

Ophtalmologie

L'ŒIL EN MÉDECINE DE 1ER RECOURS

URGENCE ?

/ Aknin, Golfe Juan / Cannes (clinique Oxford)

- **Quand gérer seul ?**
- **Quand adresser ?**

Le plan

- 1/ examen oculaire
- 2/ étiologies
- 3/ œil rouge
- 4/ œil douloureux
- 5/ œil rouge ET douloureux
- 6/ œil blanc ET baisse d'acuité visuelle
- 7/ autour de l'œil

1-examen oculaire

Examen oculaire

- **Examen de la vision :**
 - De loin et de près œil par œil
- **Examen de la cornée :**
 - Recherche d'une diminution de transparence
 - Test à la fluorescéine : l'épithélium cornéen normal ne retient pas la fluorescéine, mais elle se fixe sur le stroma en absence d'épithélium
- **Examen de la pupille :**
 - Aspect (ronde ou déformée)
 - Taille (myosis ou mydriase)
 - Réflexe
- **Examen de la conjonctive :**
 - Dilatations vasculaires ? Dépôts?

2-étiologies

Etiologies

- **Œil rouge, non douloureux, sans Baisse d'Acuité Visuelle (BAV) :**
 - Conjonctivite
 - Hémorragie sous-conjonctivale
- **Œil rouge, douloureux, sans BAV :**
 - Episclérite/sclérite
 - Corps étranger cornéen
 - Kératites (sans BAV selon localisation)
- **Œil rouge, douloureux, avec BAV :**
 - Kératite (BAV selon localisation)
 - Glaucome aigu
 - Uvéite/ endophtalmie
 - Trauma à part
- **Œil blanc avec BAV :**
 - Occlusion artère centrale de la rétine (OACR)/Occlusion de la Veine Centrale de la Rétine (OVCR)/ hémorragies rétinienne
 - Décollement de rétine

3- œil rouge

Œil rouge: conjonctivite

- **Œil rouge non douloureux, sans BAV :**

- S'assurer de l'absence de :

- Photophobie
 - Baisse d'acuité visuelle
 - Cercle Périkératique

- Conjonctivite : par ordre de fréquence :

- Virale
 - Allergique
 - Bactérienne



Nombre d'yeux rouges chroniques sont étiquetés « allergiques », alors qu'il s'agit en fait d'efforts visuels permanents liés à une amétropie méconnue (car ils voient 10/10) comme une hypermétropie ou un astigmatisme.

Œil rouge : conjonctivite

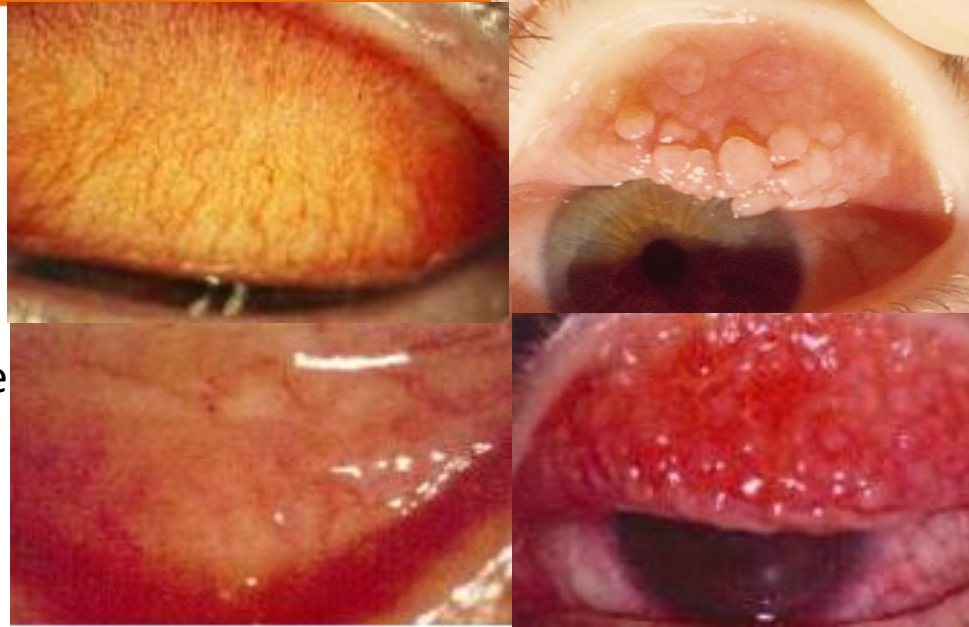
- La rougeur prédomine dans les culs de sacs conjonctivaux
- Pas de baisse d'acuité visuelle
- Pas de douleurs oculaires
 - Sinon craindre l'association à une kératite
- Pas d'examen complémentaire à faire
 - Recours à un prélèvement lacrymal à but bactériologique rarement nécessaire (conjonctivite rebelle)



Œil rouge : conjonctivite

- **Virale :**

- Larmoiement clair
- Pas de prurit
- Souvent bilatérale
- Contage ?
- Catarrhe
- Adénopathie prétragienne
- Complication : kératite



- **Allergique :**

- Larmoiement clair
- Prurit
- Pavés sous les paupières
 - À part : la conjonctivite printanière

- **Bactérienne :**

- Larmoiement « sale » « collés »
- Pas de prurit
- Souvent unilatérales
- Contagieuses (Cocci gram +)



Œil rouge : conjonctivite

- **Virale :**
 - Antiseptique pour éviter les surinfections
- **Allergique :**
 - Antiallergiques locaux (cromogliclate de Na; levocabastine ou ketotifène en unidoses)
 - Rechercher la cause
- **Bactérienne :**
 - Antibiothérapie locale

Œil rouge : conjonctivite

- **Covid: conjonctivite virale avec hyperhémie ++**
- **Infection « de voisinage »**



Œil rouge : hémorragie sous-conjonctivale

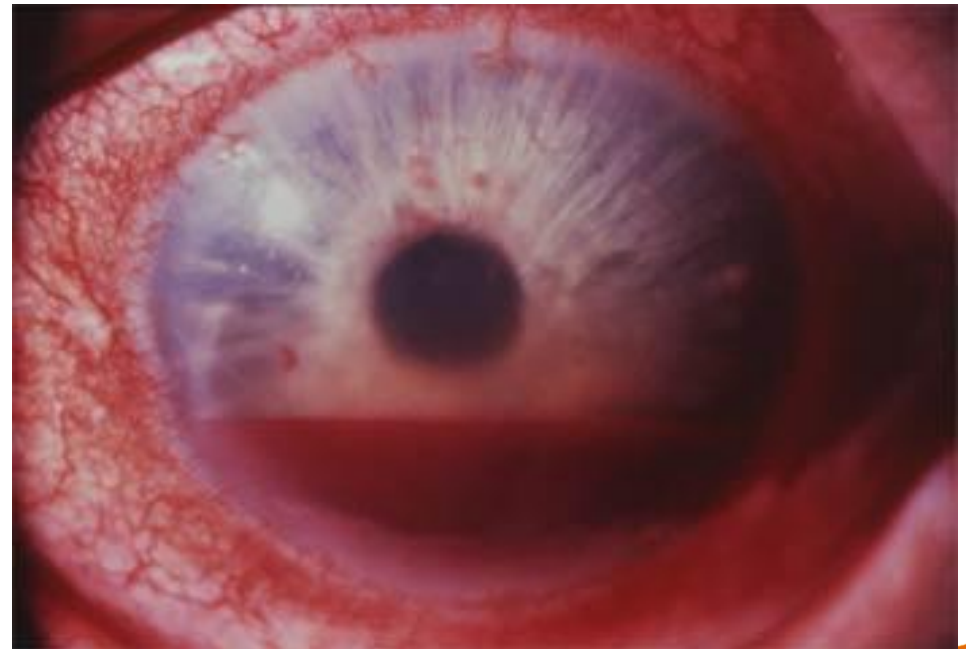
Minime ou hématome sous conjonctival

Toujours impressionnant pour le patient

3 causes à rechercher :

- Le traumatisme (avec ou sans Corps Étranger Intraoculaire)
- L'accès hypertensif
- Le surdosage en AVK

