

Urgence ophtalmologique

Perte de vision unilatérale aiguë

Marco Arduini^{a*}, médecin diplômé; Dr méd. Chantal Dysli^b, PhD; Dr méd. Victor Speidel^{a,c*}

^a Medizinische Klinik, Spital STS (Simmental-Thun-Saanenland) AG, Zweisimmen; ^b Universitätsklinik für Augenheilkunde, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern;

^c Interdisziplinäres Notfallzentrum, SRO (Spital Region Oberaargau), Spital Langenthal, Langenthal

* Les deux auteurs ont contribué à parts égales à cet article.

Description du cas

Une patiente de 67 ans, au demeurant en bonne santé, s'est présentée à notre service des urgences en raison d'une baisse d'acuité visuelle de l'œil gauche depuis la veille. La patiente avait remarqué vers le soir, sans avoir subi de traumatisme, que, soudain, elle pouvait uniquement encore percevoir latéralement une image en forme de croissant de lune avec son œil gauche. À l'examen clinique, aucun signe d'inflammation locale de l'œil n'a été observé, la motilité oculaire était intacte des deux

côtés. À gauche, il y avait un réflexe photomoteur direct légèrement ralenti avec un réflexe consensuel normal et une forte diminution de l'acuité visuelle. Il n'y avait pas d'autres anomalies à l'examen neurologique. Face à une suspicion de décollement de la rétine (DR), nous avons effectué une échographie de l'œil gauche (sonde linéaire, 31 Hz; fig. 1).

La patiente a été adressée à l'ophtalmologue, qui a confirmé par ophtalmoscopie un DR rhégmato-gène avec perforation. Le lendemain, le DR a été opéré par vitrectomie par la

pars plana, cerclage et application intraoculaire de gaz. La figure 2 montre le croquis du fond d'œil en préopératoire.

Discussion

Jusqu'à 3% des consultations d'urgence sont dues à des symptômes oculaires ou visuels. Le DR (amotio retinae) constitue une urgence ophtalmologique et peut entraîner la cécité de l'œil concerné s'il n'est pas traité. Les patientes et patients souffrant d'un DR signalent souvent une perte de vision (partielle) monoculaire

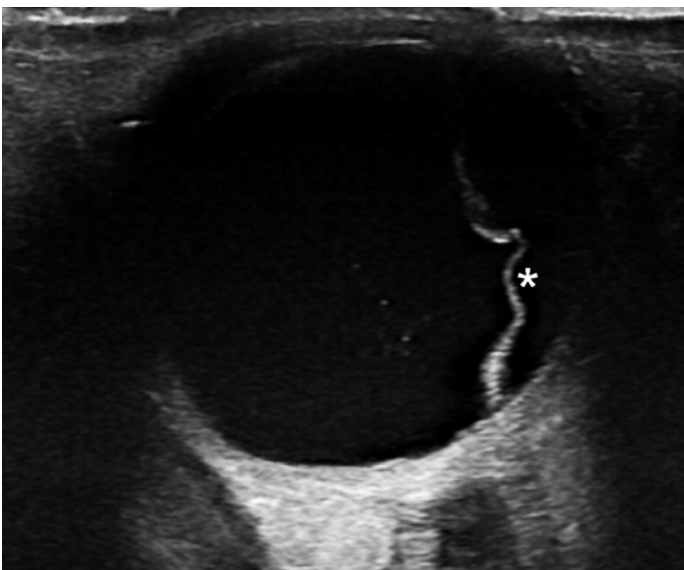


Figure 1: Échographie de l'œil gauche en coupe transversale. Globe oculaire hypoéchogène; la rétine (étoile) se présente dans sa partie latérale (à droite sur l'image) comme une structure laminaire hyperéchogène.

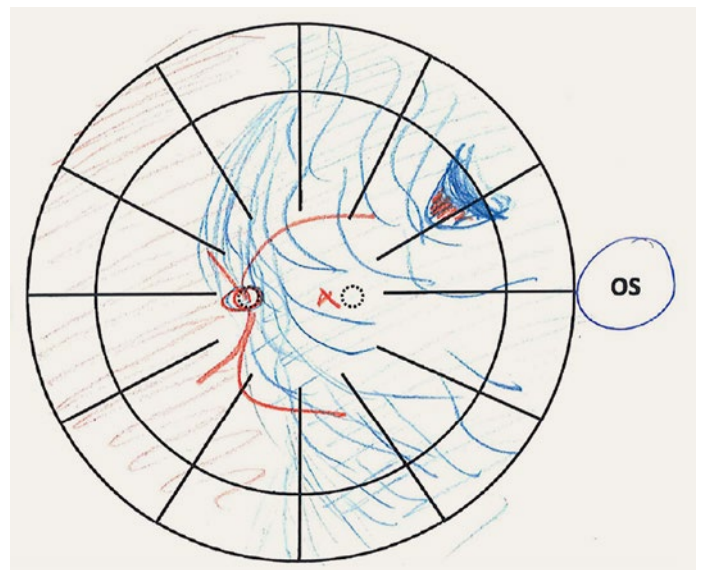


Figure 2: Croquis du fond d'œil de l'œil gauche (OS) en préopératoire. Il y a un décollement de la rétine temporelle (hachures bleues) avec atteinte de la fovéa (croix rouge) (décollement de la rétine macula-off). À 2 heures, en périphérie, se trouve une déchirure en fer à cheval à l'origine du décollement de la rétine. Les vaisseaux rétinien et la rétine adjacente au niveau nasal (hachures) sont indiqués en rouge. OS: Oculus sinister.

indolore ou des ombres, de nombreux points noirs dans le champ visuel (jusqu'à une «pluie de suie») et/ou des photopsies (étincelles, couleurs ou éclairs lumineux) [1, 2].

