

Item 187. Anomalie de la vision d'apparition brutale.

■ Généralités

Baisse de l'acuité visuelle (BAV) brutale d'intensité variable

■ Examen clinique

▶ Interrogatoire

- **Terrain** : ATCD ophtalmologique et généraux
- **Traitement habituel**
- **Anamnèse** : heure de survenue, facteur déclenchant (traumatisme)
- **Caractériser le déficit**
 - Type de l'altération visuelle :
 - BAV
 - Altération du champ visuel
 - Myodésopsies « mouches volantes »
 - Phosphènes « éclair lumineux »
 - Métamorphopsies « vision déformée »
 - Rapidité d'installation
 - Uni ou bilatéral
- **Signes associés**
 - Douleur
 - Superficielle (segment antérieur)
 - Profondes (irradient dans le territoire du V : GAFA)
 - À type de céphalée (cause neuro-ophtalmique)

▶ Examen physique

- *Bilatéral et comparatif (PMZ)*
- **Mesure de l'acuité visuelle** de loin (Monoyer) et de près (Parinaud)
- **Mesure du tonus oculaire** (palpé bi-digital)
- Pupille : recherche des **réflexes protomoteurs** direct et consensuel
- Examen à la **lampe à fente** (= étude du segment antérieur)
 - Conjonctive
 - Cornée
 - Chambre antérieure
 - Cristallin
- **Fond d'œil** après dilatation pupillaire
 - Étude du nerf optique (papille), des vaisseaux rétiniens et de la rétine maculaire et périphérique

Examen général adapté aux étiologies évoquées (palpation des artères temporales...). Au minimum, prise de la tension

■ Examens complémentaires

Orientés par l'examen clinique

▶ Examens ophtalmologiques

- Champ visuel (++) si neuropathie
- Angiographie à la fluorescéine
- Échographie oculaire en mode B (si rétine non visible au fond d'œil)

▶ Examens généraux

- VS (NOIA++)
- Scanner ou IRM cérébrale si cause neuro-ophtalmique suspectée
- ECG, échographie cardiaque si OACR/OVCR

■ Étiologies

▶ AV brutale avec œil rouge et douloureux

- **Glaucome aigu par fermeture d'angle (GAFA)**
 - **Généralités** : blocage pré-trabéculaire de la résorption de l'humeur aqueuse
 - **Terrain** : âge, hypermétropie, prise de médicaments mydriatiques++, passage à l'obscurité (mydriase)
 - **BAV** : majeur, ± halos colorés
 - **Signes associés**
 - Douleur péri-oculaire unilatérale
 - Nausées, vomissements
 - **Examen clinique**
 - Semi-mydriase aréflexique
 - Hypertonie oculaire
 - Lampe à fente
 - Œil rouge, cercle périkératique
 - Œdème cornéen
 - Chambre antérieure aplatie
 - Angle irido-cornéen fermé (gonioscopie)
 - **Paraclinique** : tonomètre à aplanation > 40 mmHg
 - *Urgence thérapeutique !*
- **Kératite aiguë**
 - **Étiologies** : infection virale (adénovirus++, herpès), syndrome sec, iatrogène, traumatique, pathologie palpébrale
 - **BAV**
 - **Signes associés**
 - Douleurs superficielles importantes
 - Photophobie, larmoiements, blépharospasme
 - **Examen clinique**
 - Lampe à fente
 - Œil rouge, cercle périkératique
 - Diminution de la transparence cornéenne
 - Ulcération cornéennes possibles (fluorescéine)

- **Uvéite antérieur aiguë**
 - **Étiologies** : traumatisme, corps étranger, infection (herpès, zona), maladie de système (SPA, lupus, PR, Behçet, sarcoïdose, MICI), idiopathique
 - **BAV** : modérée
 - **Signes associés** : douleur oculaire modérée, larmoiements, photophobie
 - **Examen clinique**
 - Myosis
 - Lampe à fente
 - Œil rouge, cercle périkératique
 - Tyndall en chambre antérieure
 - Précipités rétro-cornéens (au maximum hypopion)
 - Synéchies irido-cristalliniennes/irido-cornéennes
 - Fond d'œil : recherche de signes d'uvéite postérieure
- **Traumatisme oculaire**
 - Formes variables
 - Corps étranger superficiel
 - Érosion cornéenne
 - Ophtalmie aux UV (soudeurs et skieurs)
 - Hémorragie sous-conjonctivale
 - Contusion du globe oculaire
 - Brûlure oculaire du globe
- **Glaucome néovasculaire**
 - **Étiologies** : rétinopathie diabétique, drépanocytose, DVCR ischémique
 - Symptomatologie similaire au GAFA
 - **Examen clinique**
 - Lampe à fente : rubéose irienne et néo-vaisseau dans l'angle irido-cornéen
- **Endophtalmie**
 - **Étiologies** : post-chirurgical ou lié à un corps étranger intraoculaire
 - **BAV** : variable
 - **Signes associés** : douleur oculaire
 - **Examen clinique**
 - Hypertonie oculaire
 - Lampe à fente
 - Œil rouge
 - Effet Tyndall, Hypopion
 - Synéchie irido-cristallinienne
 - Signes postérieurs : hyalite

