

# Pathologies ophtalmologiques en cabinet de médecine générale : Guide pratique

Antoine Beele - Yacine Ailem - Gabriel Contraires – Sophie San

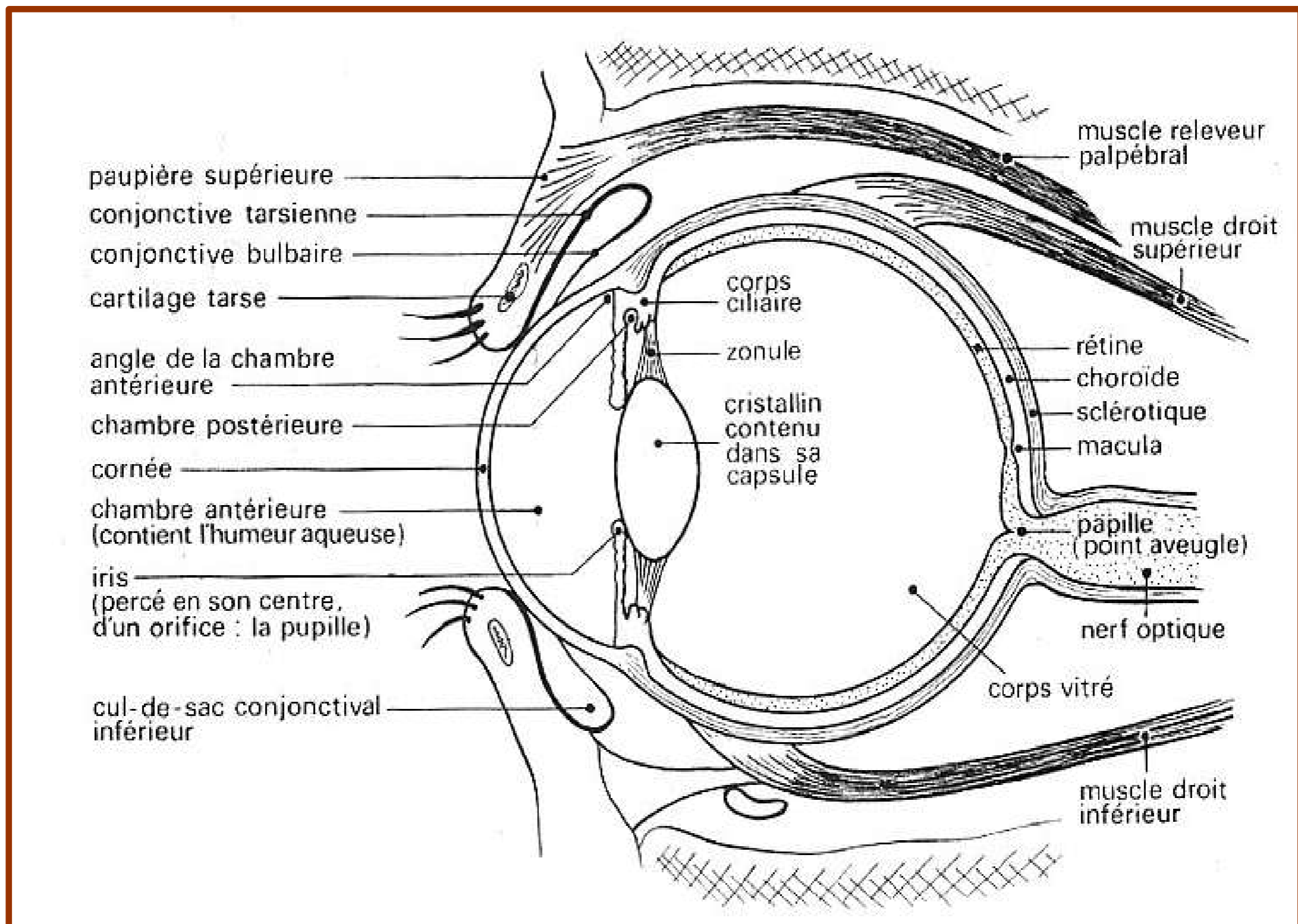
Centre Ophtalmologique des Pyrénées



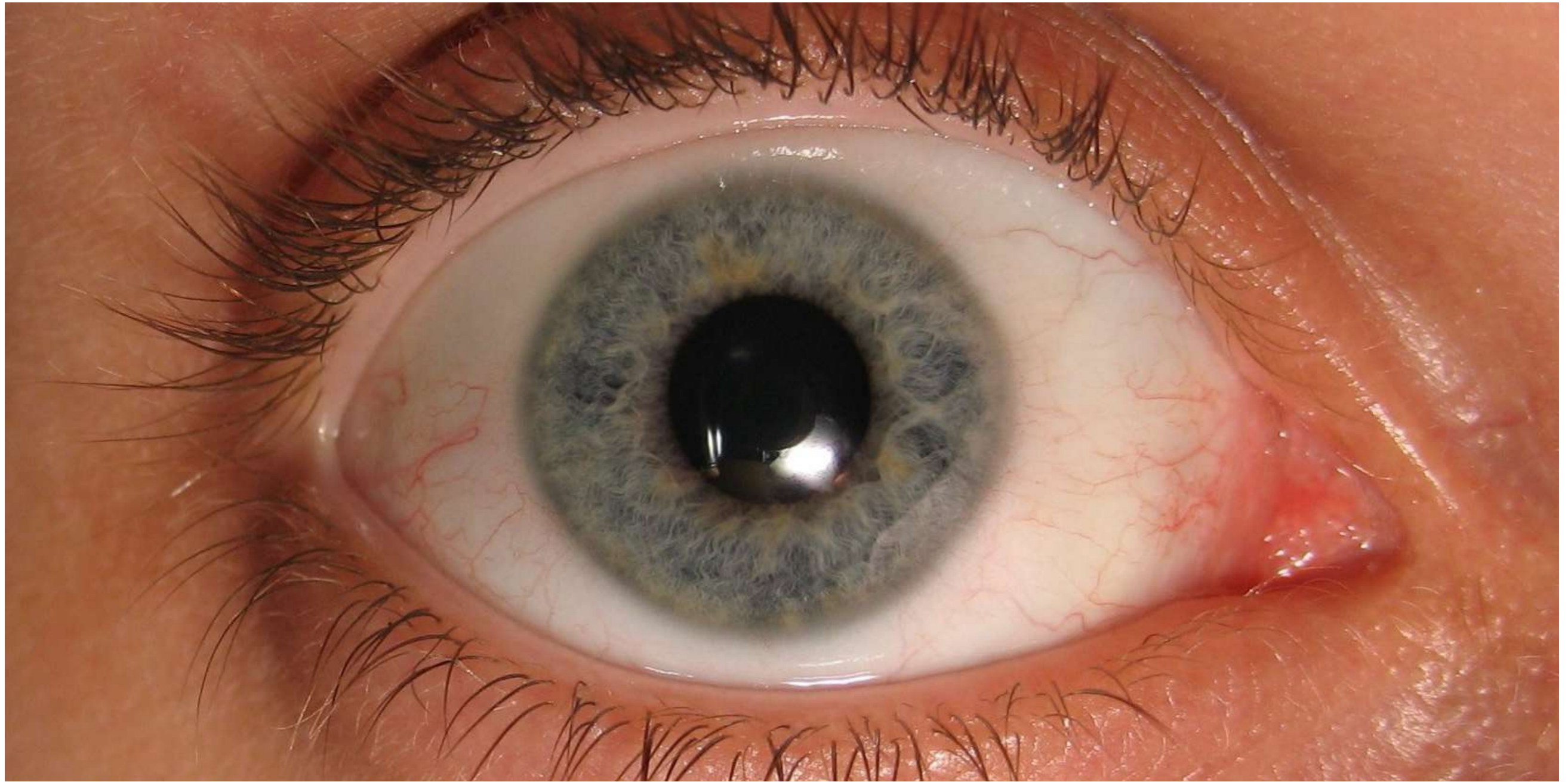
# SOMMAIRE

- Rappels anatomiques
- Examen ophtalmologique au cabinet de médecine générale
- Oeil douloureux
- L'oeil rouge non douloureux
- La baisse d'acuité visuelle
- Anomalies pupillaires
- Dipopie
- Pathologie palpébrale
- Autres pathologies fréquentes
- Cas cliniques (si on a le temps)

# Anatomie générale de l'oeil



# Anatomie de l'oeil



# SOMMAIRE

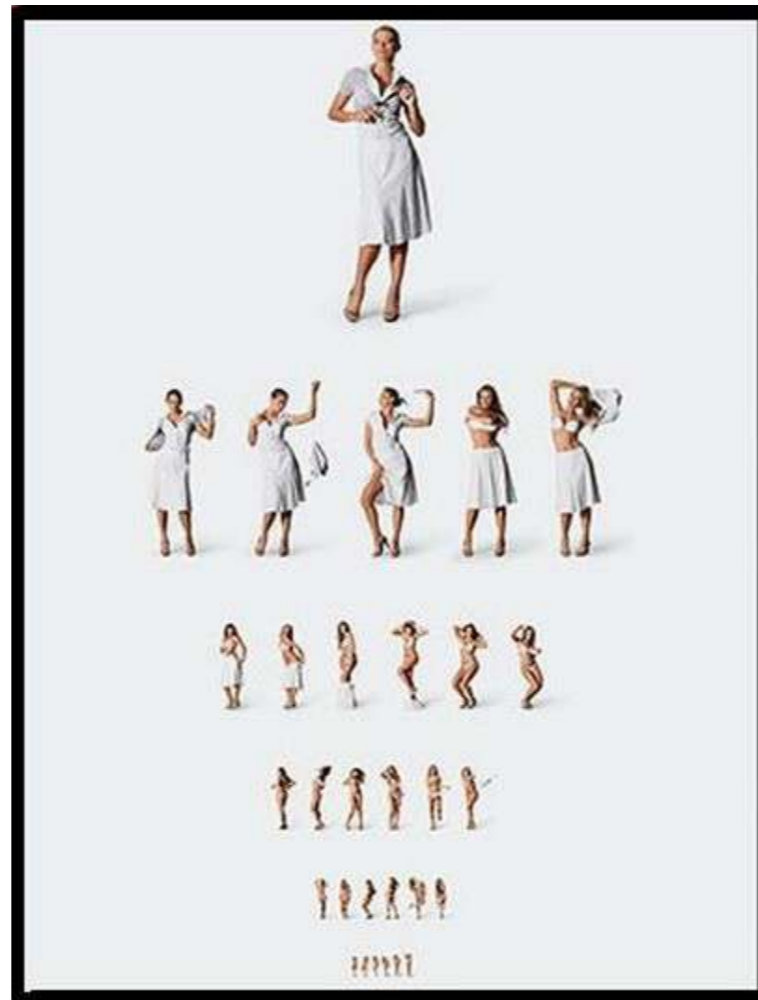
- Rappels anatomiques
- Examen ophtalmologique au cabinet de médecine générale
- Oeil douloureux
- L'oeil rouge non douloureux
- La baisse d'acuité visuelle
- Anomalies pupillaires
- Dipopie
- Pathologie palpébrale
- Autres pathologies fréquentes
- Cas cliniques (si on a le temps)

# L'examen au cabinet a virer

- Interrogatoire
  - Circonstance de survenue (brutale, progressive, post-traumatique, post-opératoire...)
  - Notion d'épidémie
  - ATCD ophtalmologiques ou généraux
  - Recherche de signes associés:
- Douleurs: sensation de corps étranger, douleur profonde...
- Larmoiement?
- Photophobie?
- Blépharospasme?
- Sécrétions
- Baisse d'acuité visuelle?

# L'examen au cabinet

- Mesure de l'acuité visuelle avec correction et lavage sécrétions si besoin!
- Acuité visuelle de loin: échelle de Monoyer.
- $1/20^\circ < 1/10^\circ < 2/10^\circ < \dots < 9/10^\circ < 10/10^\circ$



# L'examen au cabinet

## ■ Examen:

- L'examen peut être facilité par l'utilisation d'un collyre anesthésiant.
- Examen bilatéral et comparatif.





# L'examen au cabinet

## ■ Examen:

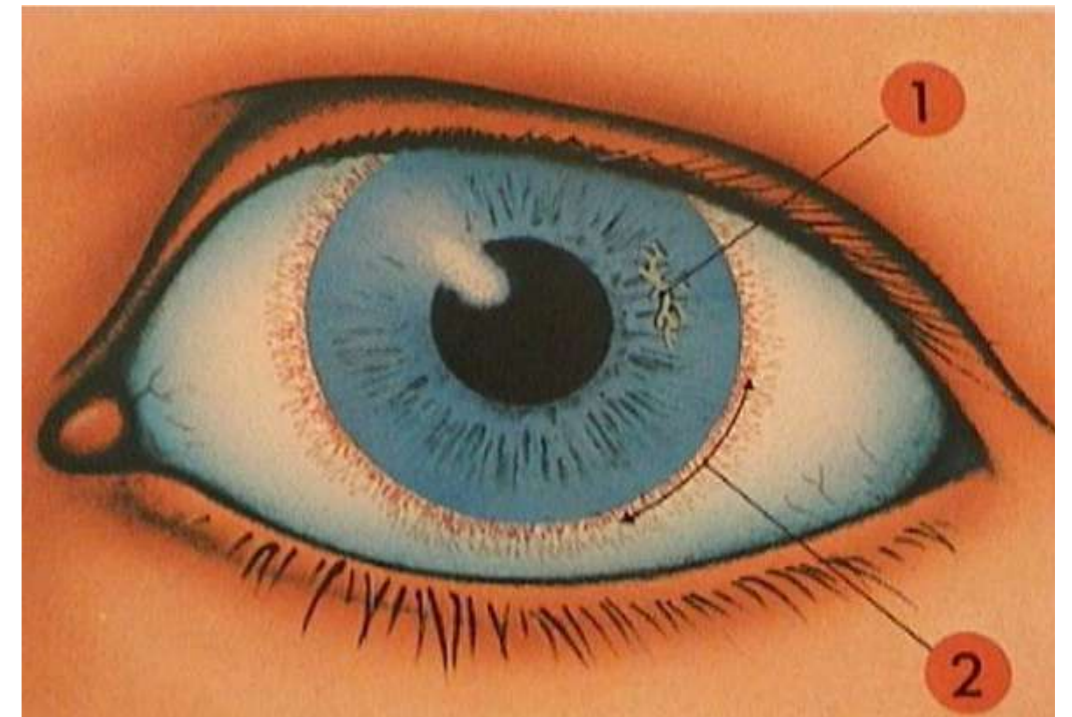
- Rougeur localisée ou diffuse?
- Etude de la conjonctive bulbaire, tarsale, des culs de sacs conjonctivaux.
- **PENSER A RETOURNER LA PAUPIERE!**



# L'examen au cabinet

## ■ Examen:

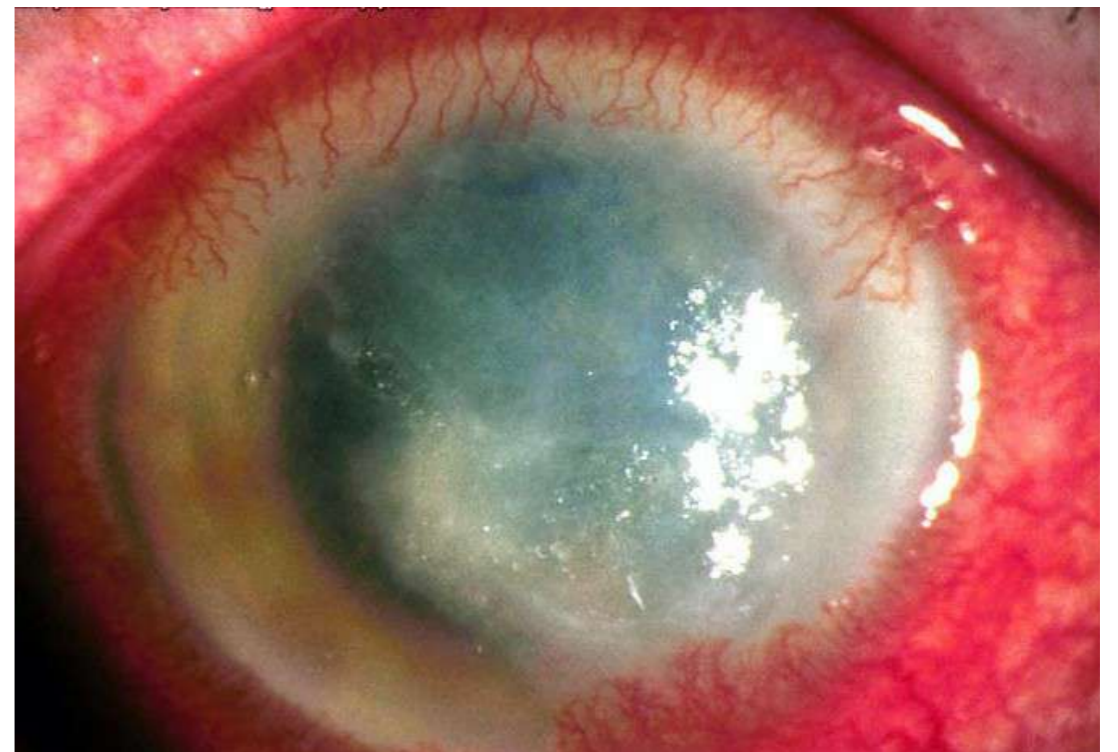
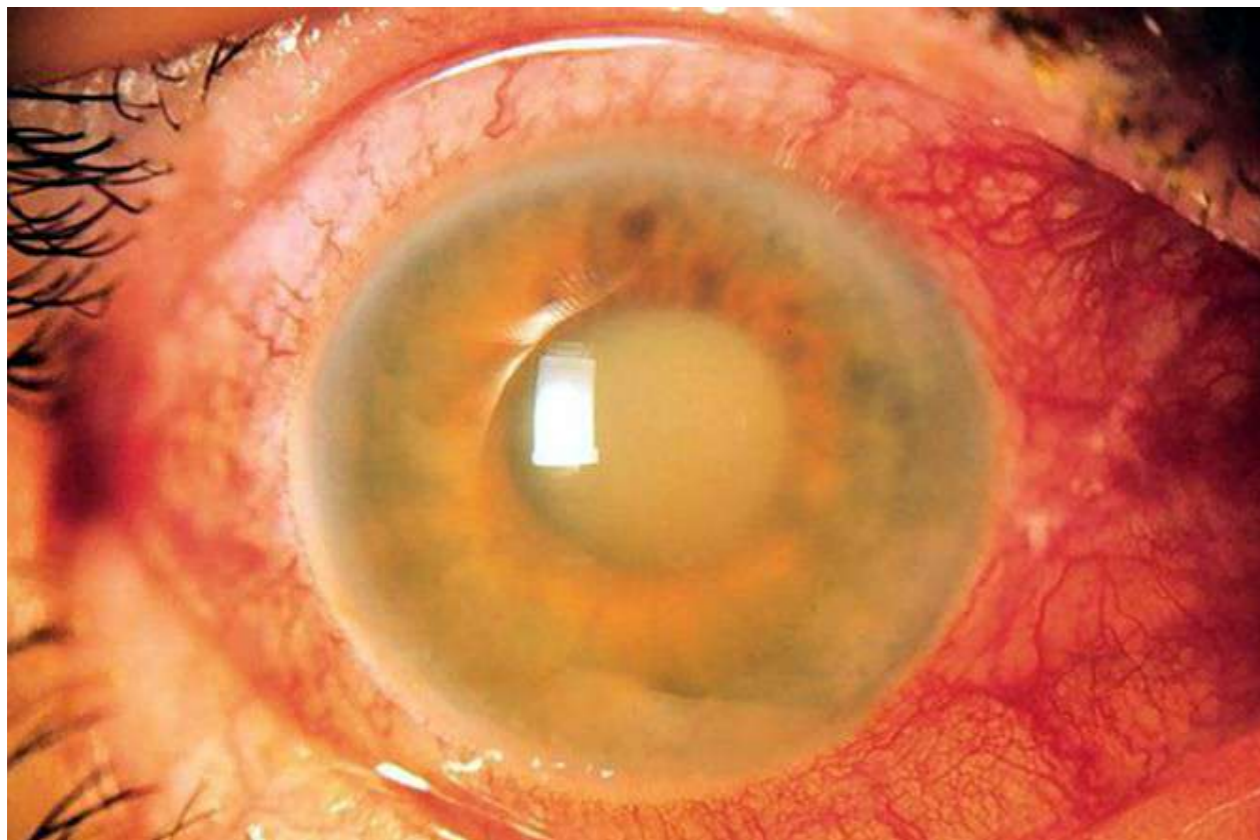
- Recherche d'une vasodilatation capillaire prédominant au limbe scléro-cornéen.
- C'est le « cercle périkératique ».
- C'est un critère de gravité signant une inflammation majeure du segment antérieur de l'œil...
- En pratique, difficile à apprécier...



# L'examen au cabinet

## ■ Examen:

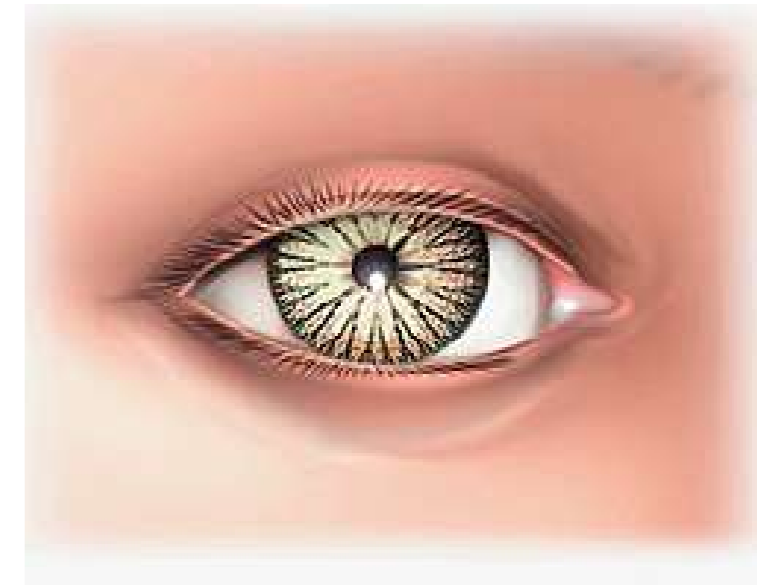
- Transparence des milieux ?
- Cornée claire ou oedémateuse?



# L'examen au cabinet

## ■ Examen:

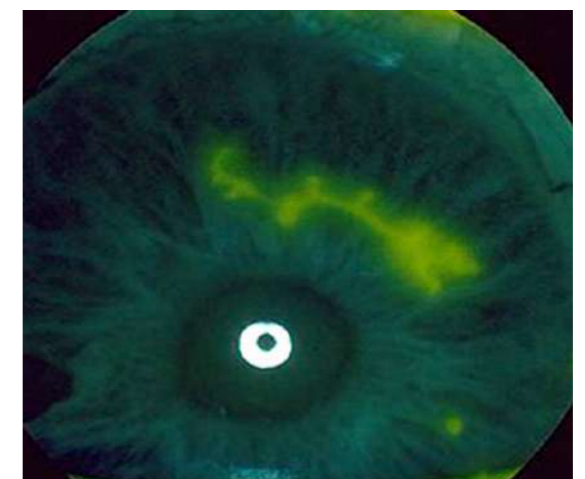
- Etude des reflexes photo moteurs
- Reflexe direct
- Reflexe consensuel
- Recherche d'une anisocorie



# L'examen au cabinet

## ■ Examen:

- Test à la Fluoréscéine:
- Instillation d'une goutte de fluoréscéine ou bandelette imbibée.
- Examen en lumière bleue ou non...
- Mise en évidence de lésion épithéliale cornéenne.



# Matériel pour ophtalmologie au cabinet...



# Matériel pour ophtalmologie au cabinet...

- Lumière blanche/bleue



# Matériel pour ophtalmologie au cabinet...

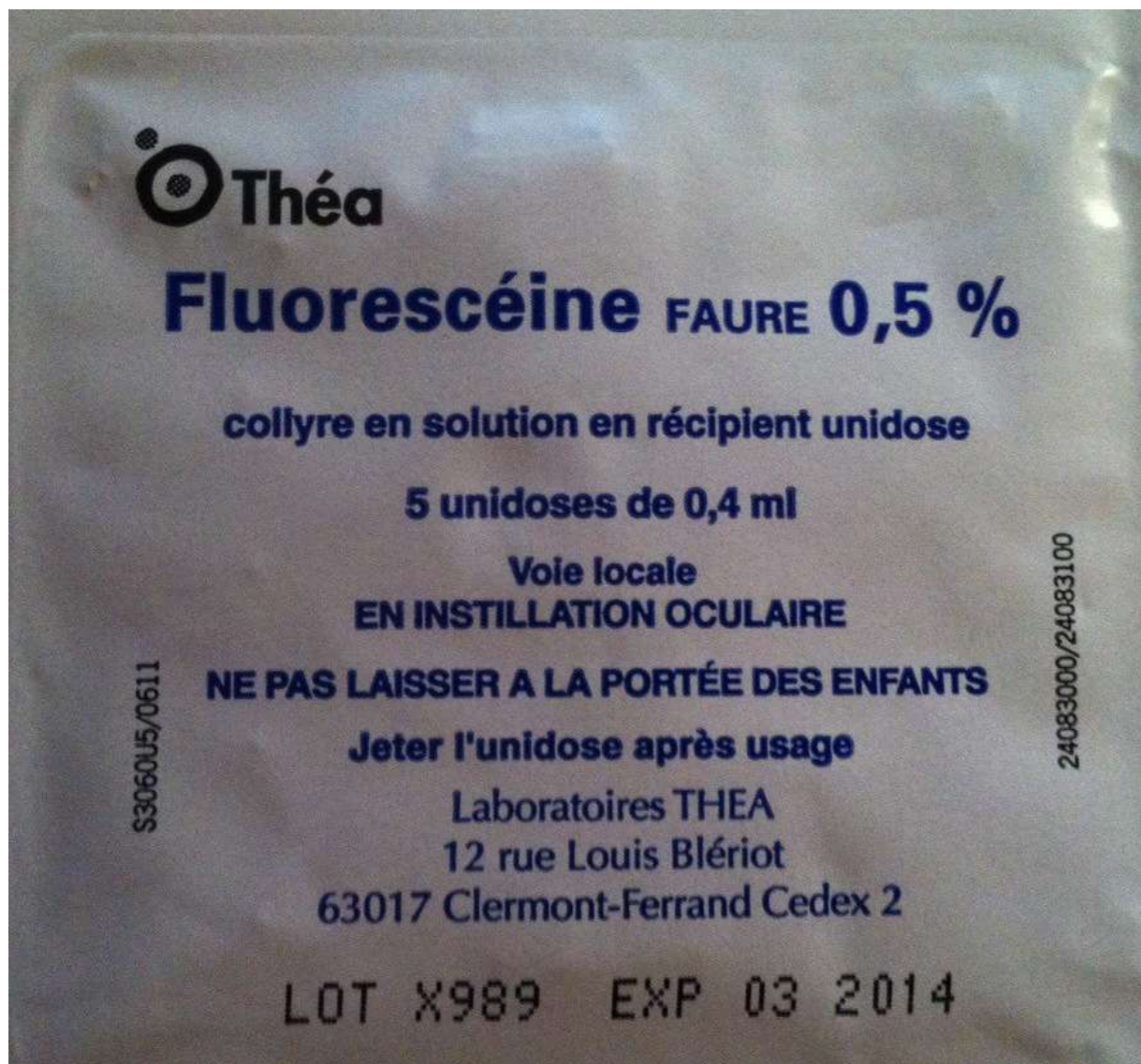
- Echelle d'acuité visuelle de loin, de près.





