

ITEM 187 : ANOMALIE DE LA VISION D'APPARITION BRUTALE.

ETIOLOGIES

Œil rouge = Segment antérieur	Non douloureux AV normale	- Conjonctivite - Hémorragie sous-conjonctivale	
	Douloureux = URGENCE	AV normale	- Sclérite - Episclérite
		BAV	- Kératite aiguë - Uvéite antérieure aiguë - Traumatisme/CE - GAFA - Glaucome néo-vasculaire - Endophtalmie aiguë
Œil blanc = Segment postérieur	Douloureux	AV normale	- Névralgie du trijumeau - Migraine ophtalmique - Algie vasculaire de la face - Sinusite - Atteinte des annexes - Hétérophorie
		BAV	- Trouble de réfraction - Neuropathie optique - Hypertonie labile - Maladie de Horton
	Indolore + BAV	Vaisseaux	- OACR - OVCR - Rétinopathie hypertensive - CMT/AVC vertébrobasilaire - Néo-vaisseaux maculaires (DMLA)
		NO	- NORB - NOIAA - Compression/traumatisme du NO
		Rétine	- Décollement de rétine - Rétinopathie diabétique - Rétinite infectieuse (Toxo – CMV)
		Vitré	- Hémorragie intra-vitréenne - Hyalite/uvéite intermédiaire ou post - Prolifération intra-vitréenne

CLINIQUE

Terrain	ATCD personnels/familiaux – FDRCV – TTT en cours
Anamnèse	- Mode d'apparition : brutale/progressive – Circonstances d'apparition ^o /facteur déclenchant - Date d'apparition – Evolution : permanent ou transitoire - Type d'anomalie de la vision : BAV– Altération du champ visuel – Myodésopsies – Phosphènes – Dyschromatopsie – Métamorphopsies - Caractère unilatéral (atteinte du globe oculaire ou du NO) / bilatéral (atteinte des voies visuelles au niveau chiasmatique ou rétro-chiasmatique)
Signes associés	- Œil rouge / blanc – Douleur - Photophobie/éblouissement – Blépharospasme - Signes de Horton - Troubles digestif
Examen ophtalmo	Bilatéral – Symétrique – Comparatif AV – LAF – FO – Tonus oculaire – Goniométrie

OCCLUSION DE L'ARTERE CENTRALE DE LA RETINE

/!\ Urgence diagnostique et thérapeutique

Clinique

Etiologies		- Thrombose : Maladie de Horton – Athérome – Artérite inflammatoire (LED) ou infectieuse (syphilis) - Trouble de coagulation - Emboliques : Cardiaque – Carotidien - Spasme artériel
C L I N I Q U E	Signes fonctionnels	BAV brutale – Unilatérale – Totale – Isolée
	Examen physique	- Œil blanc et indolore - AV très basse unilatéral - RPM direct aboli/consensuel conservé - Mydriase aréfléxique - FO : OACR Œdème rétinien dans le territoire infarci Artères grêles (= rétrécissement artériel diffus) Cerise Macula rouge cerise Rétine pâle dans le territoire infarci
	Diagnostic étiologique	- Signes de Horton : AEG – PPR – Palpation des A.temporales - FDRCV - Signes de maladie de système - FdR de TVP - Palpitations
P A R A C L .	Diagnostic positif	Angiographie à la fluorescéine Confirmat° dg mais non indispensable en urgence - Aspect d'arbre mort +/- visualisation du thrombus - Allongement du temps de remplissage artério-veineux rétinien
	Diagnostic étiologique	- VS en urgence : Maladie de Horton - FDRCV : EAL – GAJ - Hémostase : NFSpq – TP, TCA - Cause embolique : ECG – ETT – ETO - EDTSA
T R A I T E M E N T	Généralités	- Urgence thérapeutique < 6h - Information du patient : Mauvais pronostic – Pas de récupération - Bilan de l'athérome
	TTT étiologique	- Maladie de Horton : Corticothérapie IV en urgence – BAT dans les 48h - Dépistage/TTT des FDRCV – Anti-agrégant plaquettaire
	TTT curatif	- Pas de TTT consensuel - Si sujet jeune – Bon état général – OACR < 6h - Vasodilatateur artériel - Hypotonisants oculaires - Ponction de l'humeur aqueuse en chambre antérieure - Anticoagulation efficace +/- fibrinolyse

NB : Occlusion d'une branche de l'A. centrale de la rétine :

- BAV/amputation du CV : Variable selon l'atteinte maculaire - Meilleur pronostic que l'OACR.
- Même étiologie que l'OCAR mais pas de maladie de Horton

OCCLUSION DE LA VEINE CENTRALE DE LA RETINE

Etiologies	- Athérome - Trouble de coagulation : Thrombophilie - Hyperviscosité sanguine - Vasculrite inflammatoire (LED) ou infectieuse (syphilis) - Compression extrinsèque
-------------------	--

