

Item 80 : 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 / PMZ
- Polycopié national: item 187	- 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 altitudinal - 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 [item 212](#))
- Kératite aiguë
- Uvéite antérieure aiguë
- Glaucome aigu (GAFA ou néovasculaire)
- Traumatisme oculaire / CEIO (cf [item 201](#))
- Endophtalmie (en post-chirurgical seulement)

BAV brutale avec blanc et indolore

- = anomalie du segment postérieur
- **Corps vitré**: hémorragie intra-vitréenne (HIV) / hyalite
- **Vaisseaux**: OACR / OVCR / DMLA exsudative
- **Rétine**: décollement de la rétine / rétinopathie diabétique
- **Nerf optique**: neuropathies optiques (NOIAA / NORB)
- **Voies optiques**: chiasma ou rétro-chiasmatique (AVC / tumeur)

BAV brutale transitoire

- AIT carotidien = cécité monoculaire transitoire (CMT)
- !! AIT vertébro-basilaire = cécité **bilatérale**
- HTIC (oedème papillaire) = éclipses visuelles
- Migraine avec aura ophtalmique = scotome scintillant
- NORB sur SEP avec phénomène de Uhthoff
- GAFA avec fermeture intermittente de l'angle irido-cornéen
- **Autres**: drüsens papillaires

- 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 (**PMZ**)
 - **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:** 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 (HIV)
 - **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 dHTIC, 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 (HIV / 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 / OVCRo

- Diagnostic étiologique

Hémorragie intra-vitréenne (HIV)

- **Etiologies**
 - Rétinopathie diabétique proliférante (cf [item 233](#))
 - OVCR ischémique compliquée de néovaisseaux
 - Déchirure rétinienne +/- décollement rétine
 - Syndrome de Terson (HIV + HM sur rupture d'anévrisme)
 - 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 +++ (**PMZ**)
 - 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/10J): résorption spontanée en général
- Si persistance de IHV (e 1 mois) = Tt 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)
 - **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 Tt (**PMZ**)
 - **Angiographie à la fluorescéine**
 - Allongement du temps bras-rétine + artério-veineux
 - Aspect « arbre mort » du réseau artériel +/- embol
 - **Pour diagnostic étiologique (PMZ)**
 - **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 dischémie
 - Récupération visuelle quasi-inexistante sauf Tt précoce
 - IOACR est une (des rares) urgence ophtalmologique +++
- **Traitement**
 - **Mise en condition**
 - Hospitalisation en urgence / en ophtalmologie (**PMZ**)
 - **Tt à visée curative**
 - **Tt anticoagulant: héparinothérapie** (HNF en IVSE) si hypothèse d'une affection emboligène (non systématique)
 - **Tt fibrinolytique**: thrombolyse seulement si sujet jeune et < 6h
 - **Tt symptomatique**

- **Tt hypotonisant**: acétalozamide (Diamox®) en IV
- **Tt vasodilatateur**: vasodilatateur artériel (Torental®) en IV
- **Tt étiologique +++**
 - Tt 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 +++**
 - Hémorragies rétinienne: superficielles et profondes aux **4 cadrans**
 - Dilatation et tortuosité veineuse diffuse: aux **4 cadrans**
 - Nodules cotonneux (cf occlusions artériolaires)
 - Oedème papillaire +/- rétinien
 - **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 ischémie rétinienne +++
 - **Pour diagnostic étiologique**
 - **Bilan cardio-vasculaire**: glycémie / EAL / ECG / EchoD TSA (**PMZ**)
 - **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 ischémie** 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 HIV

- 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

- Tt 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 [item 240](#))
 - 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 +++ (**PMZ**)
 - « Neuropathie optique artéritique » / !! urgence (cf [item 119](#))

- 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** (**PMZ**)

- 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 (**PMZ**)
- Si VS élevée : **biopsie de la. temporale**: pour confirmer mais après Tt +++
- 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 controlatérale
 - Risque de bilatéralisation (M. de Horton surtout): urgence thérapeutique +++
- Traitement
 - Si VS : **suspicion de Horton = urgence** (cf item 119)
 - 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)

