

Examen ophtalmologique aux urgences

P.-O. Barale, É. Tuil, S. Zegrari, De Nicola, F. Mann

PLAN DU CHAPITRE

■ Interrogatoire

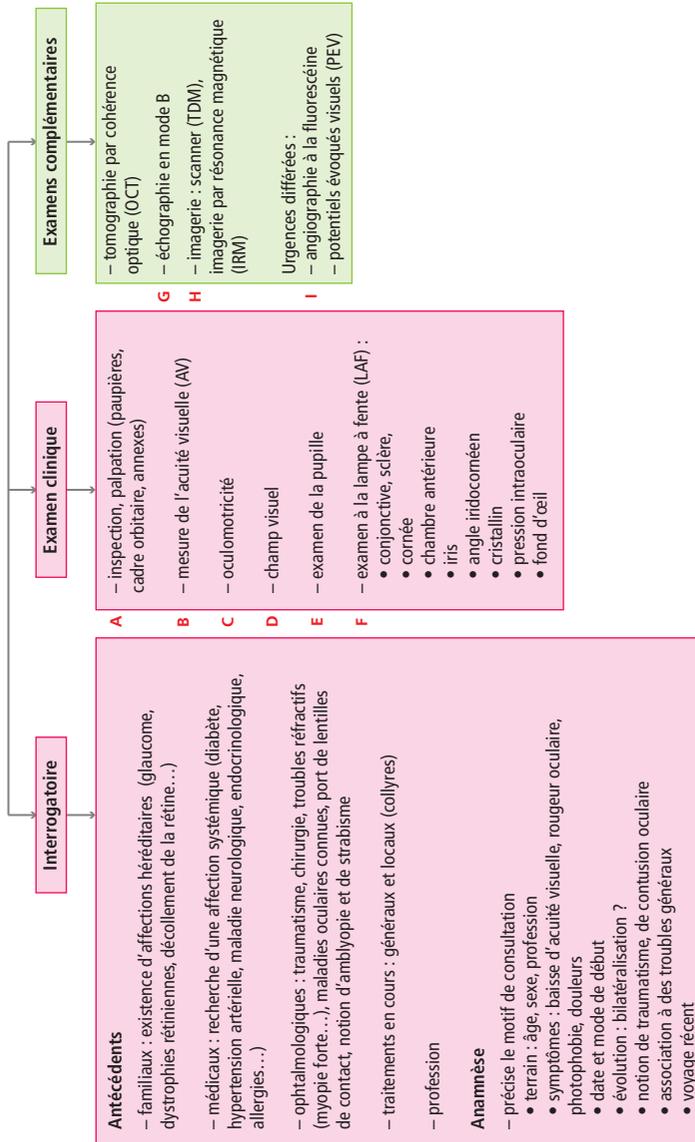
■ Examen clinique

- Inspection (A)
- Mesure de l'acuité visuelle (AV) (B)
- Oculomotricité (C)
- Champ visuel (CV) (D)
- Examen des pupilles (E)
- Examen à la lampe à fente (LAF) (biomicroscope) (F)

■ Examens complémentaires

- Échographie en mode B (bidimensionnel) (G)
- Imagerie en urgence : principales indications (H)
- Urgences différées (I)

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



Arbre 1.1. Examen clinique aux urgences.

IRM : imagerie par résonance magnétique; LAF : lampe à fente; OCT : tomographie par cohérence optique; PEV : potentiels évoqués visuels.

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'ins-tillation d'une goutte d'anesthésique local (oxybuprocaine) permettra la poursuite de l'examen.

Inspection (A)

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.

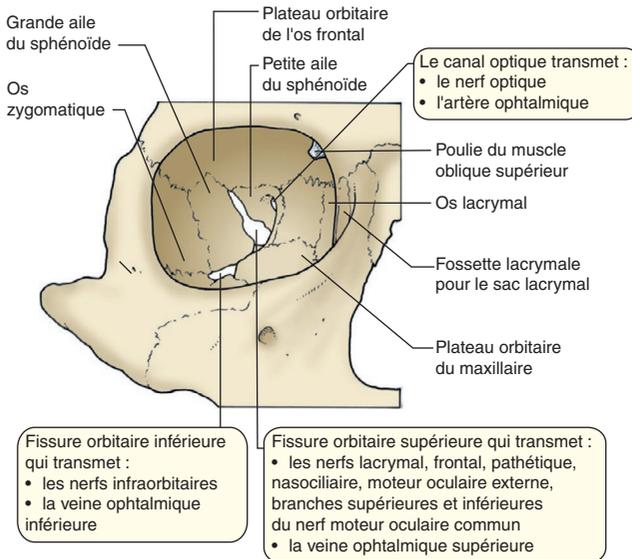


Figure 1.1. Anatomie de l'orbite.

Source : Ophtalmologie, 9782842995805, M. Batterbury M, Bowling B, traduit par A. Catier. Elsevier; 2005.

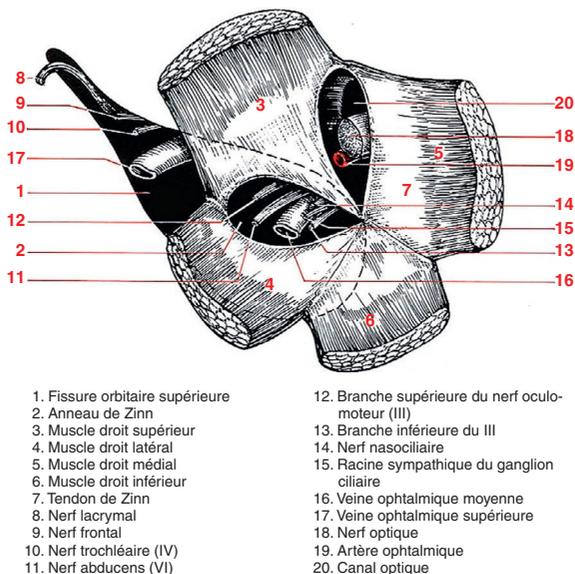


Figure 1.2. Apex orbitaire.