AVIS OPHTALMOLOGIQUE
Au moindre doute



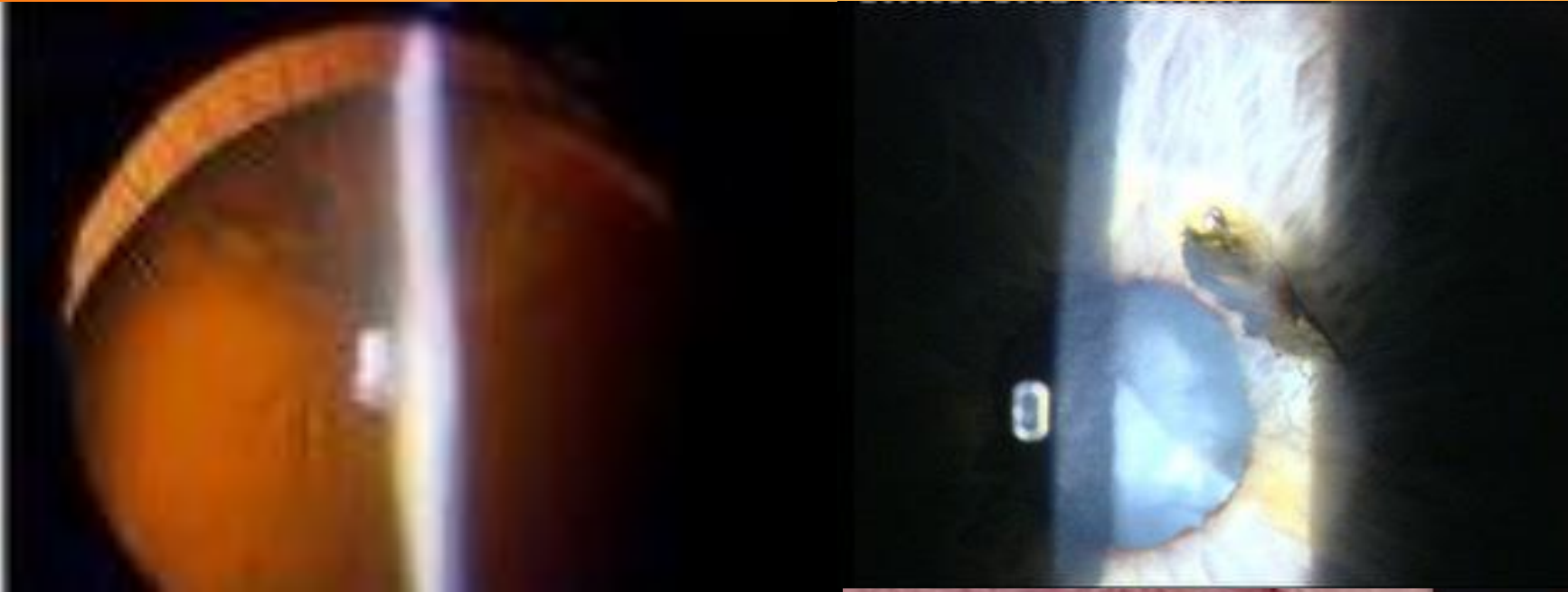
Œil rouge : hémorragie sous-conjonctivale/ traumatisme

Éliminer en priorité un traumatisme, et une plaie sclérale sous-jacente :

- Interrogatoire (coup de poing, bouchon de champagne...)
- Hémorragie ss conj. + :
 - Sang dans l'œil (hyphéma, HIV, hémorragie rétine)
 - Luxation cristallin
 - Œdème, déchirure, DR
 - Piège car masqué par hémorragie (s'appuyer sur le rebord orbitaire pour écarter les paupières)
 - Hypotonie++
 - Parfois AV conservée

traumatisme

clérolé sous-jacente :
(boagne...)



- Sang dans
- Luxation de
- Œdème, de
- Piège car
écarter le
- Hypotonie
- Parfois AV



Œil rouge : hémorragie sous-conjonctivale/ traumatisme

- Au besoin : radiographie de l'orbite à la recherche d'un corps étranger métallique intraoculaire profond passé inaperçu (car la plaie de sclère minime et/ou auto-coaptée)

Ne pas méconnaître une contusion oculaire plus grave

– CE : OPR

- Risque : endophtalmie/ophtalmie sympathique

– Contusion : Repos ½ assis, boissons, AINS, TT HTO

Plaies du globe oculaire

- **Éviter l'aggravation**
 - Patient en décubitus dorsal
 - Ne pas appuyer sur le globe
- **Limitier les facteurs d'infection**
 - Nettoyer la région péri-oculaire (soluté de rinçage)
 - 1 goutte antiseptique ou antibiotique
 - Pansement occlusif non compressif
- **Préparer l'intervention**
 - Contacter un service hospitalier d'ophtalmologie
 - Interroger : cinétique et orientation de l'accident
 - Radio de l'orbite ou scanner en décubitus dorsal CEIO ?
 - Contrôle immunité anti-tétanique

**AVIS OPHTALMOLOGIQUE
dès que possible**

Œil rouge : hémorragie sous-conjonctivale sans traumatisme

- S'assurer qu'il n'existe pas de poussée hypertensive : prendre la TA du patient !
- Éliminer un surdosage en TT anticoagulant (surdosage en AVK : biologie d'urgence).
- Éliminer un trouble de la crase sanguine révélateur d'une hémopathie (y penser chez l'enfant...) ou d'un diabète

Le plus souvent pas d'étiologie (hyperpression veineuse : toux accouchement)

Traitement en dehors de celui de la cause

Résorption spontanée en 1 à 3 semaines, en passant par toutes les couleurs de la biligénie (prévenir le patient)



4- œil douloureux

Œil douloureux: aïe ça fait mal

- On distingue douleur aigüe et chronique
- On recherche :
 - Un larmoiement
 - Une photophobie
 - Une baisse d'acuité visuelle
 - Une rougeur :
 - Cul de sac conjonctival
 - Périkératique

Œil douloureux: aïe ça fait mal

- **Baisse d'acuité visuelle et œil rouge**

- Les kératites :

- Larmolement
 - Sensation de Corps Etrangers (CE)
 - Photophobie
 - Baisse d'acuité visuelle
 - Cercle Périkératique

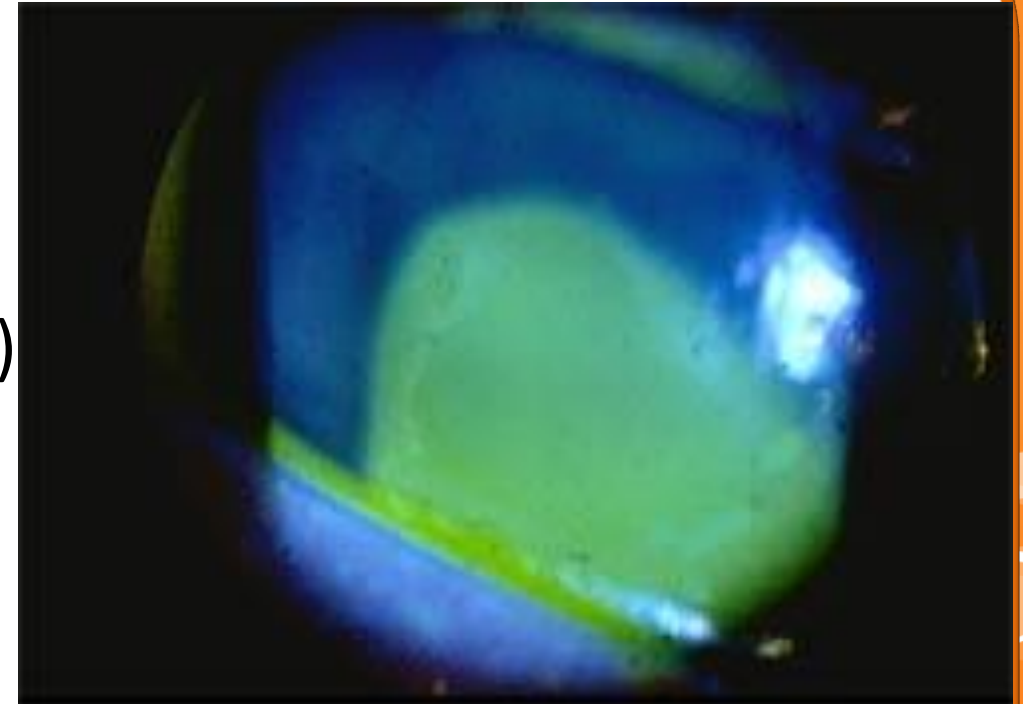
- **Instillation de fluorescéine :**

- Ulcération traumatique
 - Kératalgie récidivante
 - Kératite infectieuse
 - Kératite d'exposition

