diabétique est la première cause de cécité en France chez les personnes de moins de 65 ans. La maculopathie diabétique œdémateuse, l’hémorragie intravitréenne ainsi que le décollement de rétine tractionnel (dans le cadre d’une rétinopathie diabétique proliférante) peuvent entraîner une baisse d’acuité visuelle brutale.

Hiérarchisation des connaissances

Rang	Rubrique	Intitulé et descriptif
A	Identifier une urgence	Conduite à tenir devant une baisse de vision brutale avec œil blanc et identification des urgences
A	Identifier une urgence	Savoir évoquer un décollement de rétine : description sémiologique
A	Définition	Connaître la définition, la signification, et la démarche étiologique devant une cécité monoculaire transitoire
A	Diagnostic positif	Savoir interpréter un réflexe photomoteur direct et consensuel (objectif commun avec item 81)
A	Diagnostic positif	Connaître les signes d’une crise de glaucome aigu par fermeture de l’angle
A	Diagnostic positif	Savoir évoquer le diagnostic d’aura migraineuse : AIT, crise épileptique partielle
A	Diagnostic positif	Connaître les modalités du diagnostic d’une céphalée aiguë
B	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques d’une neuropathie optique (NOIA, NORB, œdème papillaire)
B	Diagnostic positif	Connaître les diagnostics différentiels de l’aura migraineuse : AIT, crise épileptique partielle : décollement de rétine, glaucome, hémorragie du vitré
B	Diagnostic positif	Connaître la présentation clinique, les modes de survenue, les facteurs de risque des décollements de rétine
B	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques d’une hémorragie du vitré et ses principales causes : acuité visuelle, champ visuel, PEV, OCT
B	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques des affections vasculaires de la rétine (OACR, OVCR), leurs complications (néovascularisation, glaucome néovasculaire, œdème maculaire) et les principes de traitement
A	Étiologies	Connaître les principales causes de déficit neurologique récent transitoire
A	Étiologies	Connaître les principales causes d’atteinte des voies optiques et du nerf optique et identifier les étiologies nécessitant une prise en charge urgente (NOIAA, œdème papillaire)
B	Prise en charge	Connaître la prise en charge en urgence du glaucome aigu par fermeture de l’angle
B	Prise en charge	Connaître la conduite à tenir devant un œil rouge douloureux avec baisse de l’acuité visuelle (BAV)
B	Examens complémentaires	Connaître les principaux examens complémentaires en ophtalmologie et leurs indications : atteinte du segment antérieur, du nerf optique (objectif commun avec item 81), de la rétine (AV, angiographie, OCT maculaire, ERG)
B	Examens complémentaires	Indications de l’imagerie devant un trouble visuel récent
A	Contenu multimédia	Interpréter un réflexe photomoteur direct et consensuel (objectif commun avec item 81)
B	Contenu multimédia	Photographie d’un champ visuel des deux yeux avec hémianopsie (quadrانopsie) latérale homonyme (ou bitemporale), y compris déficit pupillaire afférent relatif

Vignette clinique de départ

Madame V, âgée de 65 ans, vient vous voir en consultation au cabinet. Elle présente une baisse d’acuité visuelle de l’œil gauche depuis 3 jours. L’œil gauche est blanc, non douloureux. Il n’y a pas de notion de traumatisme récent, ni de chute. Elle décrit avoir vu des « mouches volantes » ainsi que des éclairs lumineux quelques jours auparavant.

Elle a été opérée de la cataracte il y a 1 an. Ses principaux antécédents généraux sont une hypertension artérielle équilibrée et un diabète non insulino-dépendant bien équilibré sous anti-diabétiques oraux seuls.

Sa meilleure acuité visuelle corrigée est de 10/10^{es} à l’œil droit et limitée à « voir la main bouger » à l’œil gauche. La pression intraoculaire est normale aux deux yeux. Le réflexe photomoteur direct et consensuel est normal, et les pupilles sont isocores. L’examen de la chambre antérieure est normal; on constate un implant de chambre postérieure en place.

171 Le diagnostic évoqué en première intention est un décollement de rétine de l’œil gauche, devant l’absence de douleur, l’installation rapidement progressive des symptômes et la notion de myodésopsies et phosphènes précédant la baisse de vision.

Vous réalisez un fond d’œil après dilatation pupillaire. Vous rechercherez une à plusieurs déhiscences périphériques causales et la rétine décollée en regard.

Votre diagnostic de décollement de rétine rhéomatogène de l’œil gauche est maintenant confirmé.
Vous adressez votre patiente aux urgences ophtalmologiques pour une prise en charge chirurgicale en urgence.

I Diagnostic



Le diagnostic repose sur l’interrogatoire, l’examen clinique et éventuellement des examens complémentaires, guidés par la clinique.

A Interrogatoire

L’interrogatoire précise :

- le *type de l’altération visuelle* :
 - existe-t-il une baisse d’acuité visuelle ?
 - existe-t-il une altération du champ visuel (scotome, déficit périphérique) ?
 - le patient décrit-il une sensation de « mouches volantes » = myodésopsies ?
 - a-t-il vu des éclairs lumineux = phosphènes ?
 - a-t-il une vision déformée des objets = métamorphopsies ?
- sa *rapidité d’installation* :
 - s’agit-il d’une baisse d’acuité visuelle réellement brutale, apparue d’une seconde à l’autre ?
 - ou d’une baisse d’acuité visuelle d’installation rapidement progressive, en quelques heures ou jours ?
- son uni- ou *bilatéralité* ;
- la présence ou non de *douleurs associées* et leur type. S’agit-il :
 - de douleurs superficielles, évoquant une affection du segment antérieur ?
 - de douleurs profondes, irradiant dans le territoire du trijumeau, évoquant un glaucome aigu ?
 - ou de céphalées, évoquant une cause neuro-ophtalmologique ?
- les *antécédents oculaires et généraux* ;
- les *traitements oculaires et généraux* suivis;
- une *notion de traumatisme*, même minime.

B Examen ophtalmologique

L’examen comprend *aux deux yeux* :

- la mesure de l’*acuité visuelle* de loin et de près, avec correction optique si nécessaire;
- la *réactivité pupillaire* : réflexe photomoteur direct et réflexe photomoteur consensuel à l’éclairement de l’œil controlatéral;
- l’*examen du segment antérieur* : cornée, chambre antérieure et cristallin;
- la mesure du tonus oculaire;
- l’*examen du fond d’œil* après dilatation pupillaire : nerf optique, vaisseaux réiniens, rétine.

C 172 Examens complémentaires



Les examens complémentaires ne sont pas systématiques et sont orientés par l’interrogatoire et l’examen clinique :

- examens complémentaires *ophtalmologiques* (voir **chapitre 1**);
- examens complémentaires *non ophtalmologiques* : qu’il s’agisse d’examens biologiques ou d’examens radiologiques, ils sont guidés par les premières orientations diagnostiques.

Les principaux examens complémentaires disponibles pour orienter le diagnostic et la prise en charge en ophtalmologie sont :

- les champs visuel de Goldman (périmétrie cinétique) ou périmétrie statique automatisée) : ils permettent d’explorer le champ visuel. Ils sont à réaliser en cas de glaucome, de pathologie neuro-ophtalmologique (neuropathie optique ischémique antérieure [NOIA], névrite optique rétrobulbaire [NORB], hypertension intracrânienne [HTIC], etc.), dans la surveillance des antipaludéens de synthèse ou en cas de baisse d’acuité visuelle inexpliquée;
- la tomographie en cohérence optique (OCT) : permet d’obtenir une coupe de la rétine, centrée sur l’aire maculaire. Cet examen est indiqué en cas d’anomalie maculaire au fond d’œil (drusen, hémorragie, traction vitréomaculaire, trou maculaire, membrane épimaculaire, etc.). Il est de plus en plus demandé dans le bilan préopératoire de la cataracte. L’OCT peut aussi être centré sur la tête du nerf optique et permet l’analyse des fibres nerveuses périrétiniennes (*retinal nerve fiber layer* [RNFL]) ou du complexe ganglionnaire. Cet examen est demandé en cas de glaucome ou de pathologie neuro-ophtalmologique;
- la tomographie en cohérence optique-angiographie (OCT-A) : permet d’obtenir une image de la perfusion rétinienne, de visualiser des néovaisseaux préréiniens, intraréiniens ou choroïdiens sans injection de produit de contraste;
- l’angiographie à la fluorescéine : permet de visualiser la perfusion de la vascularisation rétinienne. Cet examen est indiqué en cas de pathologie rétinienne (dégénérescence maculaire liée à l’âge [DMLA], diabète, occlusion de la veine centrale de la rétine [OVCR], occlusion de l’artère centrale de la rétine [OACR], etc.);
- l’angiographie au vert d’indocyanine (ICG) : permet de visualiser les vaisseaux choroïdiens et la choriocapillaire. Elle est indiquée en cas de DMLA ou de pathologie inflammatoire (uvéite postérieure);

- l'électrophysiologie visuelle (électrorétinogramme [ERG], électro-oculogramme [EOG], potentiels évoqués visuels [PEV]) : ces examens permettent d'évaluer la fonction des photorécepteurs et du nerf optique.

II Étiologie

A

Au terme de ces examens, plusieurs cas de figure peuvent se présenter.

A Baisse d'acuité visuelle avec œil rouge et douloureux

Il s'agit d'une affection aiguë du segment antérieur (voir [chapitre 6](#)).

1 Kératite aiguë

La baisse d'acuité visuelle s'accompagne de douleurs superficielles importantes, avec photophobie et blépharospasme. Il existe une diminution de transparence de la cornée, un cercle périkératique et une ou plusieurs ulcérations cornéennes visibles au test à la fluorescéine

2 **173** Crise aiguë de fermeture de l'angle

Très souvent appelée à tort glaucome aigu, la crise aiguë de fermeture de l'angle (CAFA) est symptomatique, avec douleurs oculaires profondes, intenses, oculaires et péri-oculaires, irradiant dans le territoire du trijumeau, et baisse de l'acuité visuelle aiguë. Sa prise en charge est une urgence ophtalmologique qui permet le plus souvent d'éviter des atteintes du nerf optique et donc un glaucome.

B

Le risque de CAFA augmente avec l'âge, et est plus élevé chez les femmes et lorsque le globe oculaire est de petite taille (sujets hypermétropes).

Une dilatation pupillaire physiologique (obscurité, stress, exercice physique) ou pharmaco-logique (dilatation pupillaire pour un examen du fond d'œil, ou tous les agents pharmaco-logiques pouvant dilater la pupille, par exemple certains antihistaminiques, antidépresseurs, anxiolytiques, vasoconstricteurs, antiparkinsoniens, anticholinergiques, etc.) peuvent constituer l'élément déclenchant d'une CAFA.

A

La symptomatologie est brutale et bruyante, avec des douleurs oculaires et une baisse d'acuité visuelle souvent profonde. Les douleurs oculaires peuvent s'accompagner de nausées et de vomissements. À l'examen macroscopique, l'œil est rouge, et la pupille souvent en semi-mydriase non réactive à la lumière. L'examen ophtalmologique met en évidence une acuité visuelle diminuée, une pression intraoculaire (PIO) élevée (plus de 30 mmHg), appréciable par la palpation bidigitale du globe oculaire à travers la paupière supérieure (sensation de bille de bois). On observe une hyperhémie conjonctivale avec un cercle périkératique, un œdème de cornée, une chambre antérieure peu profonde et en gonioscopie un angle irido-cornéen fermé (e-fig.8.1).

L'examen de l'œil adelphe montre généralement une chambre antérieure peu profonde et un angle iridocornéen étroit. La pupille de l'œil adelphe ne doit pas être dilatée pour l'examen.

Le traitement est une urgence, et nécessite souvent une hospitalisation. La PIO est réduite rapidement par l'administration de collyres réduisant la PIO (les quatre classes thérapeutiques disponibles peuvent être utilisées), combinée avec l'administration par voie générale d'agents entraînant une déshydratation du globe oculaire (acétazolamide [Diamox®] par voie IV ou orale, et mannitol par voie IV). Après cette prise en charge, un collyre myotique est utilisé de façon à ramener la pupille en myosis et à faciliter l'écoulement de l'humeur aqueuse de la chambre postérieure vers la chambre antérieure (pilocarpine collyre).

Une fois la PIO normalisée et l'œdème de cornée réduit, une iridotomie laser est réalisée de façon à éviter une récurrence ([fig. 8.2](#)). Une iridotomie préventive de l'œil controlatéral est également réalisée de façon systématique.