Pour le DR atraumatique, la distinction est faite entre la forme rhégmato-gène, la forme tractionnelle et la forme exsudative/séreuse. Souvent, dans le cadre d'un décollement du corps vitré, il se produit des perforations ou des déchirures dans la rétine, par lesquelles le liquide vitréen pénètre dans l'espace sous-rétinien et provoque le DR. Le DR rhégmato-gène (dû à une déchirure) est donc de loin le plus fréquent. La myopie et l'âge avancé en sont des facteurs de risque majeurs. La rétinopathie diabétique peut entraîner la formation de membranes de tissu conjonctif vascularisé, qui peuvent favoriser l'apparition d'un DR tractionnel [1].

Les perforations ou déchirures de la rétine sans décollement environnant peuvent être traitées par rétinopexie, soit au laser, soit par cryothérapie. Si un DR est déjà présent, un traitement ophtalmo-chirurgical par rétinopexie pneumatique, vitrectomie et/ou indentation sclérale est indiqué, consistant à rétablir le contact entre la sclère et la rétine depuis l'extérieur (par ex. par plombage ou cerclage), ce qui soulage la traction du corps vitré. Les différentes méthodes sont souvent combinées [3].

L'échographie au point d'intervention (POCUS) est un outil précieux pour le diagnostic des pathologies du segment postérieur de l'œil. Elle permet entre autres de visualiser un décollement du corps vitré, une hémorragie du corps vitré et un DR [2]. Une luxation de lentille intraoculaire dans le corps vitré a aussi déjà pu être mise en évidence [4]. L'échographie présente une sensibilité de 97% et une spécificité de 88% en ce qui concerne le DR. Indépendamment des résultats de l'échographie, en cas de suspicion de pathologie du segment postérieur de l'œil, un bilan par des collègues ophtalmologues s'avère indispensable [2]. Le bilan ophtalmologique standard comprend un examen du fond d'œil en mydriase. Pour une analyse différenciée des structures oculaires lorsque le fond d'œil ne peut être visualisé (par ex. en cas d'hémorragie du corps vitré), une échographie spécifique pour les structures oculaires est utilisée en ophtalmologie (fréquence d'ultrasons 10–20 MHz).

Réalisation pratique: Pour éviter la contamination ou l'irritation de l'œil par le gel d'échographie, l'œil à examiner peut être recouvert d'un film, avec la paupière fermée. D'après notre expérience, Tegaderm™ (pansement adhésif en TNT avec film en polyuréthane respirant et imperméable) a par exemple fait ses preuves, nous n'avons à ce jour pas observé d'irritation de la peau ni d'épilation acciden-

telle des cils ou des sourcils. Lors de l'examen, il ne faut pas exercer de pression sur le globe oculaire avec la sonde à ultrasons. Il est recommandé d'appliquer généreusement le gel d'échographie et de prendre appui sur le front ou la glabella avec la main qui guide le transducteur. Pour l'examen, nous utilisons la sonde linéaire et veillons, lors du réglage de l'appareil, à minimiser l'énergie thermique et mécanique délivrée en réduisant la puissance d'émission. Les valeurs limites de l'index mécanique (IM) varient, selon la source, de <0,23 à <0,3; l'index thermique (IT) devrait être <1,0 [2, 4, 5].

Correspondance

Dr méd. Victor Speidel
Interdisziplinäres Notfallzentrum
SRO Spital Langenthal
St. Urbanstrasse 67
CH-4900 Langenthal
[v.speidel\[at\]sro.ch](mailto:v.speidel[at]sro.ch)

Informed Consent

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Disclosure Statement

L'auteur et les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- 1 Brinton DA, Wilkinson CP. Retinal Detachment: Principles and Practice. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2009. 277 p.
- 2 Lahham S, Shniter I, Thompson M, Le D, Chadha T, Mailhot T, et al. Point-of-Care ultrasonography in the diagnosis of retinal detachment, vitreous hemorrhage, and vitreous detachment in the emergency department. *JAMA Netw Open*. 2019;2(4):e192162.
- 3 D'Amico DJ. Clinical practice. Primary retinal detachment. *N Engl J Med*. 2008;359(22):2346–54.
- 4 Schreiber DR, Ott M, Zinkernagel M, Speidel V. Akute Sehstörung – Diagnostik auf der Notfallstation. *Swiss Med Forum [Internet]*. 2020;20(31–34):455–8.
- 5 Hoffmann B, Schafer JM, Dietrich CF. Emergency ocular ultrasound – common traumatic and non-traumatic emergencies diagnosed with bedside ultrasound. *Ultraschall Med*. 2020;41(6):618–45.



Marco Ardini, médecin diplômé
Medizinische Klinik, Spital STS AG,
Zweisimmen