

Examen ophtalmologique aux urgences

P.-O. Barale, R. De Nicola, F. Mann

L'examen ophtalmologique en consultation d'urgence ([arbre 1.1](#)) est rapidement orienté par le motif de consultation du patient.

Interrogatoire

L'interrogatoire, étape initiale avant l'examen physique, précise les antécédents et l'anamnèse.

Certains caractères d'urgence (suspicion d'infection dans les suites opératoires, traumatismes, plaies du globe, atteinte neurovasculaire, etc.) nécessitent un examen prioritaire.

Examen clinique

Il est orienté en fonction de l'interrogatoire et des symptômes motivant la consultation en urgence et est effectué de façon bilatérale et comparative.

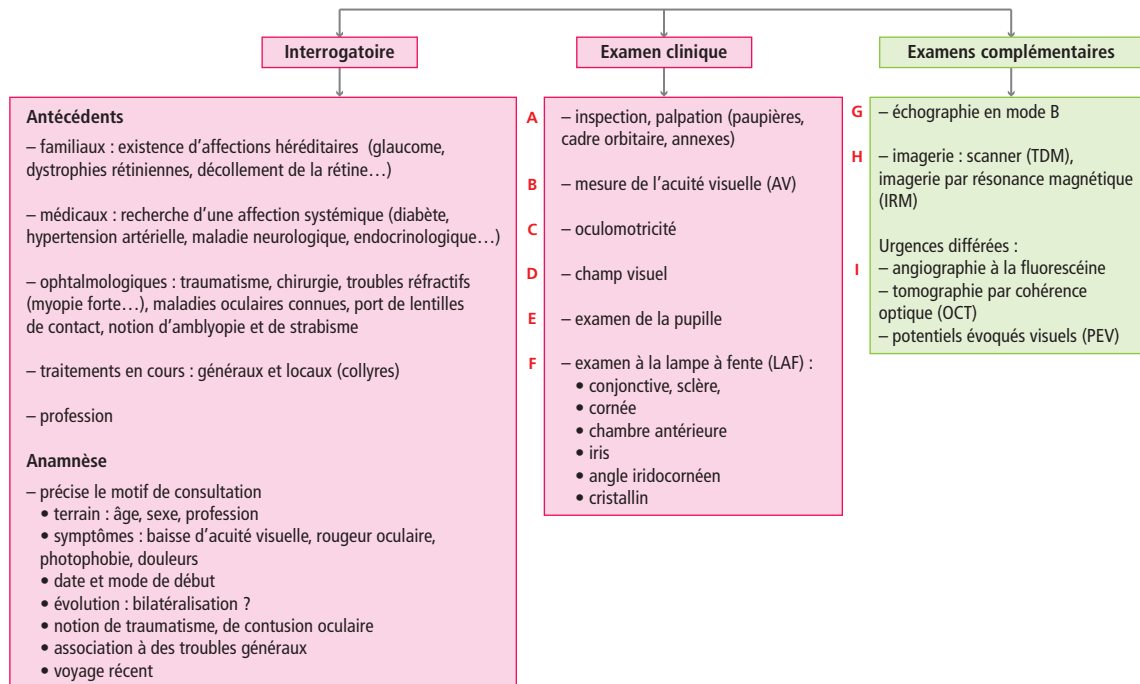
Selon le contexte, l'examen ophtalmologique sera complété par d'autres examens (tension artérielle, examen neurologique, etc.).

En cas d'impossibilité d'ouverture palpébrale (photophobie, douleurs oculaires), l'instillation d'une goutte d'anesthésique local (oxybuprocaine) permettra la poursuite de l'examen.

A. Inspection

L'examen de la face, des paupières et du cadre orbitaire ([figures 1.1 et 1.2](#)) est une étape fondamentale, il est souvent négligé en urgence au profit de l'examen des structures oculaires ([figure 1.3](#)) à proprement parler.

Arbre 1.1. Examen clinique aux urgences.



