

Item80-Anomalie de la vision d'apparition brutale.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une anomalie de la vision d'apparition brutale. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: Anomalies de la vision d'apparition brutale	- Ex: AV / TO / LAF (ant) / FO (post) - Test à la fluorescéine / effet Tyndall - Examen des pupilles / examen neuro - HIV = écho en mode B pour DR - OACR: calibre / oedème / macula - OVCR: hémorragies / dilatation / 4C - OACR = HNF / OVCR = photocoagulation - NOIA: papille (2) / déficit altudinal - NORB: blanc douloureux /scotome - DR: myodésopsie / V3M / rétinopexie	- Devant BAV : ORD ou OBI ? - Ex. bilatéral et comparatif (4) - OACR/OVCR/NOIA = bilan CV - OACR/NOIA = VS +/- BAT - DR: photocoagulation en P°II - BAV transitoire = CMT sur AIT

Etiologies

BAV brutale avec oeil rouge et douloureux (5)

- = anomalie du segment antérieur (cf [Œil rouge et/ou douloureux.](#))
- Kératite aiguë
- Uvéite antérieure aiguë
- Glaucome aigu (GAFA ou néovasculaire)
- Traumatisme oculaire / CEIO (cf [Polytraumatisme.](#))
- Endophtalmie (en post-chirurgical seulement)

BAV brutale avec blanc et indolore

- = anomalie du segment postérieur
 - A fond d'oeil non visible = Hémorragie intra vitréenne +++
 - A fond d'oeil visible
 - OACR
 - OVCR
 - NOIAA
 - NORB
 - DMLA exsudative
 - Décollement de rétine
 - Diabète: RD compliquée : décollement de la rétine / HIV rétinopathie diabétique
 - A fond d'oeil normal
 - Voies optiques : chiasma ou rétro-chiasmatique (AVC / tumeur)
 - Nerf Optique : NORB (mais peut donner oedeme papillaire)

BAV brutale transitoire = GAME + Horton + SEP

- G = Glycémie
- A = AIT carotidien (Cécité Monoculaire transitoire) AIT vertébro basilaire (Cécité bilatérale Transitoire)
- M = Migraine ophtalmique
- E = Eclipse visuelle dans HTIC
- Horton
- SEP et NORB

- Hypotension artérielle (syncope, orthostatisme, vagal)

Orientation diagnostique

Examen clinique

- Interrogatoire
 - Terrain: atcd ophtalmo / généraux (diabète / SEP / SPA / HTA&)
 - Anamnèse: **heure** et mode de survenue / notion de **traumatisme**
 - Caractériser le trouble visuel
 - Type: BAV / amputation du CV / métamorphopsie / phosphènes / myodésopsies
 - Latéralité: unilatéral (globe ou n. optique) / bilatéral (atteinte des voies optiques)
 - Evolutivité: BAV brutale ou progressive / transitoire ou permanente
 - Rechercher des signes associés
 - Douleur +++: superficielle (kératite / uvéite) ou profonde (GFA)
 - Signes neurologiques: céphalée / diplopie (évoque NORB)
- Examen ophtalmologique
 - Comme toujours: bilatéral / comparatif (**A savoir !**)
 - Pupilles: au repos / réflexe photomoteur direct et consensuel
 - Acuité visuelle: subjective et objective / de près et de loin / avec et sans correction
 - Tonus oculaire: recherche une hypertonie (GFA) ou hypotonie (uvéite)
 - Examen à la lampe à fente (biomicroscope) = segment antérieur
 - Conjonctive: rougeur (topographie) / papille / CE sous-palpébral
 - Cornée: À transparence / cercle périkératique / ulcération: **test à la fluorescéine**
 - Chambre antérieure: épaisseur / **effet Tyndall** (uvéite) / hyphéma / hypopion
 - Iris: mydriase aréflexique (GFA) ou myosis (uvéite) / synéchies (uvéite)
 - Cristalin: position (luxation) / transparence (cataracte)
 - Fond d'oeil avec dilatation pupillaire = segment postérieur
 - Vitré: Tyndall postérieur (hyalite) ou hémorragie (HV)
 - Rétine: décollement / hémorragie
 - Papille: excavation (glaucome chronique) / taille
 - Macula: drüsen (DMLA) / atrophie / hémorragie
 - Vaisseaux: signes d'OVCR-OACR / néovascularisation (DMLA)
- Examen général
 - Abolition du pouls temporal si céphalées (Horton)
 - Prise de la PA (poussée hypertensive) / syndrome d'HTIC, etc.