Œil douloureux: aïe ça fait mal: douleur aiguë

- **Ulcération traumatique :**

- Sensation d'avoir un caillou sous la paupière, douleur importante empêchant le sommeil
- Intolérance à la lumière (photophobie)
- Écoulement nasal (d'une seule narine coté blessure)
- Rougeur oculaire
- Difficultés à ouvrir l'œil spontanément (blépharospasme)

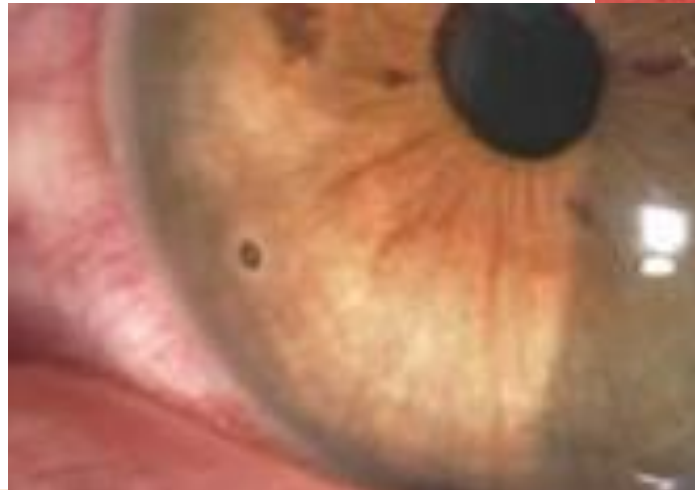


Œil douloureux: aïe ça fait mal: **corps étranger**

Empêcher de frotter

- Ôter le corps étranger (AL)
- SAT-VAT
- Traitement anti-infectieux en collyre ou pommade pour éviter une sur infection
- Pansement (lentille thérapeutique ?)

AVIS OPHTALMOLOGIQUE
Rapide



Œil douloureux: aïe ça fait mal: cas particulier: **infection post lasik**

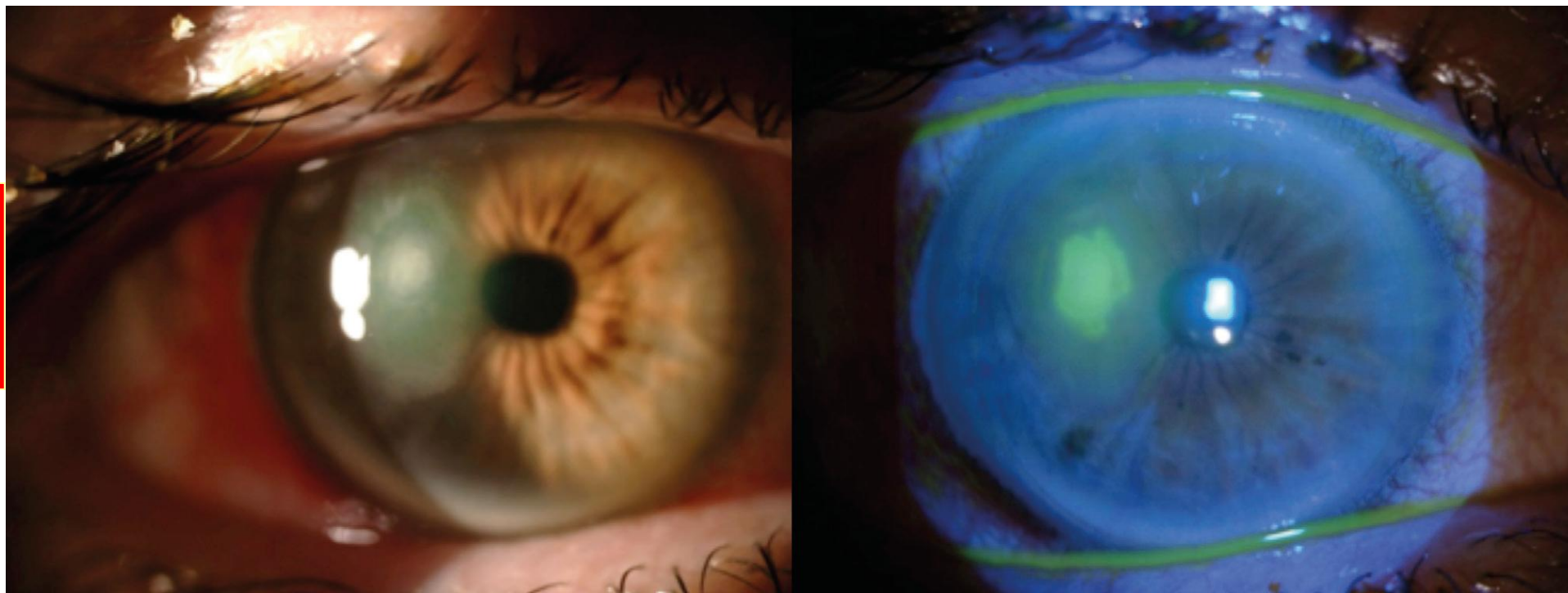
Patient opéré récemment

- Douleur
- BAV

- Œil rouge

- Œdème cornéen

AVIS
OPHTALMO
Rapide



Œil douloureux: aïe ça fait mal: cas particulier: **kératalgies récidivantes**

- La blessure est cicatrisée :
réouverture de la plaie après
quelques jours, semaines ou
mois (systématiquement la
nuit ou au réveil)
- Les signes sont les mêmes
que lors de la blessure
d'origine
- Le traitement repose sur la
pose d'une lentille
thérapeutique
- Exceptionnellement :
traitement au laser Excimer
de la surface de la cornée

Œil douloureux: aïe ça fait mal: cas particulier: **kératite d'exposition**

- **Brulure chimique ou solaire :**

- Ophtalmie des neiges, coup d'arc, retour de flamme...

- Superficiel et bénin en général

- Brulure chimique :

- Fréquentes, souvent bénignes (javel, soude, béton...)
- Acides : brûle en superficiel
- Bases : pénètrent dans œil, action prolongée : grave++++

- Lavage +++ sérum ϕ (1/4 d'H!!)

AVIS OPHTALMOLOGIQUE
Utile

Œil douloureux: aïe ça fait mal: cas particulier: **kératite d'exposition**

- **Brulure chimique ou solaire :**

- Ophtalmie des neiges, coup d'arc, retour de flamme...

- Superficiel et bénin en général

- Brulure chimique :

- Fréquentes, souvent bénignes (javel, soude, béton...)
 - Acides : brûle en superficiel
 - Bases : pénètrent dans œil, action prolongée : grave++++

- Lavage +++ sérum ϕ (1/4 d'H!!)

AVIS OPHTALMOLOGIQUE
Utile

- Rincer abondamment+++
- Collyre cicatrisant
- Diriger sans délai au service d'urgences ophtalmologiques le plus proche (à opérer si grave) et/ou contacter le centre antipoison

Œil douloureux: aïe ça fait mal: cas particulier: **kératite herpétique**

- HSV-1 +++

Graves : Pronostic visuel en jeu

Récidivantes

+/- manifestations cutanéomuqueuses

Essentiellement chez l'adulte après résurgence du virus latent

Kératite épithéliale ou interstitielle

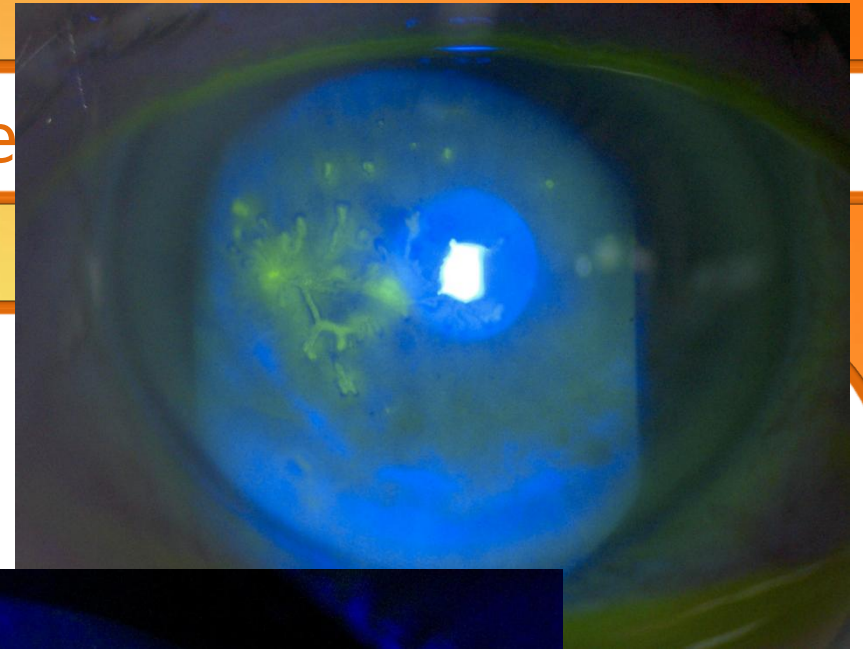
DIAGNOSTIC CLINIQUE +++

Ulcérations dendritiques « en feuille de fougère »