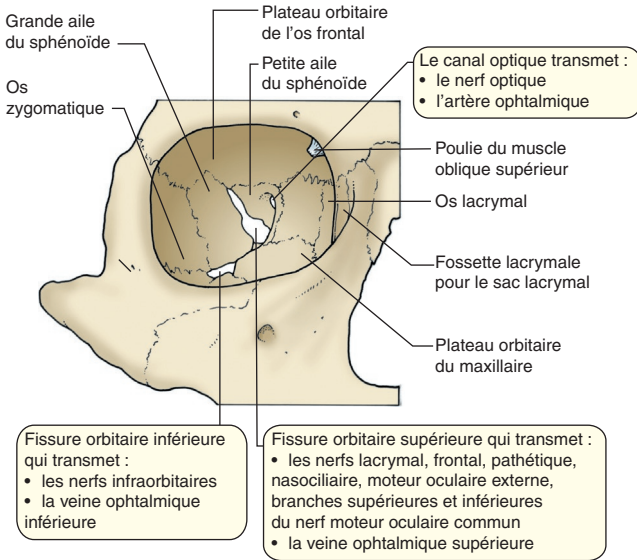


Figure 1.1 Anatomie de l'orbite.

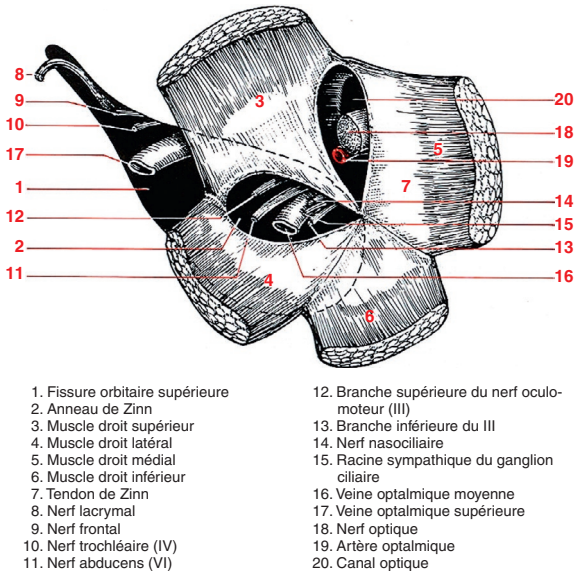


Figure 1.2 Apex orbitaire.

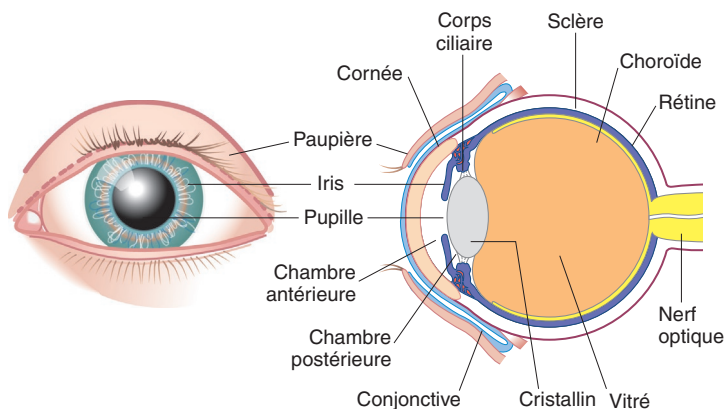


Figure 1.3 Représentation schématique de l'œil (vue de face et coupe sagittale).



Figure 1.4 Ptosis de l'œil droit débutant et syndrome de Claude Bernard-Horner au cours d'une dissection carotidienne.

Cette inspection, réalisée sous un bon éclairage, associée à une palpation, permet de rechercher (liste non exhaustive) :

- des signes d'infection orbitaire ou des voies lacrymales;
- des vésicules (herpès, zona...);
- une anesthésie sous-orbitaire, un emphysème sous-cutané dans le cadre d'une fracture du cadre orbitaire;
- des signes a minima pouvant passer inaperçus si non recherchés, par exemple : ptosis débutant et syndrome de Claude Bernard-Horner au cours d'une dissection carotidienne (figure 1.4).