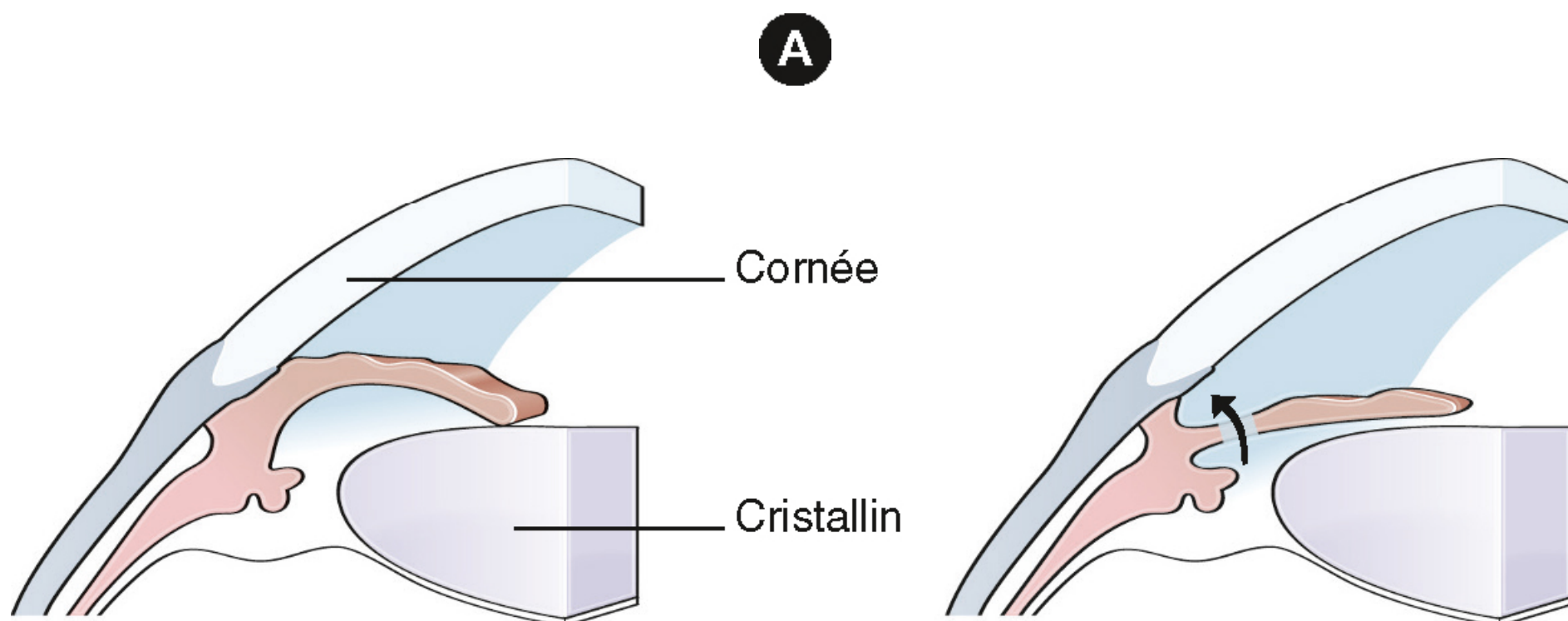


FIG. 8.2 Suppression du blocage pupillaire par une iridotomie laser.

Source : © Carole Fumat.

Parfois, le traitement médical n'est pas suffisant ou efficace, et une prise en charge chirurgicale (trabéculéctomie et/ou chirurgie de la cataracte) doit être envisagée.

B Lorsqu'une iridotomie ou une chirurgie de la cataracte a été réalisée, le risque de fermeture de l'angle lors d'une dilatation pupillaire disparaît, et les agents pharmacologiques mydriatiques ne sont plus contre-indiqués.

3 174 Uvéites

a Uvéite antérieure aiguë (iridocyclite)

A Il peut exister :

- une baisse d'acuité visuelle et des douleurs;
- un cercle périkératique;
- une pupille en myosis par synéchies iridocristalliniennes.

L'examen à la lampe à fente met en évidence la présence de cellules inflammatoires dans la chambre antérieure (phénomène de Tyndall), avec éventuellement précipités rétrocornéens et synéchies iridocristalliniennes.

L'examen du fond d'œil après dilatation pupillaire recherche des signes d'uvéite postérieure associés.

b Uvéite postérieure (« choroïdite », « rétinite »)

La cause la plus fréquente des choroïdites est la toxoplasmose oculaire.

Elle est responsable d'une rétinchoroïdite récidivante, qui peut s'accompagner de signes inflammatoires vitréens. En cas d'uvéite antérieure associée, on observera un œil rouge et douloureux; sinon, il s'agira principalement d'un œil blanc et indolore.

Elle se manifeste par des myodésopsies et une baisse d'acuité variable, d'autant plus importante que le foyer est à proximité de la macula.

À l'examen du fond d'œil, il s'agit d'un foyer blanchâtre qui évolue vers une cicatrice atro- phique (**fig. 8.3** et **fig. 8.4**), à partir de laquelle peuvent survenir des récives.

B



FIG. 8.3 Aspect typique d'une choroïdite de l'œil gauche due à une toxoplasmose : foyer récent blanchâtre jouxtant un petit foyer ancien, cicatriciel, pigmenté.

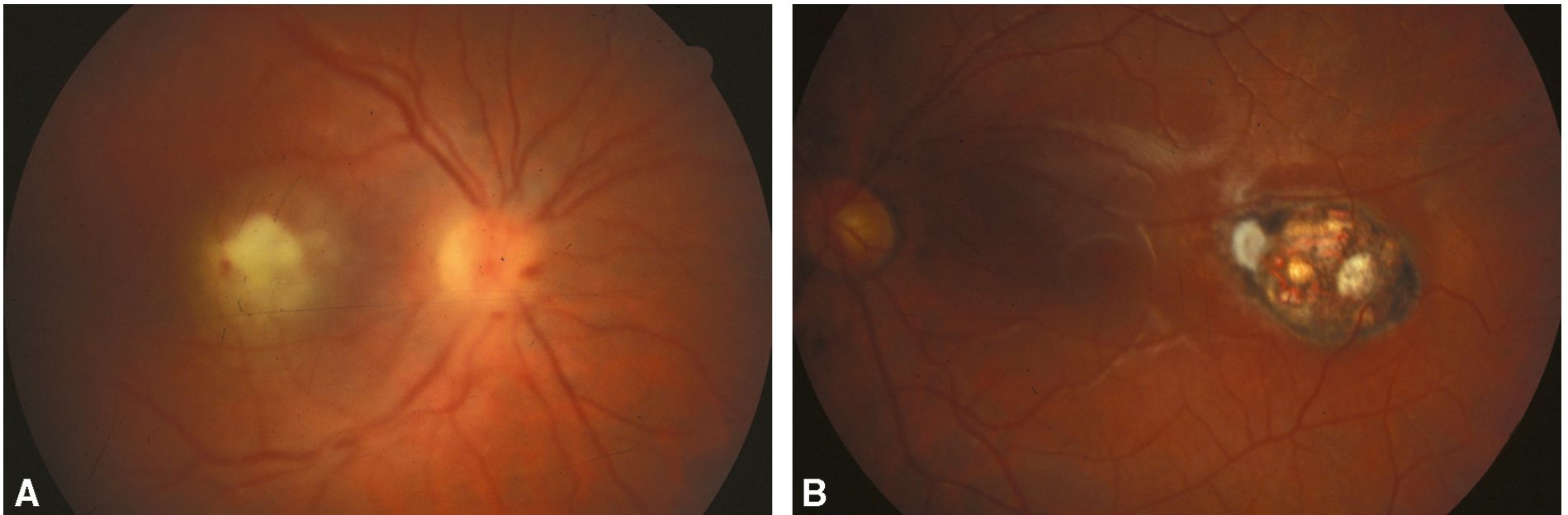


FIG. 8.4 Toxoplasmose oculaire bilatérale.

A. Foyer récent à l'œil droit proche de la macula. **B.** Foyer cicatriciel à l'œil gauche.

Le traitement repose sur les antiparasitaires – association pyriméthamine (Malocide®) et sulfadiazine (Adiazine®) –, prescrits s'il existe une menace pour l'acuité visuelle.

4 **175** Autres causes de baisse de l'acuité visuelle avec œil rouge douloureux

Ces autres causes sont :

- un glaucome néovasculaire (diabète déséquilibré, OVCR) : présence d'une rubéose irienne visible lors de l'examen à la lampe à fente, parfois compliquée d'un hyphéma (par saignement des néovaisseaux iriens);
- une endophtalmie : contexte postopératoire évocateur. Hypopion, fibrine en chambre antérieure visible à la lampe à fente; hyalite présente si le fond d'œil est réalisable.

B Baisse d'acuité visuelle avec œil blanc et indolore

L'examen du fond d'œil oriente le diagnostic.

1 Fond d'œil non visible ou mal visible par « trouble des milieux »

a Hémorragie intravitréenne

B

Une hémorragie intravitréenne entraîne une baisse d'acuité visuelle souvent précédée d'une impression de « pluie de suie ».

La baisse d'acuité visuelle est très variable suivant l'importance de l'hémorragie : une hémorragie intravitréenne minime peut se manifester principalement par des *myodésopsies*, sans baisse d'acuité visuelle ou avec une baisse d'acuité visuelle minime; une hémorragie intra-vitréenne massive entraîne une baisse d'acuité visuelle sévère, au maximum une acuité visuelle réduite à la perception lumineuse.

C

La cause de l'hémorragie est facile à reconnaître quand la rétine reste visible; ailleurs, une hémorragie massive rend la rétine invisible à l'examen du fond d'œil (**fig. 8.5**) : l'échographie B peut alors parfois orienter vers une étiologie (par exemple mise en évidence d'une déchirure

A

rétinienne). L'échographie B est de toute façon toujours indiquée quand la rétine n'est pas visible pour *éliminer la présence d'un décollement de la rétine* (+++).

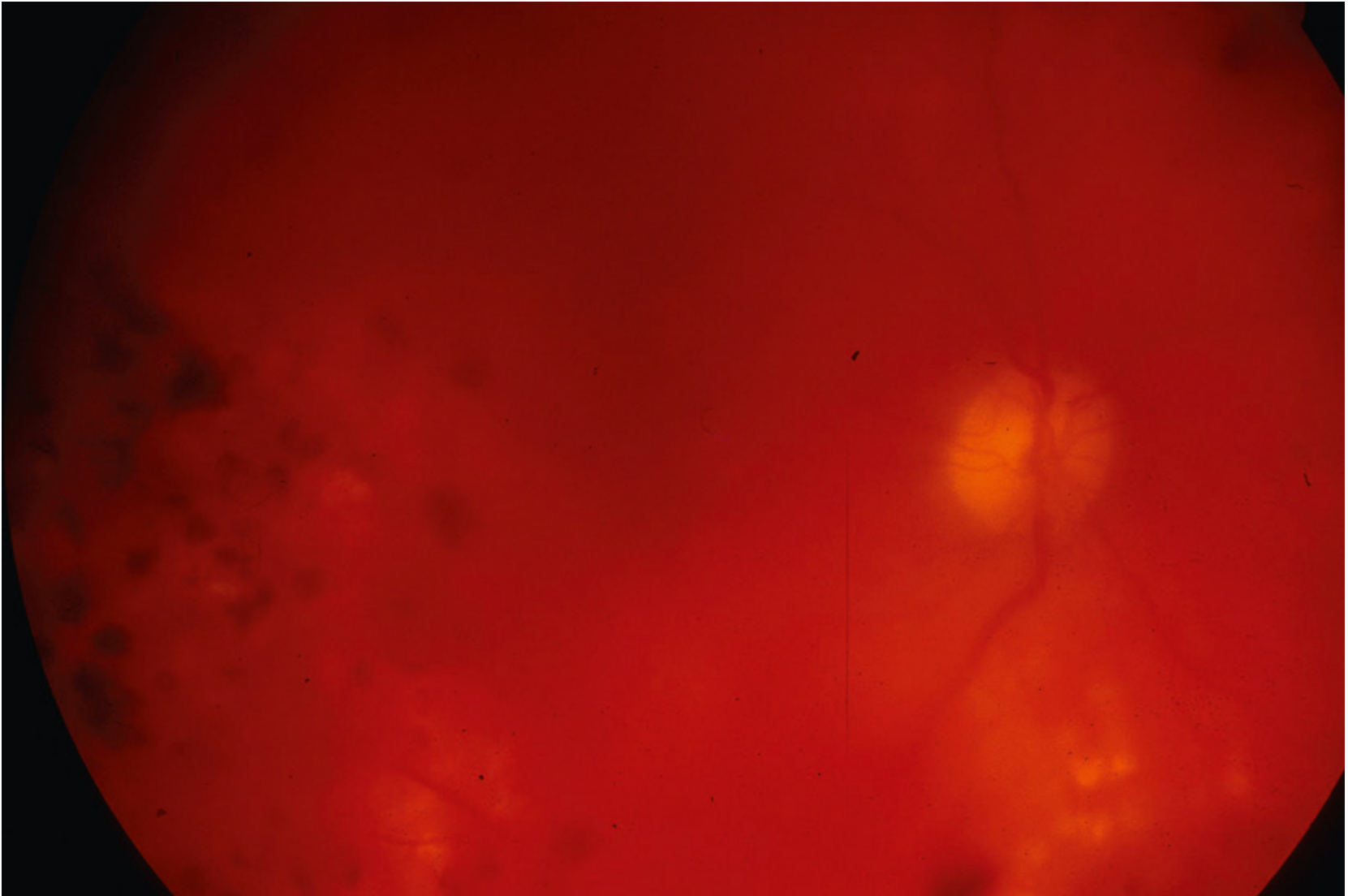


FIG. 8.5 Hémorragie intravitréenne de l'œil droit.