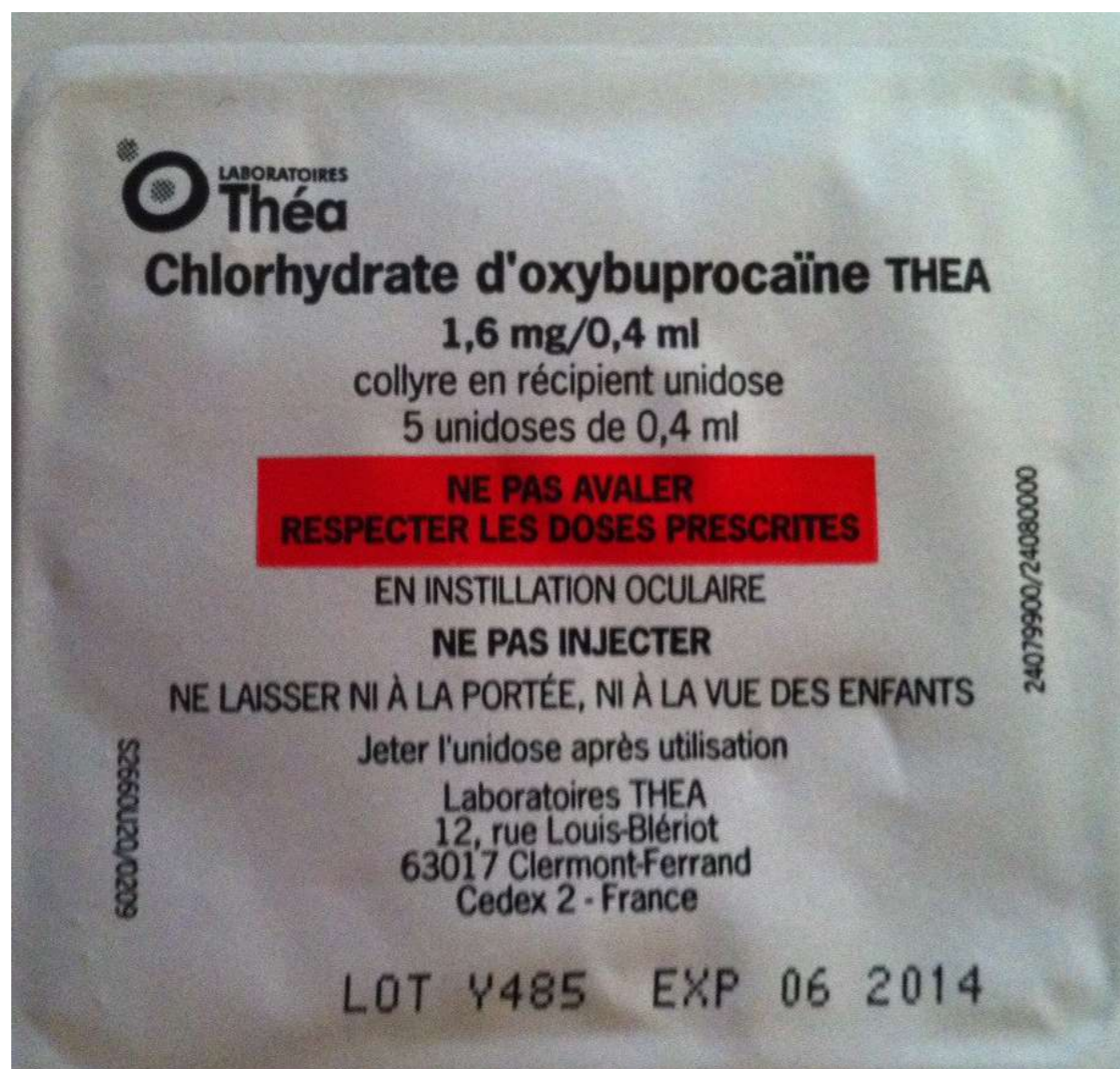
# Matériel pour ophtalmologie au cabinet...

- Fluorescéine:



# Matériel pour ophtalmologie au cabinet...

- Anesthésiant



# Matériel pour ophtalmologie au cabinet...

- Aiguilles pour CE:



# Matériel pour ophtalmologie au cabinet...

- coton tige pour retourner la paupière



# SOMMAIRE

- Rappels anatomiques
- Examen ophtalmologique au cabinet de médecine générale
- Oeil douloureux
- L'oeil rouge non douloureux
- La baisse d'acuité visuelle
- Anomalies pupillaires
- Diplopie
- Pathologie palpébrale
- Autres pathologies fréquentes
- Cas cliniques (si on a le temps)

# ŒIL DOULOUREUX – ANAMNESE

- ATCD Oph : Chirurgie (récente?), Pathologie connue, ...?
- Caractériser la douleur :
  - Topographie : Surface ? Profonde? Rétro-oculaire? Péri-orbitaire?
  - Type : Brulure? Piqure? Prurit? Pression? Grain de sable? Sensation de CE?
  - Intensité : Simple gêne? Importante? Insomniente?
  - Apparition : Brutale? Rapidement progressive? Chronique?
  - Horaire : Permanente? Transitoire? Au réveil?
  - A la mobilisation du globe?
  - Irradiation : Territoire trijumeau? Dentaire?

# ŒIL DOULOUREUX – ANAMNESE

- Signes associés :
  - BAV : Brutale? Rapidement progressive (1 à 7j)? Lente?
  - Rougeur : “flaque” sang? Hyperhémie? Dilatation vasculaire?
  - Céphalée : Frontale lancinante? Hémicasque? Occipitale?
  - Nausée, vomissement ?
  - Anisocorie ?

# ŒIL DOULOUREUX

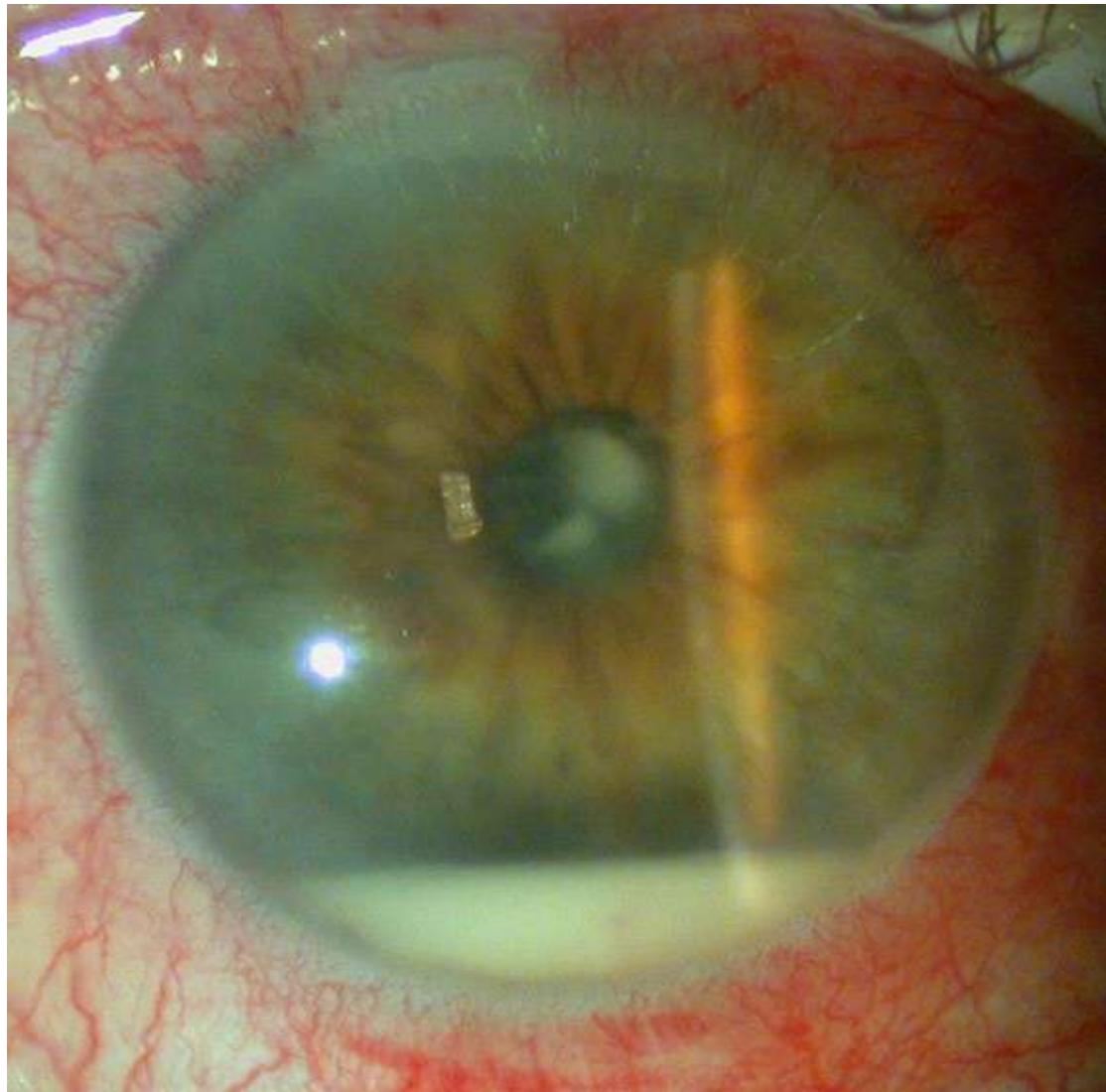
## – URGENCES A ISOLER !! –

- Oeil opéré depuis moins d'un mois ?
- Porteur de lentilles de contact ? (Absès de cornée?)
- Symptomatologie évocatrice de GAFA ?
- ATCD connus d'uvéite / de maladies systémiques pourvoyeuses d'uvéite ?
- ATCD de kératite herpétique connu ?



# OEIL ROUGE OPERE < 1 MOIS

- Crainte principale : ENDOPHTALMIE



# OEIL ROUGE OPERE <1 MOIS

- Evolution normale post-opératoire :
  - Absence de plainte fréquente
  - Sensation de grain de sable / de CE possible
  - Discrète hyperhémie conjonctivale possible
  - HSC possible
  - Récupération visuelle rapidement progressive de J1 à J7

# OEIL ROUGE OPERE <1 MOIS

- Evolution anormale :
  - Rougeur / Hyperhémie conjonctivale s'intensifiant
  - BAV évolutive par rapport à amélioration initiale
  - Véritable douleur s'intensifiant
  - Hypopion visible oeil nu
- Apparition secondaires de ces signes :

J3 à J7 post-op +++

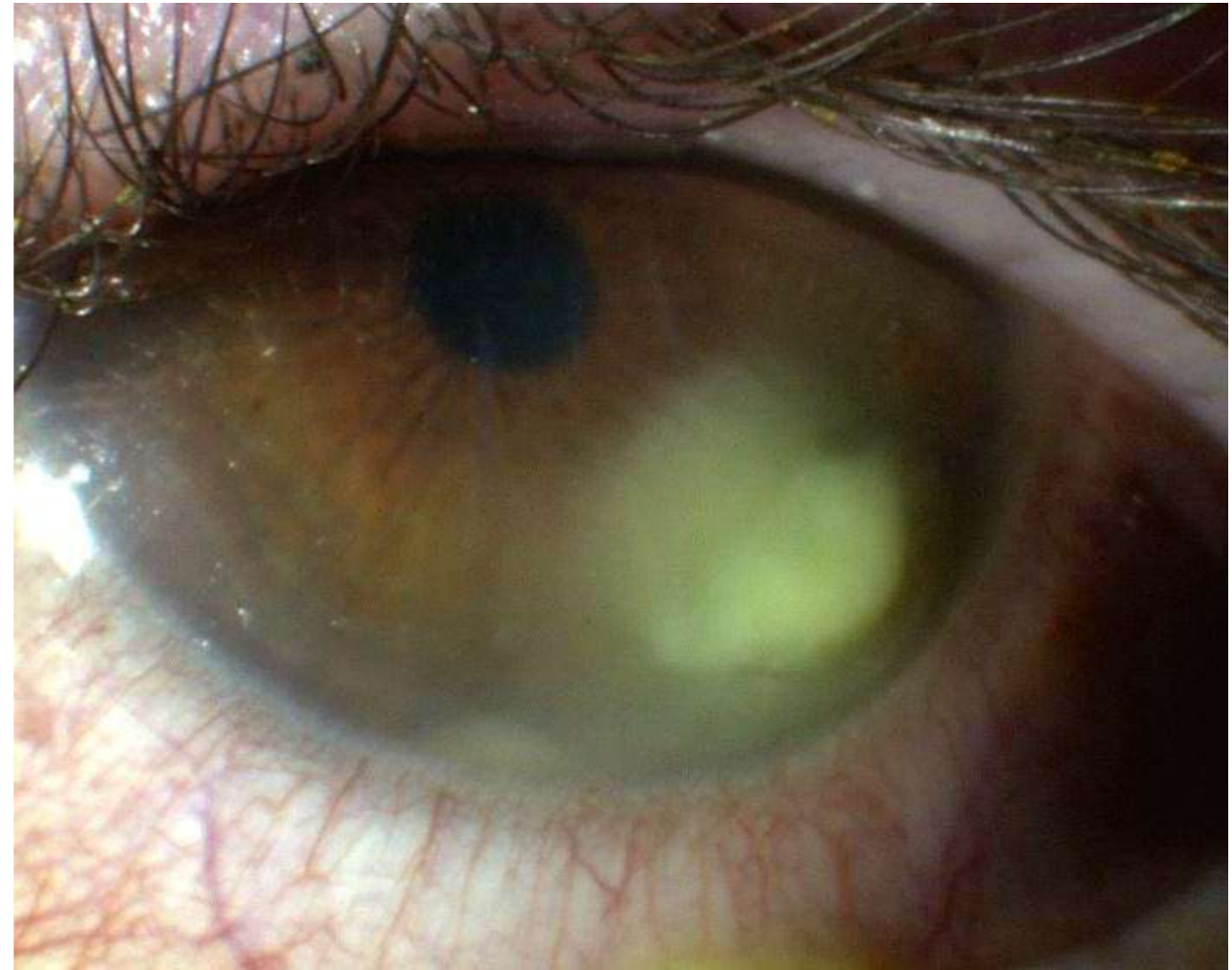
# OEIL ROUGE OPERE <1 MOIS

- CAT :

- Ne rien prescrire / Continuer ttt post-op
- Adresser le patient directement au centre
- Sera vu par n'importe quel médecin du centre dans l'immédiat
- Samedi / Dimanche / Nuit : Adresser aux urgences du CH de Pau

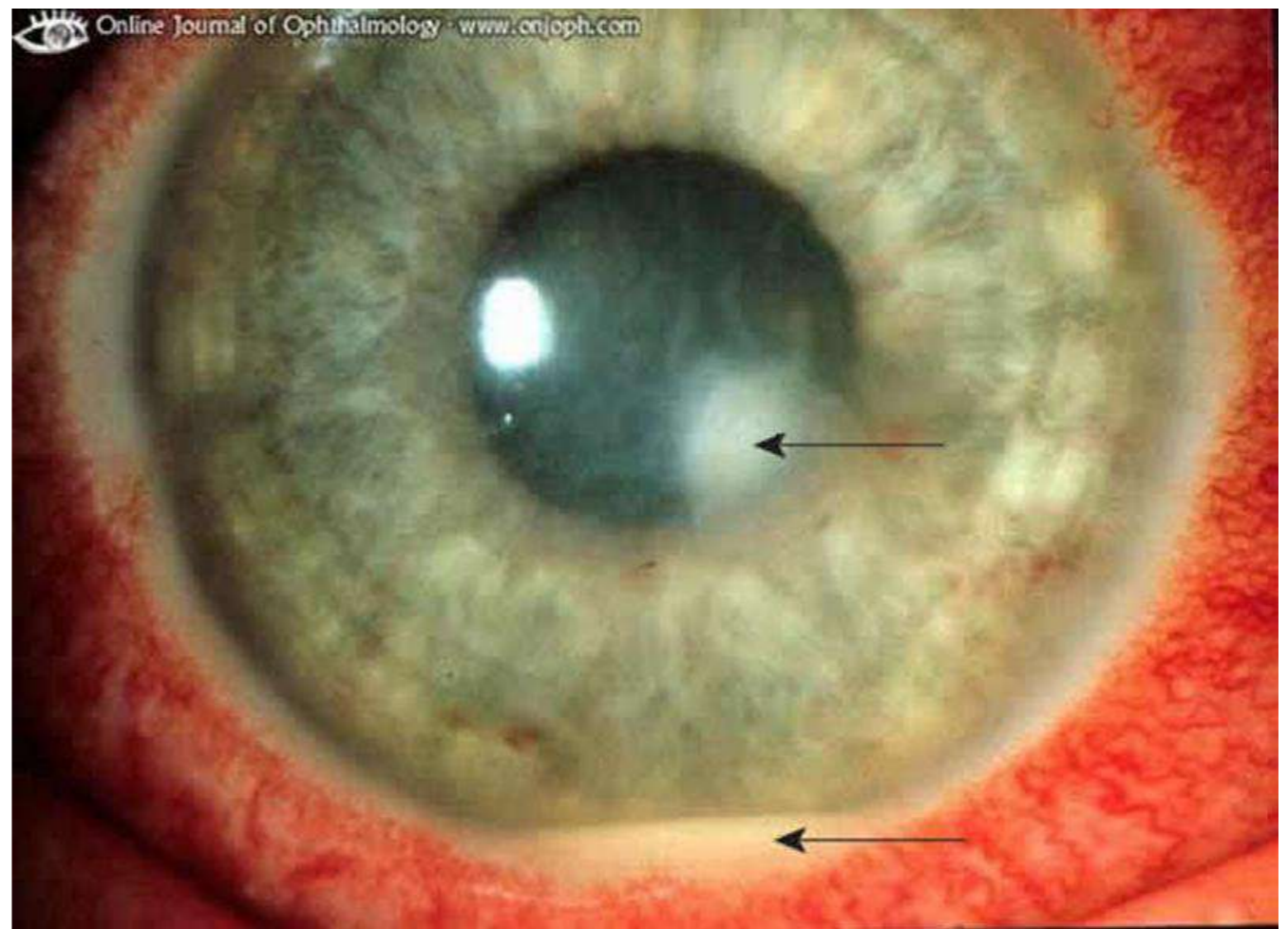
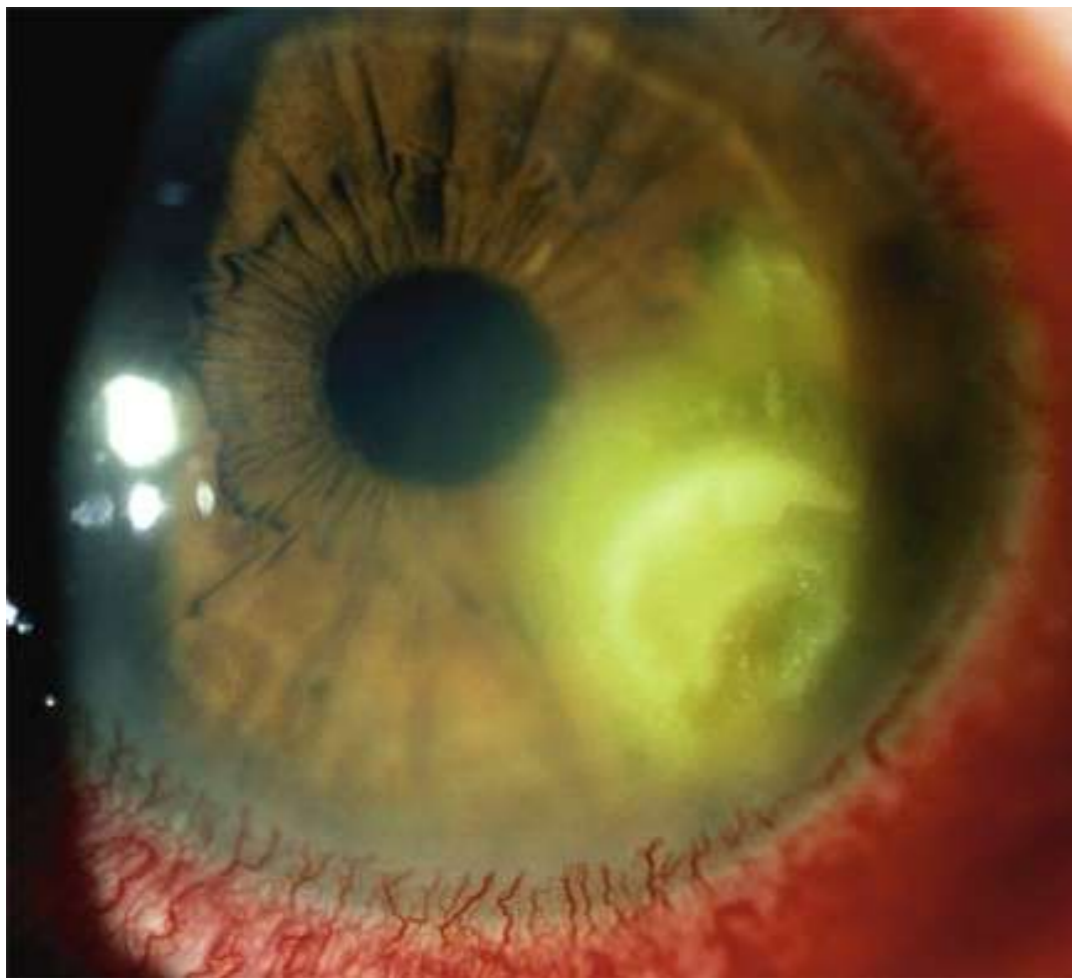
# OEIL ROUGE & DOULOUREUX ET LENTILLES

- Crainte principale : Abcès de cornée



# OEIL ROUGE & DOULOUREUX ET LENTILLES

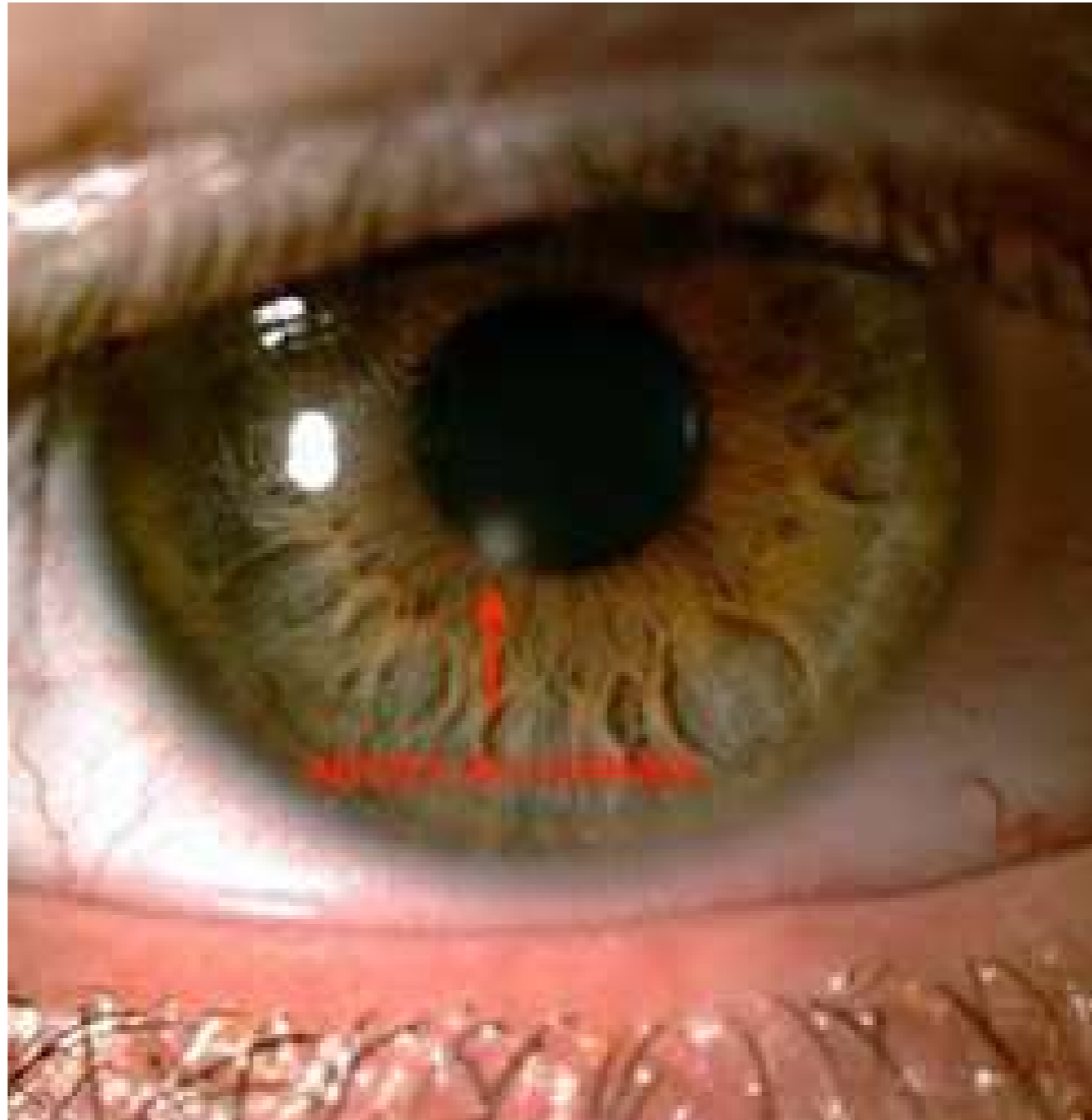
- Crainte principale : Abcès de cornée



# OEIL ROUGE & DOULOUREUX ET LENTILLES

- Abscès sous lentille parfois évident
- Le plus souvent insidieux, invisible à l'oeil nu
  - Test fluo +++
- Le plus souvent non pourvoyeur de BAV à la phase initiale (au delà de l'axe visuel)
- Douleur le plus souvent importante mais parfois début simple sensation de CE

# OEIL ROUGE & DOULOUREUX ET LENTILLES





# OEIL ROUGE & DOULOUREUX ET LENTILLES

- Oeil rouge sous lentilles isolé = recherche de facteurs favorisant infection :
  - Hygiène globale douteuse
  - Contact avec eau : Douche, piscine, baignade, ...
  - Port permanent la nuit
- Facteurs favorisants = Vigilance +++

# OEIL ROUGE & DOULOUREUX ET LENTILLES

- CAT :
  - Ne rien prescrire :
    - Attention aux Corticoïde +++
    - Pas d'ATB : risque de décapiter l'infection avant prélèvement
  - Adresser au cabinet par le numéro d'urgence :
    - Doute infection sous lentilles = sera vu dans la journée par un Oph du COP
  - Arrêter le port de lentilles ODG immédiat
  - Conserver les lentilles dans leur produit entretien pour analyse éventuelle
  - Samedi / Dimanche / Nuit : Adresser au CH de Pau

# GAFA

- Présentation :
  - Brutal
  - Douleur importante (attention aux diabétiques)
  - Semi-mydriase aréflexive +++
  - BAV profonde
  - Oedeme de cornée : Cornée “dépolie”
  - Palpation doigts : Oeil “bille de verre”
  - Céphalée et nausée / vomissement