Si anesthésie cornéenne (« fil » de coton): Zona

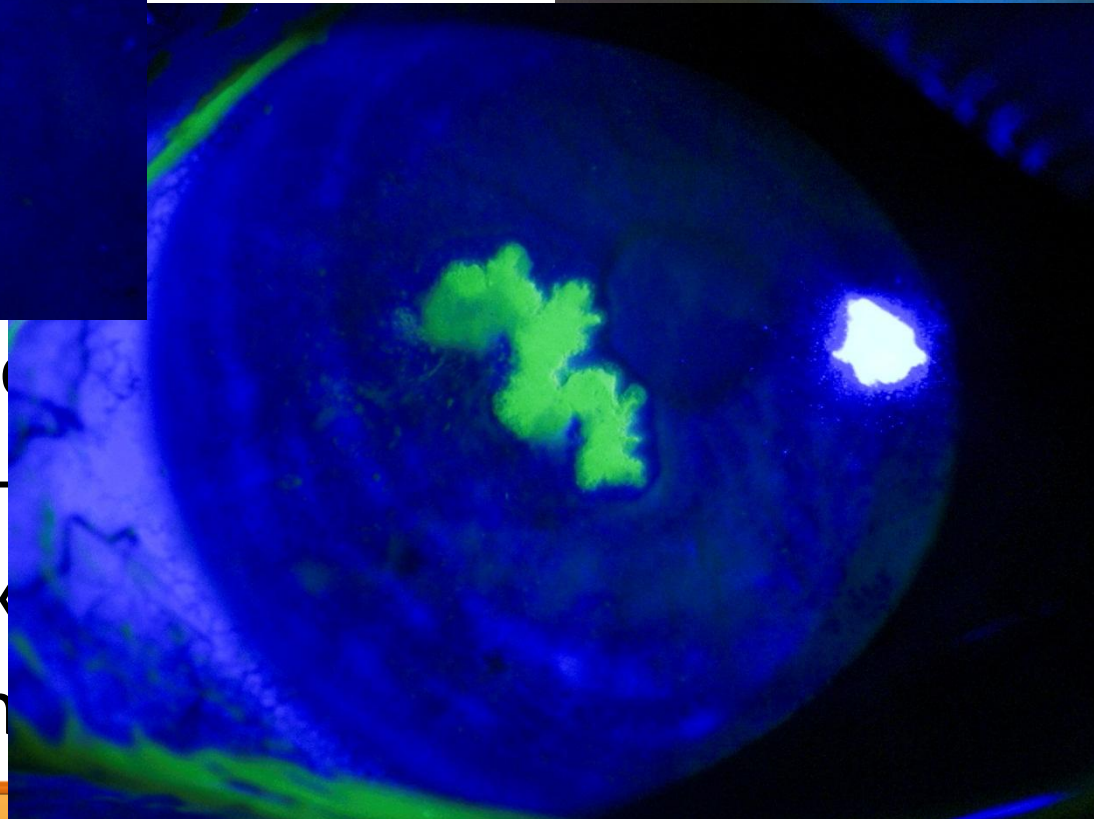
cas particulier

u



tent

Kératite épithéliale ou inter
DIAGNOSTIC CLINIQUE ++
Ulcérations dendritiques <
Si anesthésie cornéenne



Œil douloureux: aïe ça fait mal: cas particulier: **kératite herpétique**

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE ? Bof...

- Grattage stérile (après anesthésie locale) des bords de l'ulcère cornéen ou
- Prélèvement épithélial cornéen et transport rapide (congelé)
- PCR +++
- Culture virale (cellules MRC5 ou lignées continues, ECP)
- Recherche d'Ag viral/IF

Œil douloureux: aïe ça fait mal: cas particulier: **kératite herpétique**

Contre-indication formelle à la corticothérapie et aux anesthésiques locaux pour éviter l'extension des lésions cornéennes

Si kératite profonde ou kérato –uvéite (pas zona... zona diapo suivante): Aciclovir IV 5 mg/Kg 3 fois/jour jusqu'à cicatrisation ou 10 comprimés à 200 mg ou Zelitrex 500: 2/J

Œil douloureux: aïe ça fait mal: cas particulier: **zona ophtalmique**

Manifestation du virus de la varicelle (VZV) sur le nerf ophtalmique

Clinique (évolution lente en 15 jours)

- Atteinte unilatérale :
 - Douleurs à type de brûlures frontale
 - Plaques rougeâtres + vésicules
 - Éruption très douloureuse, avec Croûtes
- 3 branches du trijumeau:
 - Ophtalmique: front, dos du nez, paupière sup.
 - Maxillaire: tempe, paupière inf., joue, aile du nez, lèvre sup., gencives, palais...
 - *Mandibulaire: tympan, palais, digastrique, mylo-hyoïdien*
- Complications oculaires fréquentes et graves : kératites, uvéites, atteinte du nerf optique ou des nerfs oculo-moteurs (rare)

AVIS OPHTALMOLOGIQUE
Dés que possible

Œil douloureux: aïe ça fait mal: cas particulier: **zona ophtalmique**

Terrain immunodéficient (hémopathie, séropositivité à VIH, lupus, cancer, tare métabolique)

Traitement précoce :

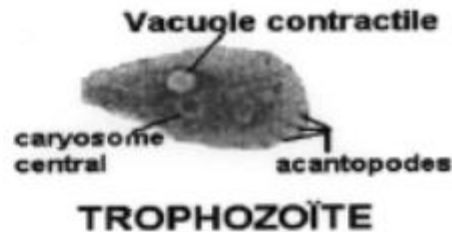
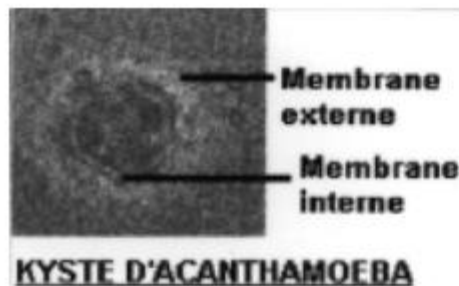
- Désinfection locale (savon dermatologique + antiseptique cutané)/éviter une surinfection (fucidine)
- Dilater avec atropine 1 goutte matin et soir
- Aciclovir pommade OPH (hors AMM) ou Virgan (5fois/jour pendant 7 jours)
- Aciclovir per os à fortes doses (800 mg 5x/j) dans les 3 jours suivant le début de l'éruption cutanée + traitement local 5x/j pendant 7 jours ou Valaciclovir (Zelitrex) 1g × 3/J 7J ou Famciclovir (Oravir) 500 mgX3/J pdt 7 jours)
- Corticothérapie locale (précautions+++) ou collyres AINS
- Traitement de la douleur: antalgiques per os (acupuncture? En moins de 48H)

Œil douloureux: aïe ça fait mal: cas particulier: **kératite amibienne**

Maladie chronique rare mais grave

Nécessite une prise en charge rapide :

- Chez les porteurs de lentilles de contact dans 85 % des kératites amibiennes ou après traumatisme cornéen
- Facteurs de risque : produits d'entretien/lentilles de contact non stériles, port des lentilles pendant la baignade
- Éviter par de simples précautions pratiques
- Niveau de la cornée : Acanthamoebas (protozoaires) à l'état de kystes ou de trophozoïtes



AVIS OPHTALMOLOGIQUE
Si doute

Œil douloureux: aïe ça fait mal: cas particulier: **kératite amibienne**

- **Diagnostic clinique difficile**

Kératite, uvéite antérieure, risque de cécité

Diagnostic différentiel avec kératite herpétique

- **Diagnostic microbiologique**

Cultures (milieu Agar+E.coli morts) conjonctivales ou des solutions d'entretien des lentilles : PEU CONTRIBUTIVES

Cytologie cornéenne après coloration du produit de grattage de la surface de la cornée (calcofluor white, acridine orange, PAS, fluorescence indirecte...) : FAIBLE SENSIBILITE