- Définition
 - NORB = atteinte démyélinisante rétro-bulbaire du nerf optique
- Etiologies
 - **Sclérose en plaque +++** (cf item 125)
 - NORB révélateur d'une SEP dans 1 cas sur 3
 - A évoquer systématiquement devant une femme jeune
 - **Autres causes**
 - Intoxication alcool-tabagique
 - Iatrogène (éthambutol ++)
 - Infectieuses: Lyme / VIH / syphilis
- Diagnostic
 - **Examen clinique**
 - **Terrain**: femme jeune = SEP ++
 - **Acuité visuelle**: BAV brutale unilatérale avec scotome central
 - **Pupilles**: RPM direct diminué / RPM consensuel conservé
 - **LAF**: **oeil blanc mais douloureux** / FO normal
 - **Vision des couleurs**: dyschromatopsie daxe rouge-vert
 - **Signe de Marcus-Gunn**: **signe une atteinte du nerf optique**
 - RPM direct diminué ou aboli (oeil atteint « ne voit pas la lumière »)
 - RPM consensuel conservé (voie réflexe par l'oeil controlatéral ok)
 - **Examens complémentaires**
 - **Examen du champ visuel +++**
 - **scotome** coeco-central: fovéola + tâche aveugle (éthylque ++)
 - scotome central élargi (SEP ++)
 - **IRM orbitaire + cérébrale + médullaire (PMZ)**
 - Orbitaire: **hypersignal T2** du nerf optique = démyélinisation
 - Dissémination spatiale et temporelle des lésions démyélinisantes = SEP
 - **Potentiels évoqués visuels (PEV)**: pour dépistage précoce
- Evolution
 - NORB: récupération aux 1ers épisodes / aggravation progressive si récurrences
 - SEP: évolution paroxystique (RR) puis secondairement progressive
- Traitement
 - Corticothérapie à forte dose pour écourter la BAV
 - Tt au long cours de la SEP: cf item 125

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 rhégmato-gène**
 - 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
 - DMLA exsudative: pas de déchirure donc pas de chirurgie !
 - Autres: RHT/ tumorales / uvéite postérieure / toxoplasmose
- 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 (détachement du vitré postérieur)
 - Phosphènes: éclairs lumineux (déchirure rétinienne)
 - Amputation du champ visuel (détachement périphérique)
 - puis BAV en « voile noir » (détachement de la macula +++)
 - Examen ophtalmologique (bilatéral et comparatif)
 - Acuité visuelle: si BAV = détachement maculaire +++
 - LAF: oeil blanc et indolore / segment antérieur normal
 - TO: typiquement diminué
 - FO au verre à 3 miroirs (V3M) après dilatation pupillaire (PMZ)
 - Détachement: rétine en relief / mobile / grisâtre (orange)
 - V3M: rechercher la déchirure périphérique initiale +++
 - Rechercher un détachement de la macula (pronostic fonctionnel)
 - !! FO de l'oeil adelphe (PMZ)
 - 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: détachement 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)
 - Tt curatif = chirurgical (« ab externo »)
 - 1er temps **exploratoire**: repérage de toutes les déchirures +++
 - **Rétinopexie**: obturation de la déchirure par cryoapplication
 - Cicatrisation en regard de la déchirure (indentation sclérale externe)
 - Tt préventif = laser / au décours
 - **Photocoagulation** au laser des lésions prédisposantes dépistées (PMZ)
 - 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 item 133)
 - 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'antécédents de migraines +/- Tt médicamenteux (cf item 262)
- HTIC = éclipses visuelles
 - BAV complète ne durant que quelques secondes
 - 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 [item 212](#))
- Drüsen papillaires dans le cadre d'un DMLA débutante (cf [item 60](#))

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
- 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 tractionnel ?

- Myopie forte
- Idiopathique
- Atcd chirurgie de la cataracte