# GAFA



# GAFA

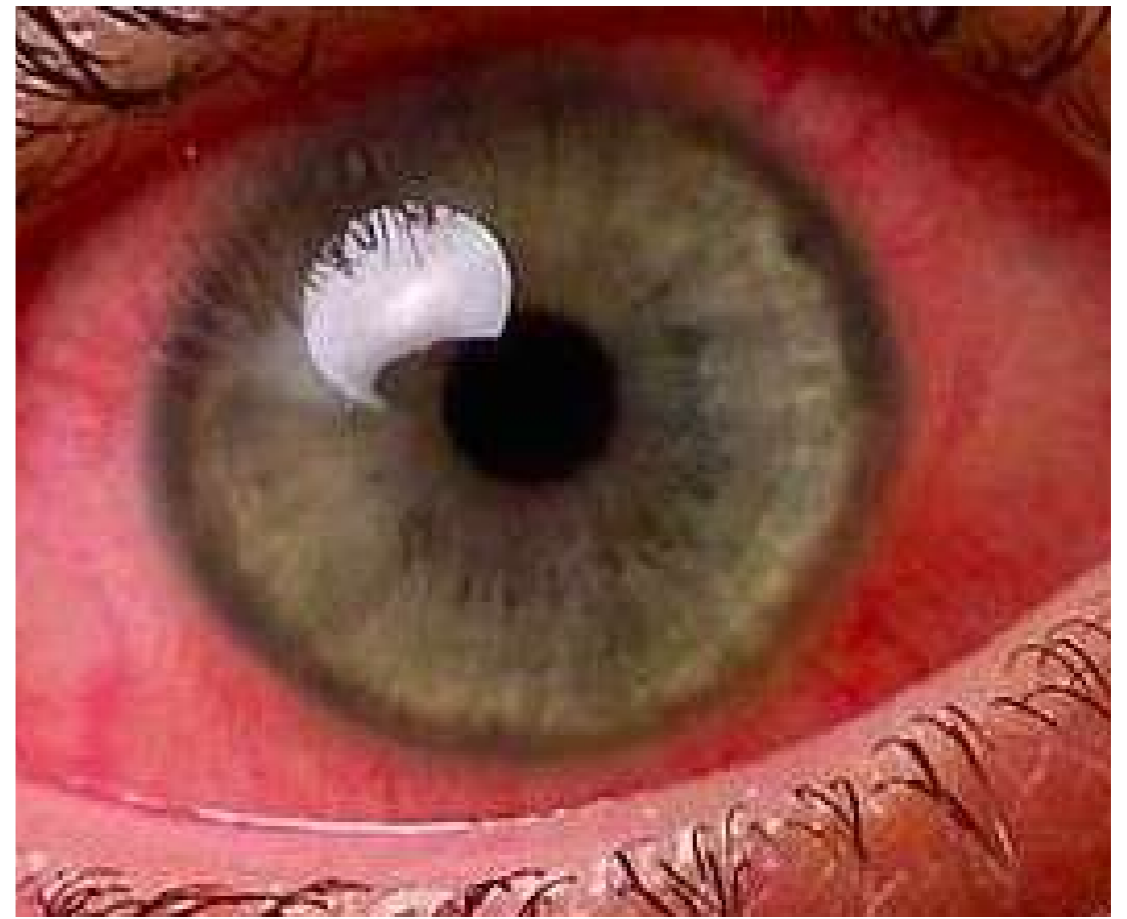
- CAT :
  - Adresser au cabinet par le numéro d'urgence :
    - Doute GAFA = sera vu dans la journée par un Oph du COP

# UVEITES ANTERIEURES

- Diagnostic difficile au cabinet si première poussée
- Oeil rouge avec BAV + à +++ le plus souvent rapidement progressive
- Douleur profonde
- Photophobie
- A évoquer +++ si ATCD connu de maladie systémique pourvoyeuse

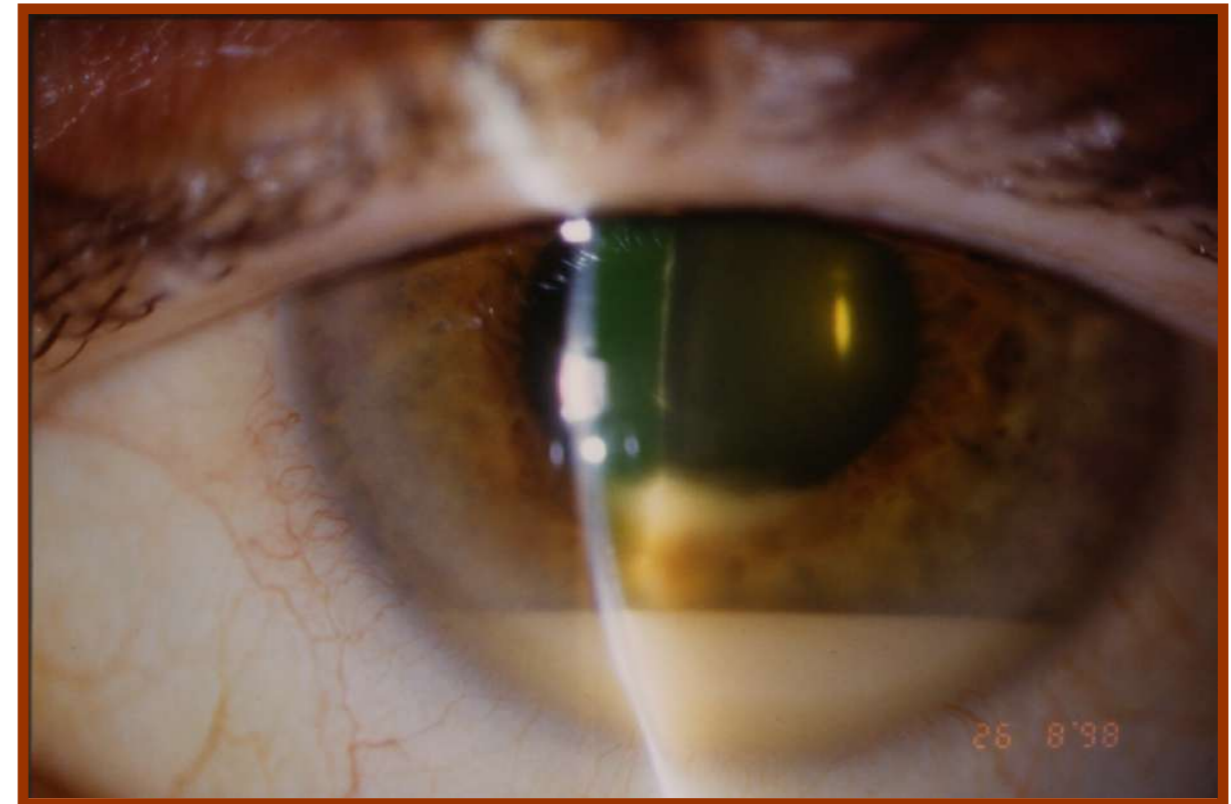
# UVEITES ANTERIEURES

- Signes évocateurs
  - Cercle périkératique / hyperhémie marquée



# UVEITES ANTERIEURES

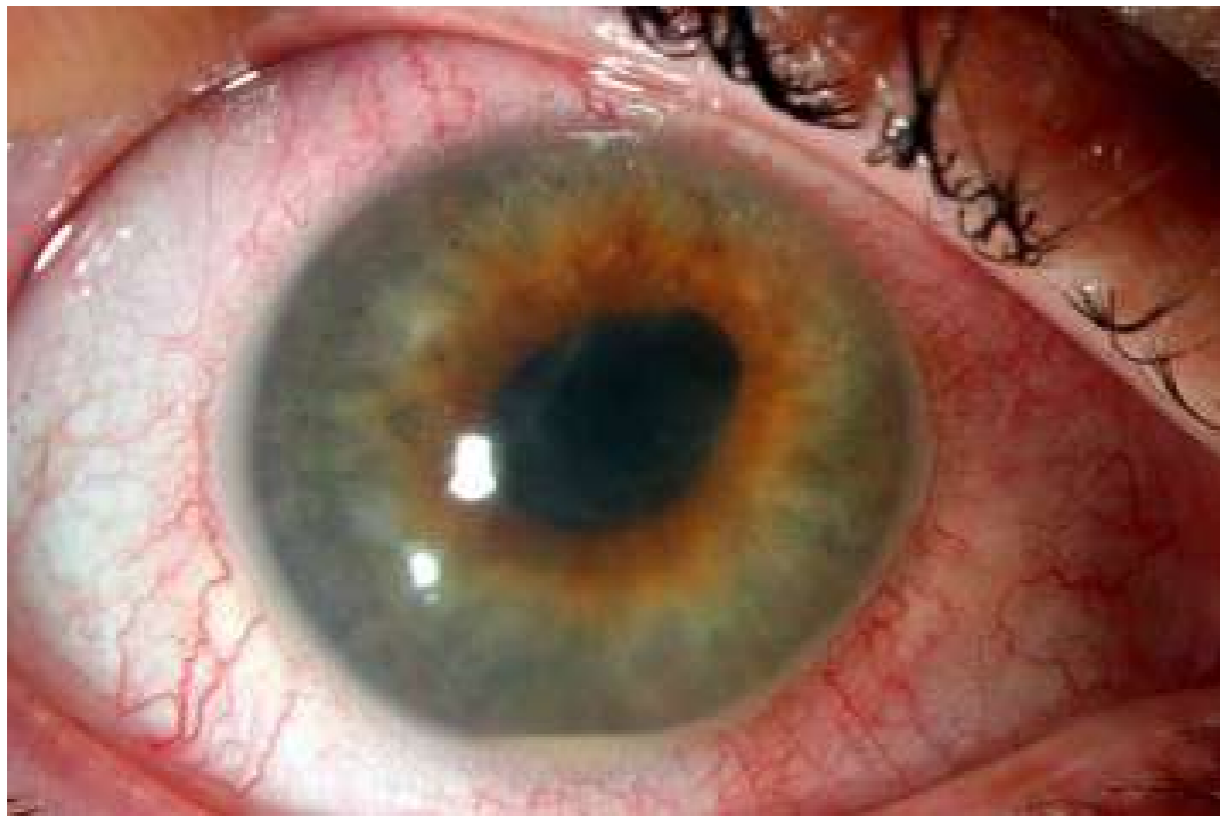
- Signes évocateurs
  - Hypopion





# UVEITES ANTERIEURES

- Signes évocateurs
  - Synéchies irido-cristaliniennes / Pupille déronde

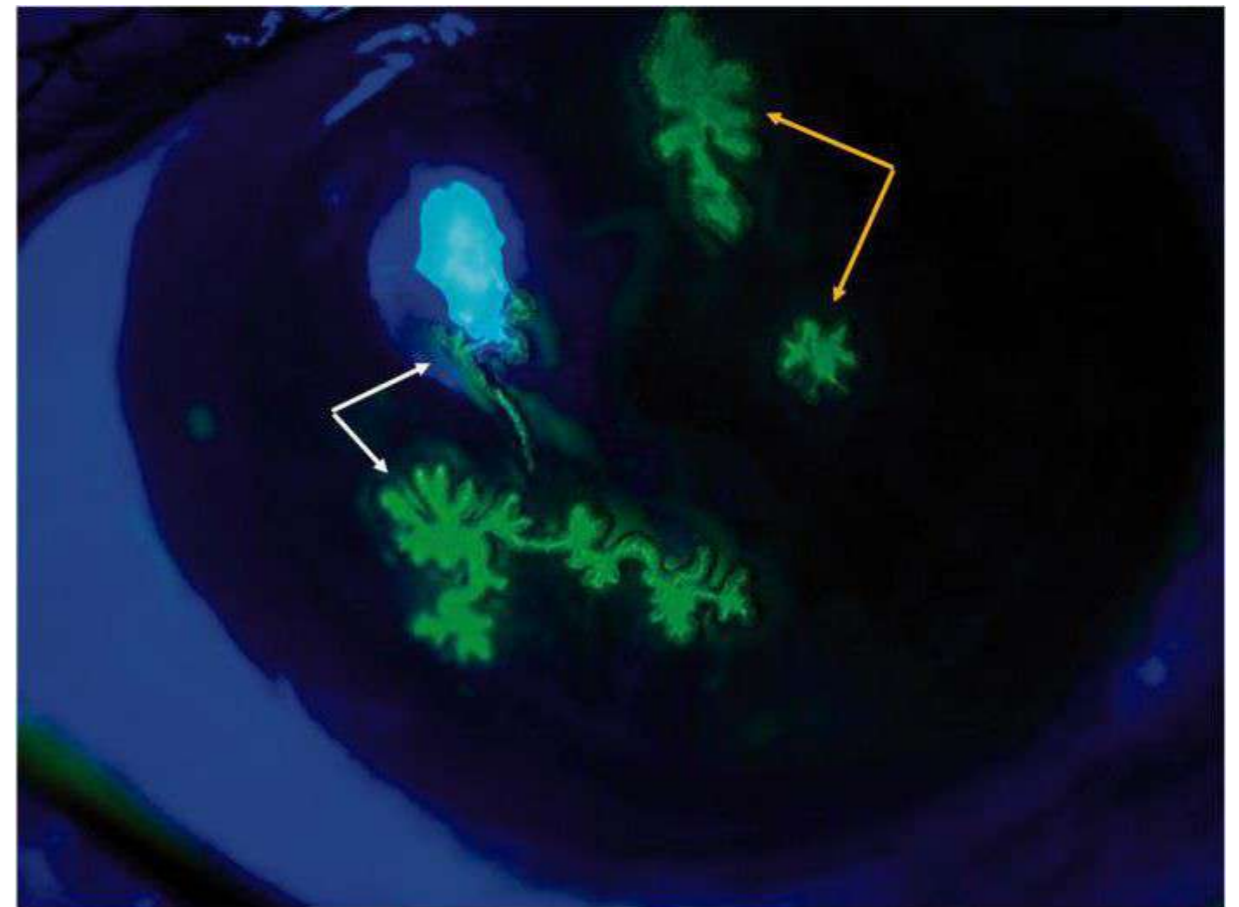
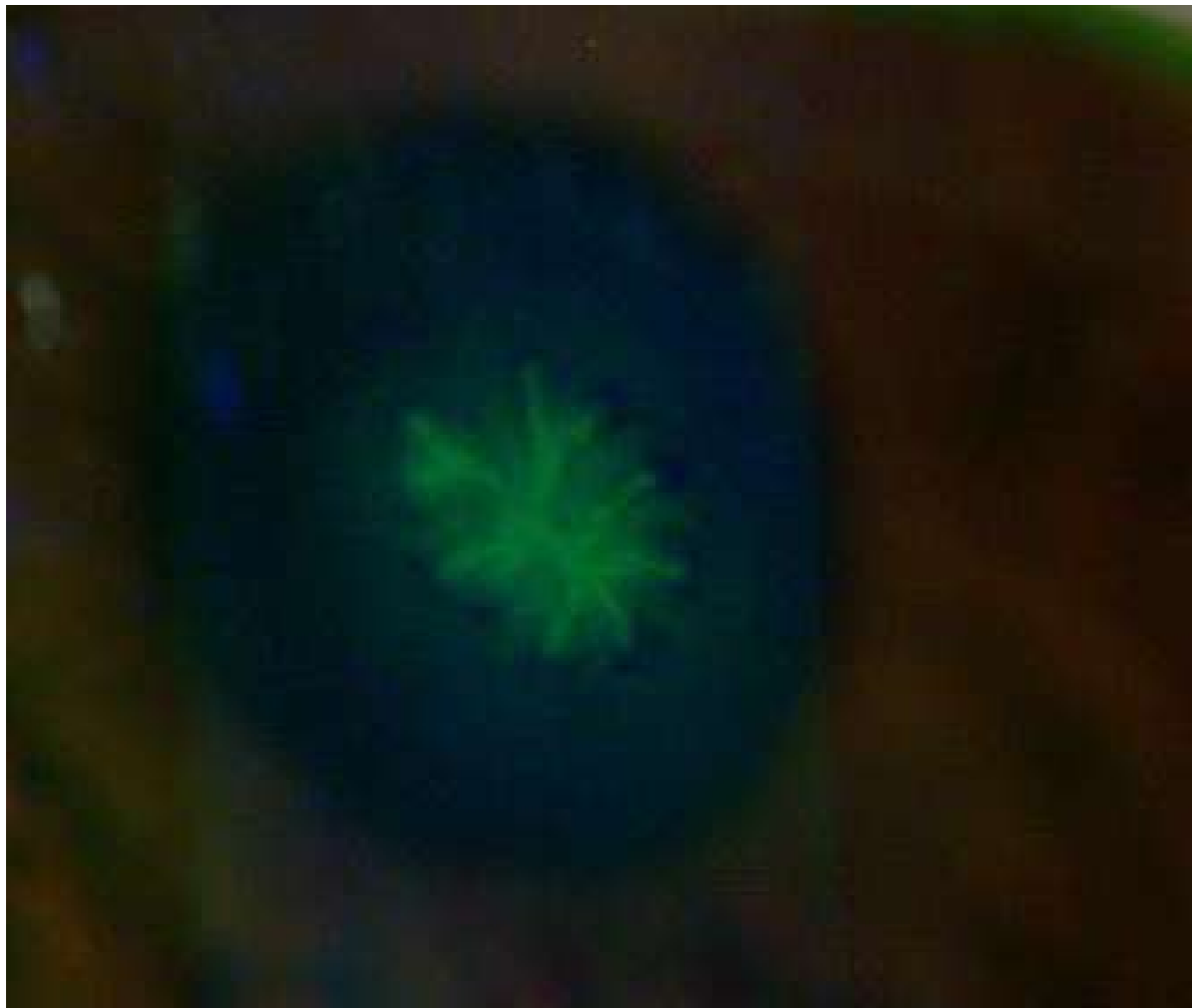


# UVEITES ANTERIEURES

- CAT :
  - Ne rien prescrire :
    - Attention à l'automédication CTC par le patient
  - Adresser au cabinet par le numéro d'urgence :
    - Doute uvéite = sera vu dans la journée par un Oph du COP
  - Samedi / Dimanche / (Nuit) : Adresser aux urgences du CH de Pau

# OEIL ROUGE & DOULOUREUX ET HERPES

- Crainte principale : Kératite herpétique



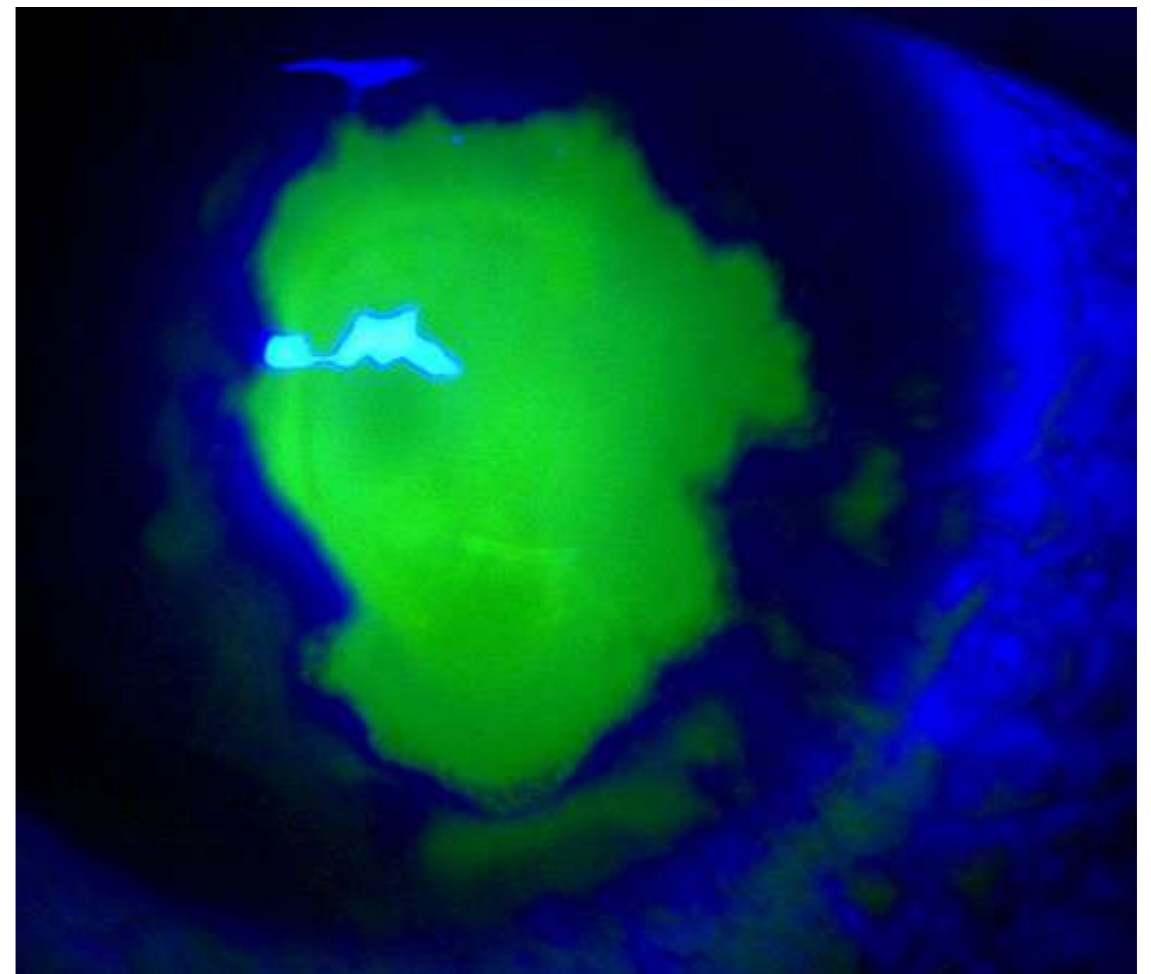
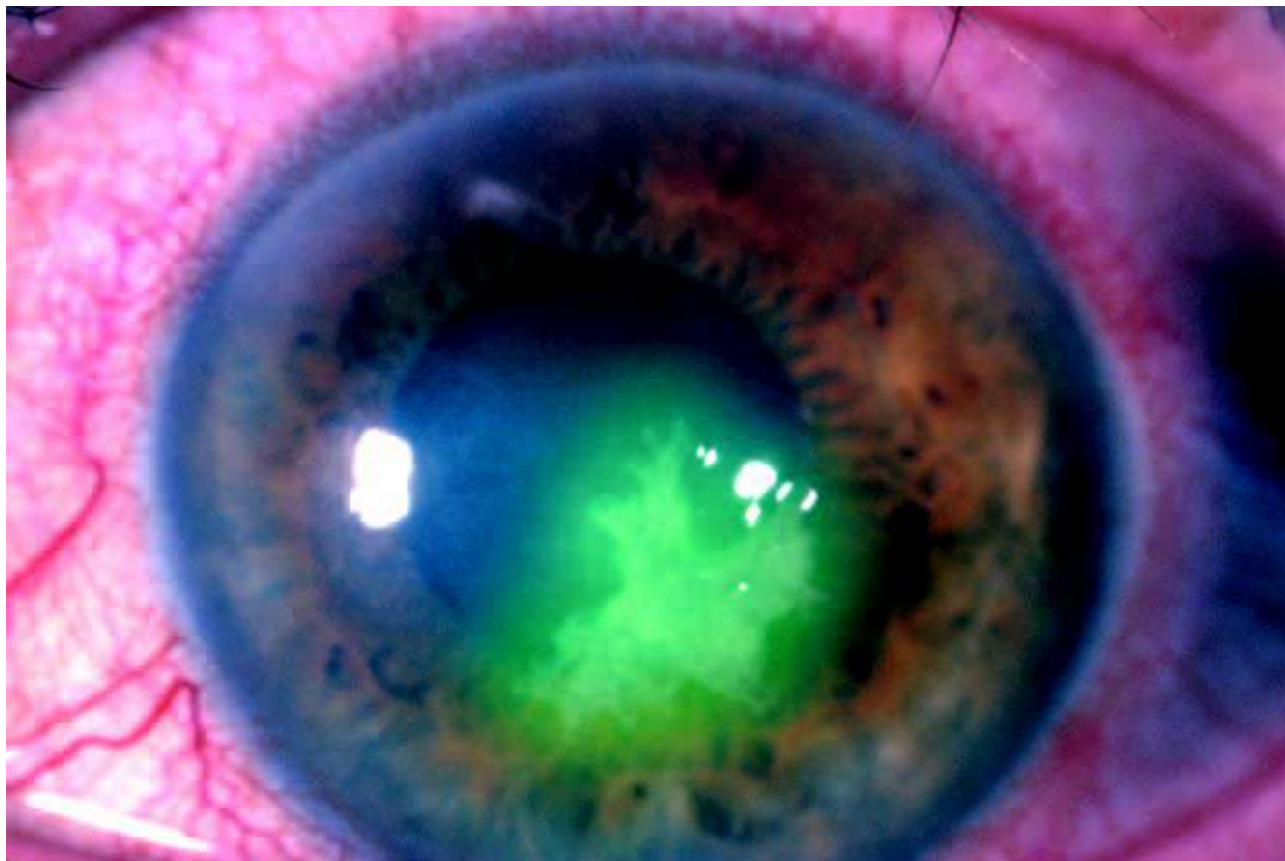
# OEIL ROUGE & DOULOUREUX ET HERPES

- Kératite herpétique :
  - Oeil rouge
  - Douleur de surface, brulure
  - Photophobie
  - Fluo : lésion dendritique le plus souvent bien caractérisée

# OEIL ROUGE & DOULOUREUX ET HERPES

- Attention aux corticoïdes +++ :  
géographique

risque de kératite



# OEIL ROUGE & DOULOUREUX ET HERPES

- Traitement :
  - Si doute : introduire ttt par ZELITREX 1cp 3/J
  - Adresser au cabinet par le numéro d'urgence :
    - Doute infection herpétique = sera vu dans la journée par un Oph du COP
  - Samedi / Dimanche / (Nuit) : Adresser aux urgences du CH de Pau

# YEUX DOULOUREUX AUTRES

## - KERATITE AIGUE -

- En dehors du contexte de port de lentilles & doute sur abcès ou herpès :
  - Douleur souvent importante
  - BAV variable (kératite axe visuel)
  - Photophobie importante
  - Altération transparence cornéenne
  - Examen à la fluoresceine positif : ulcère, KPS, ...