- ▶ **BAV brutale avec œil blanc indolore**
 - **Névrite optique rétrobulbaire (NORB)**
 - **Étiologies** : SEP, Horton, alcoolisme, Éthambutol, Lyme, Syphilis
 - **BAV** : importante d'installation rapide, unilatérale
 - **Signes associés**
 - Douleur à la mobilisation du globe oculaire
 - Dyschromatopsie vert-rouge
 - **Examen clinique**
 - Signe de Marcus Gunn (réflexe photomoteur direct altéré, consensuel conservé)
 - Fond d'œil : normal ou œdème papillaire
 - **Paraclinique**
 - Champ visuel : Scotome central ou centro-caecal
 - +Bilan étiologique
 - **Neuropathie ischémique antérieure aiguë (NOIAA)**
 - **Étiologies** : athérosclérose++, maladie de Horton à toujours éliminer !
 - **BAV** : voile noir, brutale, unilatérale
 - **Examen clinique**
 - Diminution du réflexe photomoteur direct
 - Fond d'œil
 - Œdème papillaire total ou partiel
 - ± Hémorragies papillaires en flammèches
 - Palpation des artères temporales ++
 - **Paraclinique**
 - Champ visuel : scotome altitudinal, déficit fasciculaire
 - VS, CRP (PMZ)
 - **Occlusion de l'artère centrale de la rétine**
 - **Étiologies** : athérosclérose, Horton (et autres vascularites), Cardiopathie emboligène, spasme artériel, trouble de la coagulation
 - **BAV** : brutale, totale, unilatérale et isolée
 - **Examen clinique**
 - Mydriase aréflexique, réflexe consensuel conservé
 - Fond d'œil
 - Œdème rétinien ischémique blanc
 - Macula « rouge cerise » (vascularisation choriocapillaire)
 - Rétrécissement artériel diffus ± courant granuleux
 - Embole artériel possible
 - **Paraclinique**
 - Angiographie à la fluorescéine (allongement du temps artériel bras rétine et du temps artério-veineux, aspect d'arbre mort, embole)
 - + Bilan étiologique

- **Occlusion de la veine centrale de la rétine**
 - **Étiologies** : athérosclérose, hyperviscosité, thrombophilie, cardiopathie emboligène, compression veineuse loco-régionale, vascularite
 - **BAV** : unilatérale, d'intensité variable, apparition rapidement progressive
 - **Examen clinique**
 - Hypertonie oculaire fréquente
 - Fond d'œil
 - Dilatation et tortuosité des veines
 - Œdème papillaire et rétinien
 - Hémorragies superficielles en flammèches (dans les 4 quadrants)
 - Nodules cotonneux
 - **Paraclinique** : angiographie à la fluorescéine (retard de remplissage veineux : allongement du temps bras-rétine, dilatation veineuse dans les 4 quadrants, hémorragies dans les 4 quadrants, identifie la forme œdémateuse ou ischémique)
 - + bilan étiologique
- **Décollement de rétine**
 - **Étiologies**
 - Rhegmatogène (myopie, chirurgie oculaire, idiopathique)
 - Tractionnels (rétinopathie diabétique, OVCR, hémorragie intra-vitréenne), Exsudatif (HTA++, inflammatoire, tumorales, infectieuse, DMLA)
 - **BAV** : amputation progressive (jours – semaines) du champ visuel
 - **Signes associés** : myodésopsie, phosphènes
 - **Examen clinique**
 - Lampe à fente : lueur papillaire grisâtre
 - Fond d'œil
 - Rétine décollée grisâtre
 - ± Hémorragie intra-vitréenne
 - Déhiscence rétinienne
 - Signes liés à l'étiologie
 - **Paraclinique** : échographie en mode B si fond d'œil non visible
- **Hémorragie intra-vitréenne**
 - **Étiologies** : rétinopathie diabétique, décollement de rétine, OVCR ischémique compliqué, syndrome de Terson (rupture d'anévrisme)
 - **BAV** : d'intensité variable, myodésopsie isolée fréquente
 - **Examen clinique** : fond d'œil : diagnostic positif et étiologique si la rétine est visible
 - **Paraclinique** : échographie en mode B si fond d'œil non visible : éliminer un décollement de rétine

- ▶ **BAV transitoire ou amaurose fugace**
 - **Aura migraineux** : scotome scintillant uni ou bilatéral
 - **AIT** : cécité monoculaire transitoire ou amaurose fugace
 - **Insuffisance vertébro-basilaire** : amaurose transitoire bilatérale
 - **HTIC** : éclipses visuelles (flou visuel aux changements de position)
liées à l'œdème papillaire

Item 188. Céphalées aiguës et chroniques.