Lorraine Waechter - <http://ficheseqn.wordpress.com/>

CL I N I Q U E	FdR	- Age > 60 ans - FDRCV - Hypertonie oculaire chronique (glaucome chronique à angle ouvert) - Troubles de la coagulation
	Signes fonctionnels	BAV rapidement progressive – Unilatéral – Variable, souvent incomplète
	Examen physique	- Œil blanc indolore - FO : OVCR Oedème papillaire et/ou rétinien Veines dilatées/tortueuses dans les 4 quadrants Cotonneux nodules jusqu'en périphérie Rétiniennes hémorragies diffuses: Superficielles en flammèches/profondes en tâches – Dans les 4 quadrants - Si forme chronique : Gonioscopie à la recherche de néo-vaisseaux de l'angle iridocornéen
P A R A C L .	Diagnostic positif	Angiographie à la fluorescéine - Dg positif : Retard circulatoire veineux – Dilatations veineuses – Hémorragies diffuses - Dg de la forme * Oedémateuse : Œdème papillaire et maculaire – Hémorragies en flammèches * Ischémique : Plages d'ischémie rétinienne – Hémorragies en tâches – Nodules cotonneux
	Diagnostic étiologique	- FDRCV - Mesure du TO - NFSpq – TP, TCA - VS, CRP – EPP +/- Bilan de thrombophilie chez le sujet jeune +/- Imagerie locorégionale si suspicion de compression extrinsèque
C°	Forme oedémateuse	- Meilleur pronostic : AV > 2/10 ^{ème} – RPM direct conservé - Possible récupération visuelle en 3-6 mois - Possible transformation en forme ischémique - Œdème maculaire cystoïde chronique : BAV persistante
	Forme ischémique	- Mauvais pronostic : AV < 1/20 ^{ème} – RPM direct diminué - Pas de récupération visuelle - Atteinte maculaire : Maculopathie ischémique – Œdème maculaire cystoïde chronique - Néovaisseaux : Glaucome néo-vasculaire – DR tractionnel - HIV
T T T	TTT étiologique	- Dépistage/TTT des FDRCV - Antiagrégant plaquettaire - TTT d'une hypertonie oculaire - TTT anticoagulant si thrombophilie +/- Hémodilution iso-volémique pour abaisser l'hématocrite
	TTT des complications	- PPR dans la forme ischémique : Prévention des néo-vaisseaux - Photocoagulation maculaire : TTT de l'œdème maculaire cystoïde
	Surveillance	Clinique et angiographie : /mois pendant 3 mois puis plus espacée

NB : Occlusion d'une branche de la veine centrale de la rétine

- Occlusion à un croisement artério-veineux chez un patient athéromateux (gaine commune)
- FO : Idem OVCR mais dans un seul secteur
- Meilleur pronostic

NEUROPATHIE OPTIQUE RETRO-BULBAIRE (NORB)

Etiologies	- SEP +++ - OH chronique - Iatrogène : Ethambutol – Antipaludéens - Infection : Maladie de Lyme – VIH - Syphilis
------------	---

C L I N I Q U E	Signes fonctionnels	- BAV rapidement progressive en quelques heures - Unilatérale - Douleur rétro-orbitaire ↑ mouvements oculaires
	Examen physique	- Œil blanc et indolore - AV diminuée de loin et de près - Signes de Marcus Gunn : RPM direct < RPM consensuel - Vision des couleurs : Dyschromatopsie rouge-vert - FO initialement normal Tardif : Œdème papillaire – Pâleur du secteur temporal de la papille du NO
P A R A C L.	CV	Scotome central ou caeco-central
	Diagnostic étiologique	- Si suspicion de SEP : IRMc +/- IRM médullaire : NO en hypersignal PEV : Allongement du temps de latence PL + électrophorèse du LCR : Bandes oligoclonales d'Ig

NEUROPATHIE OPTIQUE ISCHEMIQUE ANTERIEURE AIGUE (NOIAA)

Etiologies		- NO artéritique : Maladie de Horton - NO non artéritique : Athérome
C L I N I Q U E	Signes fonctionnels	- Voile noir altitudinal horizontal – Indolore – Unilatéral +/- ATCD d'amaurose fugace
	Examen physique	- BAV variable - RPM direct ↓ ou ↑ - RPM consensuel conservé - FO : Papille oedématiée et pâle (en totalité ou dans un secteur) Hémorragies superficielles en flammèches en regard de la zone oedématiée - DD : HTIC Pas de BAV – Œdème papillaire bilatéral – Papille colorée – Pas d'hémorragie
P A R A C L.	CV	Elargissement de la tâche aveugle – Scotome altitudinal horizontal
	Angiographie à la fluorescéine	- Œdème papillaire +/- signes d'ischémie choroïdienne : En faveur d'une origine artéritique
	Diagnostic étiologique	- VS-CRP - EAL - GAJ
T T T	Généralités	Information du patient : Mauvais pronostic – Pas de récupération
	TTT étiologique	Maladie de Horton : Corticothérapie IV – Athérome : TTT des FDRCV