# YEUX DOULOUREUX AUTRES

## - KERATITE AIGUE -

- CAT :
  - Eliminer la présence d'un abcès de cornée et d'une K herpétique
  - Antiseptiques (Vitabact, ...) et larmes artificielles (Vismed, ...)
  - Pas de Corticoïde sans examen ophtalmologique +++
  - Eviter les ATB afin de ne pas décapiter une infection évolutive
- Examen ophtalmo dans les 48h



# YEUX DOULOUREUX AUTRES

## - KERATITE CHRONIQUE -

- Sécheresse oculaire en tête de file
  - Gêne chronique +++ > Vraie douleur
  - Picotements, prurit, ...
  - Bilatéral le plus souvent
  - Absence de BAV le plus souvent
  - Pathologie chronique +++ / Patients très demandeurs
  - Solutions souvent limitées
- Ttt : Larmes artificielles, pommade vitamine A
- Cs ophtalmologue dans les délais classiques

# YEUX DOULOUREUX

## - SCLERITE -

- Souvent très douloureux
- Absence de BAV le plus fréquent
- Hyperhémie marquée diffuse ou sectorielle
- Cornée fluo négative
- TTT : souvent difficile
  - AINS per os en première intention
- Avis Oph rapidement

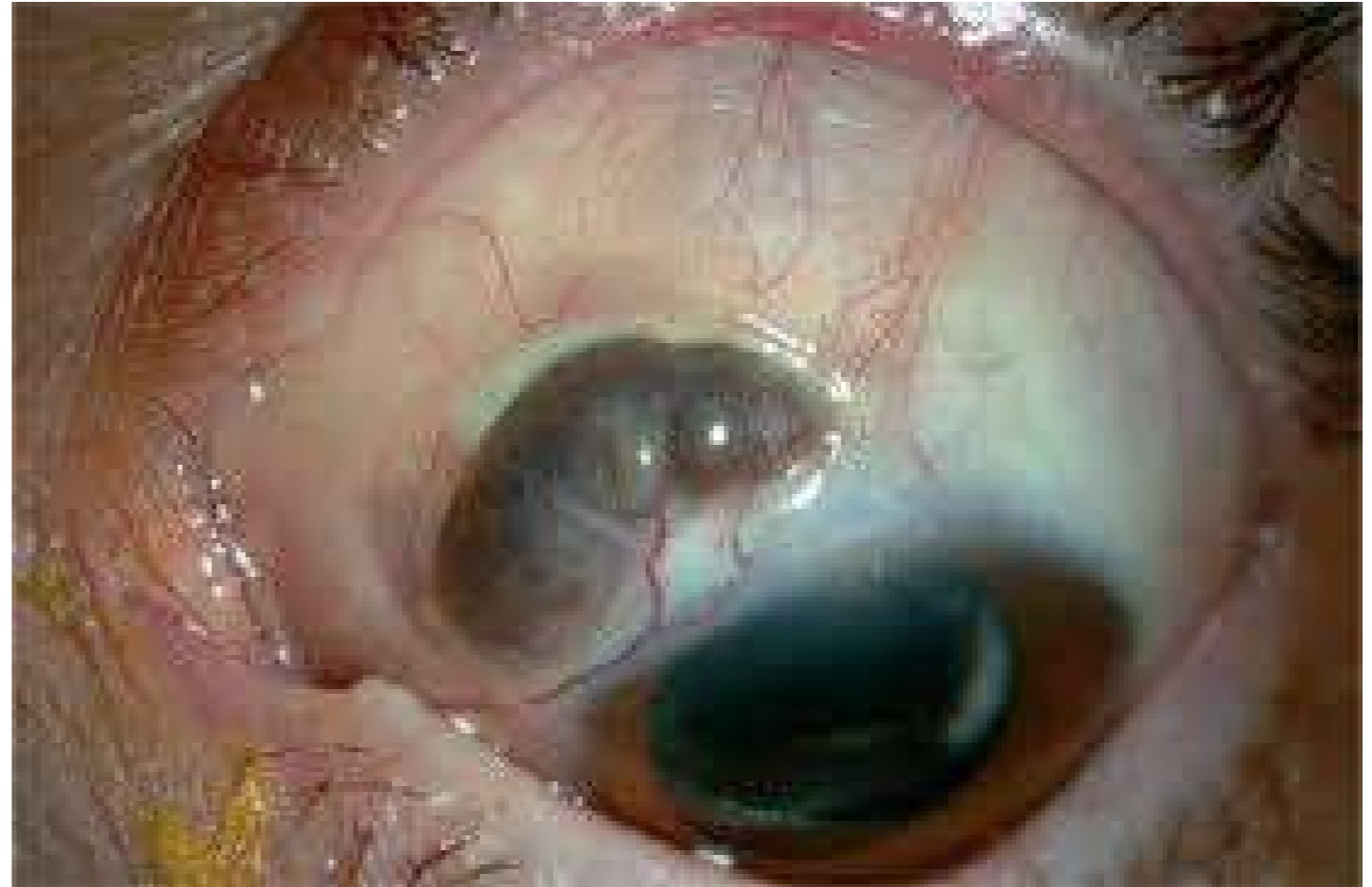
# YEUX DOULOUREUX - SCLERITE -



# YEUX DOULOUREUX

## - SCLERITE -

- Formes avec nécrose sclérales : Urgence absolue



# YEUX DOULOUREUX

## - ZONA OPHTHALMIQUE -



# YEUX DOULOUREUX

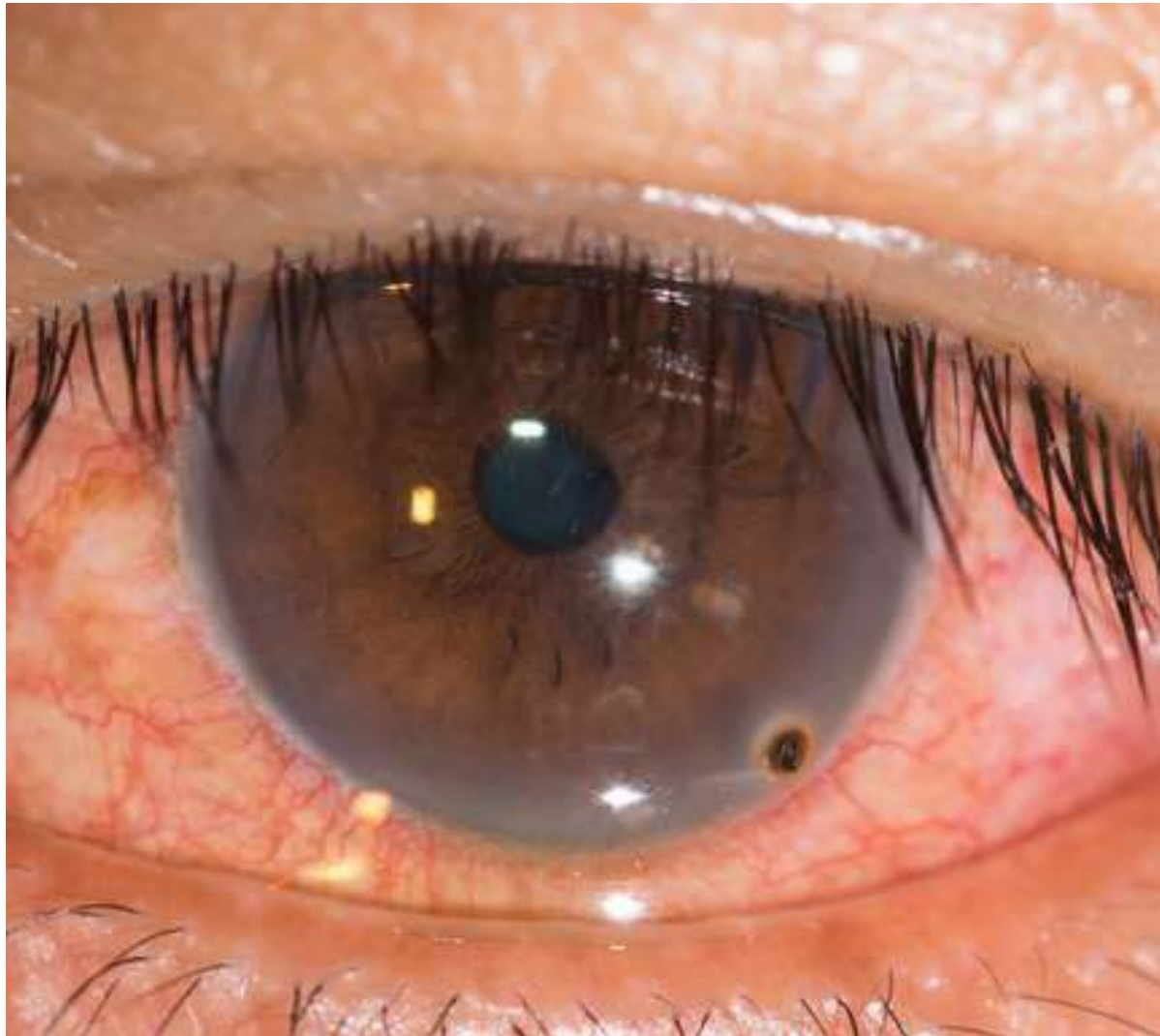
## - ZONA OPHTHALMIQUE -

- Ttt :
  - ZELITREX 2cp 3/J pendant 14J
  - Lavage oculaire DACUDOSE 6/J
  - Antiseptique oculaire : VITABACT 3/J
- Adresser si œil rouge, douloureux, le plus souvent avec BAV
- Atteinte ophtalmologique plus fréquente si atteinte de l'aile du nez
  - Kératite, uvéite, ...

# YEUX DOULOUREUX - CORPS ETRANGER -

- Douleur surface, photophobie, larmoiement
- Rougeur, cercle périkeratique
- Parfois visible à l'oeil nu
- Test à la fluoresceine
- Retourner la paupière supérieure
- CAT :
  - Ablation à l'éponge sous anesthésie topique
  - TTT ATB (TOBREX) 7j + Larmes artificielles + Pommade Vitamine A
- Adresser si impossible à retirer ou persistance anneau de rouille

# YEUX DOULOUREUX - CORPS ETRANGER -





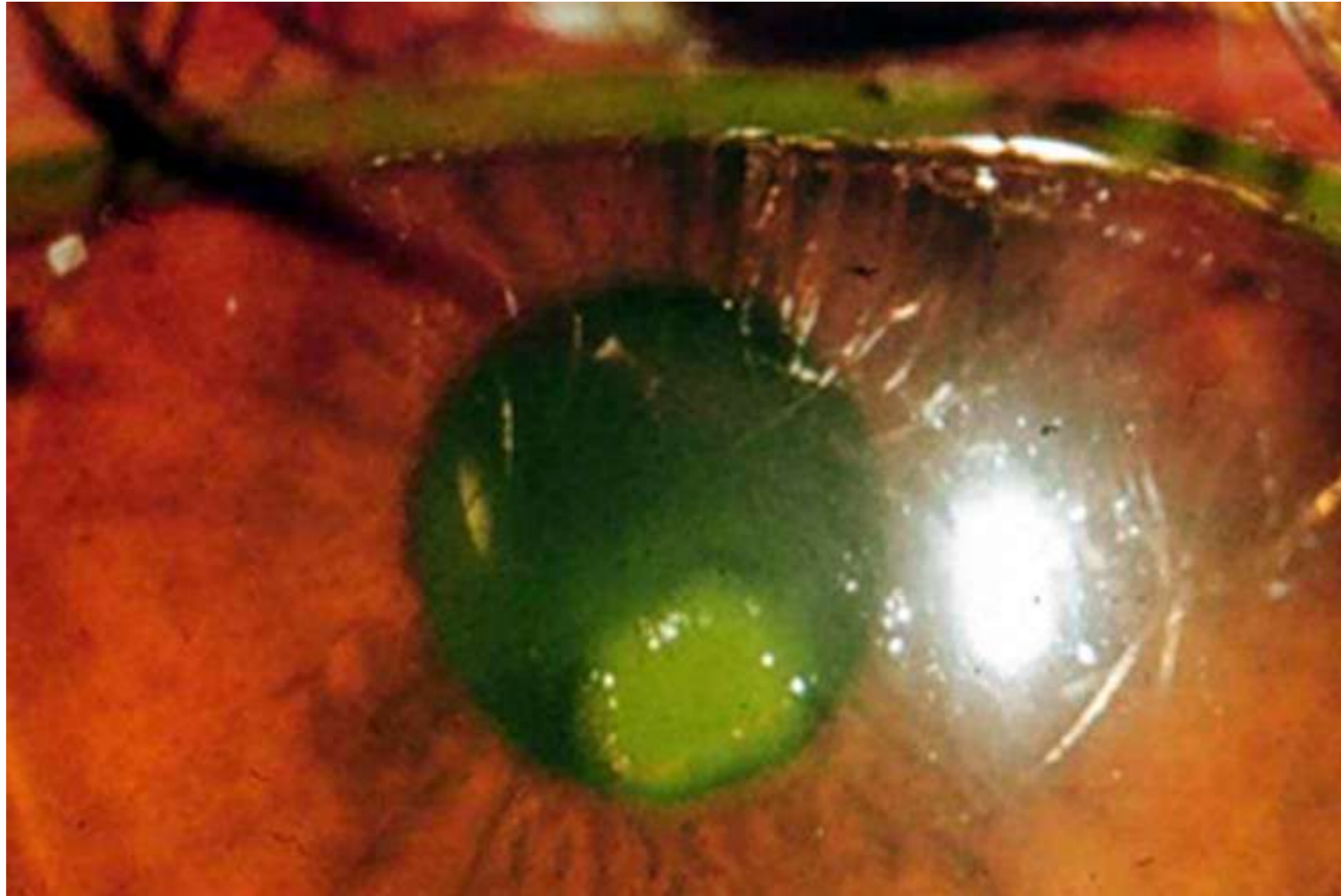
# YEUX DOULOUREUX AUTRES

## - ULCERE CORNEE TRAUMATIQUE -

- Œil très rouge, cercle périkératique
- Douleur très importante
- Photophobie +++
- Rechercher signes évocateurs d'abcès
  - Lésion blanchâtre, sécrétions purulentes, ...
- Rechercher un port de lentilles
- Rechercher le traumatisme causal : coup d'ongle, ...
- Test fluo +++

# YEUX DOULOUREUX AUTRES

## - ULCERE CORNEE TRAUMATIQUE -



# YEUX DOULOUREUX AUTRES - BRULURE CHIMIQUE -

- Laver abondamment sur les lieux
- Rinçage 1 à 2L de serum phy
- ttt :
  - Rinçage DACUDOSE 6/J pendant 7J
  - Larmes artificielles
  - ATB : TOBREX 4/J pendant 7J
- Adresser si BAV

# SOMMAIRE

- Rappels anatomiques
- Examen ophtalmologique au cabinet de médecine générale
- Oeil douloureux
- L'oeil rouge non douloureux
- La baisse d'acuité visuelle
- Anomalies pupillaires
- Diplopie
- Pathologie palpébrale
- Autres pathologies fréquentes
- Cas cliniques (si on a le temps)

# YEUX ROUGES NON DOULOUREUX

## - CONJONCTIVITE -

- SF : Gêne non douloureuse (sensation de grains de sables, de CE), flou visuel intermittent (sécrétions), Yeux collés le matin +++
- SC : Hyperhémie conjonctivale, papilles / follicules conjonctivaux, chemosis
- Sécrétions : muqueuse? Pus?

# YEUX ROUGES NON DOULOUREUX

## - CONJONCTIVITE -

- Virale : Brulure, piqure. Unilatéral. Rapidement bilatéralisé. Sécrétions muqueuses. Follicules conjonctivaux.
- Bactérienne : Sécrétions purulentes +++, Unilatérales
  - >> Dure 10 à 14 jours. Amélioration pas avant le 7e jours, même avec ttt
- Allergiques : Prurit +++. Bilatéral. Peu de sécrétions. Sensation de sécheresse.
- Toxiques (collyres, ...)

# YEUX ROUGES NON DOULOUREUX

## - CONJONCTIVITE -



# YEUX ROUGES NON DOULOUREUX

## - CONJONCTIVITE -





# YEUX ROUGES NON DOULOUREUX

## - CONJONCTIVITE -

- CAT :

- Arrêt de travail pour les patients avec contact clientèle / Mesures éviction : 10j
- Lavage des mains au gel hydro-alcoolique +++
- Lavage Serum phy / Dacudose : abondant, 6/jour
- Antiseptique : Vitabact, ...
- Larmes artificielles : Vismed, ...
- Arrêt du port de lentilles

# YEUX ROUGES NON DOULOUREUX

## - CONJONCTIVITE -

- Quand adresser :
  - Conjonctivite du nouveau-né
  - Porteur de lentilles
  - Prothèse oculaire
  - Conjonctivite >14 jours
  - BAV et douleur majeure : Kératite associée
    - Test fluo +++
  - Purulence majeure, BAV et infection gonocoque possible par rapport sexuel à risque

# YEUX ROUGES NON DOULOUREUX

## - CONJONCTIVITE -

- A retenir :
  - Les ATB n'ont pas apporté la preuve de leur supériorité sur la guérison des conjonctivites bactériennes
  - A réserver aux conjonctivites :
    - Avec sécrétions purulentes majeures
    - Avec kératite en fluorescéine
    - Chez l'enfant
    - Chez l'immunodéprimé / diabétique
  - L'usage des Corticoïdes dans la conjonctivite est à réserver à l'utilisation des Ophtalmologues +++

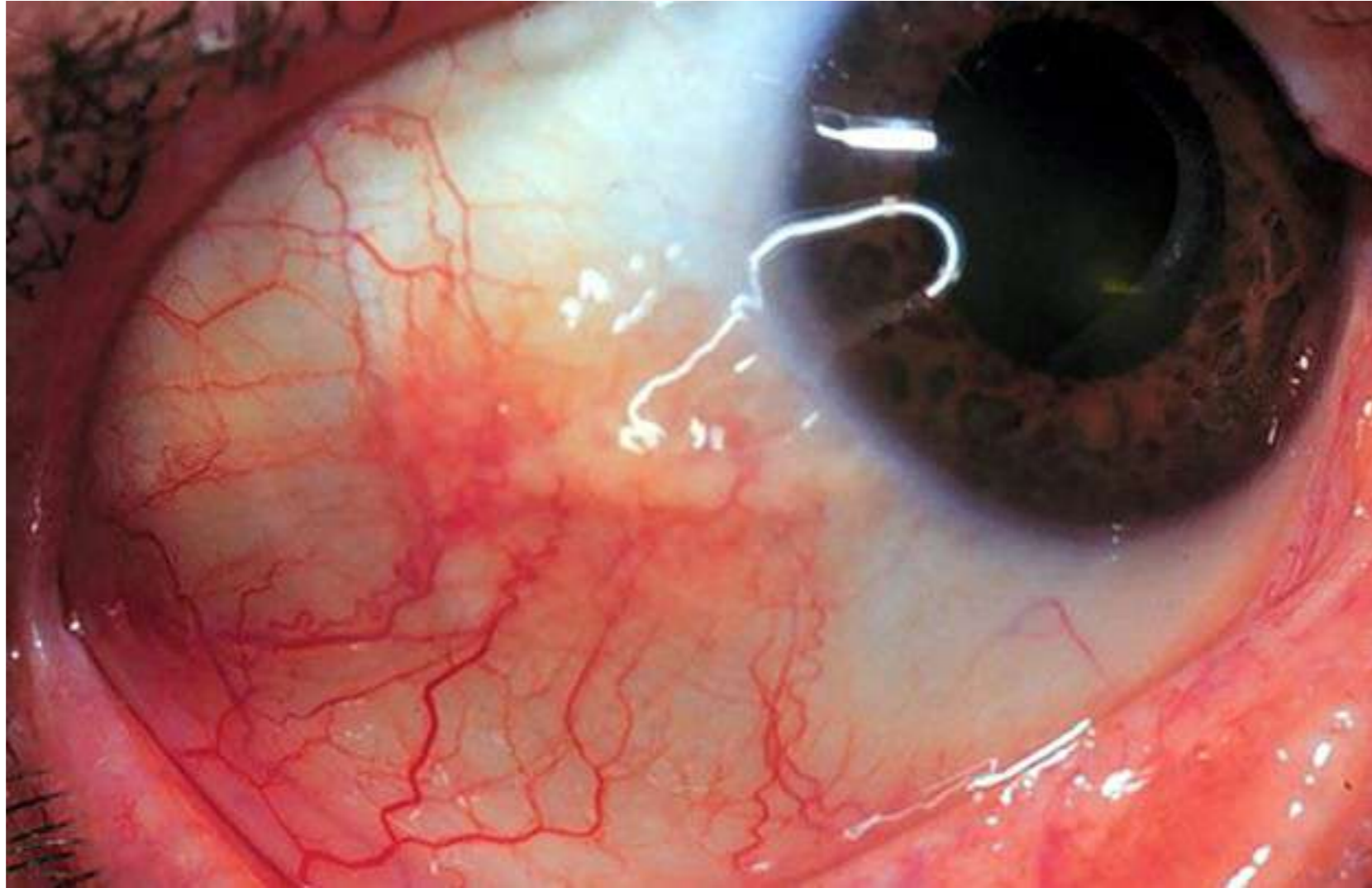
# YEUX ROUGES NON DOULOUREUX

## - EPISCLERITE -

- Inflammation vasculaire superficielle
  - Localisée (70%) ou diffuse (30%)
  - Idiopathique +++
    - Tuberculose, syphilis, connectivites, ...
- Picottements, sensation de CE
- Ttt :
  - AINS locaux : Indocollyre 3/J pendant 15j
  - CTC locaux : Dexafree 3/J pendant 15J
- Adresser si récurrence ou persistance

# YEUX ROUGES NON DOULOUREUX

## - EPISCLERITE -



# YEUX ROUGES NON DOULOUREUX

## - HSC -

- Non urgent, aucune gravité
- Rechercher traumatisme léger
- Rechercher pic TA
- Prise d'anticoagulant : vérifier équilibre

# YEUX ROUGES NON DOULOUREUX

- HSC -



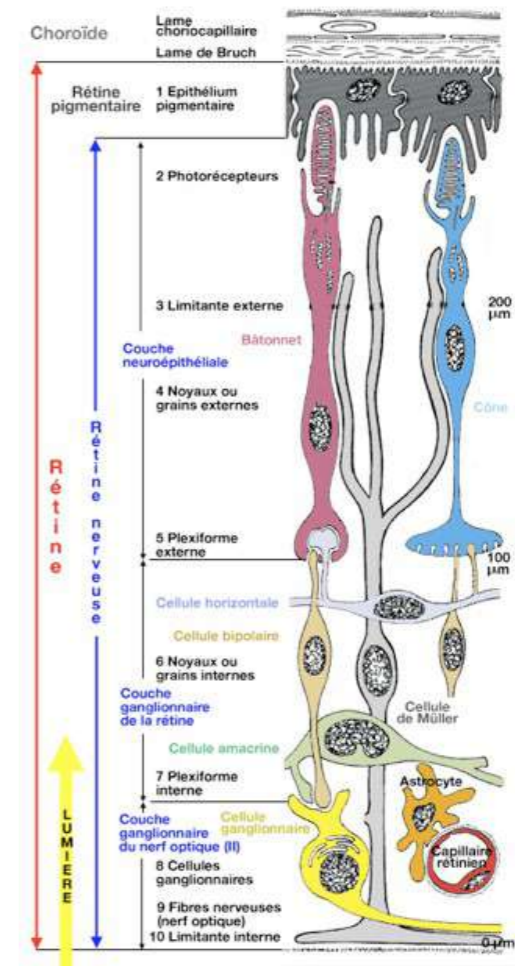
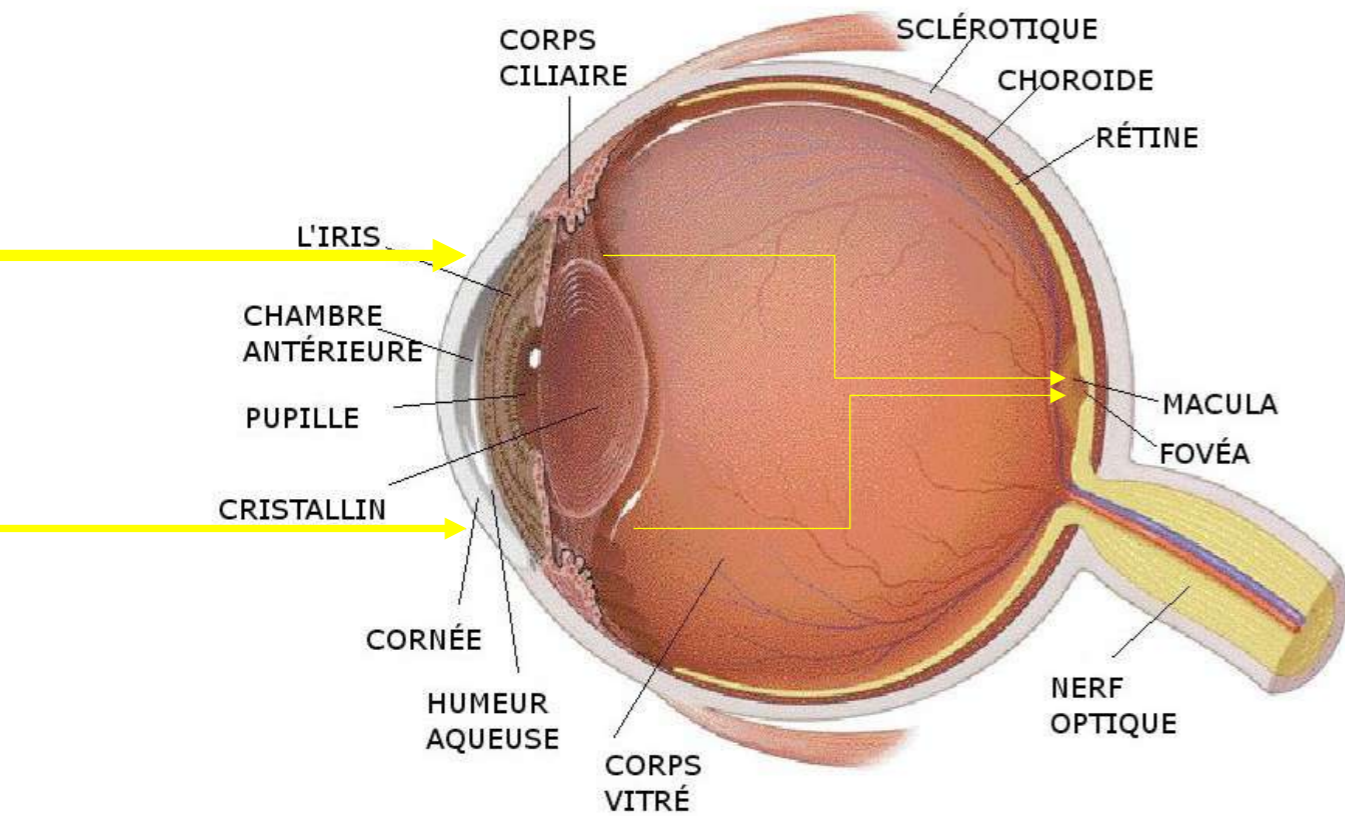
# SOMMAIRE

- Rappels anatomiques
- Examen ophtalmologique au cabinet de médecine générale
- Oeil douloureux
- L'oeil rouge non douloureux
- La baisse d'acuité visuelle
- Anomalies pupillaires
- Diplopie
- Pathologie palpébrale
- Autres pathologies fréquentes
- Cas cliniques (si on a le temps)