La rétine est masquée par l'hémorragie intravitréenne, et on ne perçoit plus que la papille et quelques cicatrices de laser dans le secteur temporal (bord gauche du cliché).

B

Les principales causes des hémorragies intravitréennes sont les suivantes :

- rétinopathie diabétique proliférante;
- occlusions de forme ischémique de la veine centrale de la rétine ou d'une de ses branches;
- déchirure rétinienne : une déchirure rétinienne, compliquée ou non de décollement de la rétine (voir plus loin), peut entraîner lors de sa survenue une hémorragie intravitréenne par rupture d'un vaisseau rétinien au sein de la déchirure;
- syndrome de Terson : hémorragie intravitréenne uni- ou bilatérale associée à une hémorragie méningée par rupture d'anévrisme intracrânien (le syndrome de Terson peut également être associé à une hémorragie méningée d'origine traumatique);
- plaie perforante ou pénétrante (contexte traumatique).

b Uvéite intermédiaire



Ce terme est utilisé pour le sous-groupe d'uvéïtes où le vitré est le site principal de l'inflammation. Il peut y avoir une vascularite rétinienne périphérique ou un œdème maculaire associés à cette uvéite intermédiaire. Le terme de « pars planite » est réservé à un sous-groupe d'uvéïtes intermédiaires isolées ou idiopathiques, avec une inflammation à type de condensations vitréennes sans autre cause (pas de maladie systémique associée ou d'infection générale). La baisse d'acuité visuelle n'est en général pas brutale, mais peut être d'installation rapidement progressive, en quelques jours, et s'accompagne de myodésopsies. La douleur est généralement absente.

176 L'examen met en évidence un trouble du vitré avec présence de cellules inflammatoires à l'examen à la lampe à fente ou « hyalite ».

2 Fond d'œil bien visible et anormal

a Occlusion de l'artère centrale de la rétine (OACR) ou d'une de ses branches (fig. 8.6)



Voir **chapitre 16**.

A



FIG. 8.6 Photographie du fond d'œil droit d'une occlusion d'artère centrale de la rétine avec œdème rétinien blanc, macula d'aspect « rouge cerise » et rétrécissement diffus du calibre artériel.

b Occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR) ou d'une de ses branches (fig. 8.7 à fig. 8.10 et e-fig. 8.11)

Voir [chapitre 17](#).

A



FIG. 8.7 Photographie grand champ d'un fond d'œil d'une occlusion de la veine centrale de la rétine droite avec tortuosité et dilatation veineuse, hémorragies dans les quatre quadrants et œdème papillaire.

B

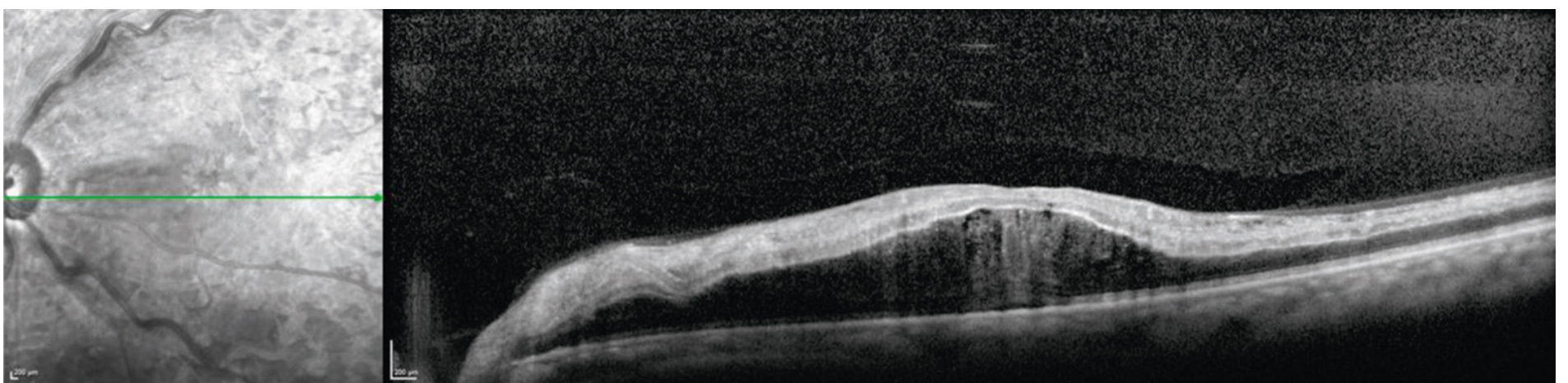


FIG. 8.8 Photographie d'une tomographie en cohérence optique d'un œil gauche montrant un œdème maculaire avec perte de la dépression fovéolaire centrale.

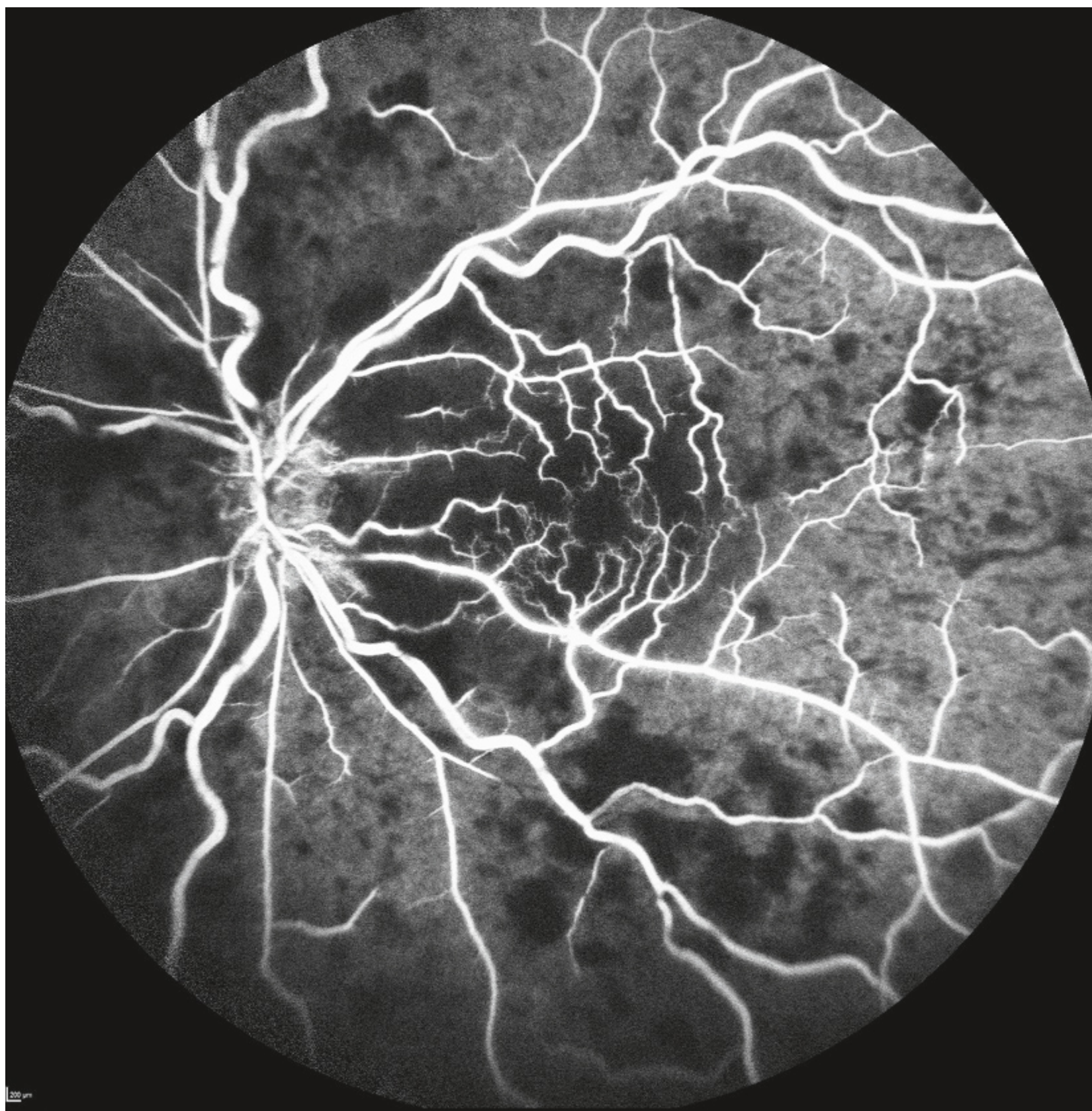


FIG. 8.9 Photographie d'une angiographie à la fluorescéine du même patient qu'en figure 8.7 montrant de nombreuses zones non perfusées dans le cadre d'une OVCR ischémique.

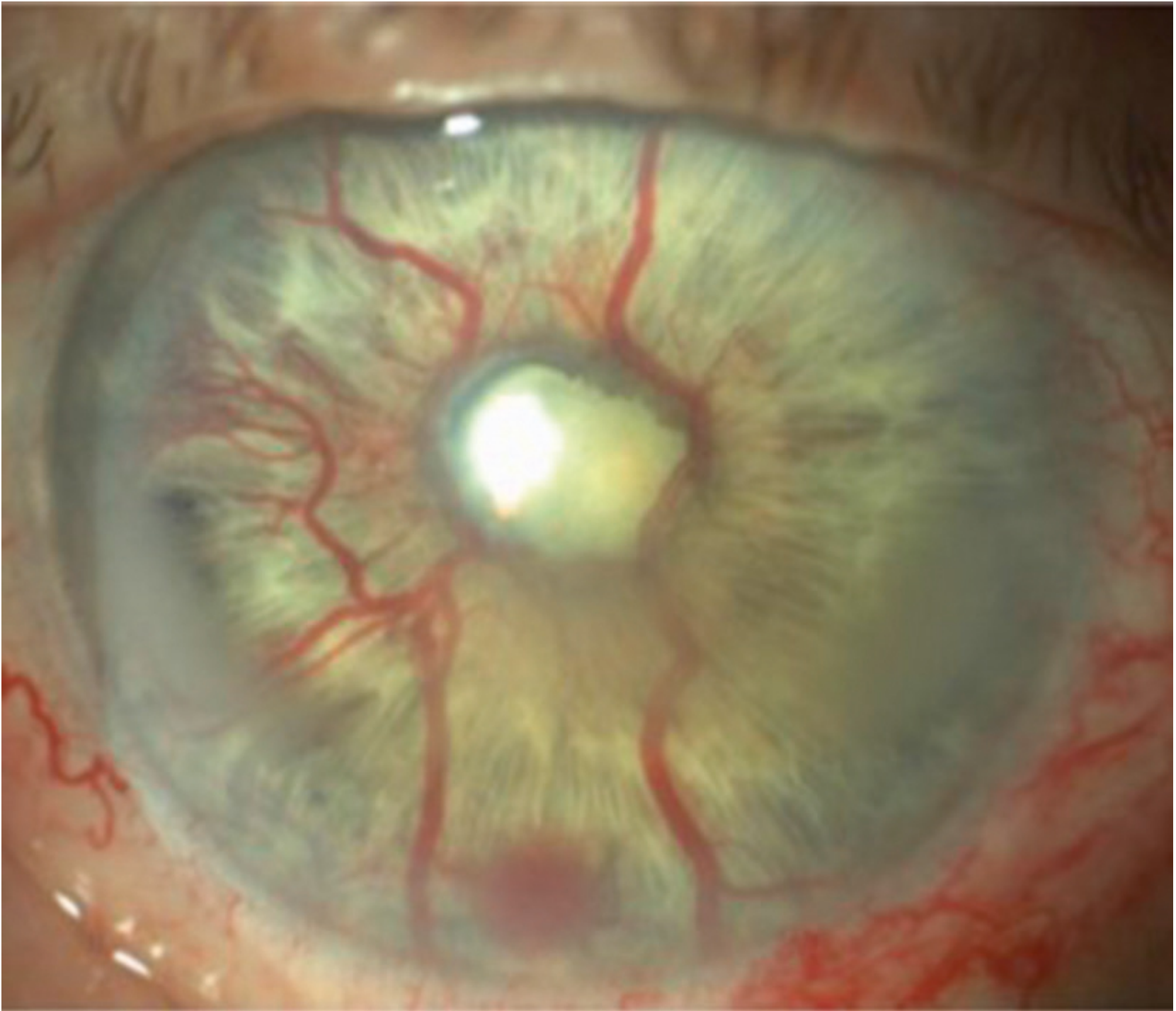


FIG. 8.10 Photographie en lampe à fente montrant une rubéose irienne majeure dans le cadre d'une OVCR ischémique.

c 177 178 Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) compliquée de néovaisseaux choroïdiens maculaires

Voir **chapitre 15**.

d Neuropathie optique ischémique antérieure (NOIA)

Voir **chapitre 20**.

e œdème papillaire

Il s'agit d'un gonflement de la tête du nerf optique faisant suite à une élévation de la pression intracrânienne.