Examens complémentaires

- !! Aucun nest systématique: selon l'orientation étiologique clinique
- Examens ophtalmologiques
 - Champ visuel (périmétrie) devant tout suspicion de neuropathie optique
 - Angiographie à la fluorescéine: devant toute maculopathie
 - Echographie oculaire en mode B: si rétine non visible (HV / hyalite / cataracte totale)
- Autres examens
 - VS en urgence si suspicion de NOIA (rechercher une maladie de Horton)
 - Imagerie cérébrale (TDM ou IRM): si anomalie à l'examen neurologique
 - Bilan cardiovasculaire (ECG-ETT): devant une OACR / OVCR

Diagnostic étiologique

Hémorragie intra-vitréenne (HV)

- Etiologies
 - Rétinopathie diabétique proliférante (cf [Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications.](#))
++++
 - OVCR ischémique compliquée de néovaisseaux +++++
 - Déchirure rétinienne +/- décollement rétine +++++
 - Syndrome de Terson (HV + HM sur rupture d'anévrisme) --> Toute BAV dans les suites d'une hémorragie méningée = Evoquer le syndrome de Terson
 - Tumeur: Mélanome choroïdien
 - Autres: idiopathique / post-chirurgical / bébé secoué
- Diagnostic
 - Clinique
 - Oeil blanc / indolore
 - BAV très variable: de myodésopsies isolées à quasi-cécité

- Fond d'oeil: fait le diagnostic positif et étiologique
- **Paraclinique**
 - Echographie oculaire en mode B +++ (**A savoir !**)
 - Recherche un décollement de la rétine si non visible au FO
- **Conduite à tenir: selon l'étiologie**
 - **Si HIV sur décollement / déchirure de rétine**
 - Urgence chirurgicale: cf infra
 - **Si HIV sur RD ou OVCR**
 - **Surveillance** clinique (Cs 1x/10): résorption spontanée en général
 - Si persistance de HIV (1 mois) = traitement chirurgical: vitrectomie +/- laser

Occlusion de l'artère centrale de la rétine (OACR)