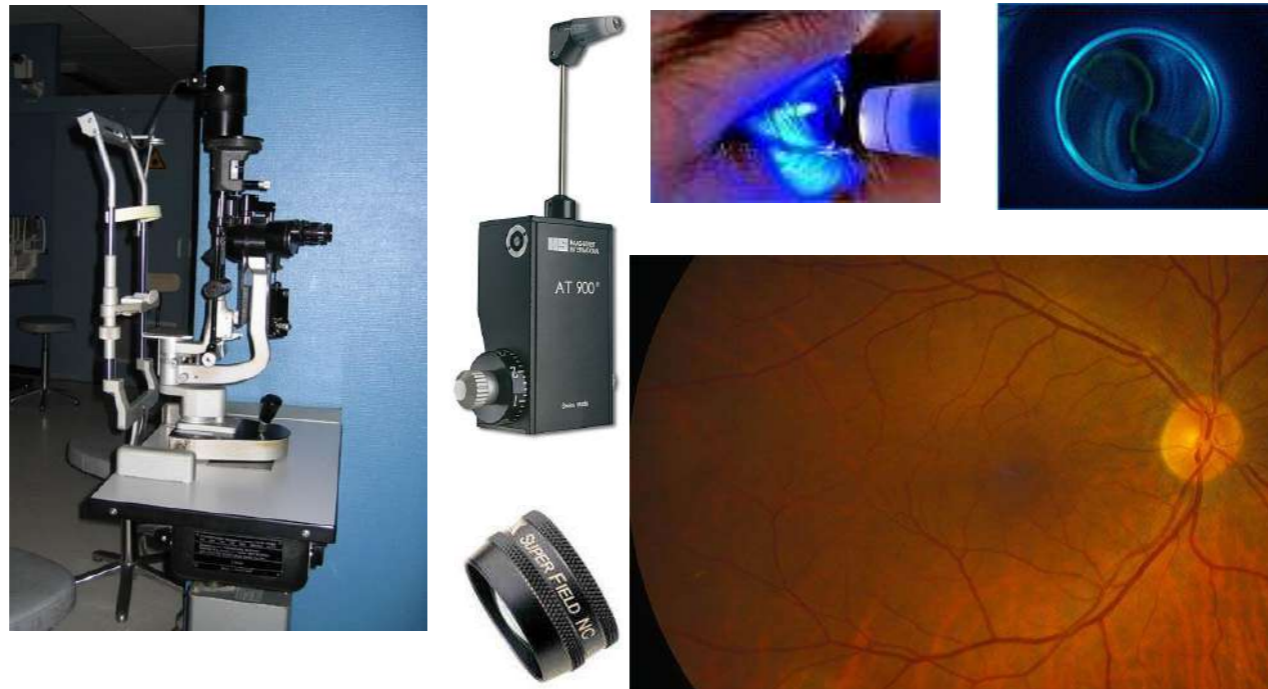


# La Baisse « d'acuité » visuelle?

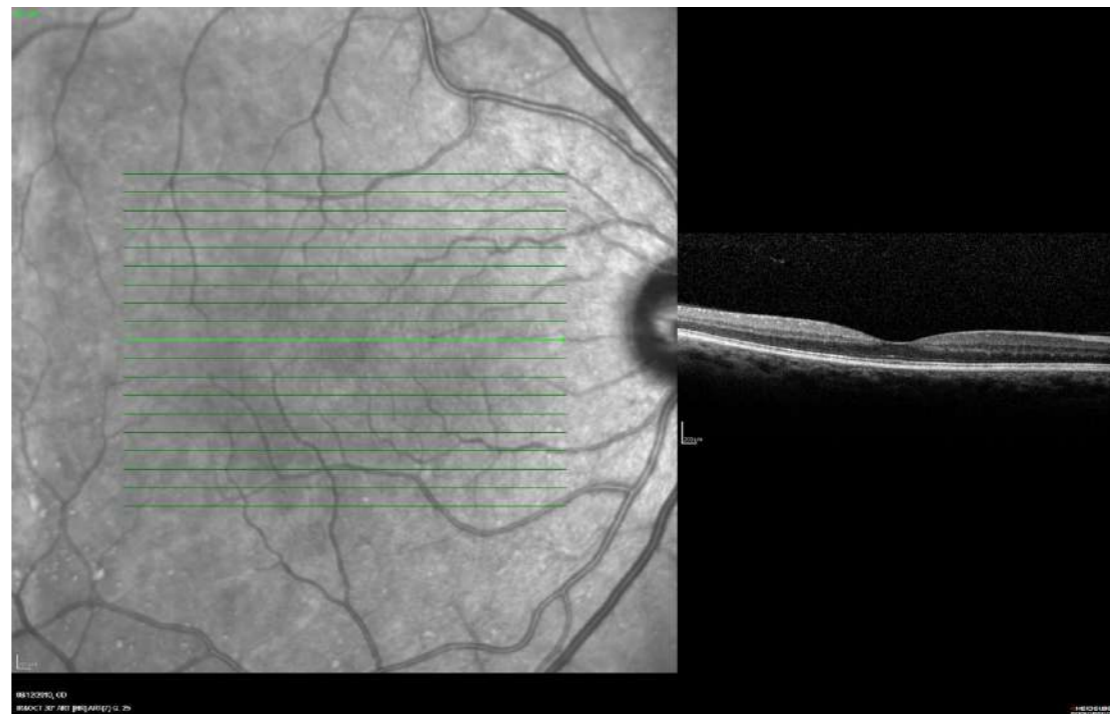
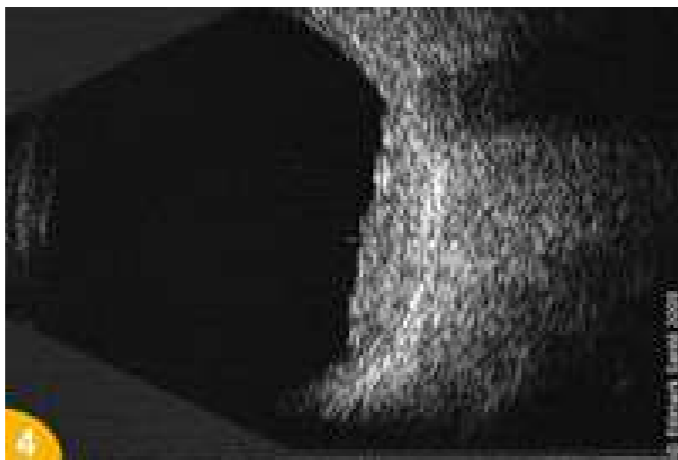
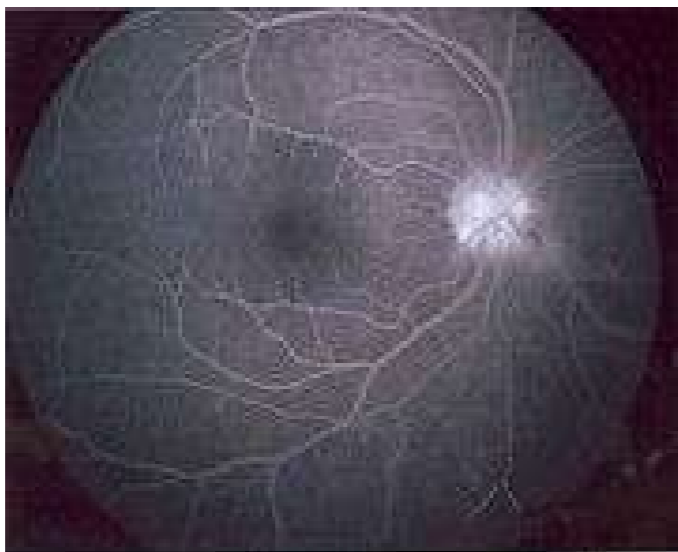
# Anatomie et histologie:



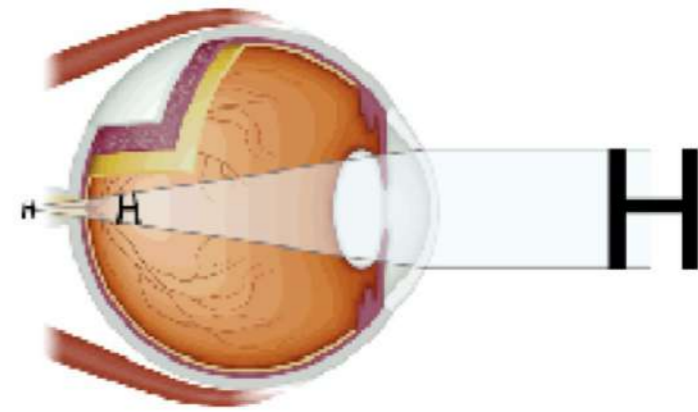
# Examen clinique



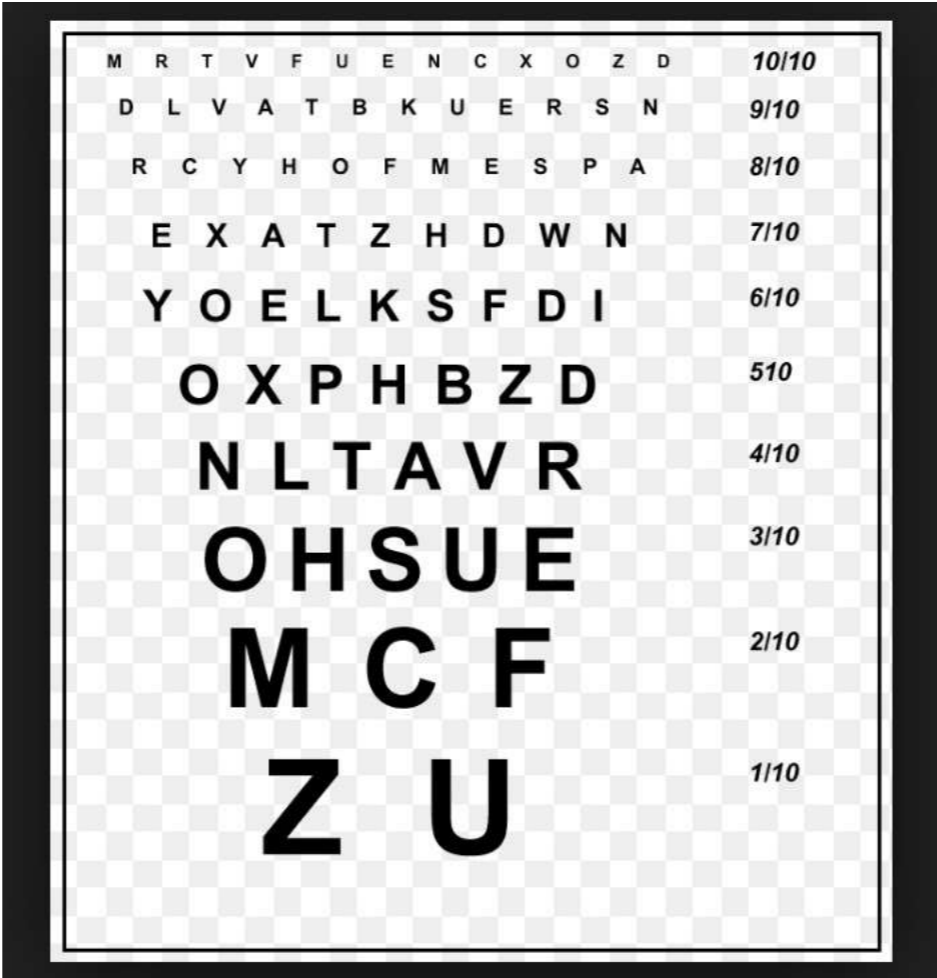
# Examens complémentaires



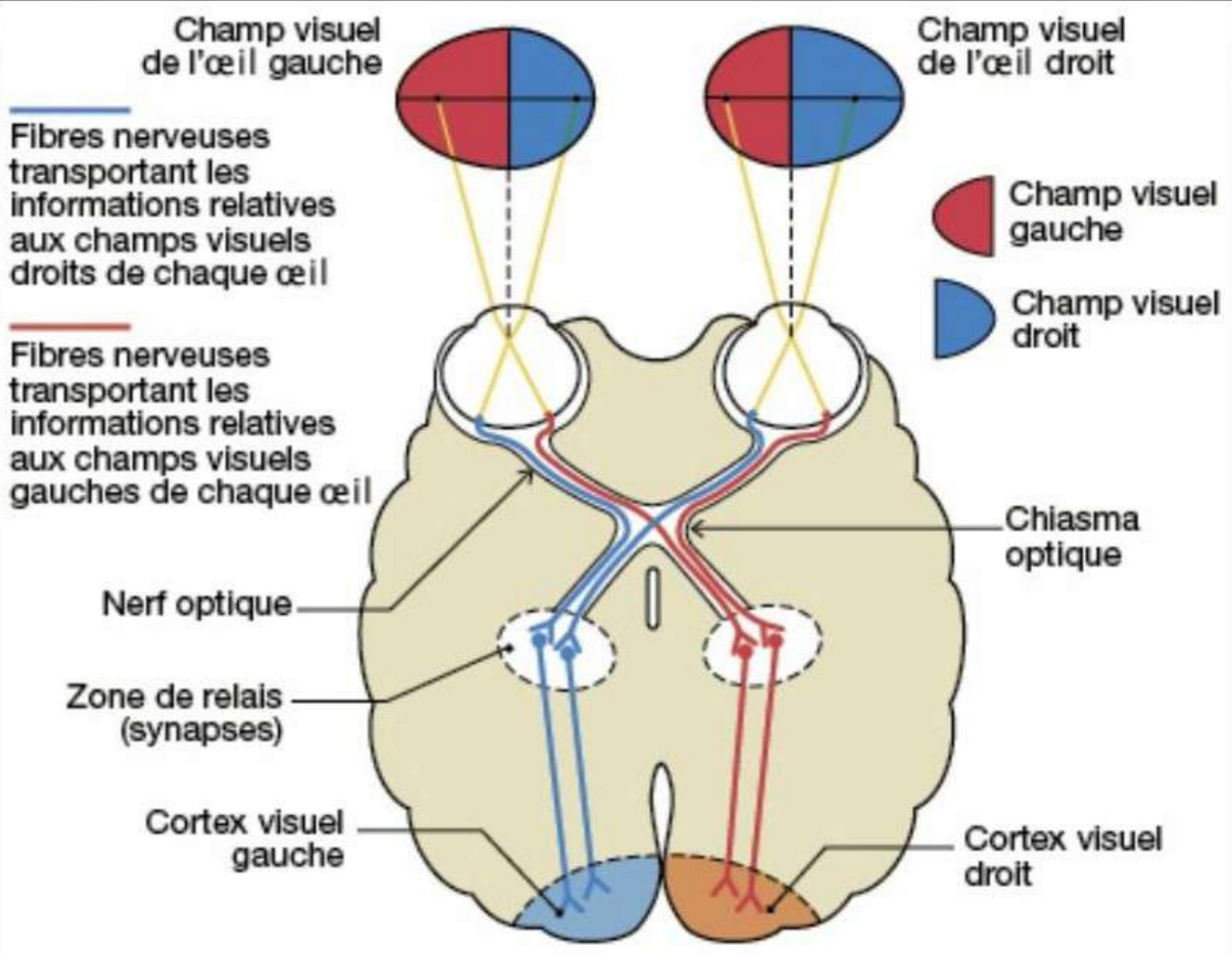
# Définition:



- L'acuité visuelle détermine le pouvoir séparateur de l'œil, il 'agit d'un des paramètre de la fonction visuelle qui est beaucoup plus complexe.
- La vision est une notion trop large pour être réduite à la seule notion d'AV.
- Les autres paramètres sont: La vision des couleurs, des contrastes, de la rectitude des lignes, du relief, le CV...
- Une AV normale est comprise entre 8 et 10/10.
- La BAV est un symptôme fréquent. C'est même le symptôme cardinal de l'examen car, en ophtalmologie, les maladies les plus graves sont celles qui s'accompagnent de troubles visuels.
- Cependant, parfois une pathologie entraînant une BAV à 9/10 peut être plus grave qu'une autre responsable d'une BAV plus importante.







Champ visuel de l'œil gauche

Champ visuel de l'œil droit

Fibres nerveuses transportant les informations relatives aux champs visuels droits de chaque œil

Fibres nerveuses transportant les informations relatives aux champs visuels gauches de chaque œil

Champ visuel gauche

Champ visuel droit

Chiasma optique

Nerf optique

Zone de relais (synapses)

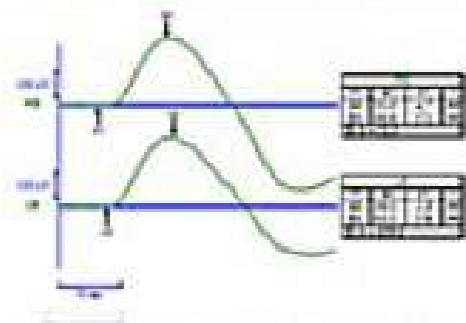
Cortex visuel gauche

Cortex visuel droit

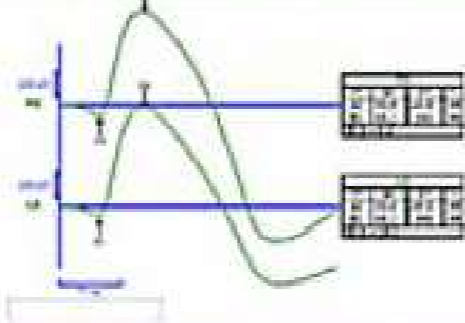
Les voies nerveuses de la perception visuelle.



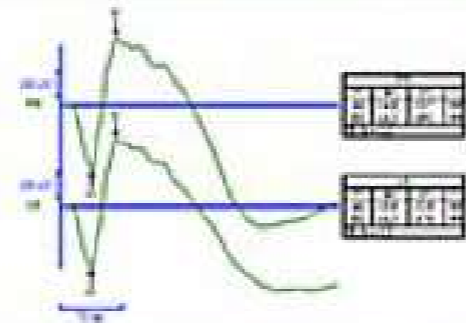
ERG-25dB BI 17mm 17s val=4 rej=0  
recid 33374



ERG-15dB BI 17mm 17s val=4 rej=0  
recid 33374



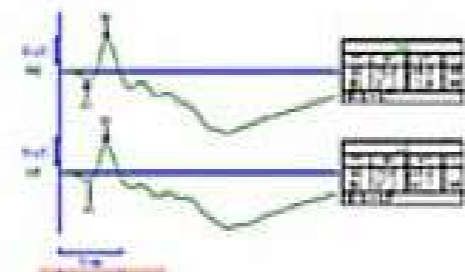
ERG-0dB BI 17mm 17s val=4 rej=0  
recid 33374



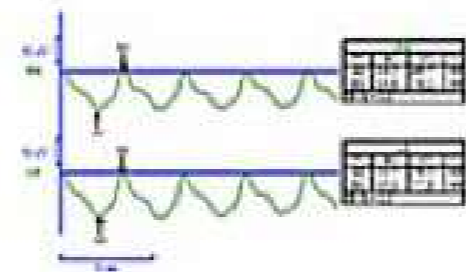
ERG-0dB BI 17mm 17s val=4 rej=0  
recid 33374



ERG-0dB BI 17mm 17s val=4 rej=0  
recid 33374

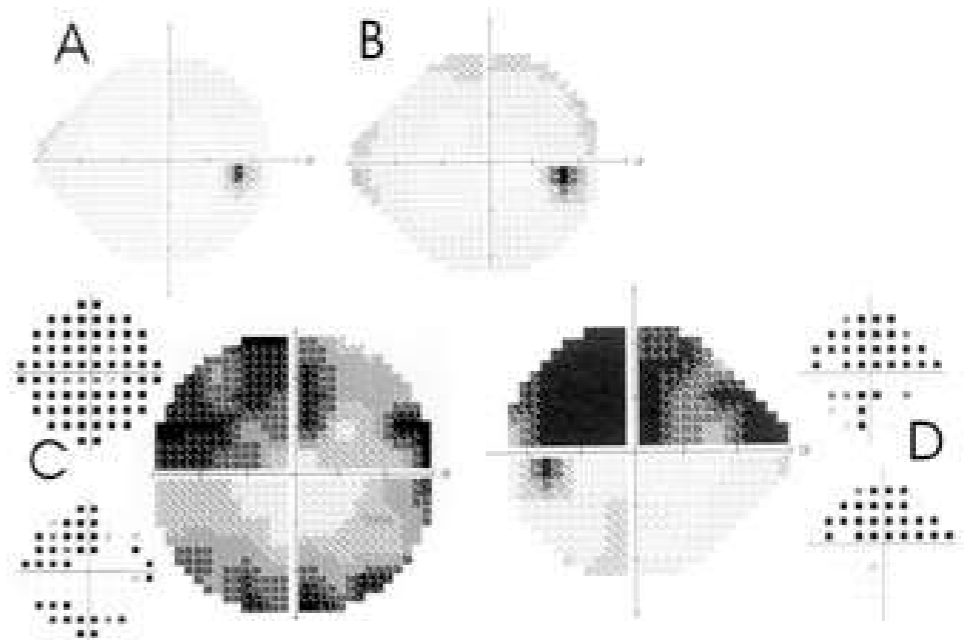
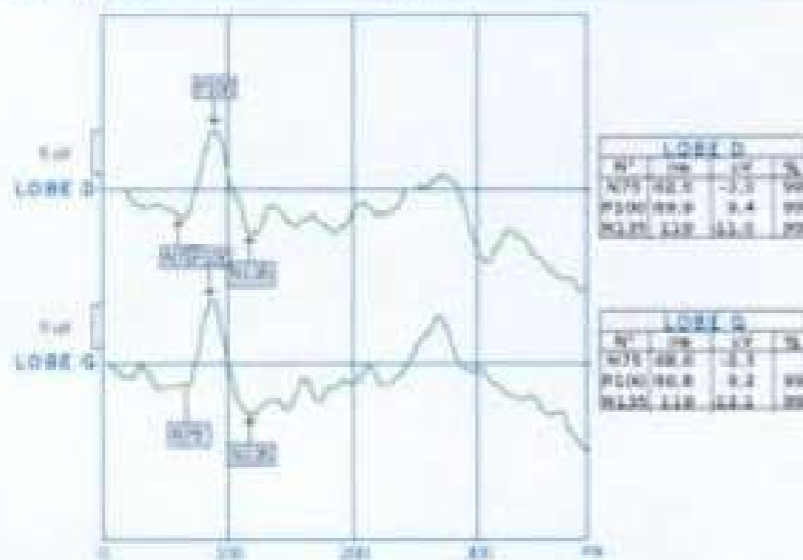


ERG-0dB BI 17mm 17s val=4 rej=0  
recid 33374



Figures d'Ishihara dans des cas de daltonisme **i**

PEVda60' OD 1mm 21s val=60 rej=1  
enreg 2350 SEP



- Lorsque la fonction visuelle s'altère la question de savoir s'il faut adresser le patient à un ophtalmologiste ne se pose pas.
- Ce qui est important est de savoir quand?

# Comment classer une BAV:

- Dr j'y vois mal.
- Ah bon ! De quel œil?
- Je ne sais pas, j'ai du mal à conduire. En plus l'œil me pique.
- Depuis quand?
- Je ne sais pas, je porte des lunettes depuis que je suis petit(e).
- Comment échapper à cette discussion?:
- Évaluer le caractère uni ou bilatéral.
- VL/VP
- Estimer la profondeur, l'ancienneté, **le mode d'installation.**
- Répertorier les signes associés.

# Uni ou bilatérale:

- Tout ce qui touche un œil peut, par définition et statistiquement, atteindre l'autre.
- Il faut se rappeler que certains patients sont monophthalmes fonctionnels ou anatomiques ce qui peut biaiser l'examen.
- Il faut également se rappeler que l'atteinte même importante du premier œil peut passer inaperçue.
- Quelques astuces: capacité à évaluer les distances, enfiler les aiguilles qui requièrent une VB.

# Profondeur ou gravité de la baisse:

- A l'interrogatoire, un patient décrira parfois mal ses troubles étant ainsi faussement alarmant ou faussement rassurant.
- L'avantage avec les échelles d'acuité est qu'elles sont reproductibles. C'est sans doute ce qui a placé ce paramètre au centre de notre examen.
- L'échelle de Monoyer est la plus utilisée pour la VL, le Parinaud pour la VP (autres: EDTRS, Rossano, Bbvision...).
- Le plus important est de distinguer:

Une « **cécité** »: Absence de vision, noir total.

Un **flou visuel** « distingue mal mais voit tout ».

Une **malvoyance** « lecture très difficile, certaines formes mal vues ».

# Ancienneté:

- Différencier une BAV qui date de 15 j plutôt de celle remontant à 1-2mois a peu de pertinence.
- Le plus important est de faire la part entre les BAV datant de quelques jours ou heures de celles remontant à plusieurs mois.
- Confusion fréquente avec la gravité de la BAV: une BAV profonde inquiète toujours (l'entourage++) même en cas d'installation chronique et inversement.

# Mode d'installation:

- **Primordial** et plus pertinent que l'ancienneté, il peut être:

Progressif.

Rapidement progressif.

Aigu.

Sur-aigu.

# Signes associés:

- **Douleurs**- Rougeur: Peut soit orienter le diagnostic, soit aggraver la notion d'urgence. Parfois son absence peut amener à des retards de prise en charge.
- Amputation du CV.
- Diplopie.
- Céphalées- Arthralgies- troubles systémique- anomalies biologiques.



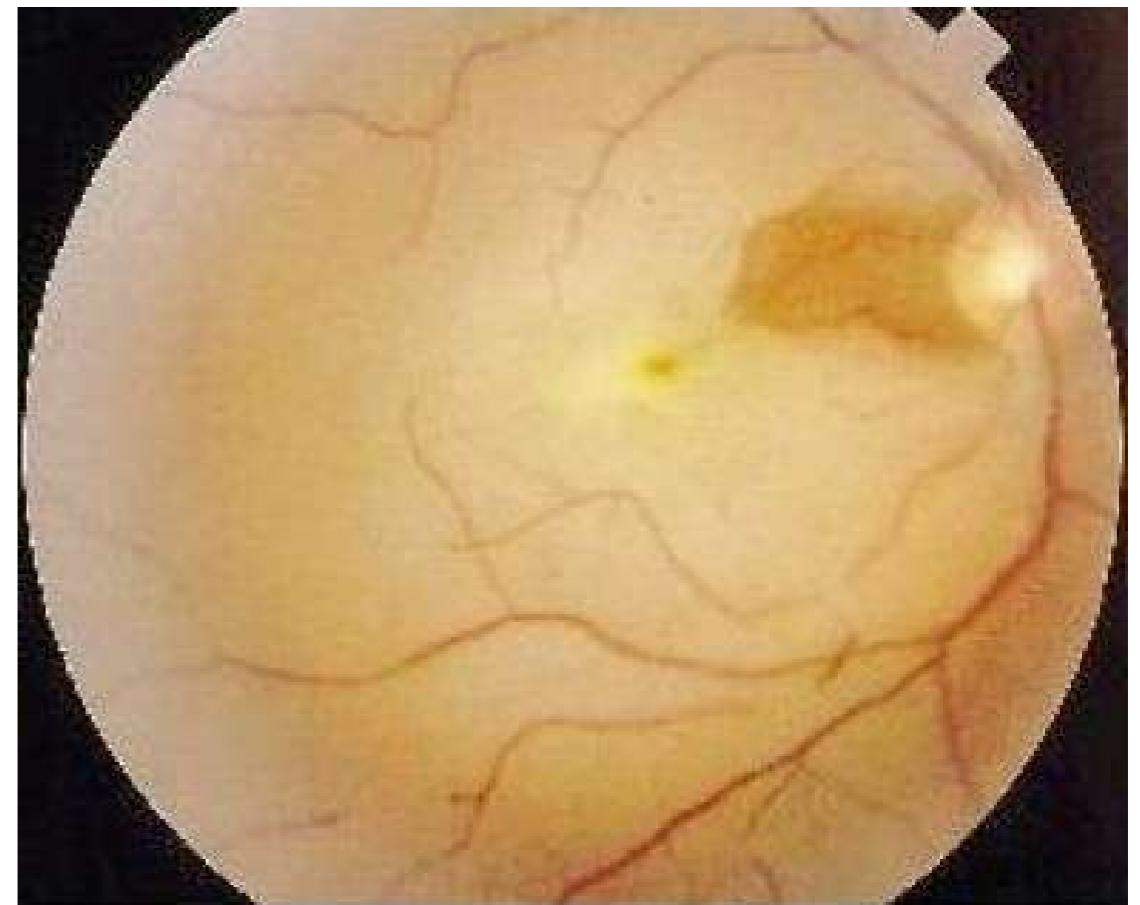
# Proposition de classement:

- BAV brutale avec douleurs oculaires ou céphalées.
- BAV brutale sans douleurs.
  
- BAV progressive.

# Quand est ce que la BAV est urgente?

- Qu'est ce qu'une urgence:
- Pathologie représentant une menace sur la fonction ou l'anatomie d'un organe, avec pour nous, la possibilité d'inverser la tendance en cas de prise en charge adaptée et rapide.