➤ PCR : SENSIBILITE ET SPECIFICITE SATISFAISANTES

- **Traitement**

Agents antiseptiques

Iséthionate de pentamidine PENTACARINAT®

Amphotéricine B, Rifampicine, Néomycine

Œil douloureux: aïe ça fait mal: cas particulier: **kératite sous lentille**

- **Port de lentille**

anesthésie relative progressive de la cornée

- **Mauvaise hygiène**

Petites ulcérations de cornée

Abcès de cornée

Néovascularisation cornéenne en cas de

- Ulcères récidivants
- Port jour en nuit (manque d'oxygénation de la cornée)

➤ **Peut altérer l'acuité visuelle
définitivement si atteinte centrale**



Œil douloureux: aïe ça fait mal: cas particulier: **kératite sous lentille**

- **Ulcère à pseudomonas post Lentilles**



5- œil rouge ET douloureux

Œil douloureux ET rouge

- **La douleur oculaire est rarement isolée :**
 - Œil rouge
 - Baisse d'acuité visuelle
- **La kératite associe :**
 - Larmoiement
 - Photophobie
 - Baisse d'acuité visuelle
 - Cercle péri-kératique
- La fluorescéine fait le diagnostic d'ulcération cornéenne
- **Le glaucome aigu** est une urgence thérapeutique

Œil douloureux ET rouge

Épisclérite : inflammation de la couche directement située sous la conjonctive : épiclère

- Rougeur localisée parfois très douloureux mais sans baisse visuelle
- Dilatation des vaisseaux conjonctivaux en regard (si épisclérite disparaît ss néosynéphrine (vasoconstricteur) sinon : sclérite)
- Souvent bénigne : régresse sans séquelles
- Exceptionnellement se complique de perforation sclérale
- AINS

AVIS OPHTALMOLOGIQUE

Si récidive



parfois chronique, survenant en dehors de toute maladie générale.

- Impose un bilan étiologique (interrogatoire et examen général)
- En cas de signes d'appel : bilan plus poussé et comparable à celui d'une uvéite à la recherche d'une maladie infectieuse, inflammatoire ou rhumatismale

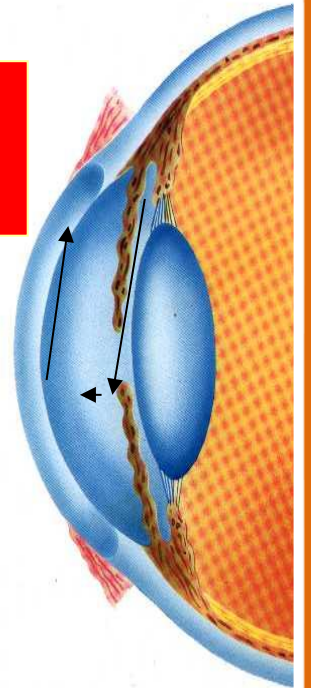
Œil douloureux ET rouge Et BAV

- Glaucome aigu par fermeture de l'angle
- Kératite
- Uvéite
- Endophtalmie
- Traumatisme...
- Avis OPH en urgence

Œil douloureux ET rouge Et BAV: **glaucome aigu**

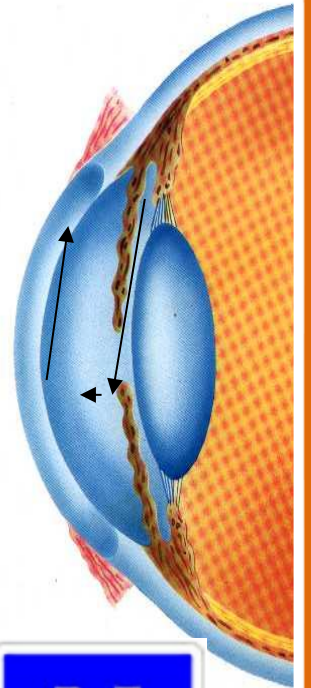
- **Principale urgence médicale ophtalmologique**
- Crise de survenue brutale unilatérale
- Signes fonctionnels :
 - céphalées en hémicranie à irradiation occipitale
 - douleurs oculaires ou orbitaires très intenses
 - BAV importante et brutale
- Femme hypermétrope asiatique après la soixantaine
- Pupille en semi-mydriase aréactive.
- Cornée trouble car œdémateuse (reflet glauque...)
- Rougeur oculaire à prédominance périkeratique (autour de la cornée)

AVIS OPHTALMOLOGIQUE
Dés que possible



Œil douloureux ET rouge Et BAV: **glaucome aigu**

- La palpation bi-digitale de l'œil aux travers la paupière fermée retrouve une sensation d'œil dur « comme une bille de bois » (geste comparatif à apprendre).
- Parfois
 - Signes digestifs à type de nausées ou de vomissements qui peuvent é diagnostic (tableau pseudo-appendiculaire ou pseudo-méningé)
- Adresser le patient d'urgence dans un service d'ophtalmologie car le risque double :
 - Perte fonctionnelle de l'œil en quelques heures par atrophie optique
 - Bilatéralisation de la crise (car les 2 yeux sont prédisposés).



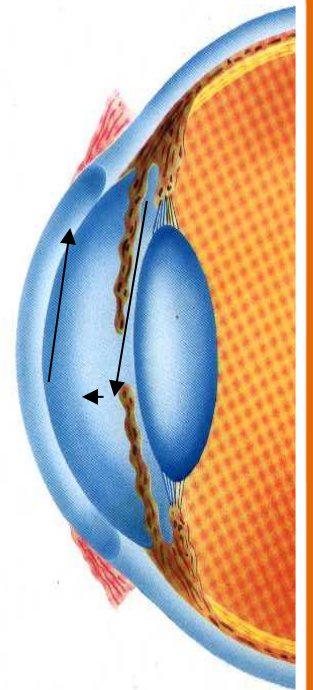
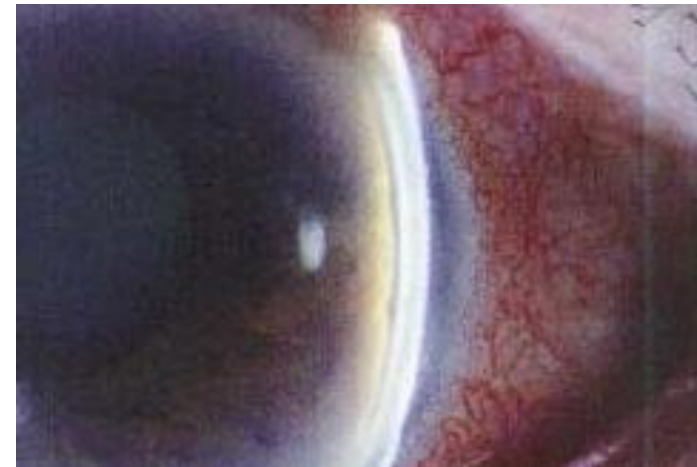
Œil douloureux ET rouge Et BAV: **glaucome aigu**

Débuter le traitement :

- DIAMOX
- à la rigueur PILOCARPINE collyre

Se méfier des tableaux trompeurs :

- Petites crises subaiguës spontanément résolutives qui peuvent faire évoquer céphalée banale
- Encore crise bilatérale parfois au cours d'un réveil anesthésique



Œil douloureux ET rouge Et BAV: **glaucome aigu**

Ce type de glaucome est le seul à **contre-indiquer formellement la dilatation pupillaire** qui favorise la fermeture de l'angle irido-cornéen.

Tout médicament ayant des effets parasympholytiques (ATROPINE ou dérivés) ou sympathomimétiques (ADRÉNALINE ou dérivés) cholinergiques (Atarax) est **contre-indiqué**.
(benzodiazépines)

Par contre, une fois le traitement préventif des récives effectué par l'ophtalmologiste (iridectomie au laser bilatérale car les 2 yeux sont prédisposés...), les médicaments autrefois contre-indiqués ne le sont plus.



Œil douloureux ET rouge Et BAV: **glaucome aigu**

Ce type de glaucome est le seul à **contre-indiquer formellement la dilatation pupillaire** qui favorise la fermeture de l'angle irido-cornéen.

Tout médicament ayant des effets parasympatholytiques (ATROPINE ou dérivés) ou sympathomimétiques (ADRÉNALINE ou dérivés) est **contre-indiqué**. (benzodiazépines)

Par contre, une fois le traitement préventif des récives effectué par l'ophtalmologiste (iridectomie au laser bilatérale car les 2 yeux sont prédisposés...), les médicaments autrefois contre-indiqués ne le sont plus.