- **Définition**
 - OACR = **infarctus** de la rétine par occlusion d'une artère rétinienne
 - Pathologie rare (1/10 000 consultation) mais pronostic fonctionnel sombre
- **Rappels anatomiques**
 - **Circulation choroïdienne**: vascularisation rétine externe (photorécepteurs ++ / épithélium pigmentaire)
 - **Circulation rétinienne**: vascularisation rétine interne (c. bipolaires / ganglionnaires)
 - a. carotide interne a. ophtalmique a. centrale de la rétine
 - !! vascularisation terminale: si occlusion ischémie définitive en 90min
- **Etiologies**
 - **Etiologies thrombotiques**
 - Athérosclérose +++
 - Maladie de Horton ++ (rare mais urgence !)
 - Autres vascularites: Wegener / Churg & Strauss / Takayasu..
 - **Etiologies emboliques**
 - Rupture de plaque d'athérome carotidien +++
 - Cardiopathies emboligènes: AC/FA, RAO
 - Autres: embols graisseux (« nodules cotonneux »)
 - **Autres (rares)**
 - Troubles de la coagulation / spasme artériel
- **Diagnostic**
 - **Examen clinique**
 - **Terrain**: HTA / FdR CV / Horton / atcd de CMT
 - **Acuité visuelle**: BAV brutale / unilatérale / isolée / **totale** (cécité) ou Très Profonde (Perception lumineuse)
 - **Pupille**: **mydriase aréflexive** / RPM consensuel conservé
 - **LAF**: **oeil blanc / indolore** / segment antérieur normal
 - **TO**: typiquement normal ou abaissé
 - **FO après dilatation pupillaire (3) +++**
 - Rétrécissement diffus du calibre artériel +/- courant granuleux
 - Oedème rétinien ischémique « blanc laiteux » (vascularisation rétinienne)
 - Macula « rouge cerise » (vascularisation choroïdienne des photorécepteurs)
 - !! Absence d'hémorragie ou de nodules cotonneux
 - **Examens complémentaires**
 - **Pour diagnostic positif**
 - !! Non indispensable: **AUCUN** examen ne doit retarder le traitement (**A savoir !**)
 - **Angiographie à la fluorescéine**
 - Allongement du temps bras-rétine + artério-veineux
 - Aspect « arbre mort » du réseau artériel +/- embol
 - **Pour diagnostic étiologique (A savoir !)**
 - **CRP ++++++**
 - **Thrombotique**: bilan RCV (EAL-glycémie) / **VS** +/- BAT (Horton)
 - **Embolique**: [ECG - ETT] / écho-doppler des TSA
 - **Forme clinique: OBACR**
 - OBACR: occlusion d'une branche de la. centrale de la rétine
 - BAV variable selon atteinte / amputation du champ visuel
 - FO: oedème ischémique rétinien en secteur (systématisé)
 - Etiologies = idem OACR sauf M. de Horton (cf pas de muscula)
- **Evolution**
 - Pronostic très **sombre**: lésions définitives en 90min ischémie
 - Récupération visuelle quasi-inexistante sauf traitement précoce
 - IOACR est une (des rares) urgence ophtalmologique +++
- **Traitement**
 - **Mise en condition**

- Hospitalisation en urgence / en ophtalmologie (**A savoir !**)
- **Traitement à visée curative**
 - **Traitement anticoagulant: héparinothérapie** (HNF en IVSE) si hypothèse d'une affection emboligène (non systématique)
 - **Traitement fibrinolytique:** thrombolyse seulement si sujet jeune et < 6h
- **Traitement symptomatique**
 - **Traitement hypotonisant:** acétalozamide (Diamox®) en IV
 - **Traitement vasodilatateur:** vasodilatateur artériel (Torental®) en IV
- **Traitement étiologique +++**
 - Traitement d'une maladie de Horton / plaque athéromateuse / AC/FA, etc
 - !! La prise en charge des FdR CV conditionne le pronostic vital
- **Surveillance**
 - **Clinique:** suivi ophtalmo régulier / à vie / AV et FO
 - **Paraclinique:** angiographie à la fluorescéine + ex. cardio

Occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR)