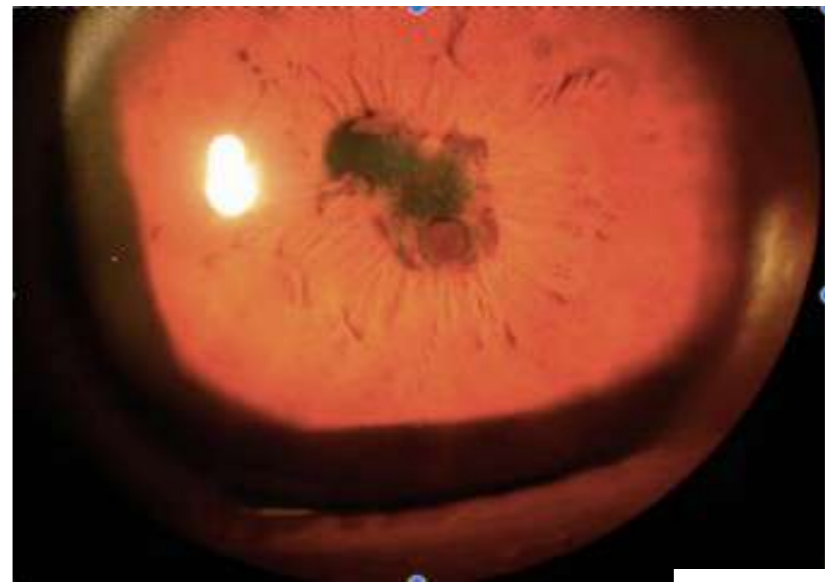
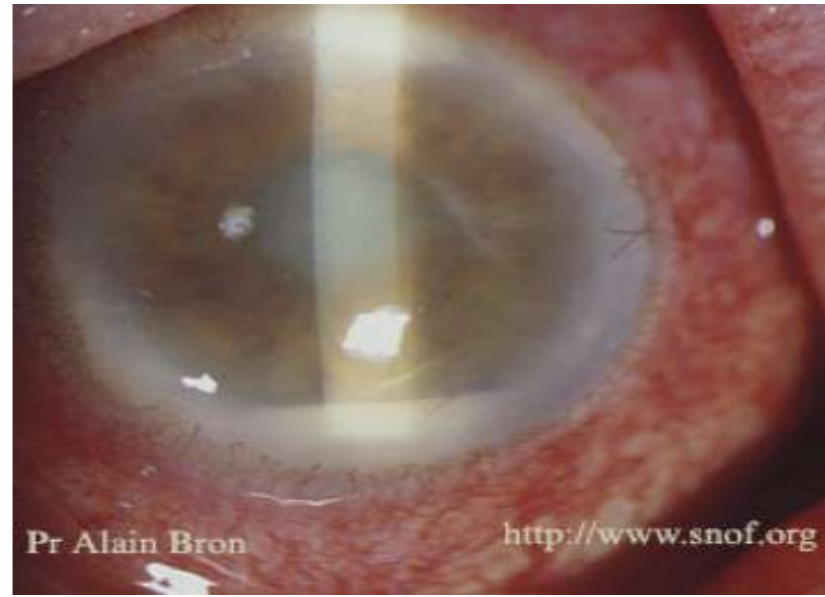
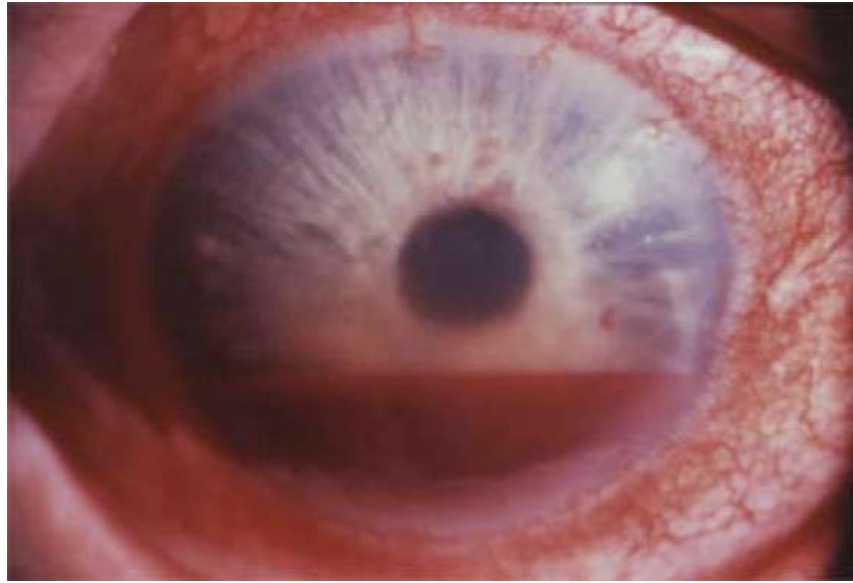
- Urgent?
- Trop tard?
- Pour l'œil il est Trop tard.
- Peut-être Pas pour les autres organes.



A

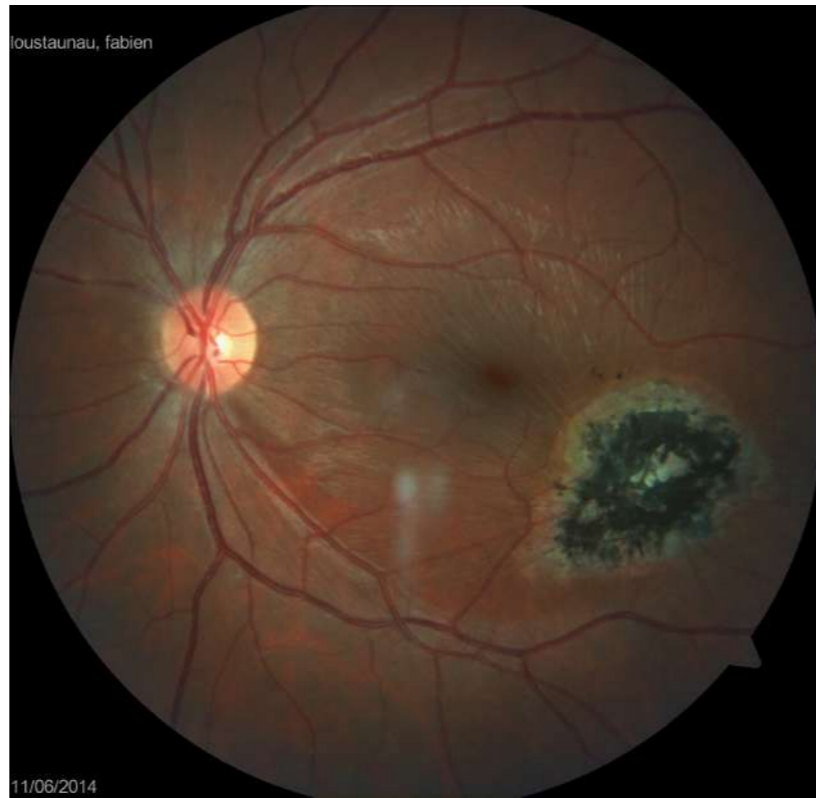
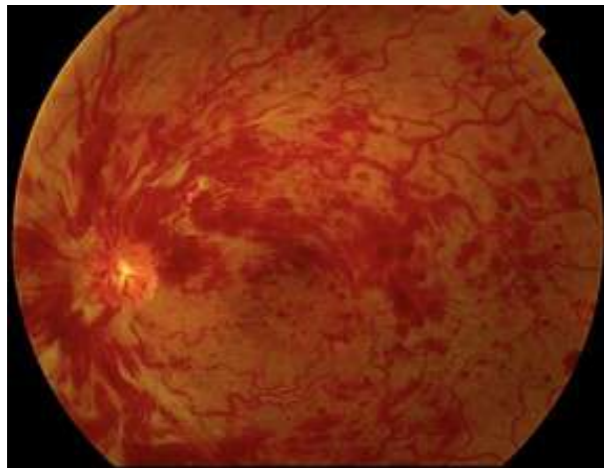
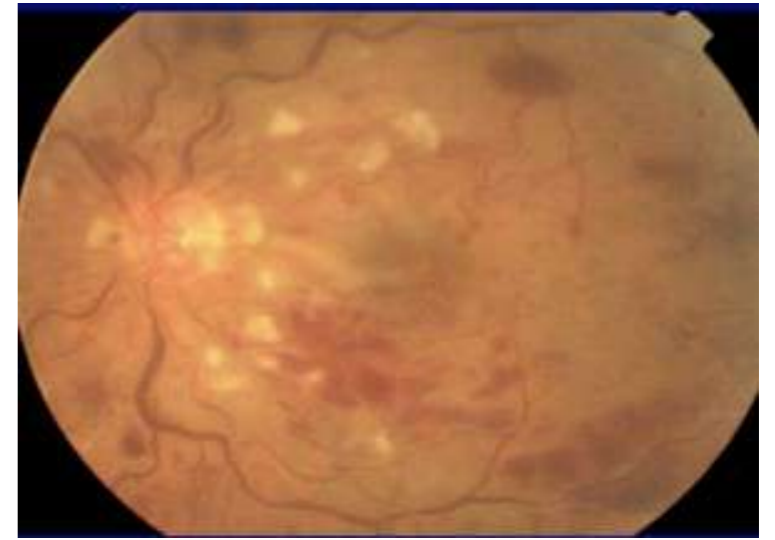
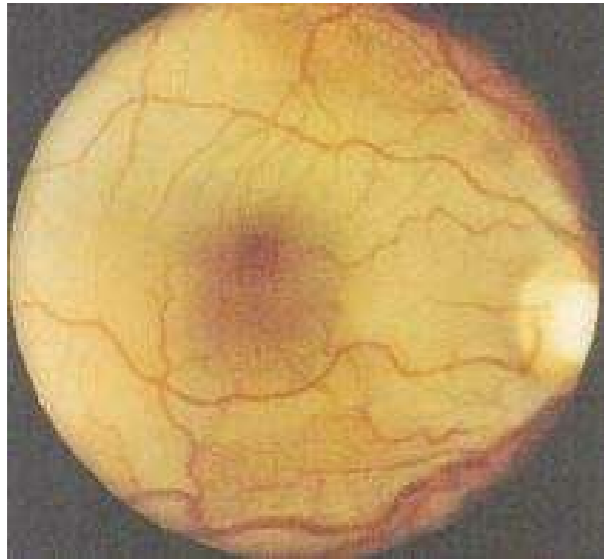
# BAV + Douleurs:

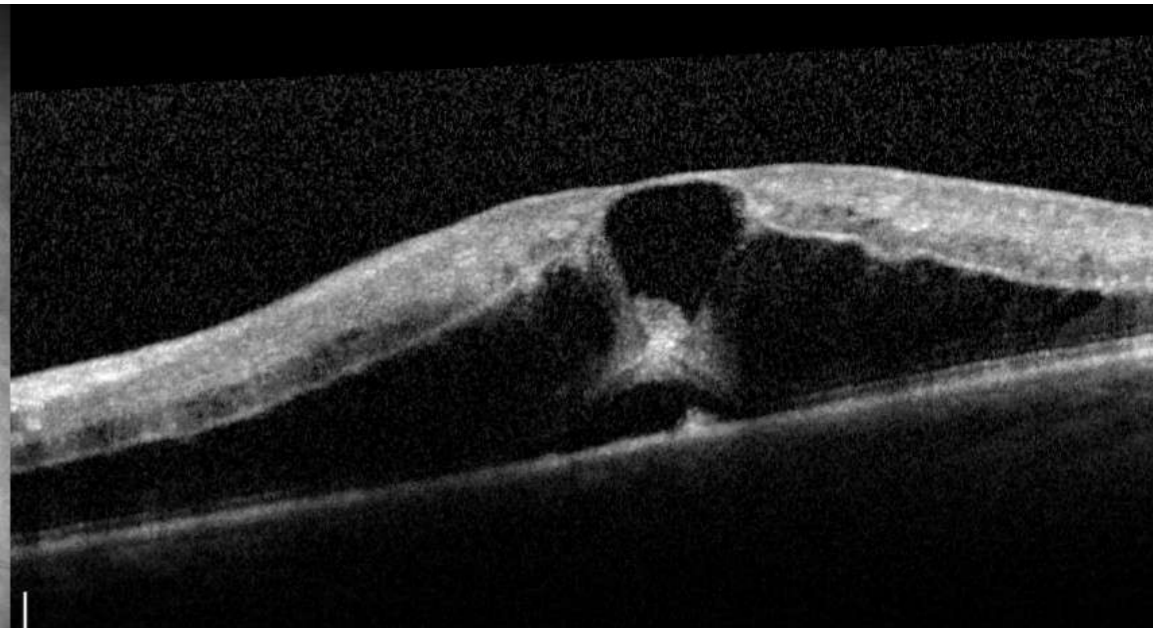
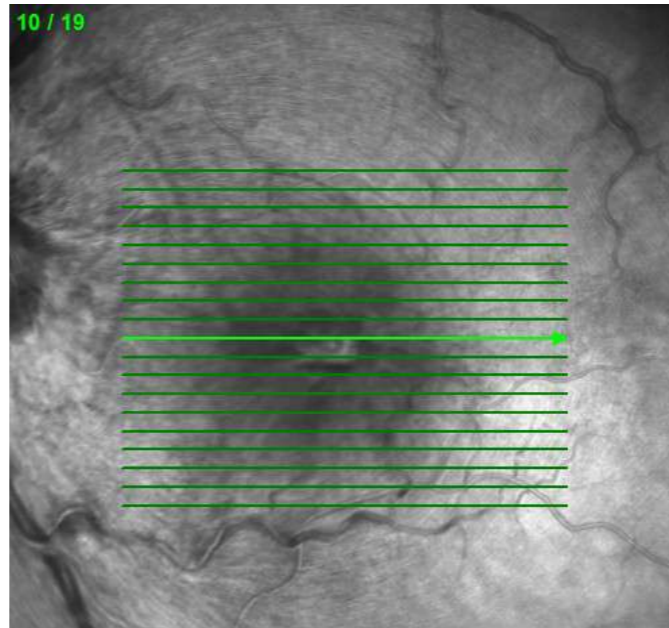
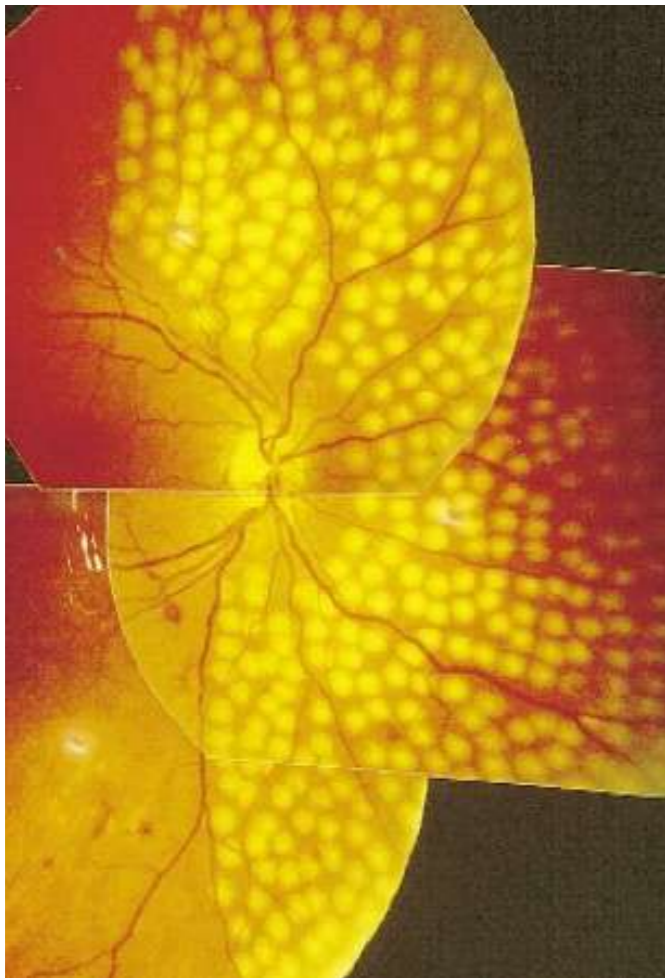
- Souvent en **aigu** car la douleur motive les CS.
- Contexte de **traumatisme**: Attention trauma cranio-orbitaire associés-CE?
- **Uvéites**: Inflammations endoculaires d'origine diverse. Attention souvent signes systémiques associés.
- **Kératites** infectieuses ou non : Souvent Douleurs+++ BAV modérée.
- **Glaucomes aigus**: GFA- GNV ( Douleurs dues à la hausse brutale de la PIO). Peu fréquents en France métropolitaine.
- **Post opératoire**: Endophtalmies++, oedèmes maculaire..
- **Neuropathies inflammatoires**: **SEP**+++ (Œil blanc+++)
- **Neuropathie ischémiques**: Horton+++ (pas de douleurs dans les non artéritiques) amputation altitudinale au réveil avec douleurs ++++++ chevelu, à la mastication.



# BAV brutale sans douleurs, mais non moins urgentes

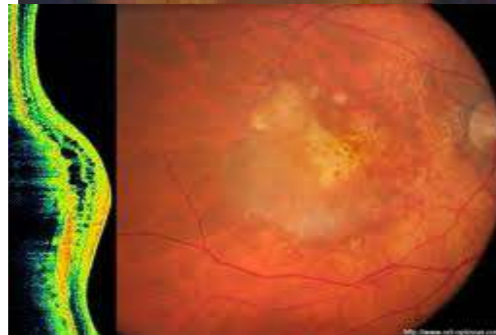
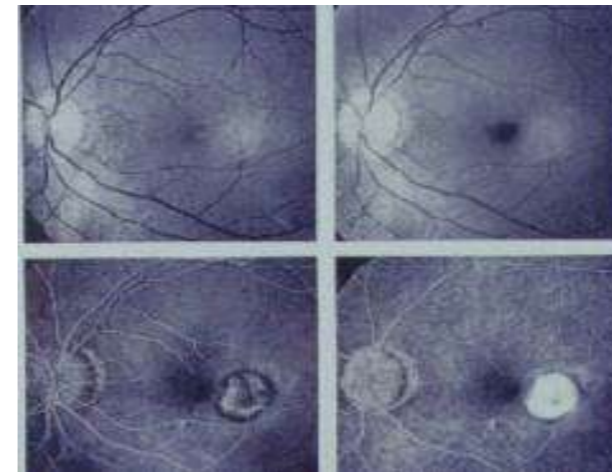
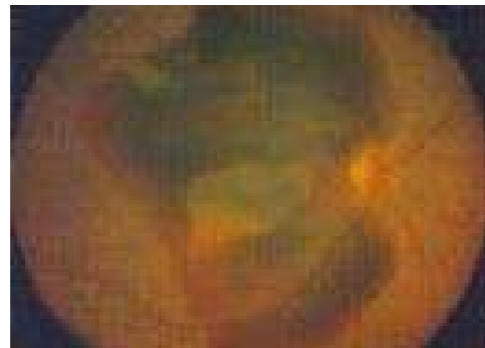
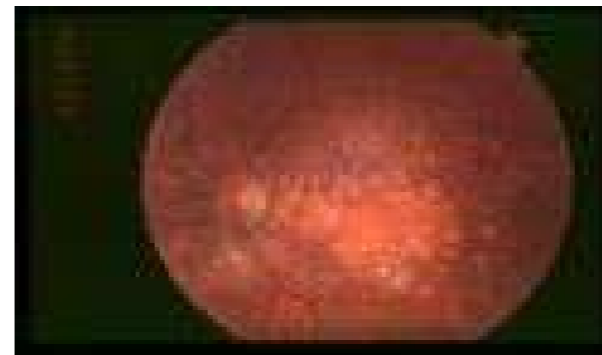
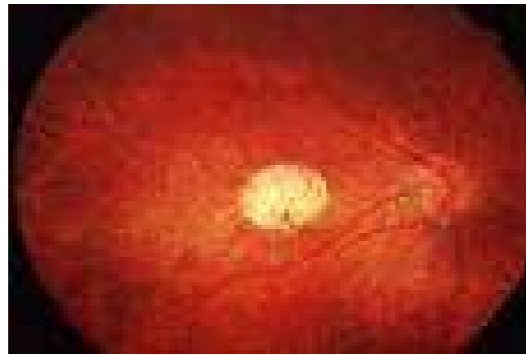
- Les pathologies rétiniennes médicales: VP>VL
- Le **diabète**: Première cause de **cécité** par **rétinopathie** ou de malvoyance par **maculopathie**, chez le patient jeune. Les BAV aigues sont dues à des **HIV**, des **OMD**. (Les plus chroniques sont dues à la cataracte..)
- Les autres **pathologies vasculaire rétiniennes**: OACR-OVCR- OBVR (bilan cardio vasculaire).
- La **DMLA**.
- Cas particuliers: La CRSC, certaines uvéites postérieures ou intermédiaires.







# Dégénérescence maculaire liée à l'âge

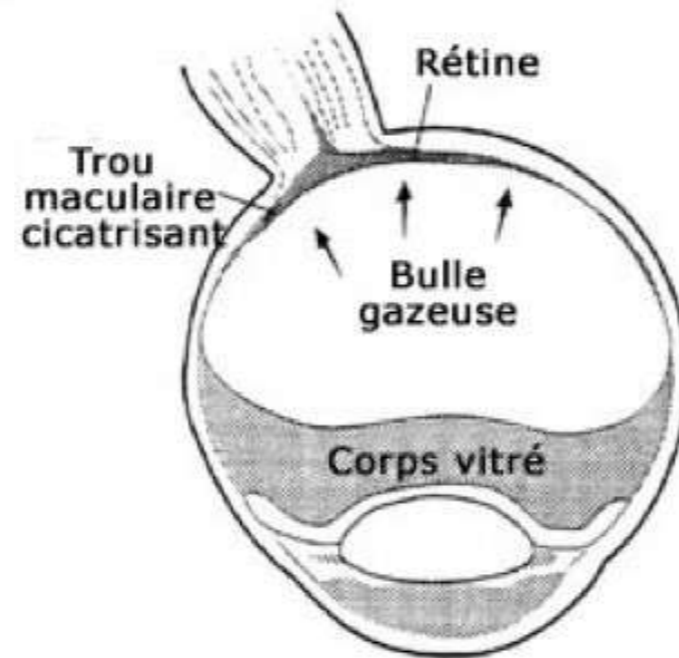
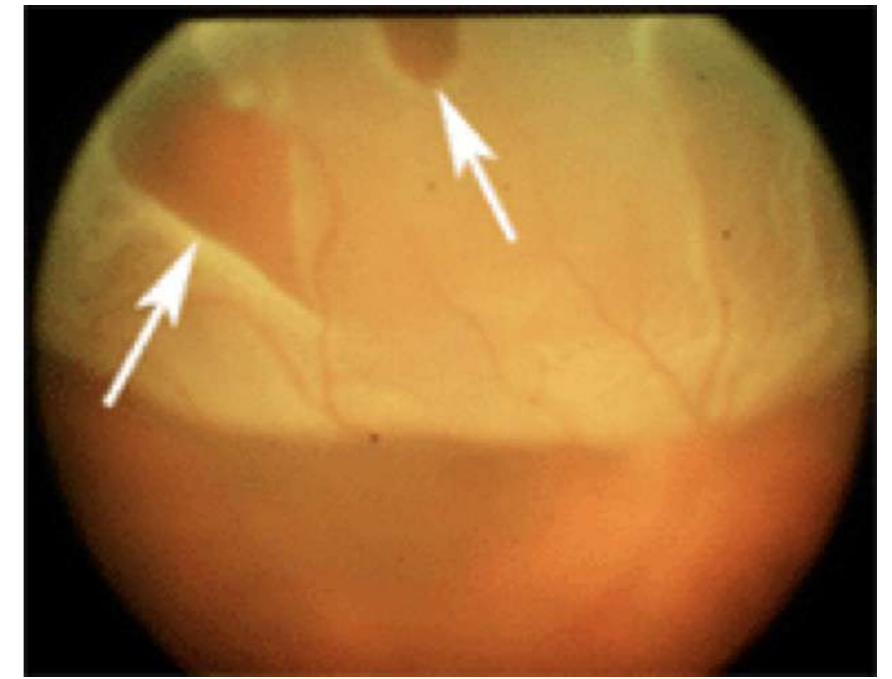
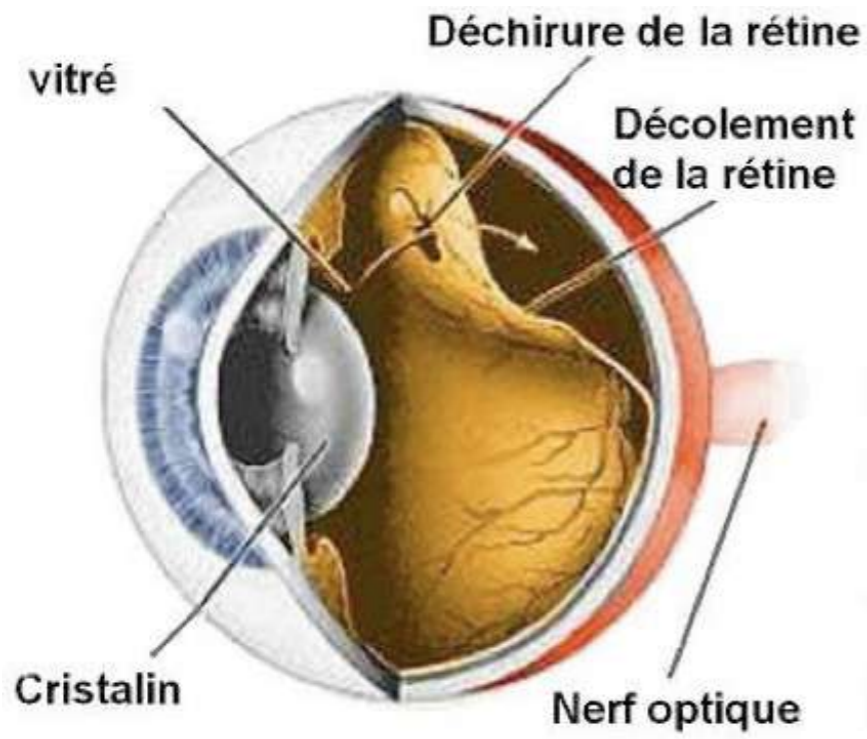


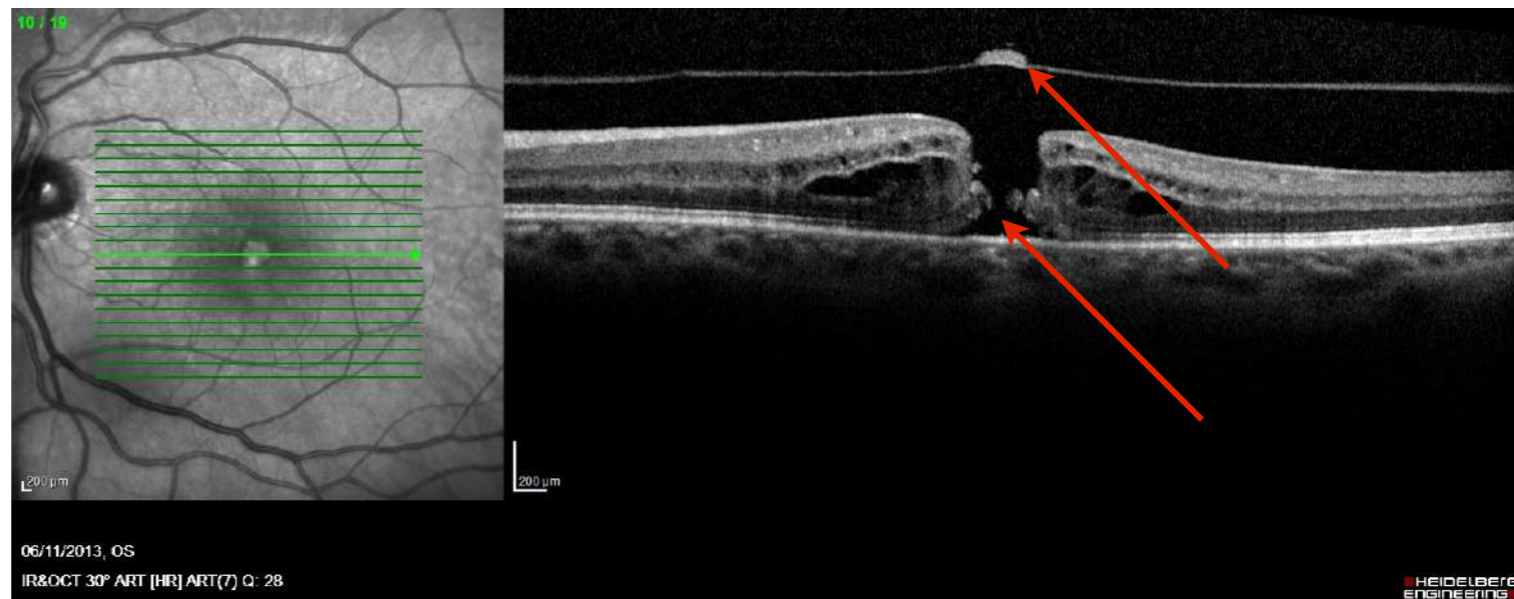
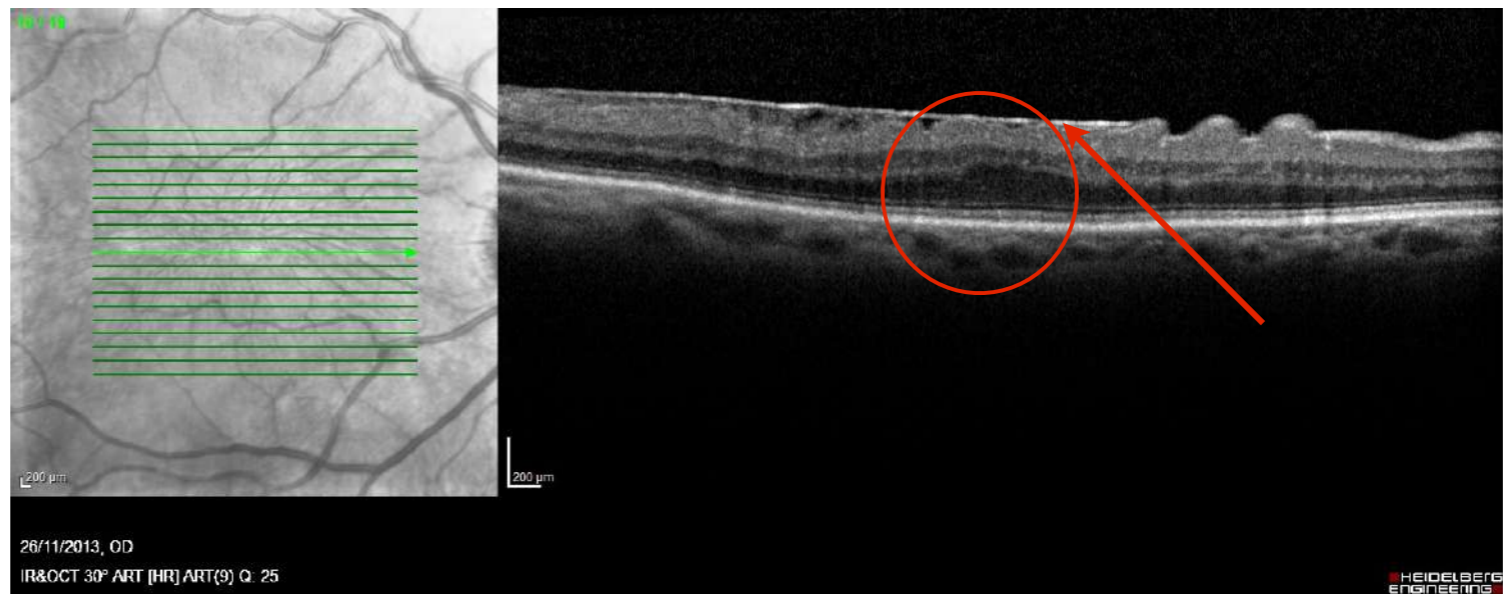
# Traitements