B. Mesure de l'acuité visuelle (AV)

Tester la vision sur chaque œil en vision de loin et de près en les cachant successivement.

Acuité visuelle de loin

Adulte

Lecture de 1/10 à 10/10 selon la ligne de plus petite dimension lue par le sujet sur l'échelle d'acuité visuelle de loin : lettres de l'alphabet type EDTRS (figure 1.5) ou pour les illettrés une échelle des E de Snellen ou de chiffres. Lorsque la ligne de plus grande taille ne peut être lue, l'acuité visuelle est notée :

- CLD : « compte les doigts » placés devant l'œil en notant la distance (à 20 cm, à 50 cm, à 1 m, etc.);
- VBLM : « voit bouger la main », l'acuité visuelle est limitée aux mouvements de la main;
- PL $\pm$ orientée : perception lumineuse positive ou négative.

Enfants ou illettrés

Utilisation de tests avec des images (type Rossano) ou l'échelle de Snellen, les dessins d'Allen.

Chez les enfants plus jeunes, évaluer la poursuite oculaire.

Cas particulier

- Trou sténopéique (figure 1.6) : utiliser un trou sténopéique en cas de baisse de vision. Ce système permet de corriger les erreurs réfractives et d'améliorer l'acuité visuelle dans certains troubles des milieux (cataracte, cicatrices cornéennes). Par ailleurs, la suppression d'une diplopie monoculaire par le trou sténopéique oriente sur son origine réfractive.

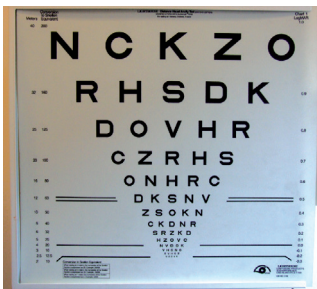


Figure 1.5 Échelle de lecture de loin (EDTRS).



Figure 1.6 Utilisation d'un trou sténopéique.

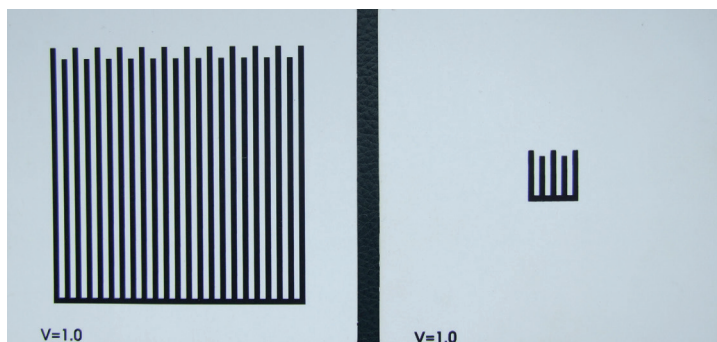


Figure 1.7 Test de Thibaudet : ces deux optotypes représentent la même acuité visuelle.

■ Test de Thibaudet (figure 1.7) : plusieurs optotypes, présentés au patient, correspondent en fait à la même acuité (selon le nombre et la longueur de leur jambage, les optotypes occupent une surface différente sur le carton présenté mais l'épaisseur des jambages et les intervalles clairs qui les séparent restent les mêmes). Cette échelle peut aider à dépister une perte de l'acuité visuelle d'origine fonctionnelle (simulation), mais doit être interprétée avec les autres tests diagnostiques (vision binoculaire, pupilles, champ visuel).

Acuité visuelle de près

Lecture de l'échelle de Parinaud de P28 à P1,5 à une distance de 3 cm, ou l'échelle de Snellen pour les illettrés (figures 1.8 et 1.9). La valeur de lecture de près normale est Parinaud 2 (notée P2).

C. Oculomotricité

Rappel anatomique

Trois paires de nerfs crâniens (figure 1.10) participent à la motilité oculaire (figure 1.11).