Source : Encyclopédie médicochirurgicale, volume 1, chapitre « Anatomie de l'orbite », 21-006-A-10, Elsevier.

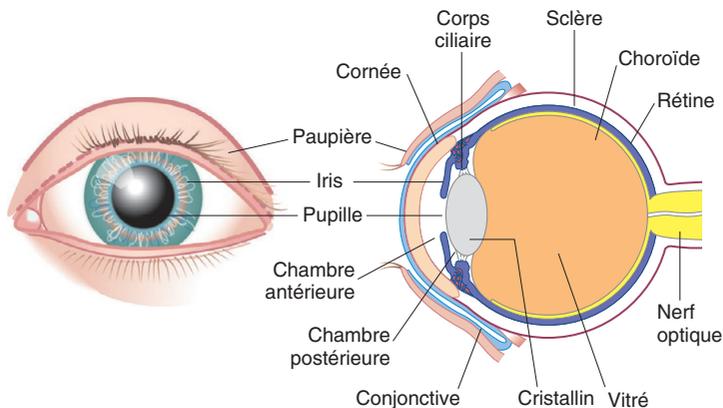


Figure 1.3. Représentation schématique de l'œil (vue de face et coupe sagittale).

Source : Manual of Eye Emergencies. Diagnosis and Management, 9780750652193, Webb LA, Butterworth-Heinemann, 2004.

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).

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.
- 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 [CV]).



Figure 1.6. Utilisation d'un trou sténopéique.

Source : É. Tuil.

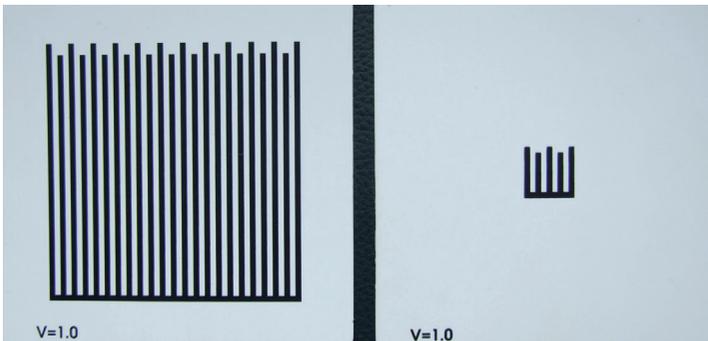


Figure 1.7. Test de Thibaudet : ces deux optotypes représentent la même acuité visuelle.

Source : É. Tuil.

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 (figure 1.8). La valeur de lecture de près normale est Parinaud 2 (notée P2).

Oculomotricité (C)

Rappel anatomique

Trois paires de nerfs crâniens (figure 1.9) participent à la motilité oculaire (figure 1.10).

■ 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 parasymphatique du corps ciliaire et du sphincter pupillaire.

■ 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.



Figure 1.8. Échelles de lecture de près.

Source : É. Tuil.

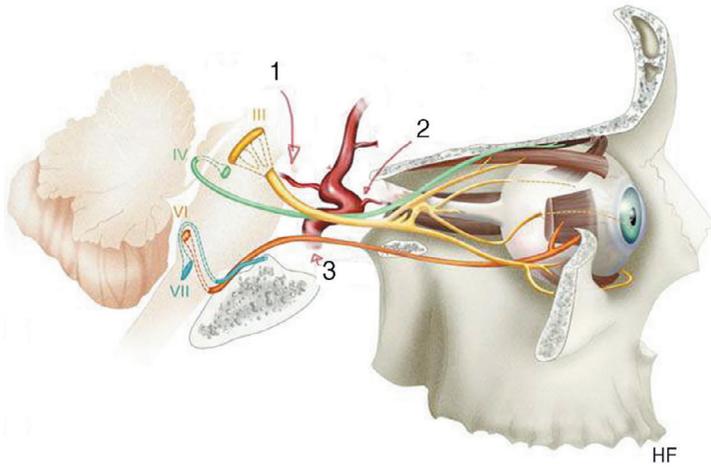


Figure 1.9. Trajet schématique des nerfs oculomoteurs (III, IV, VI) depuis le tronc cérébral jusqu'à l'orbite.

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

Source : Neuro-ophtalmologie, 9782294738982, Vignal C, Milea D, Tilikete C, Elsevier Masson, 2002.

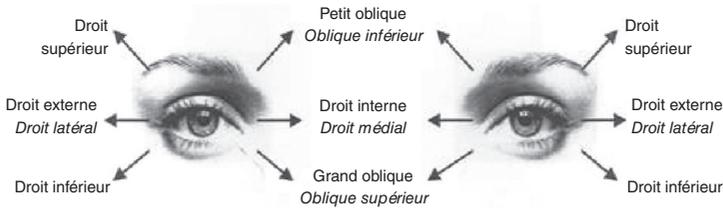


Figure 1.10. Schéma représentant les champs d'action des muscles oculomoteurs.

Source : Neuro-ophtalmologie, 9782294738982, Vignal C, Milea D, Tilikete C, Elsevier Masson, 2002.

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 1.11).

■ 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 1.6).