- **Définition**
 - Compression +/- occlusion de la veine centrale de la rétine
 - Pathologie fréquente: 2ème pathologie vasculaire rétinienne après RD
- **Etiologies (FdR)**
 - **Athérosclérose +++**
 - Probablement par compression de la VCR par IACR athéroscléreuse
 - Rechercher FdR CV : âge > 50ans / tabac / diabète / HTA / dyslipidémie
 - **Hypertonie oculaire +++**
 - Une HTO même non compliquée de glaucome chronique est un FdR
 - **Troubles de la coagulation**
 - Hyperviscosité sanguine: polyglobulie ou dysglobulinémies
 - Thrombophilie: résistance à la protéine C activée (mutation F.V) ++
- **Diagnostic**
 - **Examen clinique**
 - **Terrain:** FdR CV +++ / HTO / thrombophilie
 - **Acuité visuelle:** BAV unilatérale / rapidement progressive / variable
 - **LAF: oeil blanc et indolore** / segment antérieur normal
 - **TO:** pour rechercher une **HTO**
 - **FO avec dilatation pupillaire +++ = Mnémoe : OVCR**
 - O = Oedème papillaire
 - V= Veines dilatées et tortueuses
 - C = Cotonneux: Nodule cotonneux
 - R: Raggie; Hémorragies rétinienne: superficielles et profondes aux **4 cadrans**
 - **Examens complémentaires**
 - **Pour diagnostic positif**
 - **Angiographie à la fluorescéine**
 - Systématique (OACR) / détermine la forme clinique
 - **Retard circulatoire** (allongement temps bras-rétine)
 - Dilatation veineuse diffuse (dans les 4 cadrans)
 - Hémorragies disséminées (dans les 4 cadrans)
 - Recherche zones dischémie rétinienne +++
 - **Pour diagnostic étiologique**
 - **Bilan cardio-vasculaire:** glycémie / EAL / ECG / EchoD TSA (**A savoir !**)
 - **Bilan HTIO: Cycle nyctéméral de le PIO (Pression Intra Orbitaire)**
 - **Bilan de thrombophilie:** si patient jeune +++ (< 50 ans) / OVCR bilatéral / > 50 ans en l'absence de FdR CV
 - **Eliminer Horton:** VS-CRP (même si très rarement en cause)
 - **Formes cliniques +++**
 - **Forme oedémateuse (80%)**
 - **Clinique**
 - Acuité visuelle > 2/10ème et RPM conservé
 - Hémorragies superficielles (en flammèches)
 - Peu de nodules cotonneux
 - **Angiographie**
 - **OMC:** oedème maculaire cystoïde (aspect de « pétale »)
 - Dilatation veineuse et capillaire globale
 - **Forme ischémique (20%)**
 - **Clinique**
 - Acuité visuelle < 1/20ème et RPM diminué

- Hémorragies profondes (en plaques)
 - **Nodules cotonneux** nombreux
 - **Angiographie**
 - **Zones dischémie** rétinienne (hypofluorescence)
 - Pas de dilatation capillaire ni OMC
- **Evolution**
 - **Forme oedémateuse**
 - **Pronostic**: bon : récupération visuelle sous 6 mois
 - **Complications**
 - transformation en forme ischémique (25%)
 - persistance dun OMC avec BAV chronique
 - **Forme ischémique**
 - **Pronostic**: mauvais: pas de récupération: ischémie irréversible
 - **Complication** = **néovascularisation** +++
 - Néovascularisation irienne +/- glaucome aigu néovasculaire
 - Néovascularisation rétinienne +/- DR tractionnel ou HV
- **Traitement**
 - **Photocoagulation laser**
 - **Forme oedémateuse** = **photocoagulation maculaire**
 - Objectif: diminuer IOMC et stabiliser lacuité visuelle
 - Seulement si persistance de la BAV e 3 mois (cf régression)
 - **Forme ischémique** = **photocoagulation pan-rétinienne**
 - Objectif: prévention de la néovascularisation et ses C° +++
 - !! Systématique et demblée devant toute OVCR ischémique
 - **Traitement médical**
 - **Prise en charge du risque cardiovasculaire** +++
 - Multi-disciplinaire / éducation du patient / MHD
 - Arrêt tabac / équilibrer diabète / contrôle PA
 - !! statines et **aspirine** PO systématiques
 - **Hémodilution isovolémique**:
 - Seulement si OVCR oedémateuse récente
 - !! aux CI: IC / ICoro / HTA / diabète / IR, etc.
 - **Prise en charge dune hypertension oculaire** (cf **Glaucome chronique.**)
 - **Surveillance**
 - **Clinique**: examen ophtalmo avec AV / TO / FO dans les **3 mois** +++
 - **Paraclinique**: angiographie régulière pour dépistage néovascularisation

Neuropathie optique ischémique antérieure aiguë (NOIAA)