■ Généralités

Plainte douloureuse centrée sur la région crânienne

■ Étiologies

▶ Vasculaires

- **Hémorragie méningée**
 - **Céphalées** : brutales, résistantes aux antalgiques
 - **Signes associés** : syndrome méningé, convulsion
 - **Examen clinique** : ± troubles de la conscience, signes méningés
 - **Paraclinique** : scanner cérébral (hyperdensité spontanée) et PL si négatif
- **Thrombophlébite cérébrale**
 - **Terrain** : œstroprogestatif + tabac, post-partum, troubles de la coagulation
 - **Céphalées** inhabituelles, isolées dans plus de 25 % des cas
 - **Signes associés** : signes d'HTIC, troubles de la conscience, convulsion
 - **Examen clinique** : parfois déficit neurologique, fonction de la localisation
 - **Paraclinique** : IRMc / Angio-RM en 1^{re} intention, sinon scanner cérébral
- **Poussée hypertensive et HTA maligne** (*≠ céphalées de tension*)
 - **Terrain** : HTA connue
 - **Céphalées** postérieures le matin au réveil (spécifique mais rare) ou d'effort, pulsatile dans l'HTA maligne
 - **Signes associés** : HTA, épistaxis, signes d'un retentissement viscéral
 - **Paraclinique** : diagnostic clinique, rechercher des complications
- **Dissection carotidienne ou vertébrale**
 - **Terrain** : sujet jeune, traumatisme récent
 - **Céphalées** : latérocervicale (carotidienne) ou rétroauriculaire (vertébrale)
 - **Signes associés** : CBH, acouphènes
 - **Examen clinique** : signes neurologiques déficitaires (AVC ischémique)
 - **Paraclinique** : écho-doppler/IRM

En 1^{re} intention devant des céphalées aux urgences, éliminer

Hémorragie méningée
Méningite
HTIC
Migraine

- **Maladie de Horton**
 - **Terrain** : âge > 50 ans
 - **Céphalées** prolongées, lourdeur des régions temporales, fond continu avec recrudescence lors du contact
 - **Signes associés** : induration de l'artère temporale, AEG, PPR, cécité monoculaire transitoire, claudication de la mâchoire, hyperesthésie du cuir chevelu, nécrose du scalpe, toux chronique
 - **Paraclinique** : VS et CRP augmenté, cholestase anictérique, biopsie de l'artère temporale

▶ **Infectieux**

- **Méningite**
 - **Céphalées** d'installation rapide
 - **Signes associés** : fièvre, syndrome méningé, convulsion
 - **Examen clinique** : signes méningés, ± signes d'encéphalites
 - **Paraclinique** : ponction lombaire, hémocultures
- **Sinusite aiguë**
 - **Céphalées** pulsatiles, sous-orbitaires si maxillaire, majorée par l'antéflexion
 - **Signes associés** : ± fièvre, toux, rhinorrhé
 - **Paraclinique** : aucun examen en première intention

▶ **Traumatiques**

Le contexte est le plus souvent évident, il est nécessaire d'éliminer une complication grave, hémorragie méningée, HED. Le plus souvent révéler par l'apparition de signes neurologiques après un intervalle libre

Céphalées du syndrome des traumatisés crâniens apparaissent tardivement et sont à inclure dans les céphalées chroniques

▶ **Processus expansif intracrânien**

- **Tumoral, HSD, HED, abcès**
 - **Terrain** : patient sous AVK++ si HSD, traumatisme si HED
 - **Céphalées** : à prédominance matinale ou en 2^e partie de nuit, augmentées lors des efforts et en décubitus, résistantes progressivement aux antalgiques, initialement souvent isolées
 - **Signes associés** : ± vomissements, soulagent la douleur
 - **Examen clinique** : œdème papillaire (n'a de valeur que positif), troubles neurologique et visuel, atteinte isolée du VI (n'a pas de valeur localisatrice)

▶ **Ophthalmologique**

- **Glaucome aigu à angle fermé**
 - **Terrain** : hypermétrope, passage en obscurité (mydriase), atropine, adrénaline, antidépresseur, antiparkinsonien
 - **Céphalées** brutales périorbitaires