■ La troisième paire crânienne (nerf oculomoteur commun) assure :

- une innervation extrinsèque des muscles :
 - droit supérieur,
 - droit médial,
 - droit inférieur,
 - oblique inférieur,
 - releveur de la paupière supérieure,
- une innervation intrinsèque par son contingent parasympathique du corps ciliaire et du sphincter pupillaire.



Figures 1.8 et 1.9 Échelles de lecture de près.

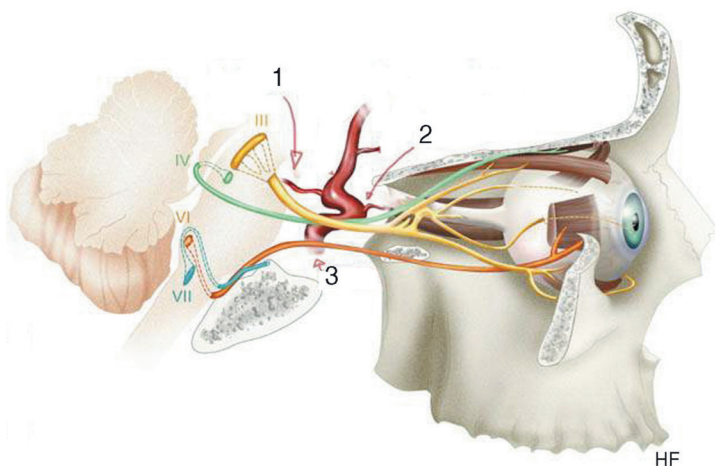


Figure 1.10 Trajet schématique des nerfs oculomoteurs (III, IV, VI) depuis le tronc cérébral jusqu'à l'orbite.

1 : artère communicante postérieure; 2 : artère ophtalmique; 3 : artère carotide.

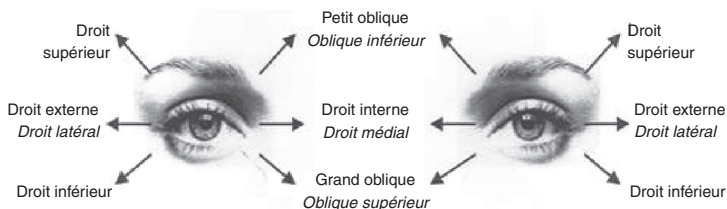


Figure 1.11 Schéma représentant les champs d'action des muscles oculomoteurs.

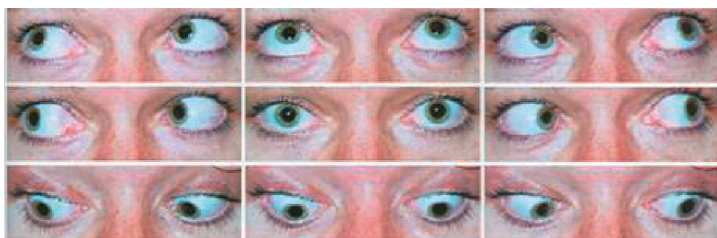


Figure 1.12 Schéma représentant les études des versions.

- La quatrième paire crânienne (nerf trochléaire) innerve le muscle oblique supérieur.
- Le sixième nerf crânien (nerf abducens, ancien nerf moteur oculaire externe), innerve le muscle droit latéral.

Examen de l'oculomotricité

- Il permet :
 - d'identifier un déficit oculomoteur ;
 - de localiser la lésion qui en est responsable ;
 - de tenter d'établir le diagnostic étiologique.
- L'étude des versions (mouvements oculaires conjugués) s'effectue dans les neuf positions du regard, à la recherche des limitations et hyperactions musculaires (figure 1.12).
- En cas de diplopie (vision double) :
 - caractériser son type :
 - binoculaire (la diplopie disparaît en cachant alternativement l'œil droit puis l'œil gauche),
 - monoculaire (la diplopie persiste en cachant l'œil sain) ;
 - étudier le réflexe oculocéphalique, ou manœuvre automatico-volontaire (voir chapitre 6, figure 6.1).