- **Définition**
 - NOIAA = ischémie de la tête du nerf optique par occlusion des ACP
 - ACP (a. ciliaires postérieures) = branche de la. ophtalmique (idem ACR)
- **Etiologies**
 - **Maladie de Horton**
 - Pas la plus fréquente mais la plus grave: à éliminer +++ (**A savoir !**)
 - « Neuropathie optique artéritique » / !! urgence (cf **Artérite à cellules géantes.**)
 - **Athérosclérose**
 - Cause la plus fréquente / évaluer le risque cardio-vasculaire
 - « Neuropathie optique non-artéritique »
- **Diagnostic**
 - **Examen clinique**
 - **Terrain**: sujet âgé (Horton) / FdR CV / épisodes d'amaurose fugace
 - **Acuité visuelle**: BAV brutale / unilatérale / matinale ++
 - **Champs visuels**: « **déficit altitudinal** » horizontal +++
 - **Pupilles**: RPM diminué ou aboli
 - **LAF / TO**: oeil blanc / indolore / TO normal
 - **FO**: **oedème papillaire**+++ et pâleur papillaire / hémorragies péri-papillaires en flammèche
 - **Signes associés**: rechercher une abolition des **pouls temporaux** (**A savoir !**)
 - **Examen complémentaires**
 - **Pour diagnostic positif**
 - **Champ visuels** +++
 - Hémianopsie altitudinale horizontale
 - Scotome fasciculaire (encoche englobant la fovéola)
 - **Angiographie à la fluorescéine**
 - Confirme **loedème papillaire** (coloration pâle de la papille)

- Recherche ischémie choroïdienne (en faveur de Horton)
- Pour diagnostic étiologique
 - En urgence: **VS-CRP** pour rechercher une maladie de Horton (**A savoir !**)
 - Si VS élevée : biopsie de la. temporale: pour confirmer mais après traitement +++
 - Si VS normale : bilan cardio-vasculaire: glycémie / EAL / ECG / EchoD TSA
- Evolution
 - Pronostic visuel sombre: pas de récupération visuelle (après 6H d'ischémie) / risque de récurrence contralatérale
 - Risque de bilatéralisation (M. de Horton surtout): urgence thérapeutique +++
- Traitement
 - Si VS : suspicion de Horton = urgence (cf Artérite à cellules géantes.)
 - Hospitalisation en urgence / en ophtalmologie / pose VVP
 - Corticothérapie en IV (MP forte dose: 500mg à 1g/j pendant 3 jours)
 - Puis relais corticoïdes PO 1 mg/kg/j pour une durée totale e 18 mois
 - Si VS normale: NOIAA non artéritique
 - Bilan cardio-vasculaire et contrôle des FdR CV

Neuropathie optique rétro-bulbaire (NORB) --> Cf Item 102 SEP et Oeil

Décollement de rétine (DR)

- Définition
 - Perte de contact entre l'épithélium pigmentaire et le neuro-épithélium
 - Mécanisme = déchirure localisée puis décollement par liquide sous-rétinien
- Etiologies
 - DR rhéomatogène
 - Idiopathique +++ (sujet âgé)
 - Myopie forte (> -6 dioptries)
 - Atcd de chirurgie de la cataracte
 - DR tractionnel
 - Rétinopathie diabétique proliférante +++
 - Autres: HIV / OVCR / hémoglobinopathies
 - !! Cas particuliers: DR exsudatif
 - HTA
 - Toxémie gravidique
 - DMLA exsudative: pas de déchirure donc pas de chirurgie !
 - Autres: RHT/ tumorales / uvéite postérieure / toxoplasme
- Diagnostic
 - Examen clinique
 - Interrogatoire
 - Terrain: jeunes à forte myopie / vieux opérés de la cataracte
 - Anamnèse: recherche facteur déclenchant +++ / heure d'apparition
 - Signes fonctionnels (et signification anatomique)
 - Myodésopsies: mouches volantes (décollement du vitré postérieur)
 - Phosphènes: éclairs lumineux (déchirure rétinienne)
 - Amputation du champ visuel (décollement périphérique)
 - puis BAV en « voile noir » (décollement de la macula +++)
 - Examen ophtalmologique (bilatéral et comparatif)
 - Acuité visuelle: si BAV = décollement maculaire +++
 - LAF: oeil blanc et indolore / segment antérieur normal
 - TO: typiquement diminué
 - FO au verre à 3 miroirs (V3MA savoir ! après dilatation pupillaire ())
 - Décollement: rétine en relief / mobile / grisâtre (orange)
 - V3M: rechercher la déchirure périphérique initiale +++
 - Rechercher un décollement de la macula (pronostic fonctionnel)
 - !! FO de l'oeil adelphe (**A savoir !**)
 - Recherche de déchirure non compliquée +++
 - Recherche de lésions prédisposantes: lésions palissadiques
 - Examens complémentaires
 - Pour diagnostic positif = **AUCUN**, il est clinique (FO)
 - Echographie oculaire mode B: si rétine non visible (cataracte, HIV)
 - Bilan pré-opératoire: cf urgence chirurgicale
 - Evolution
 - En l'absence de traitement: décollement progressif inexorable de la rétine
 - En quelques semaines: cécité irréversible: semi-urgence chirurgicale
 - Le pronostic fonctionnel est conditionné par l'atteinte de la **macula** +++
 - Traitement