# BAV brutale sans douleurs mais non moins urgentes

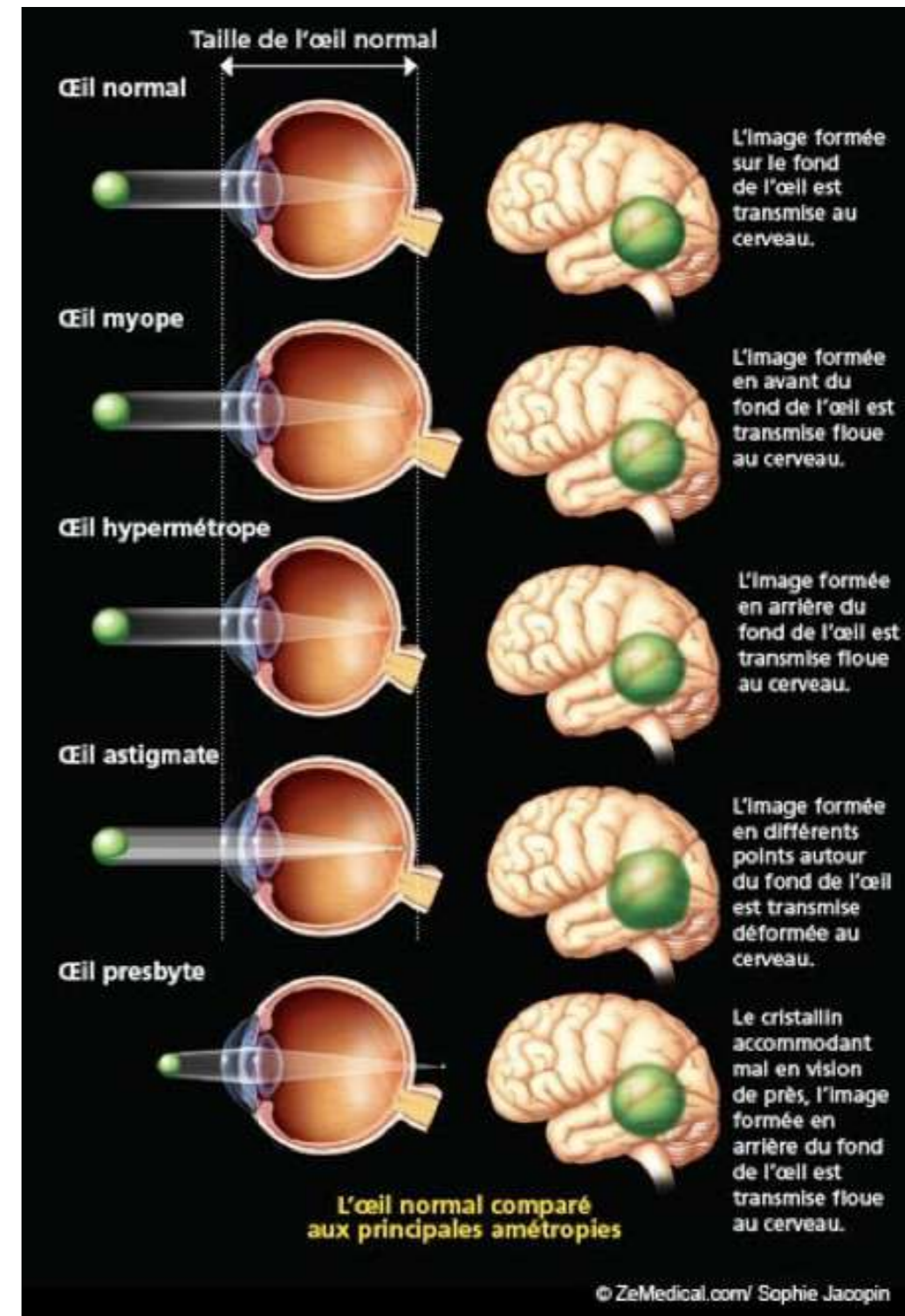
- Les pathologies rétiniennes chirurgicales:
- Le **décollement** de rétine.
- Les **complications** de la **chirurgie** de la cataracte.
- Les **hémorragies** intravitréennes.
- Certaines **maculopathies**.





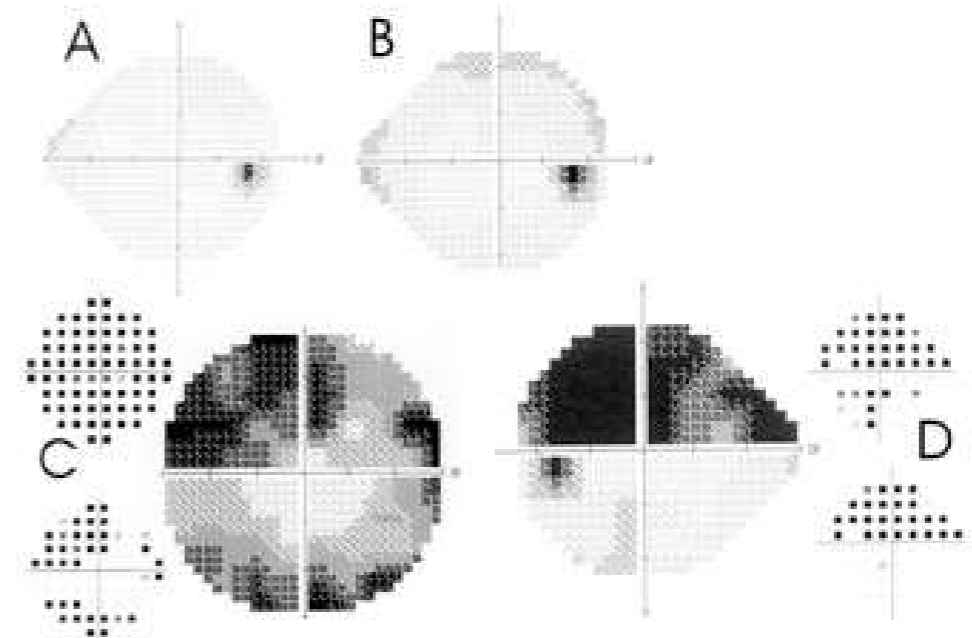
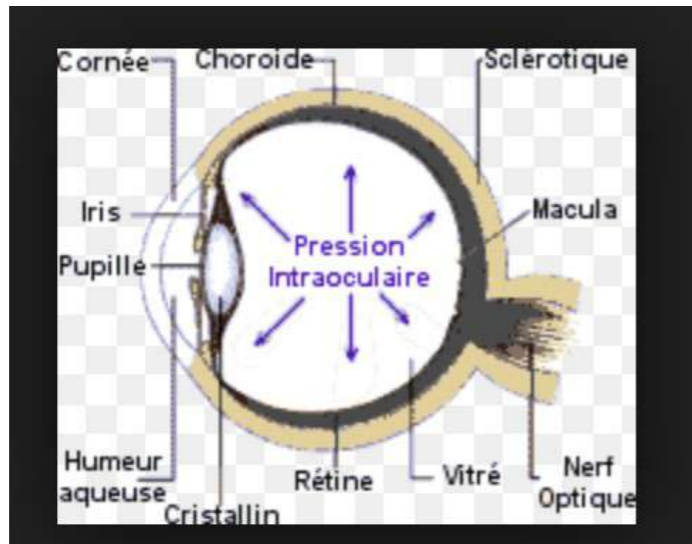
# BAV sans douleurs, non urgentes

- Les amétropies:
- Souvent diagnostiquées pendant l'enfance.
- Parfois plus tard: adolescences, adultes jeunes, presbytes...
- Asthénopie+++



# BAV sans douleurs non urgentes:

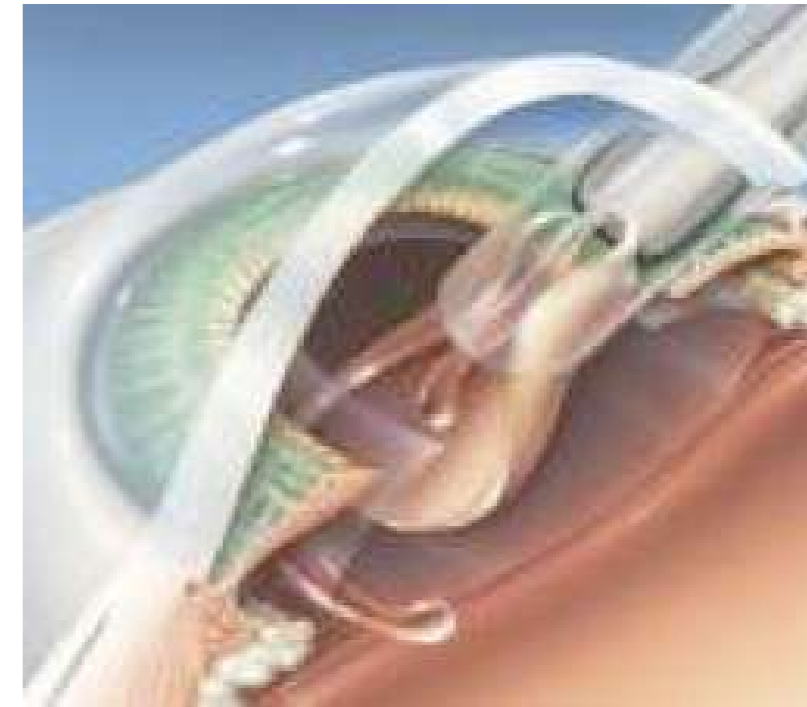
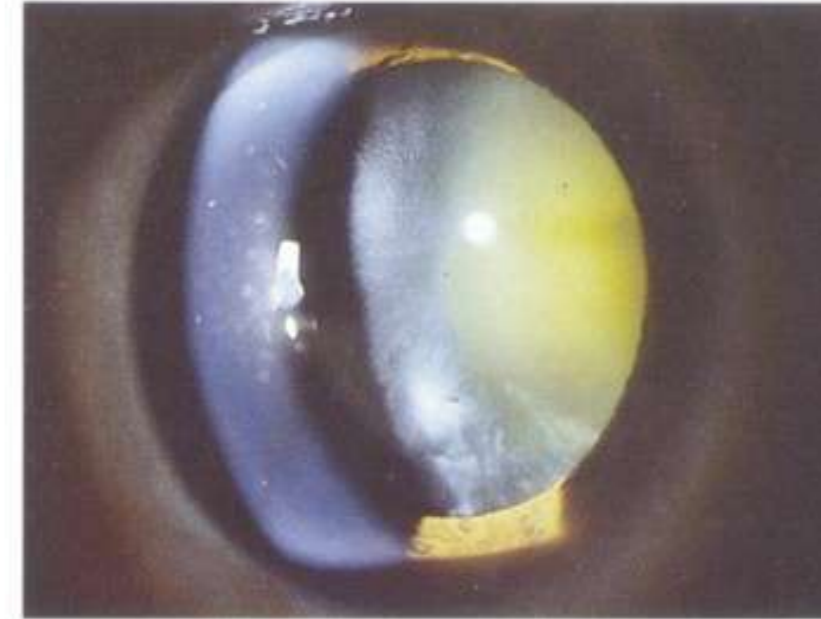
- Le **Glaucome**:
- NEUROPATHIE OPTIQUE ANTERIEURE PROGRESSIVE CHRONIQUE CARACTERISEE PAR DES ANOMALIES DE LA PAPILLE OPTIQUE ET DES ALTERATIONS DU CHAMPS VISUEL ET ASSOCIÉE A UNE HYPERTONIE DANS LA MAJORITE DES CAS
- GPAO en France. Première cause de cécité chez les plus de 50 ans.
- Aux stades précoces, il s'agit d'un rétrécissement du CV non perçu.
- Dans les stades ultérieurs, le patient heurte des obstacles.
- A la fin de l'évolution: BAV centrale.
- Traitement: Collyre à vie++++, parfois LASER ou chirurgie.





# BAV sans douleurs non urgentes

- La cataracte:
- Première cause de cécité curable.
- Patients âgés.
- VL>VP



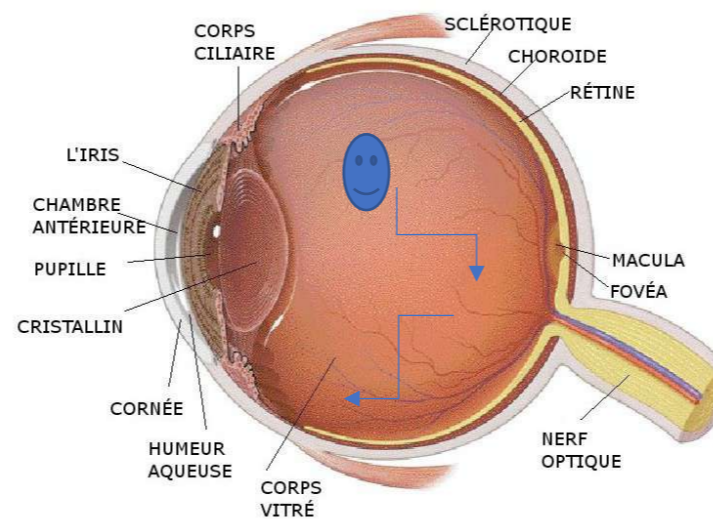
# Cas particulier: les myodésopsies:

- Les points noirs- les mouches volantes- les toiles d'araignées= opacités vitréennes
- **DPV physiologique**: Entraîne la perception de corps flottants(s)- pas ou peu de flashes- pas d'amputation du CV.
- **Autres circonstances**: les uvéites- les hémorragies intra vitréenne
- Un ex Ophtalmologique n'est **pas indispensable** sans signes d'alerte.
- **Signes de gravité**:

Phosphènes: flash.

Pluie de suie.

Amputation CV.



# Conclusion

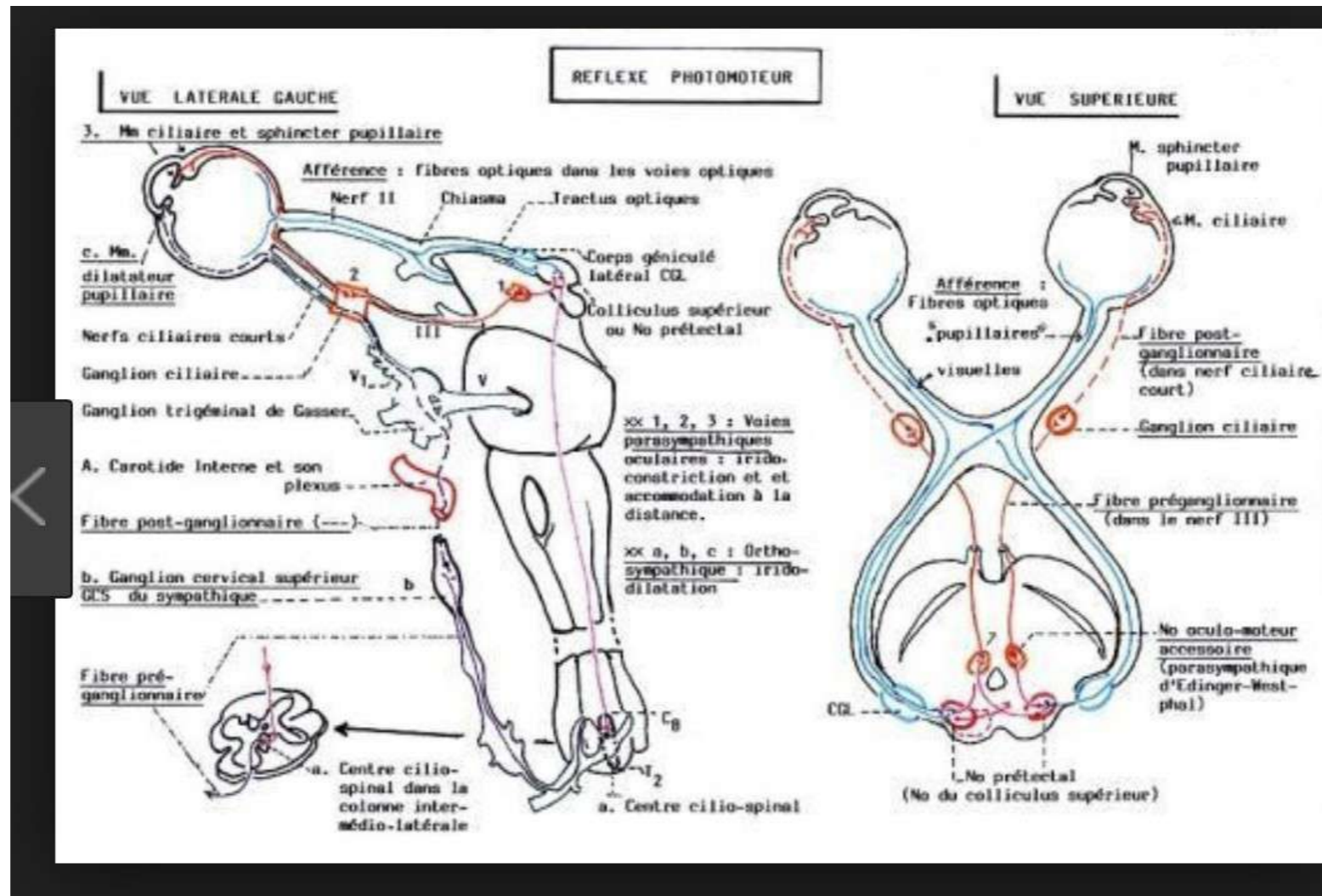
- L'œil est l'organe de la vision, quand il est malade sa fonction s'altère.
- Savoir que l'acuité visuelle est un paramètre commode pour évaluer a fonction, mais qu'il ne saurait, à lui seul, la représenter.
- Une **BAV brutale est urgente accompagnée ou non de douleurs.**
- Une BAV **progressive n'est pas urgente.**
- Savoir dissocier la **douleurs des troubles visuels.**

# SOMMAIRE

- Rappels anatomiques
- Examen ophtalmologique au cabinet de médecine générale
- Oeil douloureux
- L'oeil rouge non douloureux
- La baisse d'acuité visuelle
- Anomalies pupillaires
- Dipopie
- Pathologie palpébrale
- Autres pathologies fréquentes
- Cas cliniques (si on a le temps)

# Les anomalies du reflexes photo-moteur:

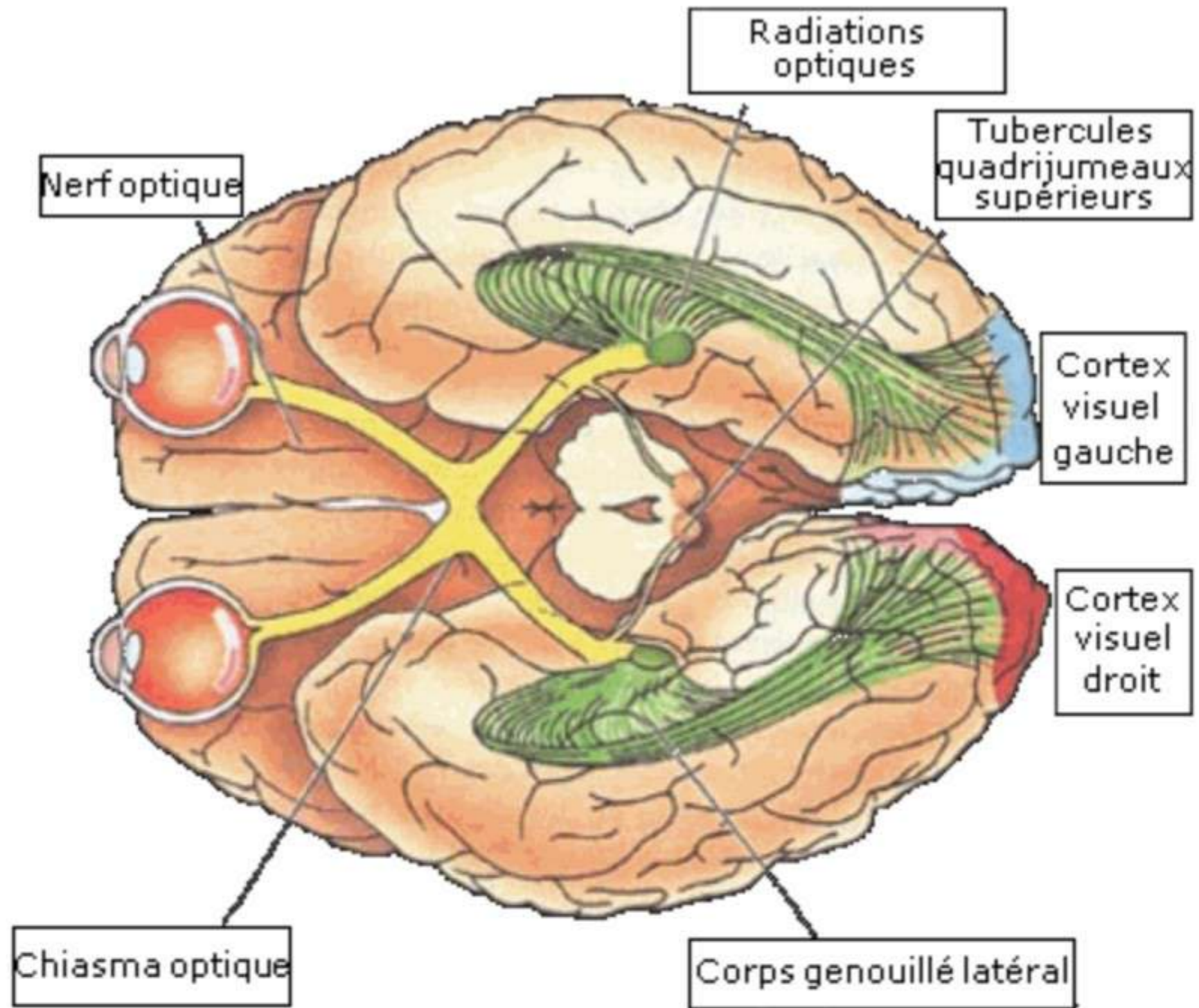
# Trop compliqué?