Œil douloureux ET rouge Et BAV: **uvéite antérieure**

- **Si BAV : examen ophtalmologique urgent**

- Uvéite antérieure aigue :

- Peut survenir à tout âge, parfois chez le sujet jeune ou même l'enfant
 - Associe des douleurs oculaires (généralement modérées)
 - Avec rougeur à prédominance périkeratique
 - Avec déformation de l'iris (infl. : ça colle..)
 - Baisse d'acuité visuelle mais moins profonde que dans le glaucome aigu.



Un tel tableau nécessite un diagnostic en service d'ophtalmologie et une recherche d'une étiologie

Œil douloureux ET rouge Et BAV: **uvéite antérieure**

- Le généraliste a un rôle essentiel dans la coordination du bilan étiologique :
 - Interrogatoire « policier »
 - Examen général (muqueuses, articulations, poumons, urogénital ...)
 - Examens complémentaires (NF, VS, IDR à 10U, typage HLA si orientation rhumato ou Behcet, radios orbitaires, Blondeau, Panoramique dentaire, Sacro-iliaque et colonne lombaire, Radio pulm....)
 - Selon l'orientation, on aura recours à des consultations spécialisées (dentiste, O.R.L., rhumatologue...)
 - Dans 70 % des cas « essentielle »

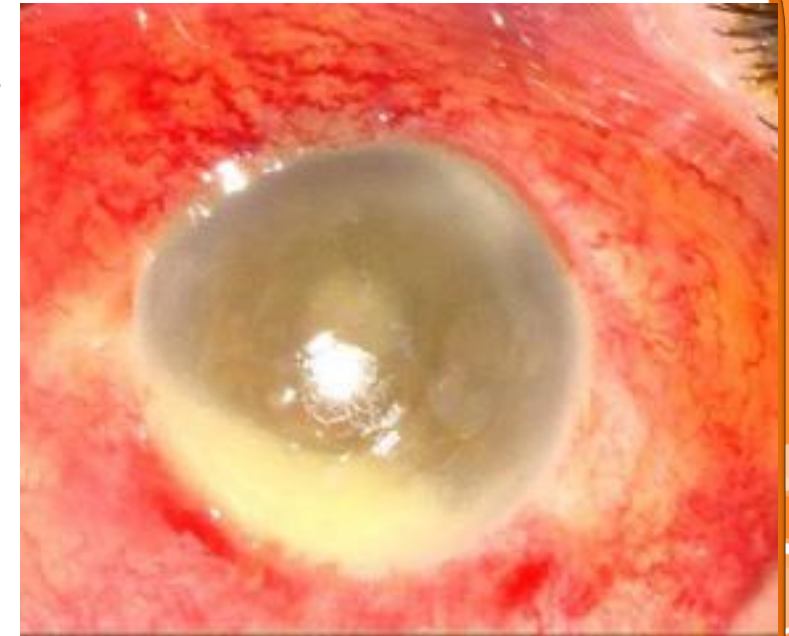


Œil douloureux ET rouge Et BAV: **endophtalmie**

Le généraliste a un rôle essentiel

- Pour alerter le patient sur l'existence des endophtalmies qui est une urgence absolue (la rétine est phagocytée)
- Pour alerter l'ophtalmo qui a opéré d'une complication possible (consultation dans la journée)
- Pour adresser aux urgences ophtalmo au besoin
- Pour s'assurer de la compliance du patient
- Pour surveiller l'évolution

Toute BAV sur un œil rouge et douloureux en post opératoire est une endophtalmie jusqu'à preuve du contraire !!



6- œil blanc ET baisse d'acuité visuelle

Œil blanc et BAV

- **Toujours inquiétant**
- **Grandes causes :**
 - Occlusions vasculaires rétiniennes
 - Décollement de rétine
- **Quelques gestes salvateurs**

**AVIS OPHTALMOLOGIQUE
dès que possible**

Œil blanc et BAV: **occlusion artère centrale de la rétine**

- Perte brutale et le plus souvent totale de la vision d'un œil
- Mydriase
- Réflexe photomoteur (RPM) direct et consensuel
- Fond d'Oeil : macula rouge cerise sur rétine blanche (ischémique)

Embolie ou thrombose sur terrain vasculaire (artériolosclérose : HTA ++))

Le pronostic local est quasi désespéré (6H)

Penser à la maladie de Horton (sujet âgé) :

➤ Corticothérapie I/V

Prendre en charge le terrain vasculaire

AVIS OPHTALMOLOGIQUE

... hier

- Pe
- d'
- M
- Ré
- Fo
- (is

Embr
(arté

Le pr

Pens

➤ Co

Pren



Œil blanc et BAV: **occlusion artère centrale de la rétine**

Horton ou Artérite à Cellules Géantes

- Petit cas clinique:
 - Patiente de 83 ans
 - HTA traitée par inhibiteurs calciques
 - Surcharge pondérale
 - Dyslipidémie modérée
 - Tabagisme depuis 20 ans
 - BAV brutale indolore OD dans la soirée
 - Cs le lendemain matin à 9H
 - BAV OD (CLD) OGOK (10/10° ASV)
 - Déficit pupillaire relatif
 - œdème papillaire à droite



Œil blanc et BAV: **occlusion artère centrale de la rétine**

Horton ou Artérite à Cellules Géantes

- Que faire ? :
 - Interrogatoire à la recherche de signes de Horton (cheveux, mandibule, céphalée...)
 - Bilan bio en urgence
 - NFS
 - VS
 - CRP
 - Corticothérapie 1 mg/kg en urgence? Ou Pas de corticothérapie car risque de négativer des explorations?
 - Adresser en urgence? Généraliste ? Ophtalmo? Ou Organiser hospitalisation en médecine générale?
- Définition:
 - Vascularite des vaisseaux artériels de gros et moyen calibre
 - Prédominance céphalique
 - > 50 ans

Œil blanc et BAV: **occlusion artère centrale de la rétine**

Horton ou Artérite à Cellules Géantes

- Y penser systématiquement si BAV brutale à partir de 50 ans (maladie rare: 5 à 7,5/100 000 habitants selon les études)
- Femme > homme
- Signes:
 - 3 formes: céphalique / Aortite / PPR: Pseudo Polyarthrite Rhizomélique et associations entre les 3 formes
 - AEG dans tous les cas
 - Plus on est âgé, plus on va vers les formes céphaliques ... (on passe du Takayasu: aortite du sujet jeune au Horton chez les plus âgés)
 - Forme céphalique :
 - Céphalées inhabituelles front-temporales (parfois occipitales)
 - Hyperesthésie du cuir chevelu
 - Claudication mandibulaire (différencier du SADAM)
 - Anomalie des artères temporales

Œil blanc et BAV: **occlusion artère centrale de la rétine**

Horton ou Artérite à Cellules Géantes

- Pseudo Polyarthrite Rhizomélique : arthro-myalgie des épaules et des hanches > fin de nuit
- Céphalées inhabituelles (récentes)
- En ophtalmologie:
 - amaurose transitoire
 - Signes OPH isolés dans 25% des cas
 - diplopie
 - ischémie SA
 - Œdème papillaire pâle, ischémie rétinienne/choroïdienne
 - Retard remplissage papille et choroïde à l'angiographie: demander angio
- Bilan biologique inflammatoire
 - VS > 50 mm/h
 - CRP > 25 mg/l +++++
- (BAT anormale) ou IRM anormale