DECOLLEMENT DE RETINE

/!\ Urgence diagnostique et thérapeutique

Clinique	FDR/OD	- DR rhégmato-gène/idiopathie Myopie forte Personne âgée ATCD perso/fam de DR Zone de fragilité rétinienne connue au FO Patient aphake/pseudo-aphake (post-chir de la cataracte) - DR tractionnel sur néovaisseaux : Rétinopathie diabétique proliférante OVCR Hémoglobinopathie (drépanocytose) - DR exsudatif : Tumeur : Mélanome – Hémangiome – Rétinoblastome Inflammatoire : Uvéite postérieure – Behçet Infection : Toxoplasmose - Toxocarose
-----------------	--------	--

		- DR traumatique +/- CE intra-oculaire
	Signes fonctionnels	- Prodromes : Myodesopsies – Phosphènes - DR constitué : Amputation du CV – BAV brutale – Unilatéral, indolore
	Examen physique	/!\ Toujours examiner l'œil adelphe également - Œil blanc et indolore - LAF : Lueur pupillaire grisâtre – Si rougeâtre : HIV associée - FO avec schéma daté signé * Œil atteint : Diagnostic positif : Rétine soulevé plus grisâtre et mobile Pronostic : Topographie/extension par rapport à la macula * Œil adelphe : Diagnostic étiologique Prolifération vitéo-rétinienne – Déhiscences rétinienne – Néo-vaisseaux
Paraclinique		- Bilan pré-opératoire + cs anesth - Echographie mode B si FO impossible (HIV associée)
TTT	Mise en condition	- Hospitalisation en urgence en ophtalmologie - A jeun – Positionnement du patient pour diminuer la traction exercée - Information : Risque opératoire – Pronostic visuel réservé
	TTT chirurgical	- Sous AL ou AG pour les DR rhegmatogènes - Repérage/obturation des déhiscences - Rétinopexie : Cicatrisation de la rétine autour des déhiscences - Indentation sclérale externe en regard de la déhiscence
	Surveillance	A vie des 2 yeux – Education du patient : Motif de cs en urgence
Prévention		- Recherche des FDR : FO / an - Education sur motif de CS en urgence - Photocoagulation au laser argon des lésions prédisposantes

RETINITE INFECTIEUSE

	Toxoplasmose	CMV
SF	- Myodesopsies - BAV si foyer maculaire	- Terrain ID : Transplanté – VIH CD4 < 50 - BAV si foyer maculaire
FO	- Foyers blanchâtres chorioretiniens - Hyalite - Cicatrice atrophique	- Nécrose hémorragique +/- angiographie si doute - PCR CMV + ou Antigénémie pp65 sanguine
TTT	TTT	- Traitement d'attaque IV : 15-21j Foscarnet, et/ou Ganciclovir - Traitement d'entretien : TTT d'attaque IV à demi-dose Ou TTT PO : Valganciclovir Ou injection intravitréenne de Ganciclovir

HEMORRAGIE INTRA-VITREENNE

Etiologies	- Décollement de rétine - Traumatisme oculaire +/- CE intraoculaire - Chirurgie oculaire - Décollement postérieur du vitré - Néo-vaisseaux : Rétinopathie diabétique proliférante – OVCR – Drépanocytose - Syndrome de Tearson : Hémorragie intra-vitréenne associée à une hémorragie méningée par rupture d'anévrysme - Idiopathie	
Clinique	Signes fonctionnels	- Prodromes : Impression de pluie de suie - Myodesopsies - BAV brutale unilatérale – Variable selon l'abondance de l'hémorragie
	Examen physique	- LAF : Lueur pupillaire rosée - FO : Recherche de néo-vaisseaux – déchirure ou DR - Examen de l'œil adelphe : Diagnostic étiologique
Paraclinique	Echographie mode B	Si FO impossible : DR – Déhiscences rétinienne

	Notion de trauma	Recherche de CE intra-oculaire : Echographie/TDM orbitaire
TTT	- TTT étiologique - Pas d'anomalie au FO/échographie mode B : Surveillance simple 3 mois - Anomalies au FO/échographie mode B ou persistance > 3 mois : Vitrectomie	

UVEITES

	Uvéite intermédiaire	Uvéite postérieure
SF	Œil blanc et indolore Hyalite : BAV - Myodésopsies	Œil blanc et indolore Hyalite : BAV – Myodésopsies Scotome
FO	Hyalite : Cellule inflammatoire dans le vitré	Hyalite Choroïdite active ou cicatricielle Papillite - Vascularite Œdème maculaire cystoïde
Etiologies	Sarcoïdose – SEP - Idiopathie	Toxoplasmose – Sarcoïdose – Syphilis - Tuberculose

ANOMALIES TRANSITOIRES

- CMT / Insuffisance vertébro-basilaire
- HTIC : Eclipses visuelles aux changements de position
- Migraines avec aura ophtalmique

NEUROPATHIE OPTIQUE DEGENERATIVE HEREDITAIRE DE LEBER

Terrain	- ATCD familiaux de neuropathie - Homme jeune : 20-30 ans
Clinique	- BAV rapide – Sévère – Uni puis bilatérale - Papille hyperhémée au FO
PEC	Consultation génétique après information et accord