Devant un œdème papillaire, il convient d'éliminer une hypertension artérielle maligne (si bilatéral), une hypertension intracrânienne (si bilatéral), puis on s'oriente sur des causes de neuropathie optique inflammatoire.

En cas d'hypertension intracrânienne, les symptômes sont : céphalées, nausées/vomissements, troubles visuels transitoires à type d'éclipses visuelles, paralysie du nerf VI.

En cas névrite optique inflammatoire avec papillite, la baisse d'acuité visuelle prédomine.

f Décollement de la rétine rhégmatoïque (fig. 8.12)

Il s'agit d'un décollement de la rétine (DR) secondaire à une déchirure rétinienne (du grec *rhagma* = déchirure), s'opposant aux DR exsudatifs (comme au cours de l'HTA ou de la toxémie gravidique) et aux DR tractionnels (au cours notamment de la rétinopathie diabétique).

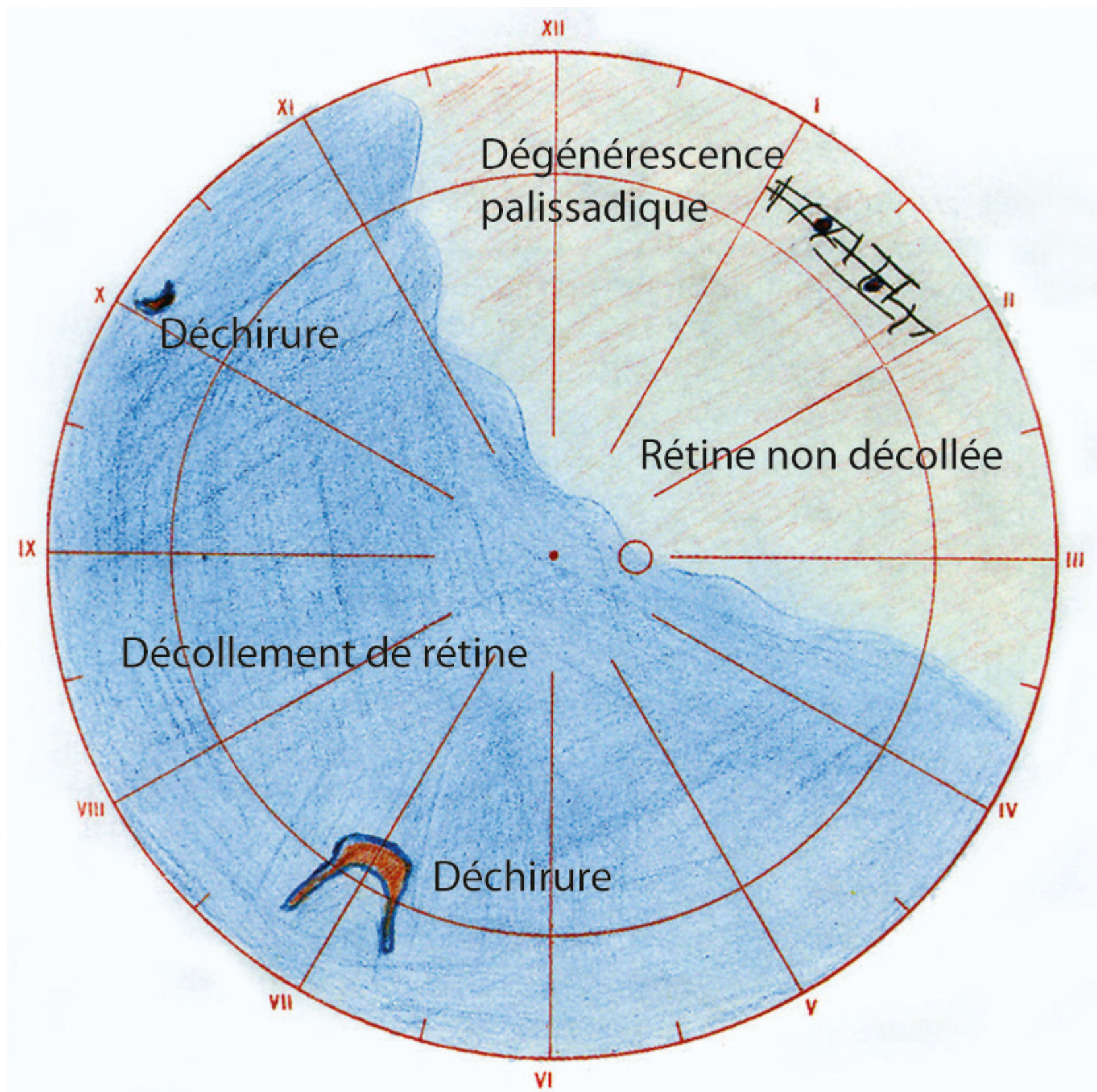


FIG. 8.12 Représentation schématique d'un décollement de la rétine de l'œil droit.

B

La survenue d'une déchirure au niveau de la rétine périphérique avec un défaut de pleine épaisseur de la rétine neurosensorielle (voir [chapitre 1](#)) peut permettre le passage de vitré liquéfié depuis la cavité vitréenne dans l'espace sous-rétinien (entre la rétine neurosensorielle et l'épithélium pigmentaire); ce liquide sous-rétinien (LSR) va soulever la rétine de proche en proche : c'est le DR rhégmato-gène ([fig. 8.13](#)).

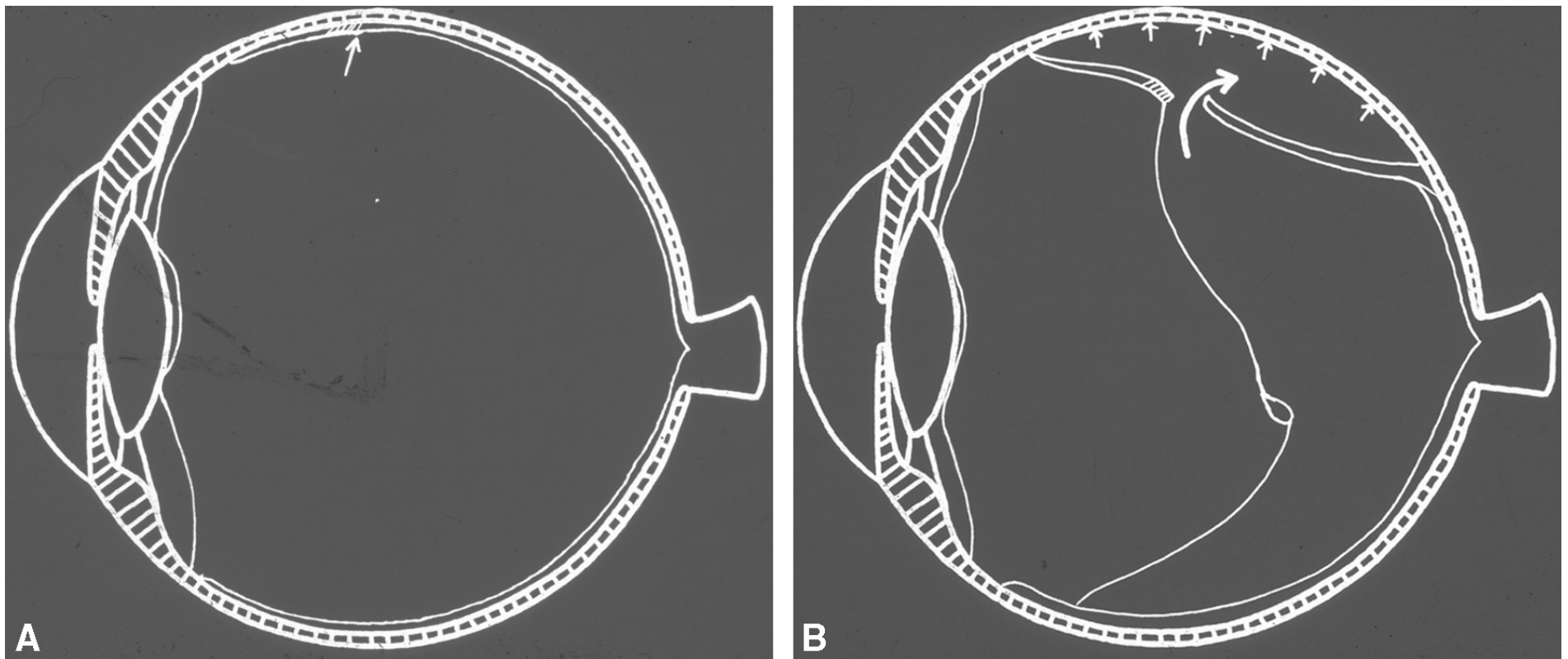


FIG. 8.13 A, B. Physiopathologie du décollement de la rétine.

La survenue d'une déchiscence rétinienne en périphérie rétinienne permet le passage de liquide dans l'espace sous-rétinien; l'épithélium pigmentaire assure la résorption de ce liquide sous-rétinien, mais son débit est insuffisant et le liquide s'accumule sous la rétine, entraînant l'extension du décollement de la rétine.

Il reconnaît trois étiologies principales :

- DR idiopathique, le plus souvent chez le sujet âgé (complicant un décollement postérieur du vitré si sujet âgé);
- myopie, notamment myopie forte (myopie supérieure à -6 dioptries); le risque de DR rhég-matogène croît avec le degré de myopie;
- 179 chirurgie de la cataracte (DR de l'aphaque ou du pseudophaque), qui se complique d'un DR dans environ 2 % des cas, dans un délai variable, parfois plusieurs années après l'intervention sur le cristallin.



L'évolution spontanée est très péjorative : elle se fait vers l'extension inexorable du DR, qui englobe la macula, puis la totalité de la rétine.



Le traitement est uniquement chirurgical. En attendant sa mise en œuvre, le regard du patient doit être positionné vers le bas, pour limiter la progression du DR. Le principe du traitement est d'obturer la déchiscence rétinienne périphérique, permettant de stopper le passage de LSR. Le LSR résiduel est ensuite résorbé par l'épithélium pigmentaire et la choroïde, permettant à la rétine de se réappliquer (fig. 8.14).