Œil blanc et BAV: **occlusion artère centrale de la rétine**

Horton ou Artérite à Cellules Géantes

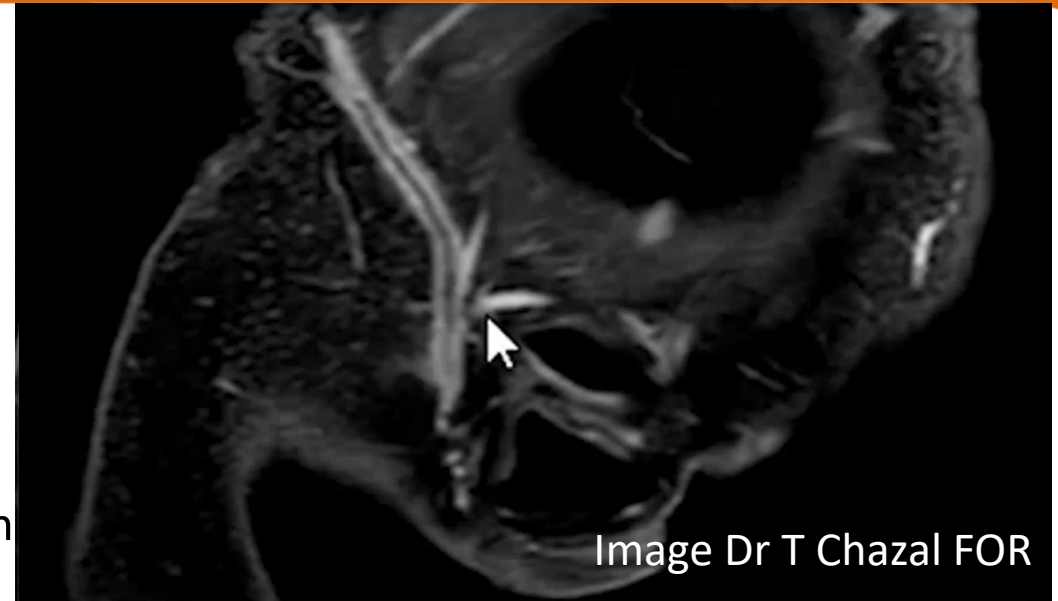
- Depuis 10 ans
 - Echographie des artères temporales: halo autour de la paroi
 - Angioscanner (valeur pour atteinte aortique)
 - IRM haute résolution des parois vasculaires
 - TEP scanner pour les gros vaisseaux

Œil blanc et BAV: **occlusion artère centrale de la rétine**

Horton ou Artérite à Cellules Géantes

– Critères 2010

- Âge > 50 ans
- Au moins 1 élément parmi:
 - Céphalées inhabituelles (récentes)
 - Symptômes visuels
 - BAV
 - PPR
 - symptômes constitutionnels (Sueurs nocturnes, amaigrissement)
 - Claudication de la mâchoire
- Anomalie clinique de l'artère temporale et/ou d'une artère extra-céphalique
- VS > 50 mm/h ou CRP ≥ 25 mg/l
- BAT anormale ou résultat imagerie anormal
 - Echographie des artères temporales: halo autour de la paroi
 - Angioscanner (valeur pour atteinte aortique)
 - IRM haute résolution des parois
 - TEP scanner pour les gros vaisseaux



Œil blanc et BAV: **occlusion artère centrale de la rétine**

Horton ou Artérite à Cellules Géantes

- Bilatéralisation: 54-95%
- Diagnostic sur
 - VS
 - CRP
 - BAT
 - IRM +++
- Attention
 - Horton à VS normal: 5-10%%
 - Horton à CRP normale: 5%
 - Horton à VS et CRP normales <1%
 - VS fonction de l'âge:
 - + 0,8mm/h tous les 5 ans à partir de 50 ans
 - Plus élevée chez la femme, à âge égal
 - $H = \text{Age}/2$, $F = (\text{Age} + 10)/2$

Œil blanc et BAV: **occlusion artère centrale de la rétine**

Horton ou Artérite à Cellules Géantes

- Traitement
 - Corticothérapie **en urgence**:
 - Bolus: 500mg/J à 1g/j sur 3 jours
 - Relais per-os à 60 mg/j jusqu'à **disparition des symptômes et bio normale**
 - puis décroissance avec surveillance
 - **Traitement long**
 - Aspirine à dose anti-agrégante si complication ophtalmologique
 - Prise en charge avec internistes
 - Prévention des complications de la corticothérapie
 - Traitement d'épargne cortisonique si besoin (MTX, tocilizumab)
- IRM en urgence ou BAT sans retarder le traitement
- Pronostic sombre: amélioration chez 4% des patients... protéger l'autre œil !

Œil blanc et BAV: **occlusion artère centrale de la rétine**

Horton: Dg différentiel: il existe des NOIA non artéritiques (donc neuro)

- S'assurer du caractère non-artéritique++++ (IRM de paroi en urgence)
- Corriger les facteurs aggravants/ éviter bilatéralisation
 - Anémie
 - Facteur de risque cardiovasculaire cardio-vasculaires
 - Arrêt des médicaments vasodilatateurs
 - Aspirine faible dose
 - Eviter hypoTA et hyperTA
 - Apnée du sommeil à appareiller
- Attention il existe des NOIA non artéritiques post-op (prévenir)
 - Obésité
 - Hommes
 - Durée prolongée d'anesthésie en procubitus
 - Perte de sang ou hypotoniques
 - Maladie de wilson....
- Pas de TT des NOIA-NA // Cs Neuro-ophtalmo +/- médecine interne

Œil blanc et BAV: **occlusion artère centrale de la rétine**

	NOIA-A	NOIA-NA
Sexe et âge	F>H > 50 ans	F=H 23% < 50 ans
Facteurs de risque		FR cardioVx Apnée du sommeil TT (Sildenafil)
Symptômes	BAV profonde	BAV importante, mais PL rare
	Symptômes extra-ophtalmologiques	Isolé
	Troubles visuels transitoires fréquents (diplopie)	Troubles visuels transitoires rares
	Douleurs fréquentes	Douleurs rares (10%)
Latéralité	Bilatérale jusqu'à preuve du contraire	Bilatérale 15%
Papille	Papille excavée	Papille pleine
Pupille	Pas de mydriase ou myosis	Nle si atteinte μvasculaire Anormale si rétro-orbitaire
FO – Angio	Signes d'ischémie	Pas de signes d'ischémie

Œil blanc et BAV: **occlusion veine rétinienne**

- Veine centrale ou branche
- Baisse rapide, incomplète, unilatérale + FO en « coucher de soleil »
- OVCR: 27 à 35% glaucome à angle ouvert
- OBVR: 20 à 30% glaucome à angle ouvert

CAT :

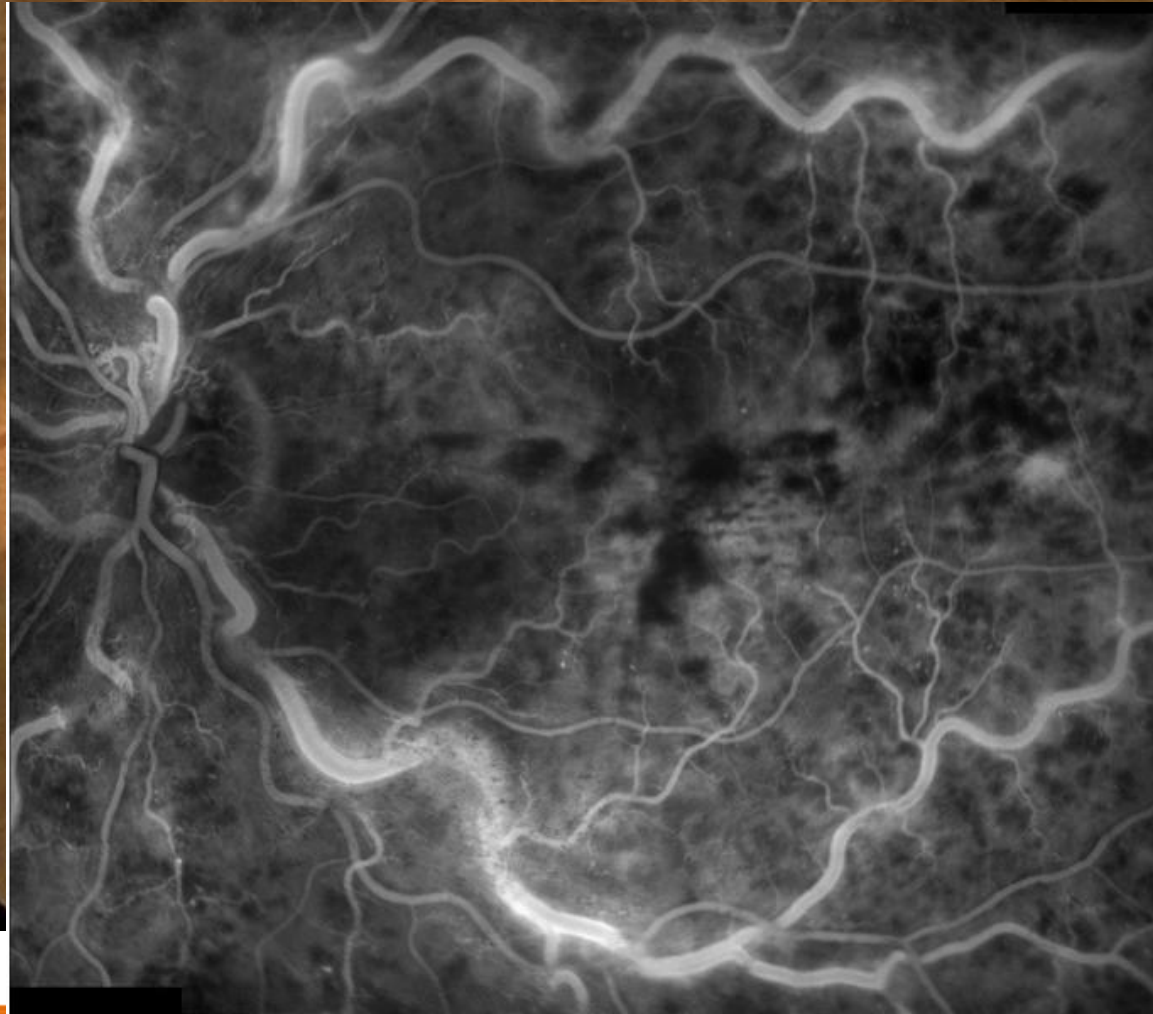
- Bilan OPH rapide souhaitable
- Bilan cardiovasculaire