- **Mise en condition**
 - Hospitalisation en ophtalmologie / en « semi-urgence »
 - Positionnement du patient tête vers le côté opposé (évite progression)
- **Traitement curatif Oeil Atteint +++++ = chirurgical**
 - 1er temps **exploratoire**: repérage de toutes les déchirures +++
 - 2 techniques de **Rétinopexie**
 - Laser / Vitrectomie/ Gaz +++++ = Interne +++++
 - Cryothérapie / Indentation = Externe
- **Traitement préventif Oeil contro-latérale +++++ = laser / au décours**
 - **Photocoagulation** au laser des lésions prédisposantes dépistées (**A savoir !**): Déchirures, Palissades.
 - Education du patient (signes d'alarme: myodésopsie / phosphènes)
- **Surveillance**
 - **Clinique**: ex. ophtalmo régulier / FO annuel / oeil adelphe +++
 - **Paraclinique**: aucune sauf complication hémorragique

Anomalies transitoires de la vision

- **AIT = cécité monoculaire transitoire (CMT)**
 - Clinique: amaurose fugace = BAV complète durant quelques minutes
 - Etiologie = AIT d'origine embolique +++ (cf **Accidents vasculaires cérébraux (AVC)**.)
 - CAT: recherche d'un athérome carotidien / cardiopathie emboligène
- **Aura migraineuse = scotome scintillant**
 - Clinique = flashes colorés s'étendant progressivement à un hémichamp visuel
 - Etiologie = migraine avec aura ophtalmologique (céphalées inconstantes !)
 - CAT: recherche d'atcd de migraines +/- traitement médicamenteux (cf **Migraine, névralgie du trijumeau et algies de la face**.)
- **HTIC = éclipses visuelles**
 - BAV complète ne durant que quelques secondes, lors du changement de position
 - Etiologie = oedème papillaire dans le cadre d'une HTIC
 - CAT = TDM ou IRM cérébrale à la recherche d'un processus expansif
- **Autres**
 - Crise subaiguë de GFA spontanément résolutive (cf **Ceil rouge et/ou douloureux**.)
 - Drûsen papillaires dans le cadre d'un DMLA débutante (cf **Déficit neurosensoriel chez le sujet âgé - MLA et DMLA**)

Synthèse pour questions fermées

2 causes d'OACR fébrile ?

- Maladie de Horton
- Endocardite infectieuse

4 causes classiques d'hémorragie intra-vitréenne ?

- Diabète
- OVCR
- Déchirure rétinienne ou DR
- Syndrome de Terson

1 diagnostic à évoquer devant un oedème rétinien blanc ischémique avec une macula rouge cerise au fond d'oeil ?

- OACR

La principale complication d'une OVCR dans sa forme ischémique ?

- Néovascularisation

3 causes de DR rhégmato-gène ?

- Myopie forte
- Idiopathique
- Atcd chirurgie de la cataracte