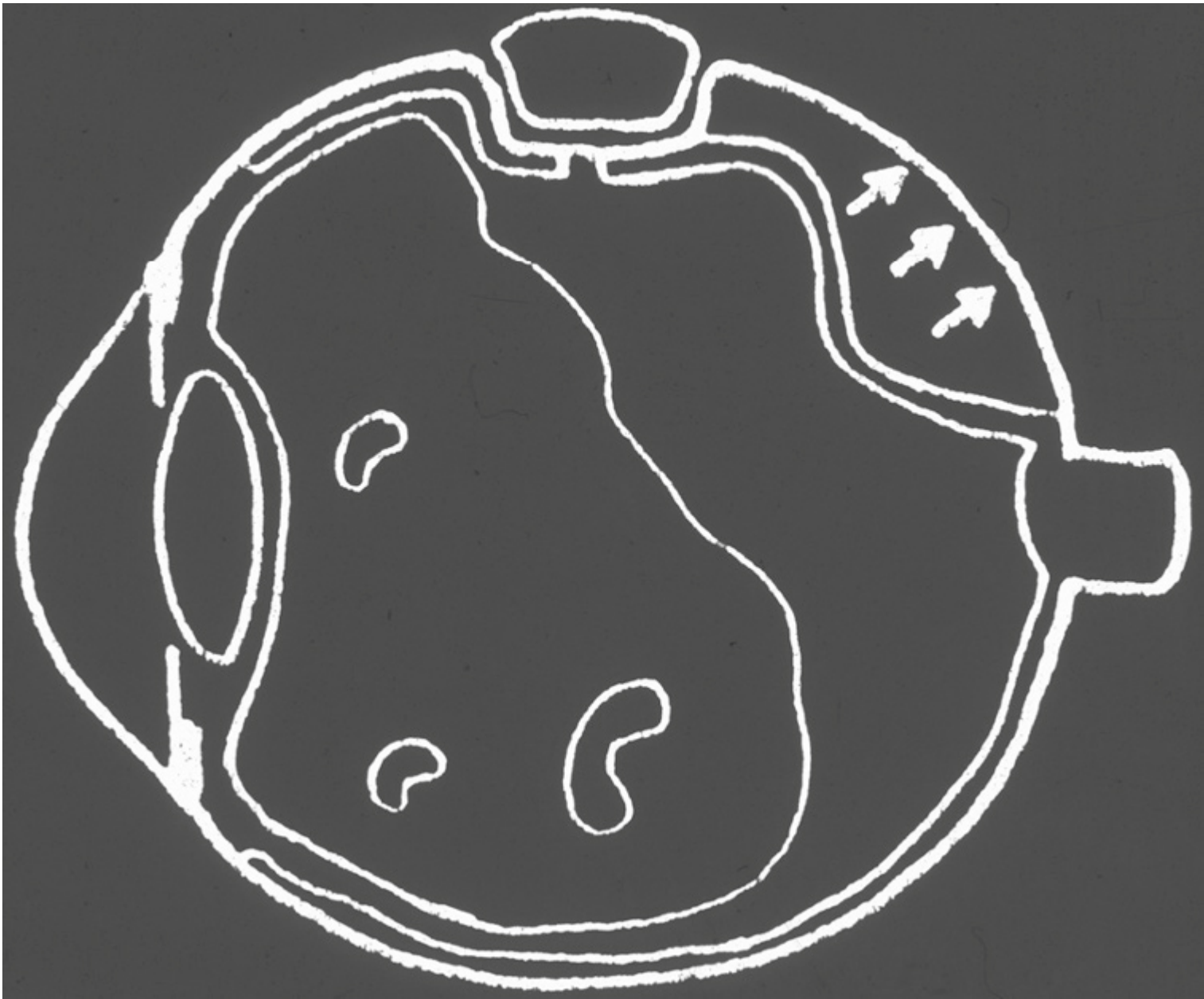


FIG. 8.14 Le traitement chirurgical du décollement de la rétine consiste à obturer la déchissance, ce qui permet au liquide sous-rétinien d'être résorbé par l'épithélium pigmentaire et à la rétine de se réappliquer.

Noter à la partie supérieure de l'œil une indentation en coupe permettant de rapprocher la paroi sclérale de la rétine.

A Les *signes cliniques* sont fonctionnels : myodésopsies, suivies de phosphènes correspondant à la survenue de la déchirure rétinienne, puis d'une amputation du champ visuel périphérique, 180 correspondant à la constitution du DR; lorsque le DR soulève la macula, il entraîne

alors une baisse d'acuité visuelle (e-fig. 8.1 B et e-fig. 8.16).

L'examen du fond d'œil :

- fait le diagnostic : la rétine apparaît en relief, mobile, formant de volumineux plis;
- recherche la déchissance causale (**fig. 8.17 à fig. 8.19**); il doit s'attacher à rechercher plusieurs déchirures, les déchirures multiples étant fréquentes et la méconnaissance d'une ou de plusieurs déchirures exposant à un échec du traitement chirurgical.

B

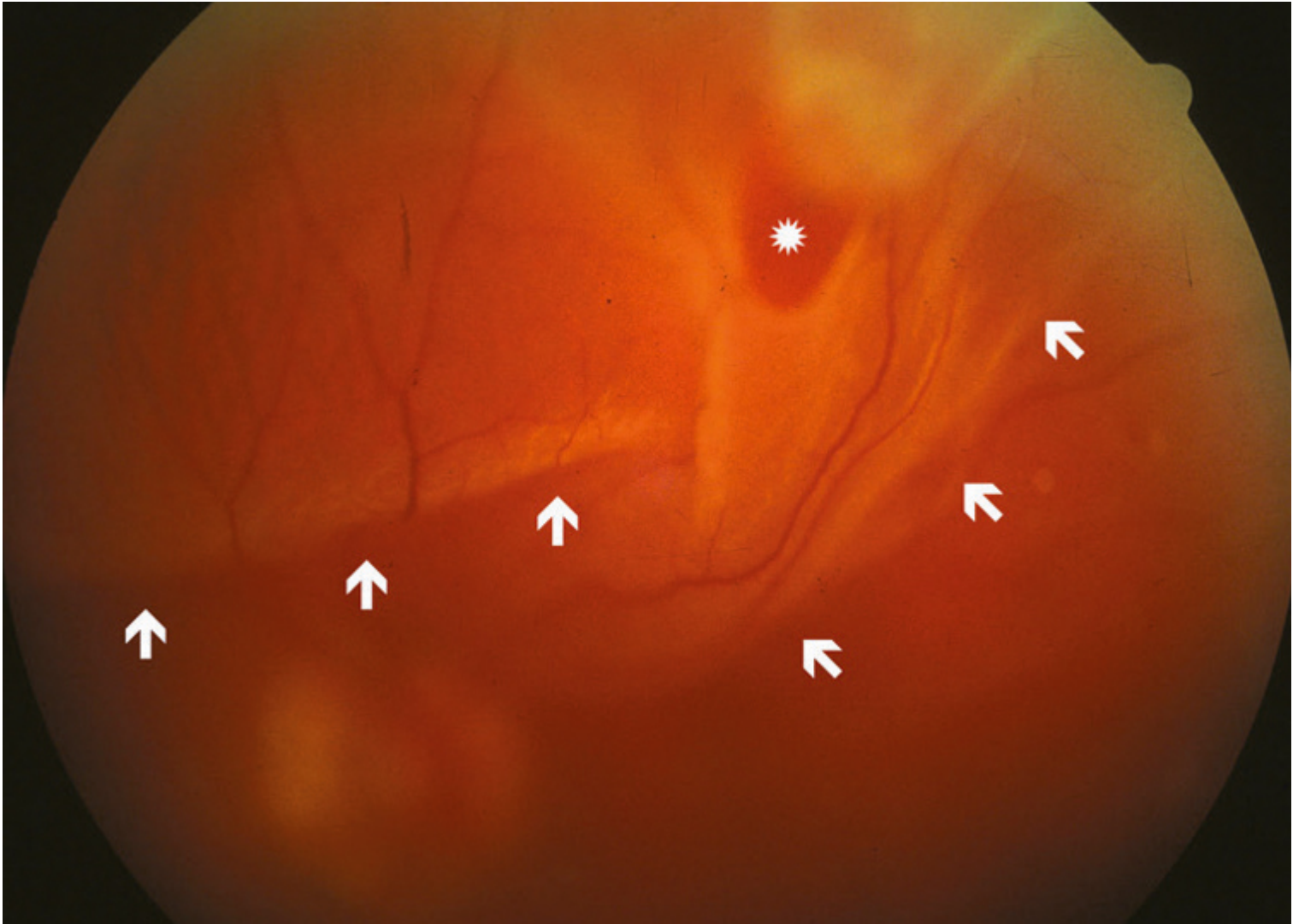


FIG. 8.17 Aspect du fond d'œil dans un décollement de la rétine secondaire à une volumineuse déchirure située en temporal supérieur. Limites du décollement (flèches), déchirure (étoile).

C

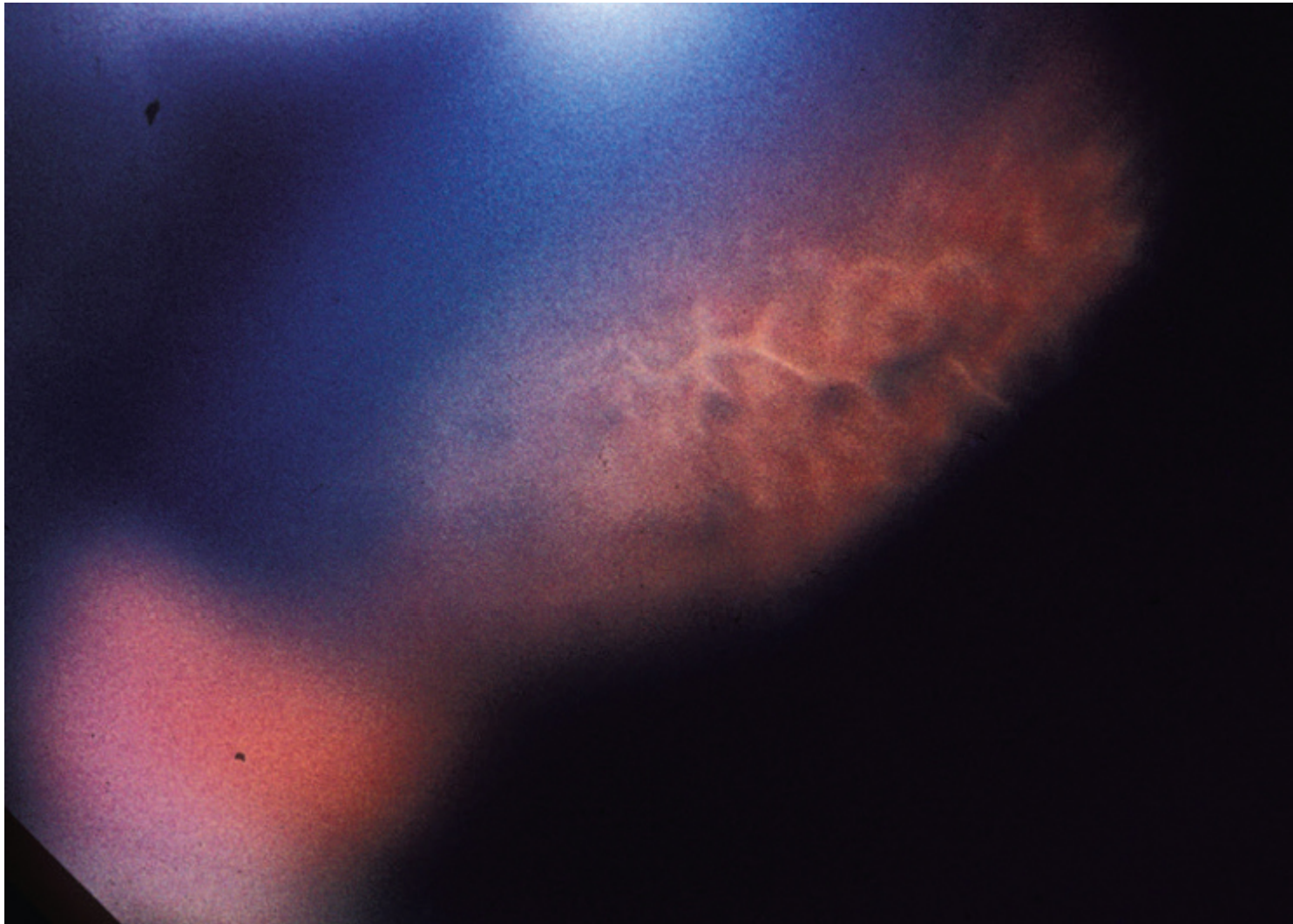


FIG. 8.18 Dégénérescence palissadique (examen de la périphérie du fond d'œil à la lampe à fente).

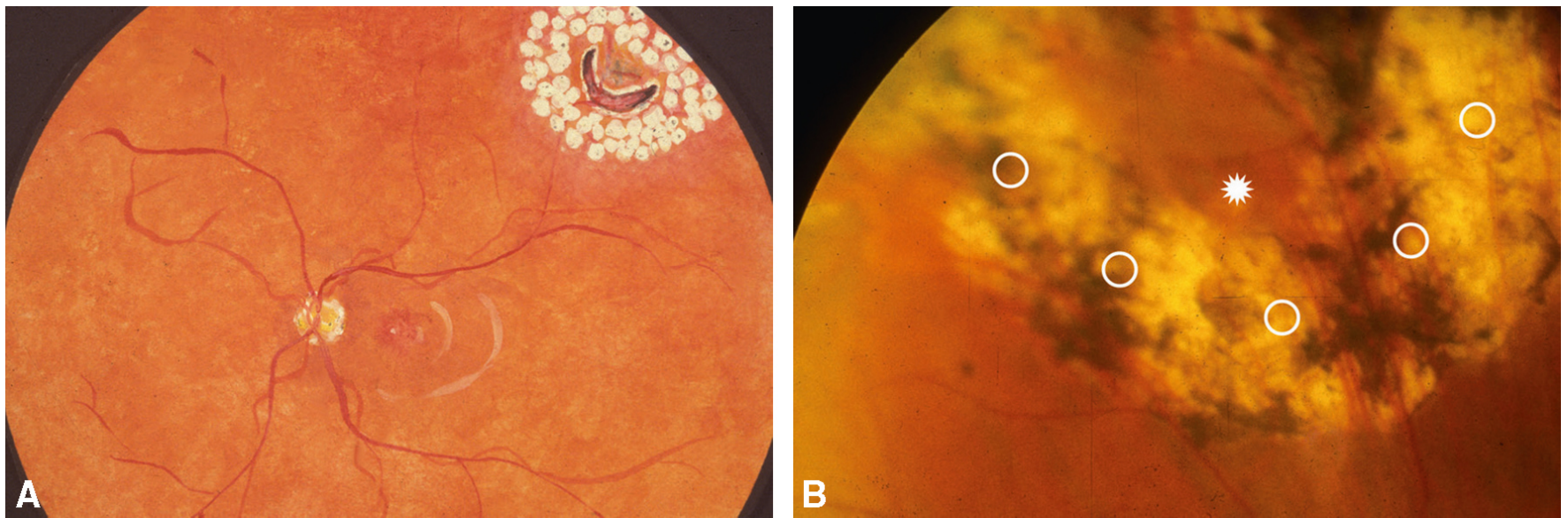


FIG. 8.19 Traitement préventif du décollement de la rétine.