**AVIS OPHTALMOLOGIQUE
dès que possible**

- Vein
- Biliary
de

CAT :

- Biliary
- Biliary



Œil blanc et BAV: **décollement de rétine**

- Traction vitréenne -> ouverture de déchiscence
- Phosphène répétitif de siège constant
- Perception d'un voile amputant le champ visuel
- BAV brutale
- Traitement chirurgical
- Traitement préventif: les déchirures, les lésions à risque....

**AVIS OPHTALMOLOGIQUE
dès que possible**

Myopes et opérés de cataracte ++

Œil blanc et BAV: **Le diabétique**

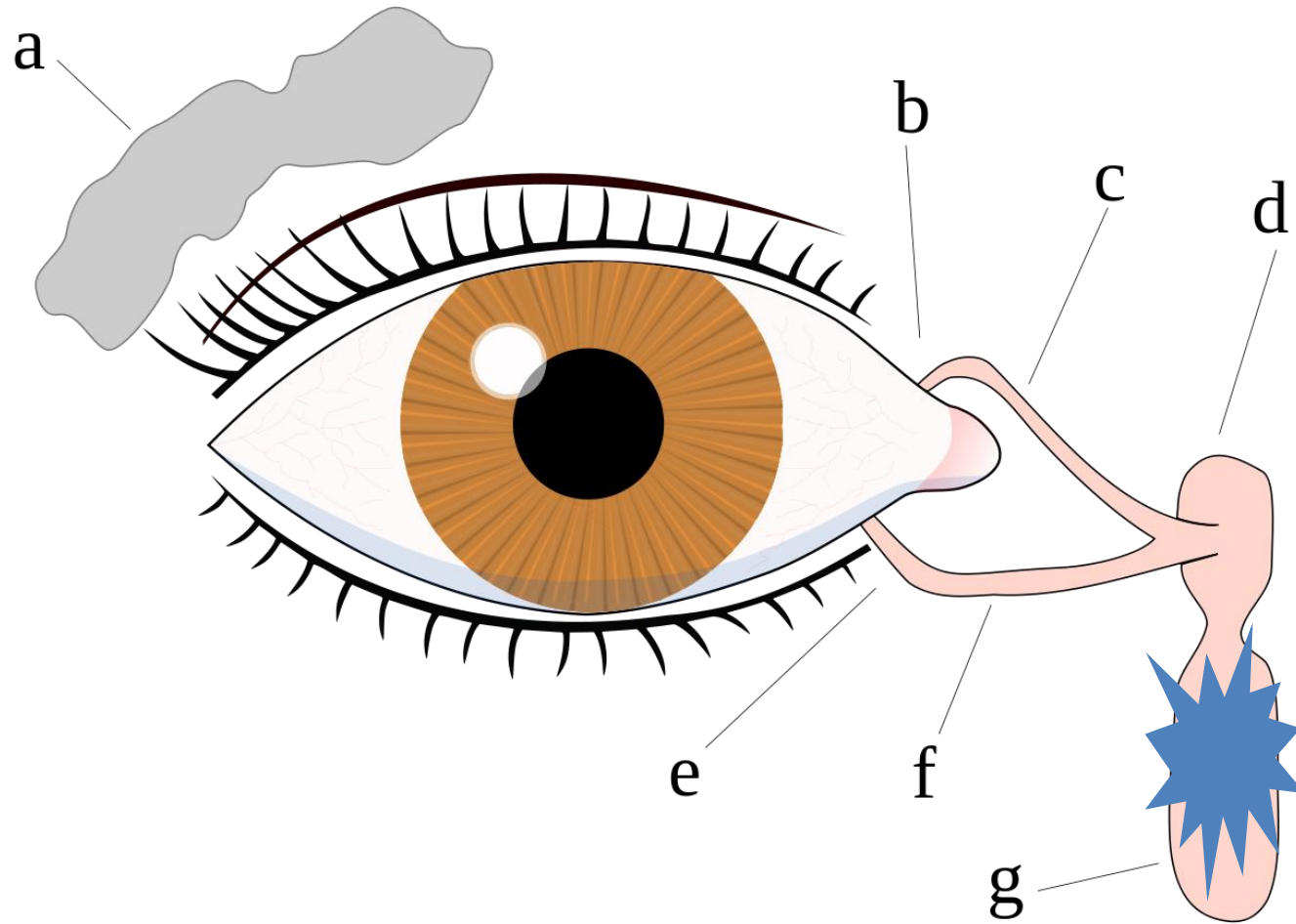
- Un cas particulier à surveiller: Le diabétique
- Première cause de cécité avant 50 ans car:
 - Hémorragies intra-vitréennes
 - Décollement de rétine
 - Glaucome néovasculaire
 - Œdème maculaire

**AVIS OPHTALMOLOGIQUE
dès que possible**

Si possible contrôle annuel AVANT

7- autour de l'œil

Autour de l'œil



Autour de l'œil

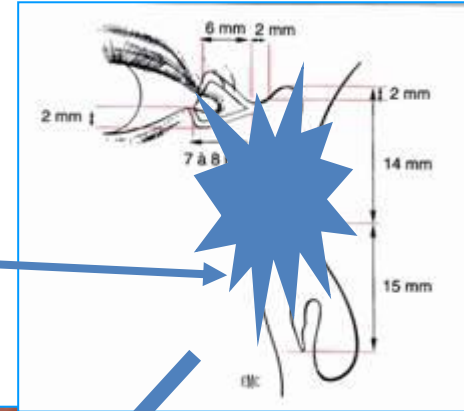
La dacryocystite aiguë

- Dacryosténose -> stase -> surinfection -> abcédation

CAT

- ♦ Prélèvement bactériologique
- ♦ Toilette locale
- ♦ Antibiothérapie antistaphylococcique
- ♦ Chirurgie « à froid »

**AVIS OPHTALMOLOGIQUE
dès que possible**



Conclusion

Conclusion

Œil rouge, non douloureux, sans BAV

Hémorragie sous-conjonctivale → Pas d'avis
ophtalmologique

Conjonctivite → Avis ophtalmologique si récidive
ou chronique

Œil rouge, douloureux, sans BAV

Episclérite → Avis ophtalmologique si récidive

Sclérite → Avis ophtalmologique

Corps étranger cornéen

Œil rouge, douloureux, avec BAV

Glaucome aigu par fermeture de l'angle

Kératite

Uvéite

Traumatisme....

Œil blanc avec BAV brutale

DR

OACR

OVCR

Diabétique

Traumatisme

**AVIS
OPHTALMOLOGIQUE**

dès que possible

Conclusion: points importants à retenir

- Baisse d'acuité visuelle et/ou de champ visuel, urgence ophtalmologique.
- Baisse d'acuité visuelle brutale, diminution du champ visuel, apparition de flashes lumineux, vision d'une tache noire fixe ou une vision déformée peuvent être des motifs de consultation aux urgences ophtalmologiques.
- Œil rouge douloureux et BAV : urgence ophtalmologique
- Baisse d'acuité visuelle transitoire ou maux de têtes. Ces symptômes lorsqu'ils sont isolés ne sont rarement des motifs de consultation en urgence.
- Une baisse d'acuité visuelle transitoire ou des maux de tête peuvent nécessiter le port de lunettes (et que ça..).