A. Représentation schématique d'une photocoagulation préventive d'une déchirure rétinienne non compliquée de décollement de rétine. **B.** Cicatrices de photocoagulation autour d'une déchirure rétinienne (déchirure : étoile; cicatrices de photocoagulation : cercles).

3 181 Anomalies de la vision d'apparition brutale avec fond d'œil visible et normal

a Névrite optique retrobulbaire (NORB)

Voir [chapitre 19](#).

La NORB se traduit par les éléments suivants :

- importante baisse d'acuité visuelle unilatérale rapidement progressive (en quelques jours);
- douleurs oculaires augmentées lors des mouvements oculaires;
- réflexe photomoteur direct diminué;
- examen du fond d'œil normal (plus rarement, œdème papillaire modéré);
- scotome central ou cœcocentral du champ visuel.

b Atteintes des voies optiques chiasmatiques et rétrochiasmatiques

Voir [chapitre 7](#).

Une atteinte chiasmatique donne le plus souvent une hémianopsie bitemporale d'installation progressive, la cause étant le plus souvent une compression d'origine tumorale.

Devant une hémianopsie ([fig. 8.20](#)) ou une quadranopsie latérale homonyme ([fig. 8.21](#)) par atteinte des voies optiques rétrochiasmatiques, l'installation brutale évoque une étiologie vasculaire, alors qu'une installation progressive évoque une étiologie tumorale.

B

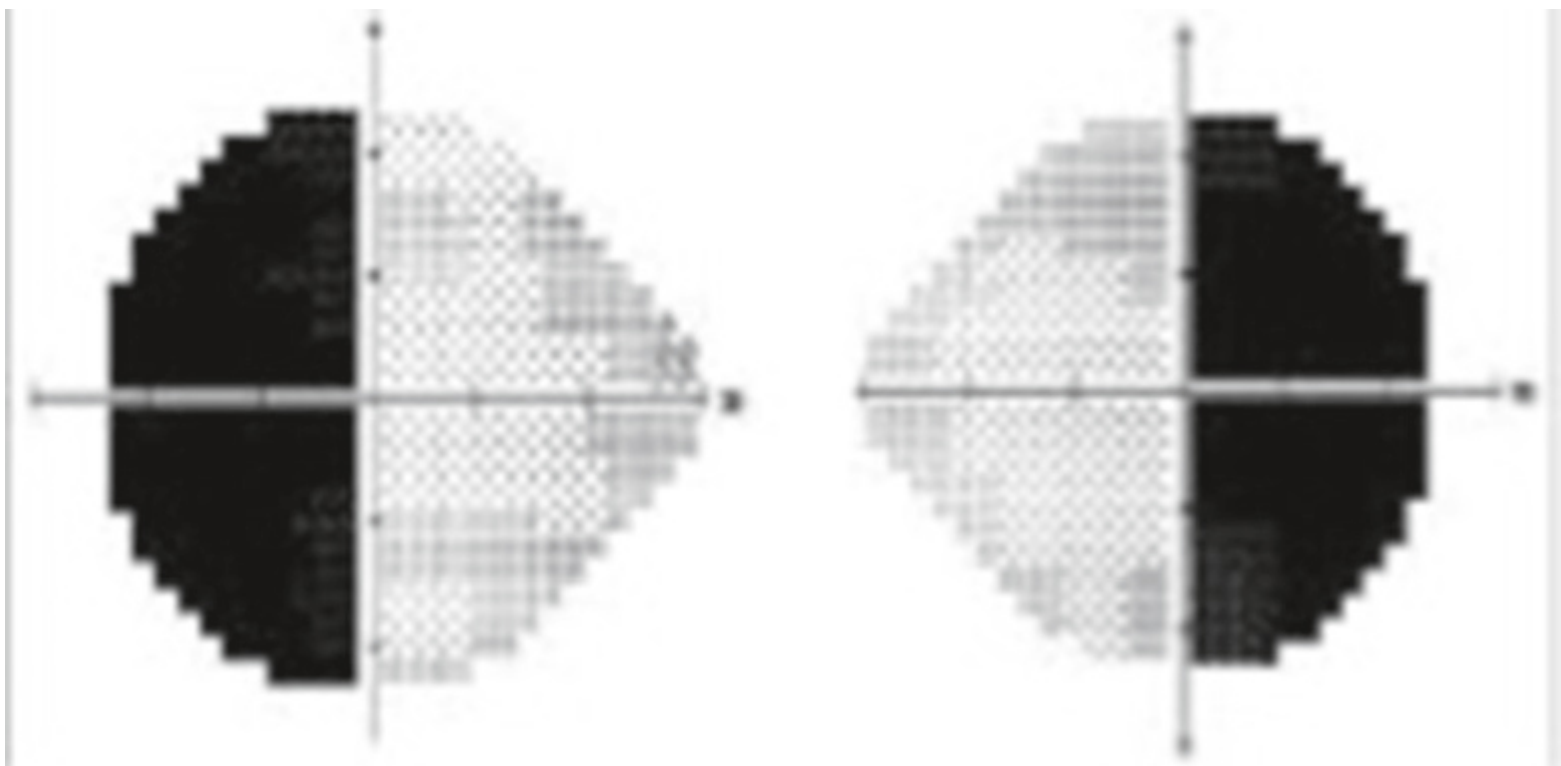


FIG. 8.20 Champ visuel Humphrey d'une hémianopsie bitemporale.

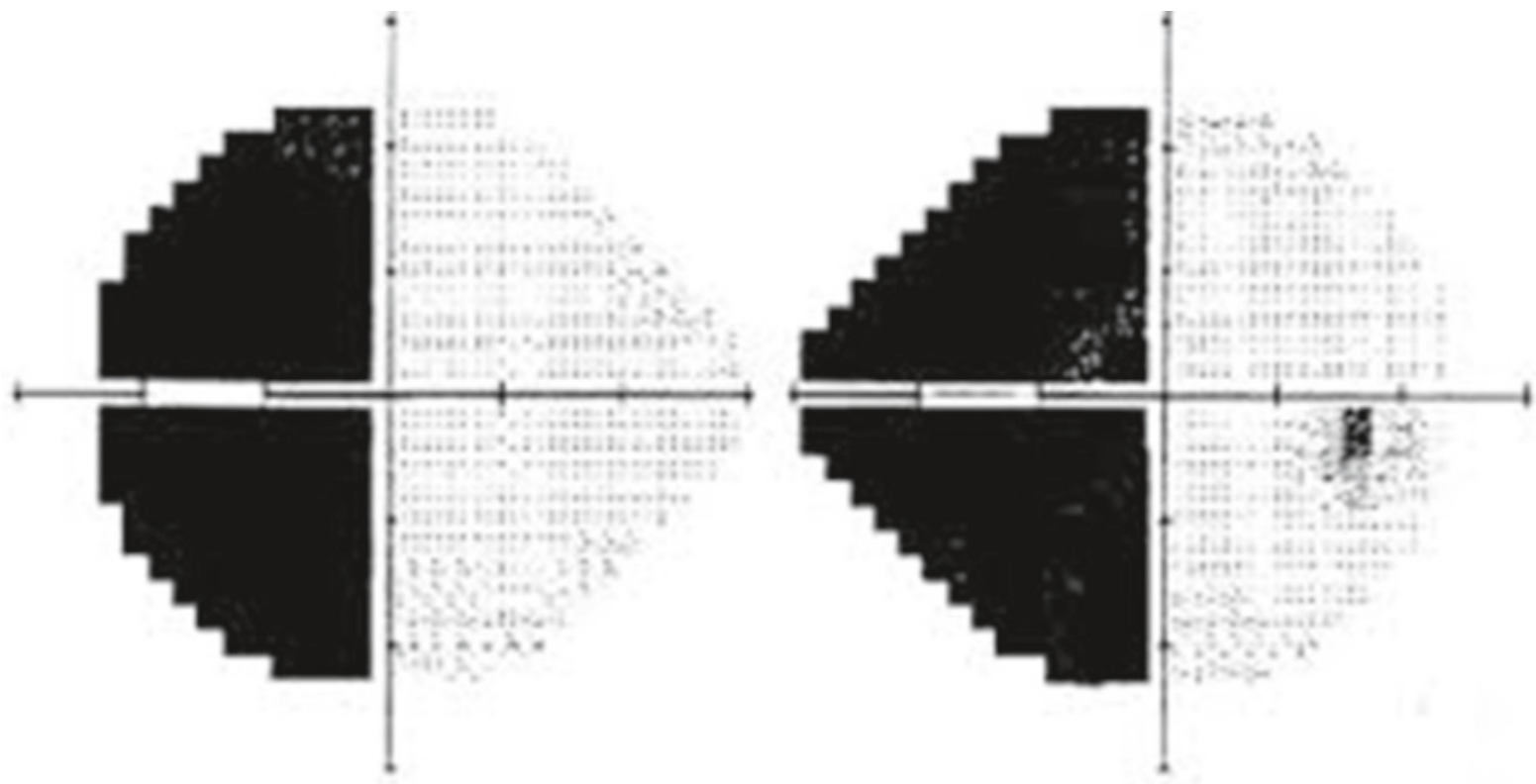


FIG. 8.21 Champ visuel Humphrey d'une hémianopsie latérale homonyme gauche.

B

Les troubles visuels récents suivants doivent faire réaliser une imagerie cérébrale en urgence :

- cécité monoculaire transitoire (CMT);
- névrite optique rétrobulbaire (NORB);
- atteinte du champ visuel de type latérale homonyme ou bitemporale;
- OACR;
- œdème papillaire bilatéral ([fig. 8.22](#) et [fig. 8.23](#)).



FIG. 8.22 Photographie du fond d'œil gauche montrant un volumineux œdème papillaire dans le cadre d'une hypertension artérielle maligne.

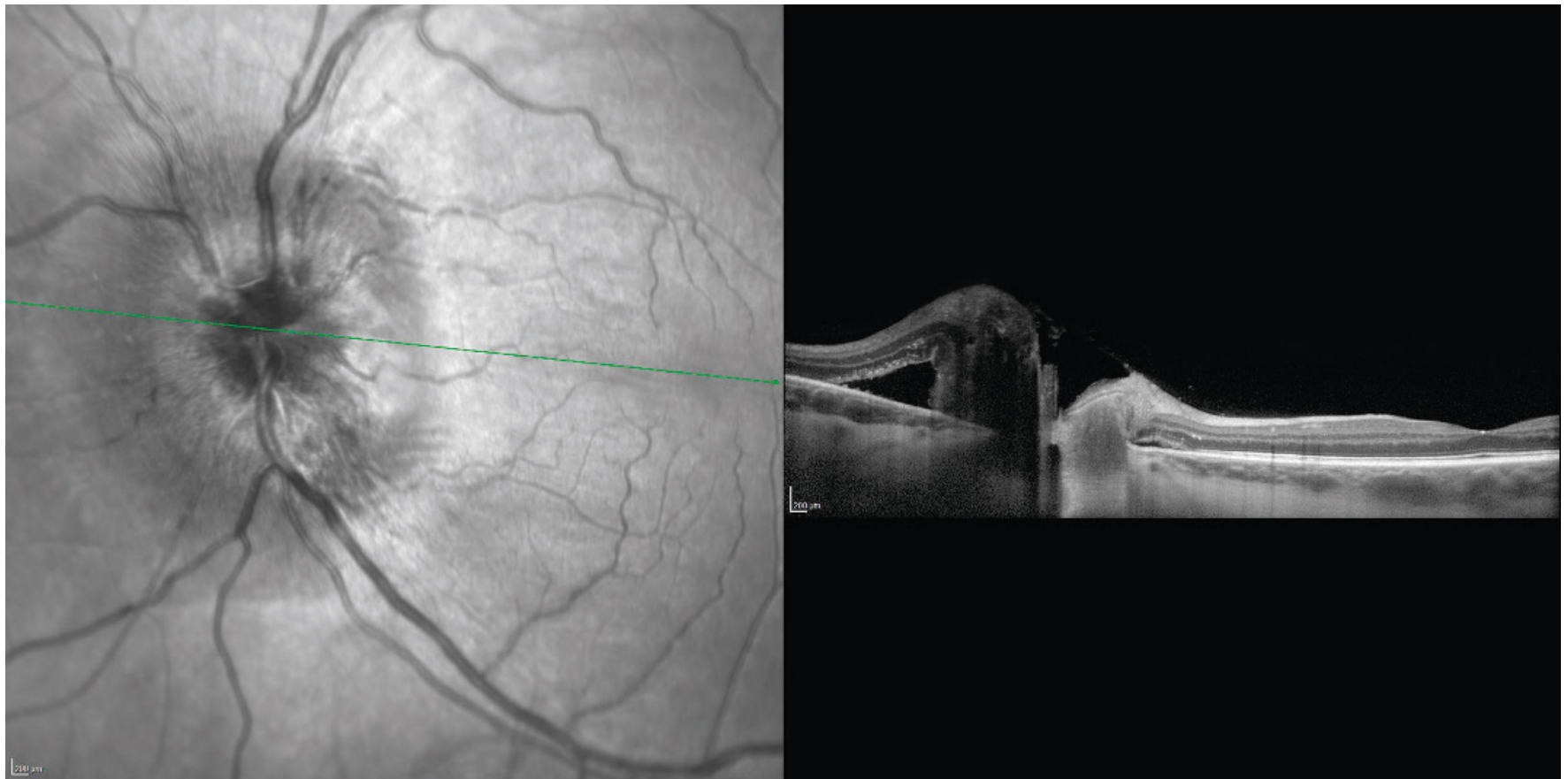


FIG. 8.23 Photographie du fond d'œil gauche et coupe en OCT du même patient qu'en figure 8.22. L'œdème papillaire est mieux visible en cliché infrarouge, et il existe une surélévation en OCT (coupe passant par la papille).



FIG. 8.24



FIG. 8.25

C 182 183 Anomalies transitoires de la vision

1 Cécité monoculaire transitoire (CMT)

A Une disparition totale de la vision, d'apparition aiguë, d'une durée de quelques minutes, spontanément résolutive constitue l'amaurose fugace; elle correspond à un *accident isché-mique rétinien transitoire*. Il est nécessaire de réaliser un fond d'œil pour rechercher un embole rétinien.

C'est une urgence diagnostique en raison du risque de survenue d'une occlusion artérielle rétinienne constituée ou d'un AVC ischémique.

Elle doit faire rechercher avant tout un athérome carotidien ou une cardiopathie emboligène (voir **chapitre 16**). Une artérite gigantocellulaire (maladie de Horton) doit aussi être systématiquement évoquée.

2 Insuffisance vertébrobasilaire

Une amaurose transitoire bilatérale, de durée brève, peut traduire une ischémie dans le territoire vertébrobasilaire.

3 « Éclipses visuelles »

Les éclipses visuelles sont caractérisées par un flou visuel aux changements de position, durant quelques secondes; elles accompagnent l'œdème papillaire de l'HTIC.

4 Scotome scintillant (aura migraineuse)

B Bilatéral, accompagné de flashs colorés, s'étendant progressivement à un hémichamp visuel, le scotome scintillant évoque une *migraine ophtalmique*. Le trouble visuel régresse en 15 à 20 minutes environ, laissant la place à une céphalée pulsatile, volontiers hémicrânienne et controlatérale. Dans certains cas, le scotome scintillant est isolé, sans céphalée.

Points clés

- Penser à considérer toutes les pathologies possibles, dans un raisonnement anatomique :
 - cornée;
 - uvée;
 - vitré;
 - rétine;
 - nerf optique;
 - voies visuelles et cerveau.
- Penser à hiérarchiser les diagnostics possibles dans un raisonnement nosologique :
 - pathologies unilatérales ou bilatérales;
 - signes associés;
 - contexte de survenue.

► **184** Compléments en ligne

B *QRU 1*

Madame P., âgée de 70 ans, se présente aux urgences ophtalmologiques pour baisse d'acuité visuelle brutale et non douloureuse de l'œil droit, ce matin au réveil. Son acuité visuelle est de 1/20^e. L'examen du fond d'œil est celui-ci.

Quelle(s) affirmation(s) est(sont) exacte(s) ?

- A Il existe une occlusion de la veine centrale de la rétine
- B Aspect de macula rouge cerise
- C Un traitement par bolus de corticoïdes est nécessaire
- D Aucun bilan d'imagerie est nécessaire
- E Lorsque j'éclaire cet œil, il y a conservation du réflexe photomoteur (RPM) consensuel

A *QRU 2*

Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) se manifeste(nt) par un œil blanc douloureux ?

- A Hémorragie intravitréenne
- B Cataracte
- C Neuropathie optique rétrobulbaire
- D Occlusion de l'artère centrale de la rétine (OACR)
- E Cécité corticale

B *QRU 3*

Monsieur N., âgé de 68 ans, se présente aux urgences pour une baisse d'acuité visuelle brutale à 1/20^e de l'œil droit. Il a comme antécédents généraux : une hypertension artérielle (HTA) et un syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Le fond d'œil est ci-dessous.

185 Quelle(s) est/sont la/les affirmation(s) exacte(s) ?

- A Le diagnostic le plus probable est une névrite optique rétrobulbaire de l'œil droit
- B Vous prescrivez en urgence une NFS, VS, CRP
- C La biopsie des artères temporales est indispensable pour le diagnostic, et la mise en place d'un traitement
- D Il n'existe pas de risque de bilatéralisation
- E Un déficit cœcocentral au champ visuel est typiquement associé à cette pathologie

A *QRM 4*

Un patient de 45 ans se présente aux urgences avec un œil droit rouge et douloureux. Il se plaint d'une baisse d'acuité visuelle (BAV) homolatérale importante. Quelles sont les réponses vraies ?

- A Il peut s'agir d'une hémorragie sous-conjonctivale
- B Il peut s'agir d'une uvéite
- C Il peut s'agir d'une kératite
- D Vous le renvoyez à domicile car il s'agit très probablement d'une conjonctivite
- E Il peut s'agir d'un décollement de rétine

A *QRM 5*

Monsieur Z., âgé de 60 ans, est transféré en ambulance à votre cabinet d'ophtalmologie pour un œil droit rouge et douloureux. Son acuité visuelle corrigée est limitée à « voir bouger la main » à l'œil droit et 10/10^{es} à l'œil gauche. Votre interrogatoire a éliminé un traumatisme oculaire récent. Monsieur Z. décrit des douleurs oculaires et péri-oculaires très intenses (échelle visuelle analogique [EVA] à 9/10) survenues soudainement à 16 heures 30 cet après-midi. Il montre avec sa main la région orbitaire douloureuse. Ces douleurs sont accompagnées de nausées, vomissements. Il perçoit des halos autour des lumières. Il disait voir parfaitement avant cet épisode.

Votre examen va rechercher :

- A Un myosis serré
- B Une semi-mydriase aréactive
- C Une hypermétropie
- D Un hypopion
- E Un œdème de cornée

► **Réponses**

QRU 1

Réponse : B.

Il s'agit d'une occlusion de l'artère centrale de la rétine de l'œil gauche. Il existe une baisse de l'acuité visuelle (BAV) brutale (voit bouger la main, compte les doigts) associée à un œil blanc, indolore.

Les signes cliniques du fond d'œil sont :

- œdème blanc rétinien ischémique;
- artères grêles;
- cerise (macula rouge cerise) : la fovéola, qui n'est vascularisée que par la choroïde, garde sa coloration normale et apparaît plus rouge par contraste avec tout le reste de la rétine d'aspect « blanc laiteux » (« tache rouge cerise de la macula »);
- RPM aboli (mydriase aréflexive : abolition du RPM direct *mais* conservation du RPM consensuel).

C'est un AVC jusqu'à preuve du contraire. Il convient de réaliser un bilan cardiovasculaire complet (recherche de diabète, cholestérol, triglycérides, NFS, VS, CRP), écho-Doppler des carotides, ECG, échographie cardiaque) et une IRM cérébrale en urgence.

186 QRU 2

Réponse : C.

Diagnostics à évoquer devant une BAV brutale, œil blanc, indolore : OACR, occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR), neuropathie optique ischémique antérieure (NOIA), hémorragie intravitréenne, décollement de rétine macula *off*, cécité corticale.

QRU 3

Réponse : B.

Neuropathie optique ischémique antérieure (NOIA) : ischémie de la tête du nerf optique, par occlusion de l'artère ciliaire postérieure ou d'une de ses branches.

- NOIA artéritique (= artérite gigantocellulaire [maladie de Horton]) : patients âgés; atteinte du deuxième œil dans 75 % des cas;
- NOIA non artéritique : patients plus jeunes; terrain : HTA, diabète, SAOS, anémie, fréquemment associée à une hypermétropie.

Il existe souvent un ou des épisodes d'amaurose fugace précédant la NOIA constituée. Les signes biologiques retrouvés sont une accélération de la VS et une élévation de la CRP.

Biopsie de l'artère temporale : présence de cellules géantes, épaissement de l'intima et diminution de la taille de la lumière artérielle. Elle ne doit pas retarder la mise en place d'un traitement par bolus de corticoïdes.

QRM 4

Réponse : B, C.

La conjonctivite n'est pas associée à une BAV.

QRM 5

Réponse : B, C, E.

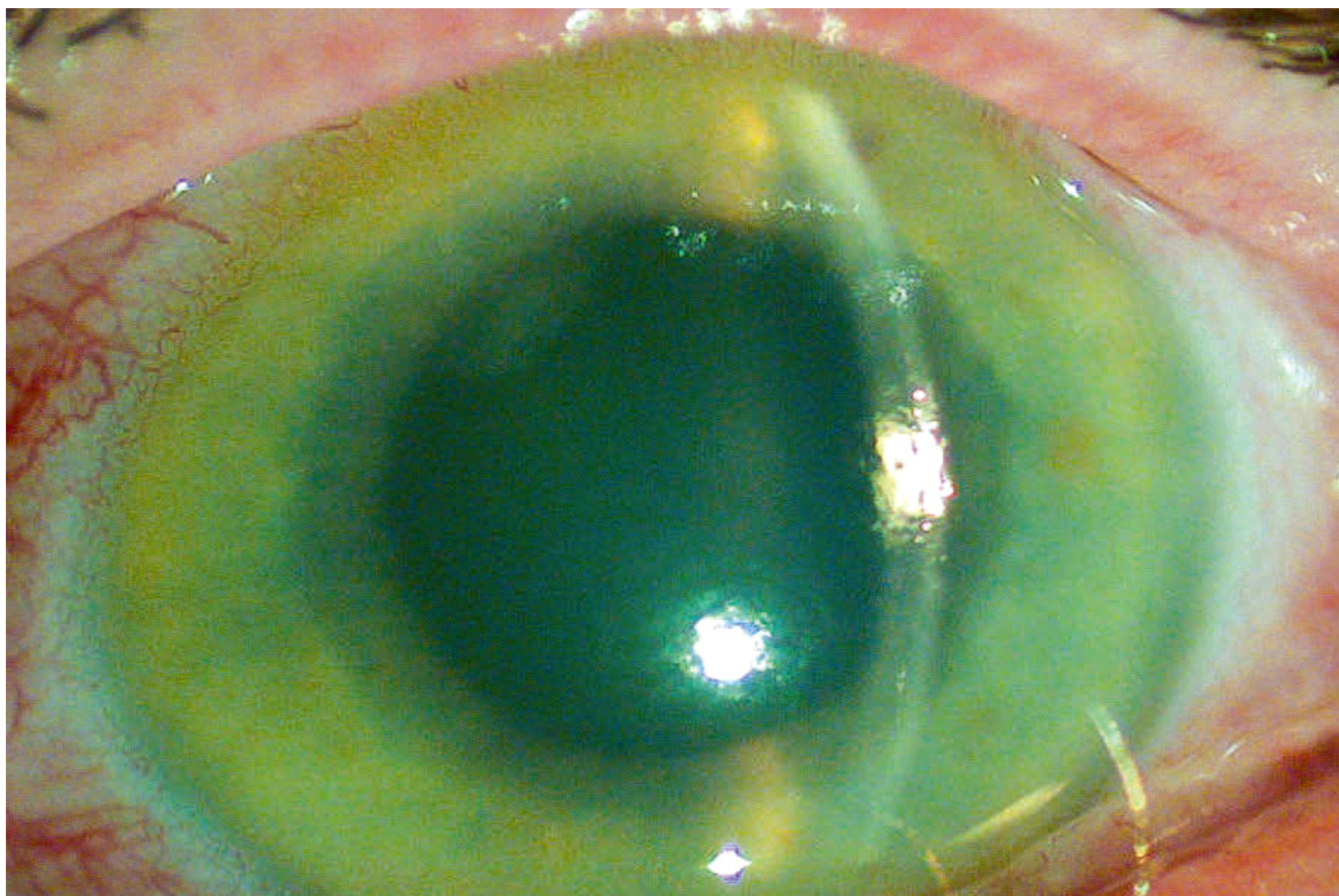
Le diagnostic à évoquer en urgence est une crise de fermeture de l'angle. Les facteurs de risque sont : une hypermétropie, une chambre antérieure étroite et une cataracte (facteur cristallinien). La tension oculaire doit être mesurée et sera très élevée. L'examen de l'œil controlatéral met en évidence généralement un angle irido-cornéen étroit. La prise en charge sera médicale en urgence.

► Compléments en ligne

Des compléments numériques sont associés à ce chapitre. Ils sont indiqués dans le texte par un picto. Pour voir ces compléments, connectez-vous sur <http://www.em-consulte.com/e-complements/478662> et suivez les instructions.

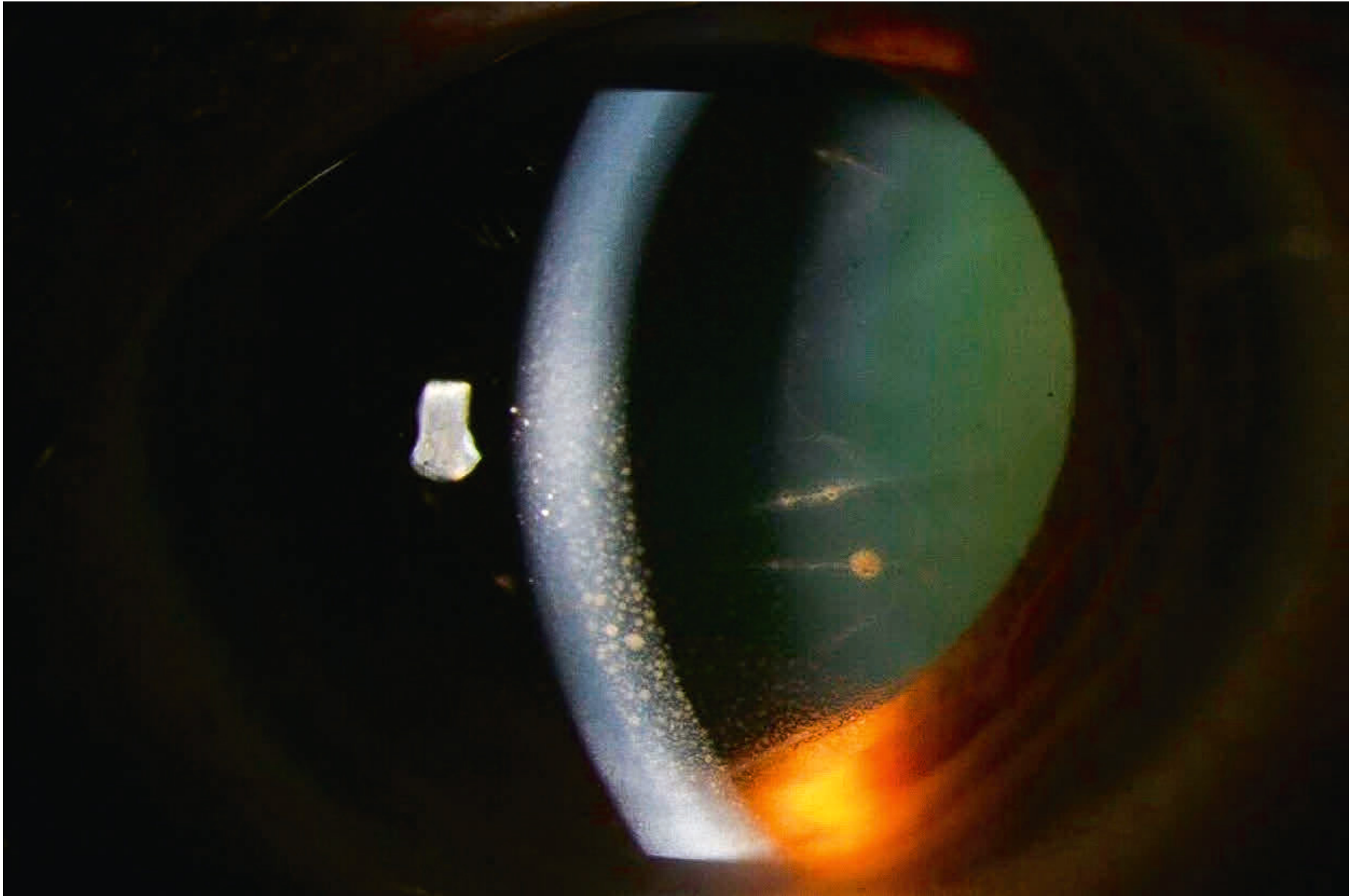
- Zone à nommer
- e-Figures

A

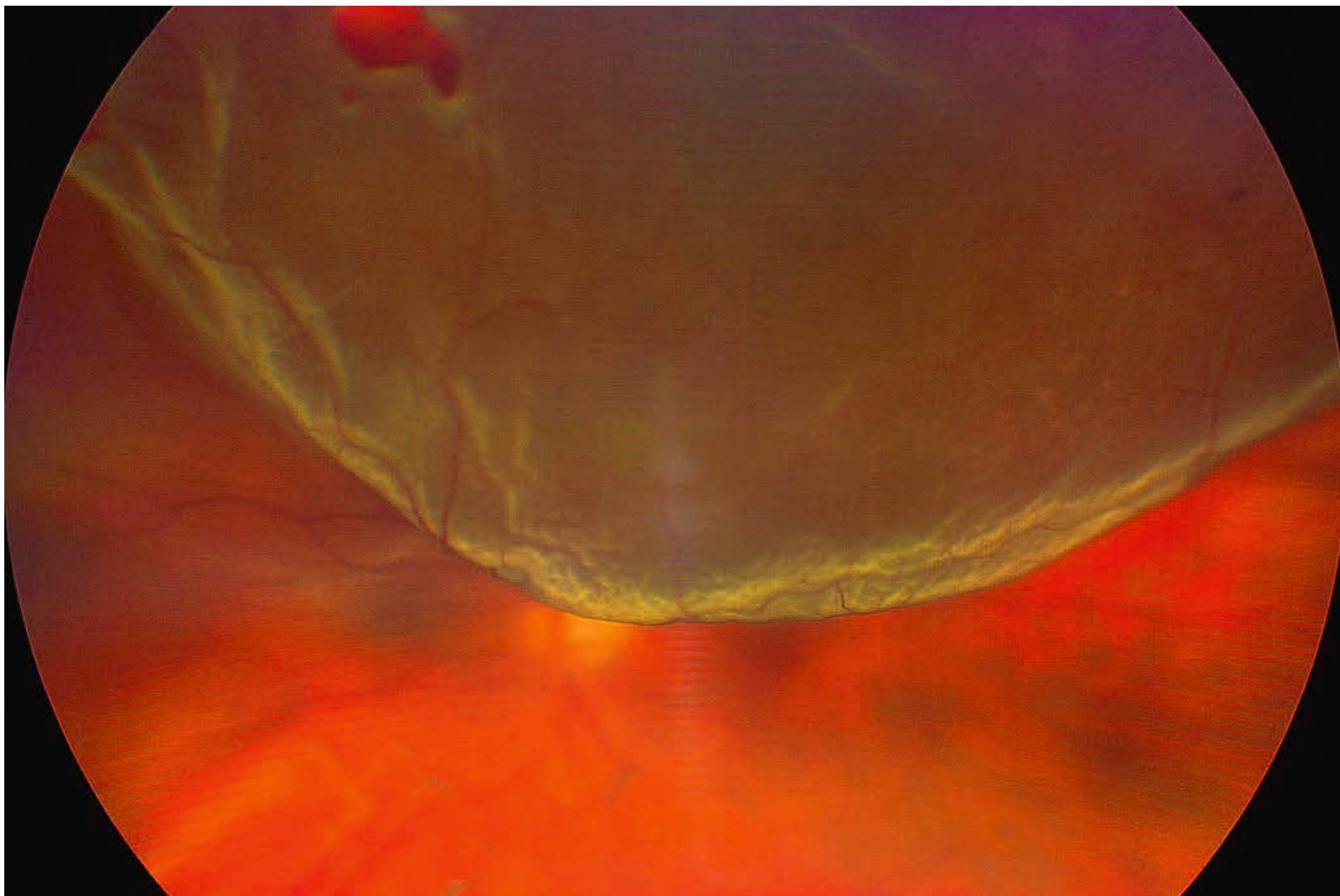


E-FIG. 8.1 Photographie en lampe à fente d'une crise aiguë par fermeture d'angle.

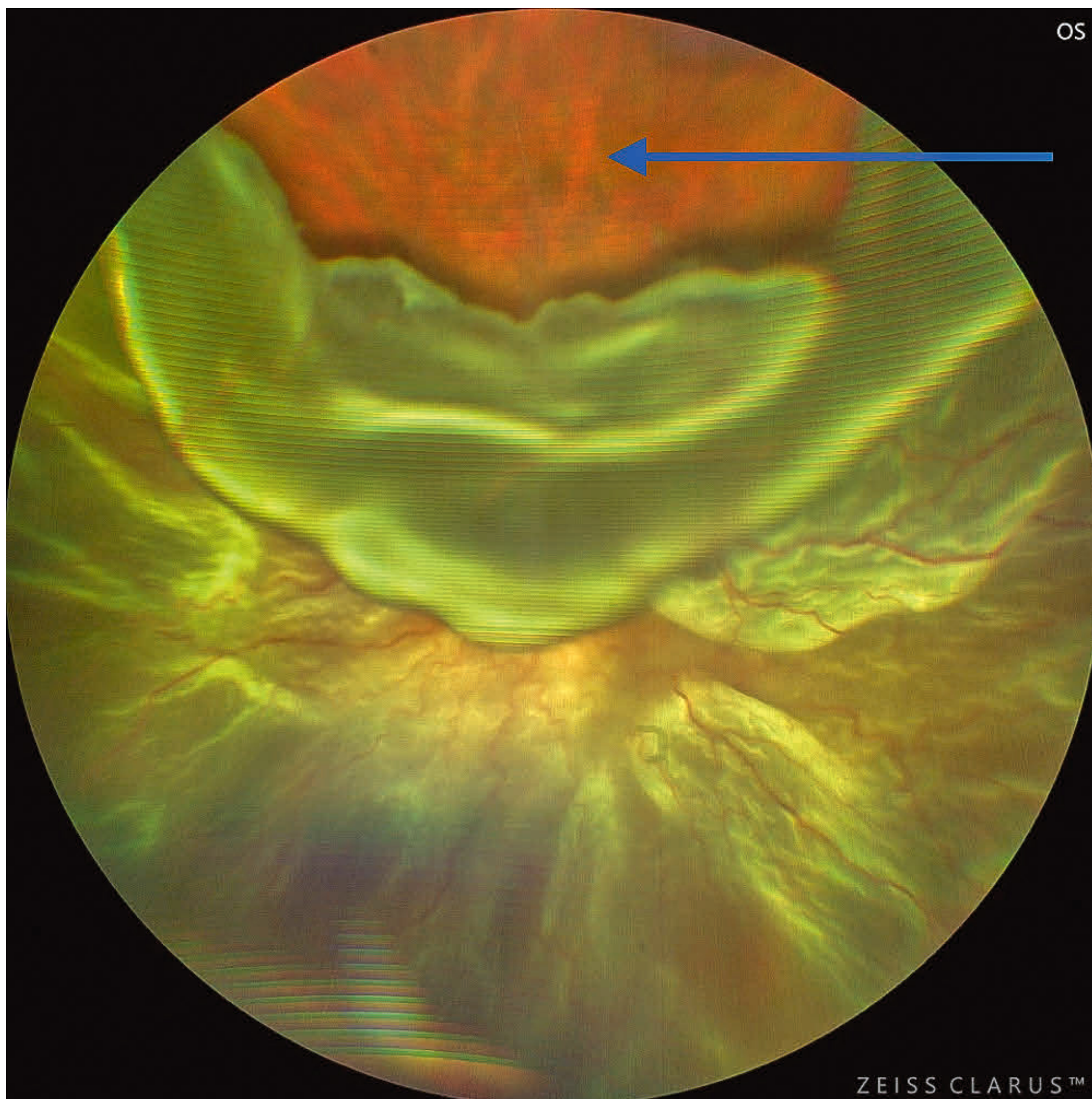
A



E-FIG. 8.11 Photographie lampe à fente, en fente large, de précipités rétrocornéens granulomateux blanchâtres dans le contexte d'une uvéite antérieure granulomateuse.



E-FIG. 8.15 Photographie du fond d'œil d'un décollement de rétine supérieur bulleux de l'œil gauche secondaire à cette petite déchirure située en supérieur.



E-FIG. 8.16 Photographie du fond d'œil d'un décollement de rétine total de l'œil gauche secondaire à une grande déchirure située en supérieur à 12 heures.