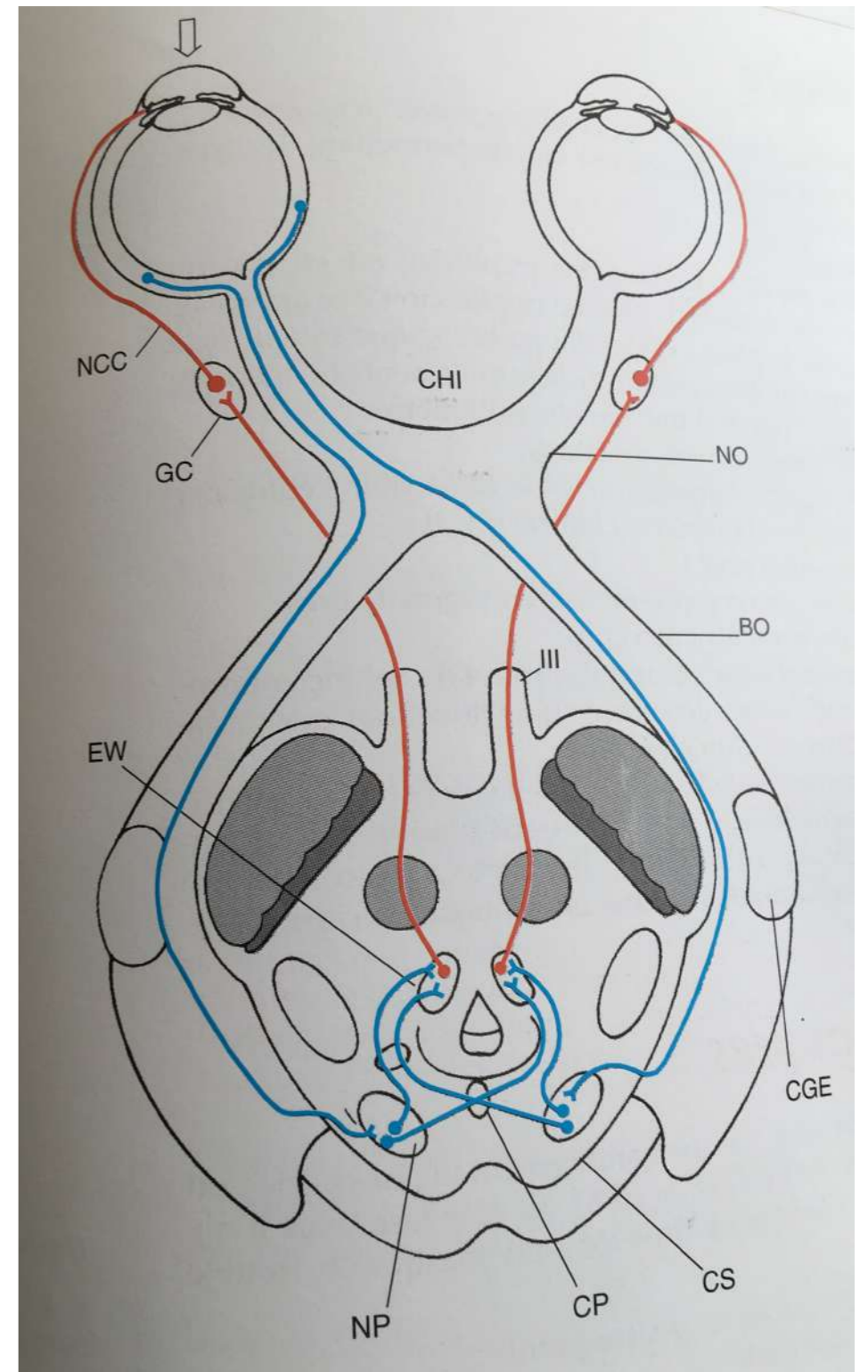
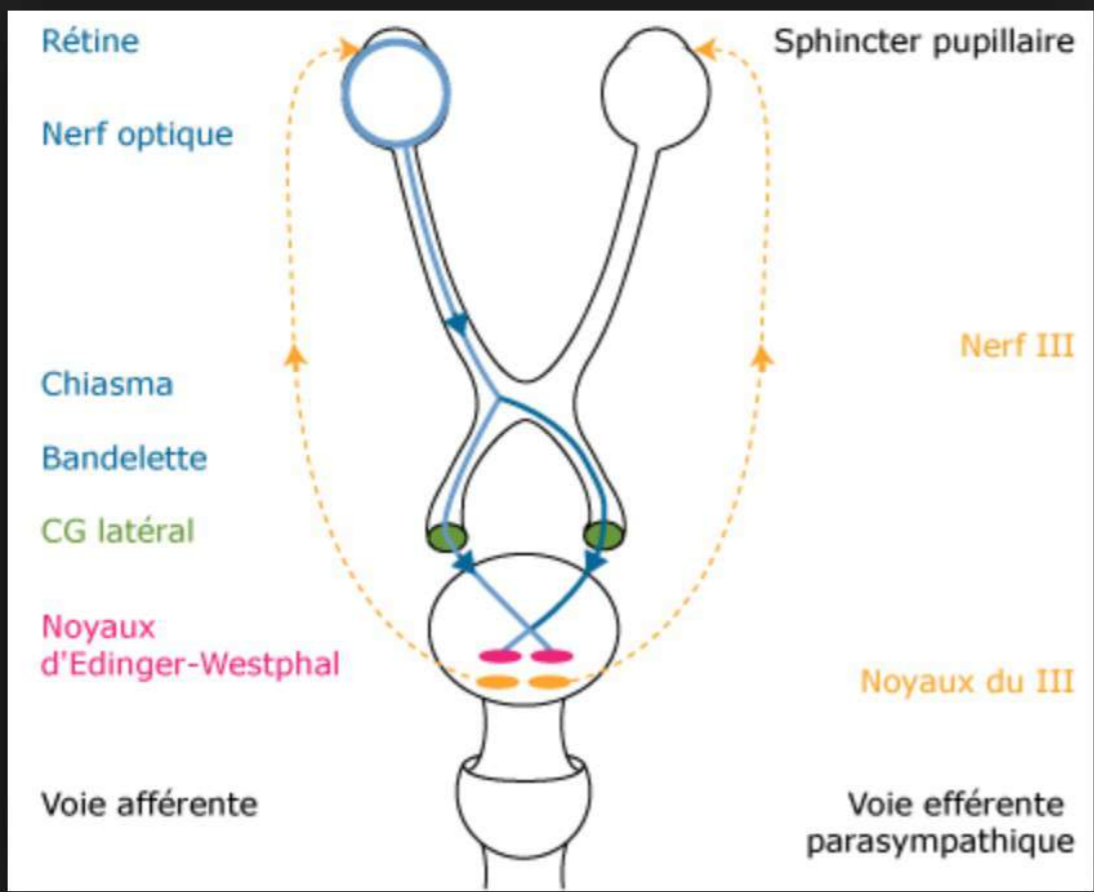
Sans doute un peu

# Le Reflexe pupillo-moteur, que retenir?:

- 2 muscles antagonistes au niveau de l'iris: Le sphincter- le dilatateur.
- **Myosis** à l'éblouissement.
- **Mydriase** à l'obscurité.
- **Les pupilles normales sont symétriques: Isocorie**
- **Si Anisocorie: Savoir s'il s'agit d'une mydriase ou d'un myosis.**
- **Si Anisocorie + Douleurs (céphalées ou cervicalgies) urgences++  
Imagerie.**
- **Si Anisocorie + Diplopie: Urgences imagerie.**
- **Si Mydriase strictement isolée.**
  
- **En cas de problème, deux options:**
  
- **Direct chez le neuro**

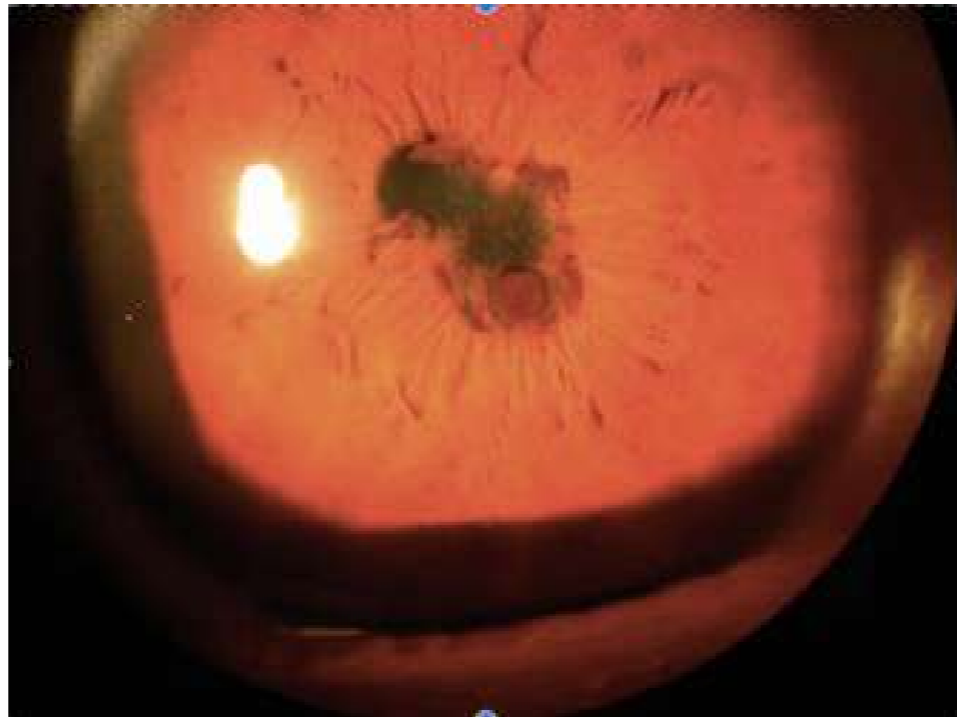






# Le contexte:

- **Traumatisme?** Orbitaire? cranien?
- Les **ATCD**: Diabète? AVC?
- **L'âge**: enfant++ patients âgés.
- Le mode de **survenue**: perçue en temps réel? Découverte fortuite?
- Accompagnée de BAV? De flou? De **DOULEURS+++++++** de **diplopie d'amputations du CV**.
- Accompagnée de signes neurologiques?
- Cas particuliers++ qui ne nécessitent pas d'aller plus loin.
- Anomalies du segment antérieur: Uvéites antérieures, chirurgies endoculaires

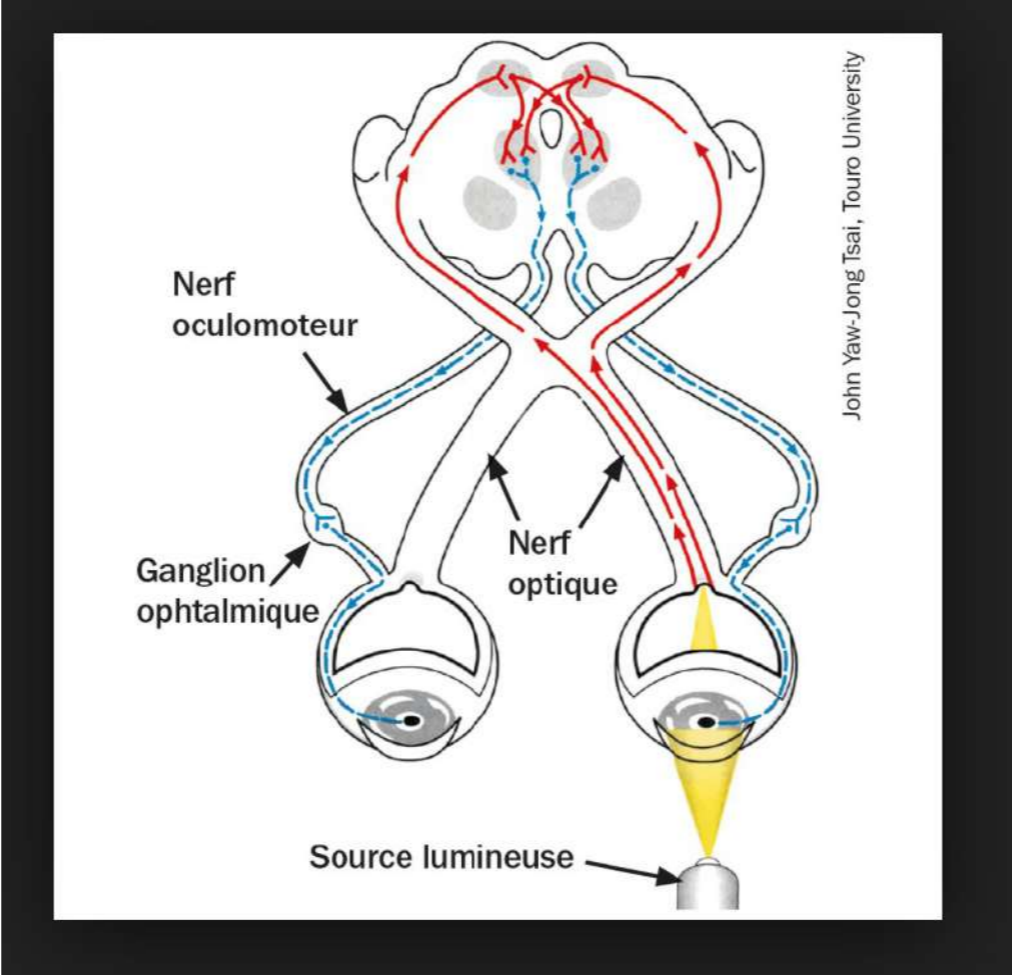


# Les troubles bilatéraux:

- Dans ce cas: Isocorie ou presque.
- Quasiment toujours **neurologiques**.
- Associés souvent à des troubles de la **conscience**.
- **Mydriase** bilatérale: Engagement amygdalien-Parinaud- TT  
Atropiniques.
- **Myosis** bilatéral: Syndrome d'Argill Robertson- Morphinique.

# Anisocorie: La mydriase unilatérale

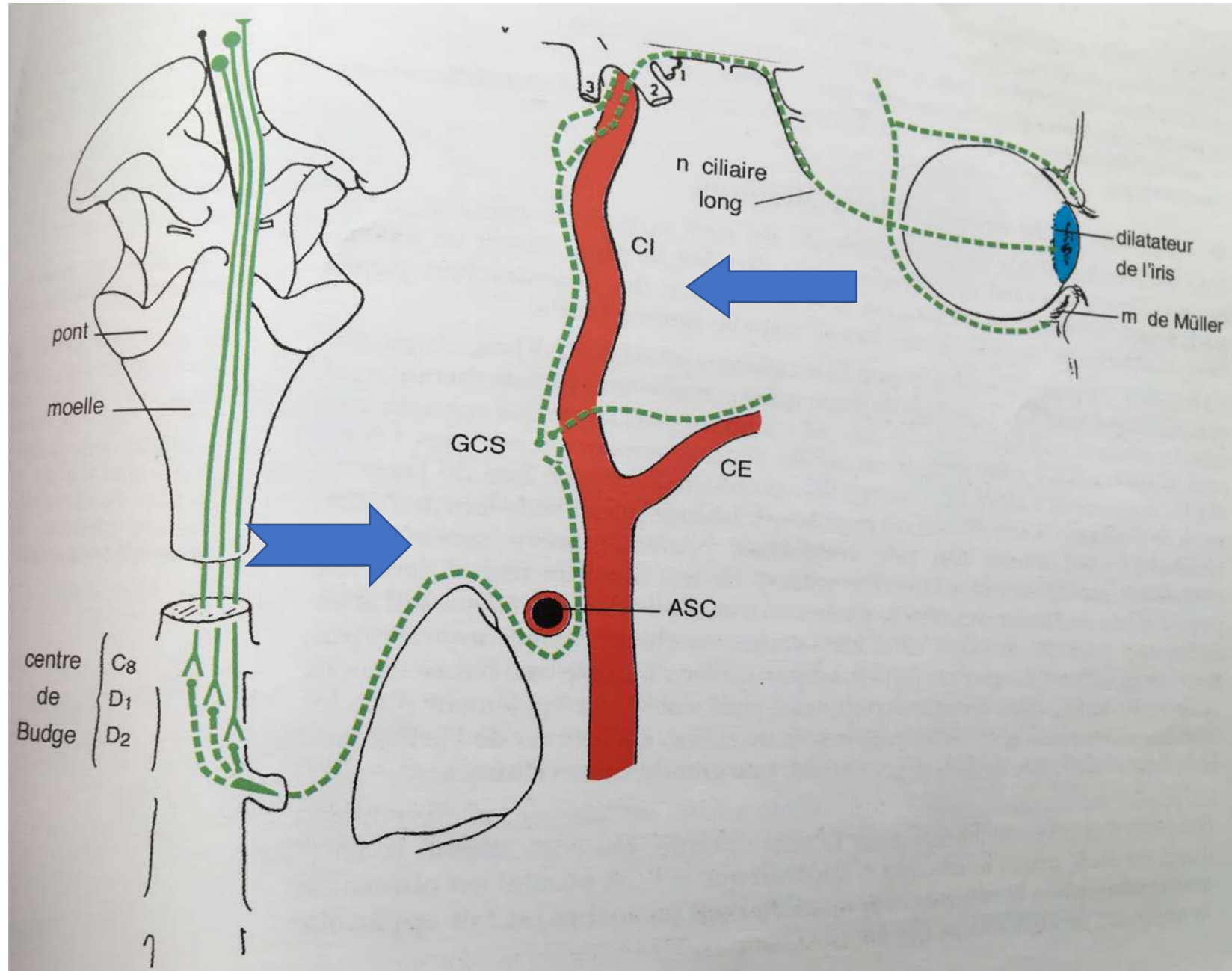
- La pupille malade est celle qui varie peu.
- L'asymétrie se majore en lumière intense et devient peu évidente dans l'obscurité.
- On redoute la compression par un anévrisme de la communicante antérieure.
- Si DOULEURS urgences extrême.
- Angio TDM++++
- Associée à une **diplopie**: compression du 3+++



# Anisocorie:Le myosis unilatéral

- La pupille malade est celle qui varie peu.
- L'asymétrie se majore dans l'obscurité et devient peu évidente en lumière intense.
- On redoute une dissection carotidienne++ dans la CBH (Ptosis-myosis-enophtalmie)
- TDM Th- EDVC +/- AngioIRM

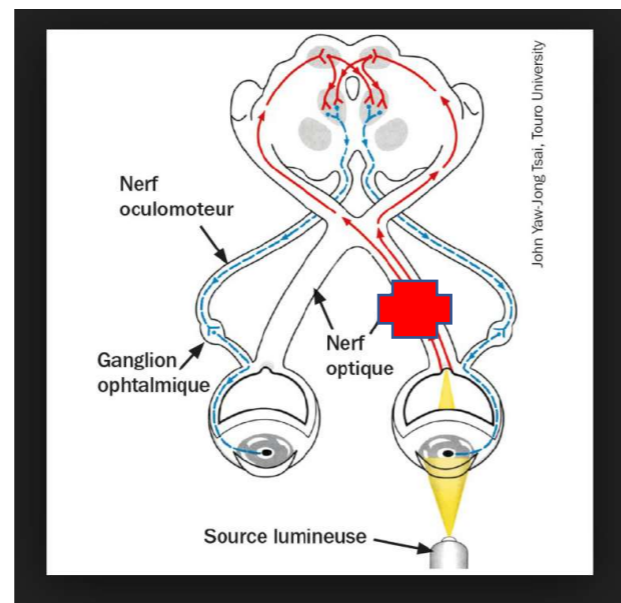
# explore l'apex du poumon et la carotide





# La Pupille de Marcus Gun

- Anomalie du reflexe photo-moteur afférent relatif (DPAR).
- Le réflexe consensuel > direct.
- Pathologie du NO+++ NORB (associé BAV- troubles du CV-Douleurs retro bulbaires- Vision des couleurs).



# Cas particulier: la Pupille d'Addie:

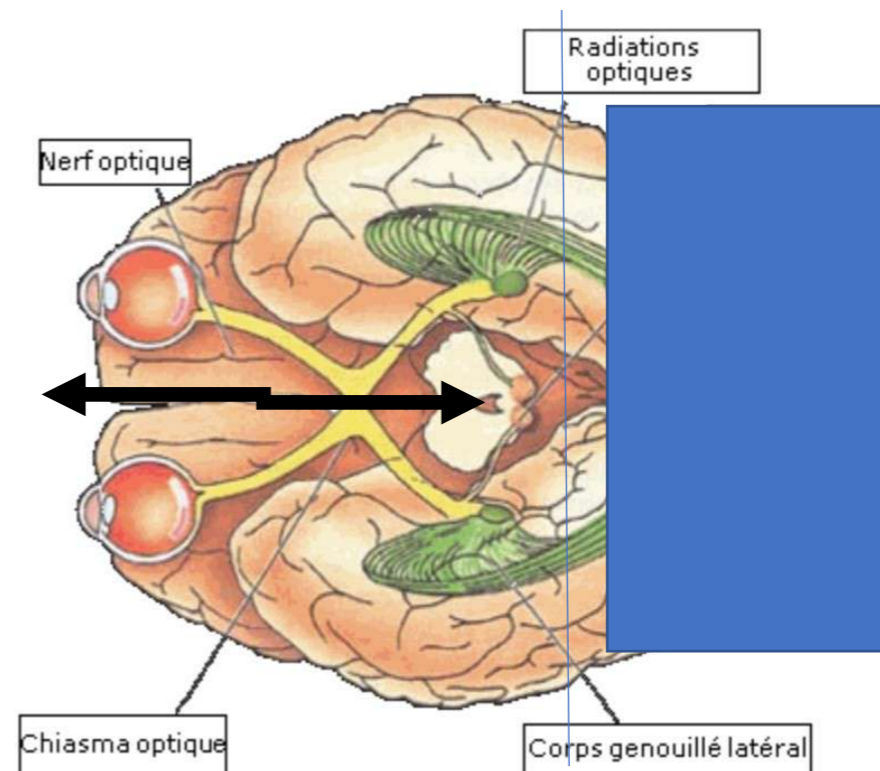
- Pupille de dénervation.
- Anisocorie avec dilatation de la pupille malade.
- Bénigne.

# Cas particulier: la pupille amaurotique:

- Isocorie les deux ouverts.
- Dilatation franche de la pupille malade lors de l'occlusion de l'œil sain.

# Cas particulier: la cécité corticale:

- Cécité + préservation du RPM.
- Patient dans le dénis de leurs troubles, présente des hallucinations, des troubles phasiques et gnosiques mimant un tableau psychiatrique.



# Conclusion:

- De préférence chez le neurologue.

# SOMMAIRE

- Rappels anatomiques
- Examen ophtalmologique au cabinet de médecine générale
- Oeil douloureux
- L'oeil rouge non douloureux
- La baisse d'acuité visuelle
- Anomalies pupillaires
- Dipopie
- Pathologie palpébrale
- Autres pathologies fréquentes
- Cas cliniques (si on a le temps)

## Diplopie Monoculaire:

Trouble de la transparence des milieux  
(cataracte, kératocône, cicatrice  
cornéenne...)

# Diplopie Binoculaire = URGENCE NEURO!!

Patient à adresser en neuro en premier pour éliminer urgence neuro-chir ou vasculaire avant de rechercher des causes ophtalmologiques.

Examen de la motilité oculaire et des pupilles pour rechercher une paralysie du III ou du VI++++++

- Causes vasculaires :

- accidents vasculaires cérébraux

- anévrismes intracrâniens ++++ (anévrisme de la communicante postérieure) - fistule carotido-caverneuse

- Penser à la maladie de Horton !!

- maladie de Basedow

- tumeurs de l'orbite

- diabète

- Traumatiques : fractures du plancher de l'orbite

- syndrome de Tolosa-Hunt

- Sclérose en plaques : - paralysie du VI

- Myasthénie Urgence neurologique



# SOMMAIRE

- Rappels anatomiques
- Examen ophtalmologique au cabinet de médecine générale
- Oeil douloureux
- L'oeil rouge non douloureux
- La baisse d'acuité visuelle
- Anomalies pupillaires
- Diplopie
- Pathologie palpébrale
- Autres pathologies fréquentes
- Cas cliniques (si on a le temps)

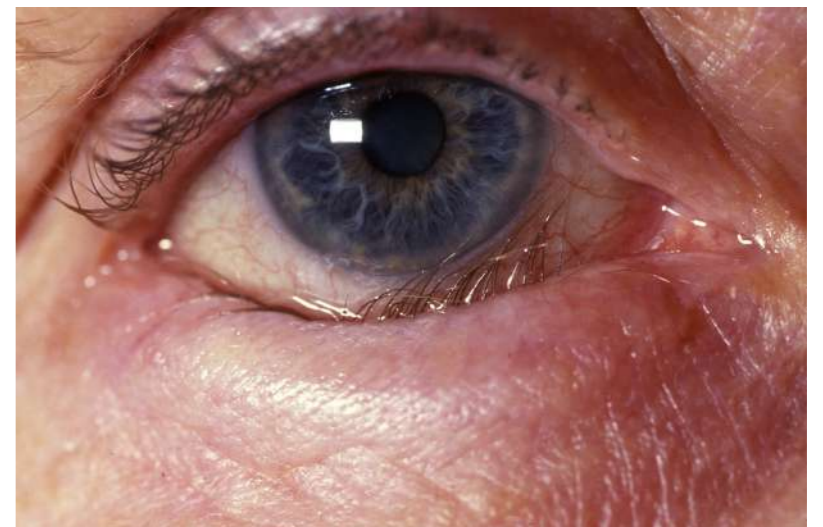
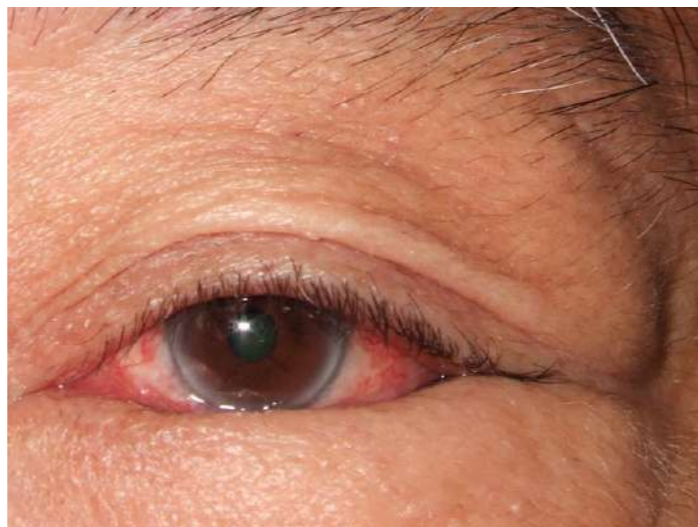
# PATHOLOGIES PALPEBRALES

Troubles de la statique palpébrale...

## Ectropion



## Entropion



# Larmoiement isolé:

Le larmoiement isolé n'est jamais une urgence!

- Du à un trouble de la statique palpébrale si intermittent.
- Du à obstruction de la voie lacrymale si permanent.

Pénible au quotidien pour les patients mais pas grave.

Larmes grasses (celluvisc...) pour tenter de stabiliser le film lacrymal.

Si pas mieux, sondage voie lacrymale... et chirurgie (DCRS...)

# Dacryocystite

La Dacryocystite est une infection du sac lacrymal qui conduit parfois à la formation d'un abcès.

Infection à staphylocoque ou streptocoque.

Souvent conséquence d'une obstruction du canal lacrymo-nasal.

Pression sur le sac lacrymal douloureux entraîne un reflux purulent.

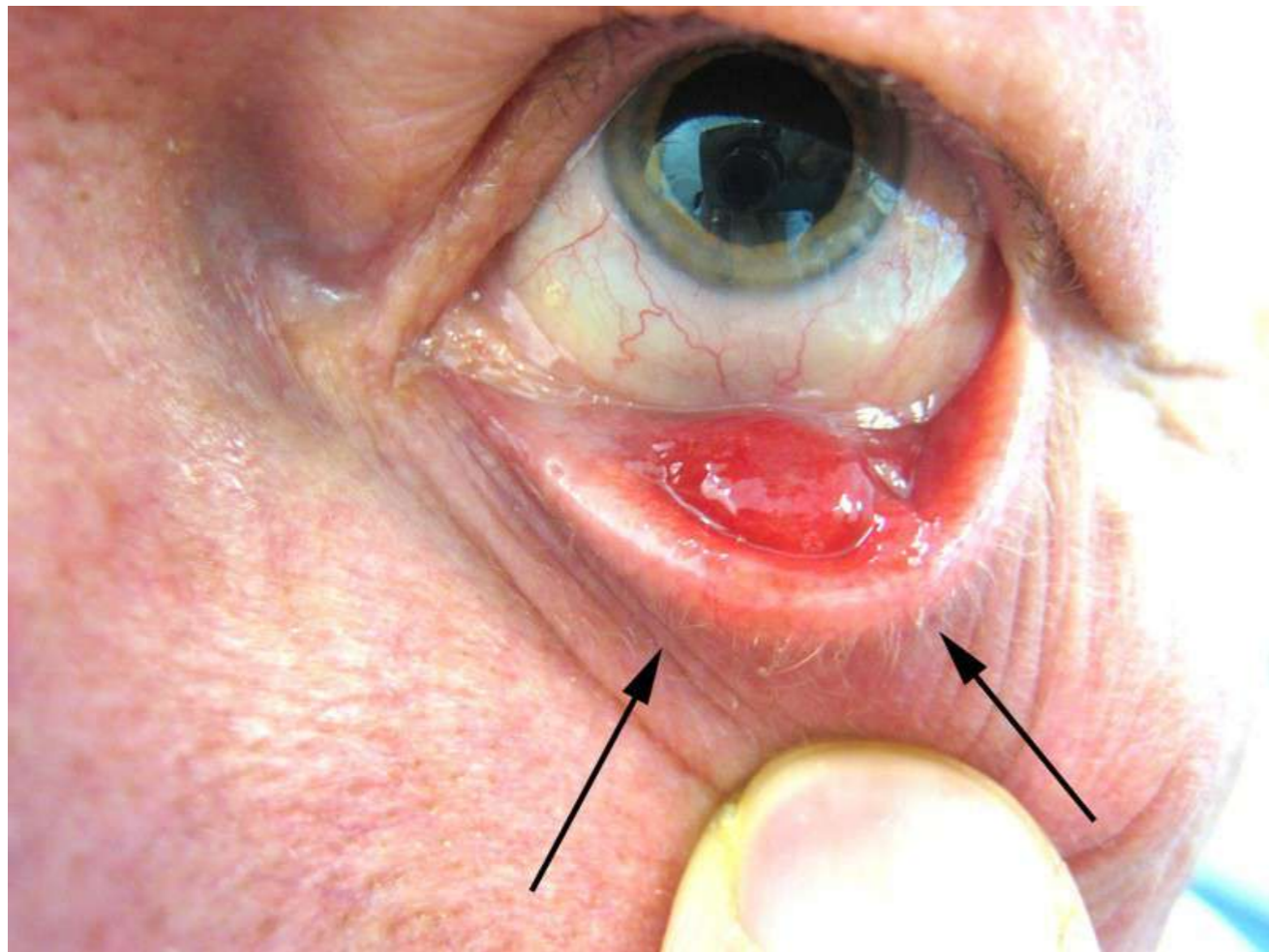
TT: Massages et surtout antibiotiques (Augmentin).

A froid indication à DCRS (Dacryo Cysto Rhino Stomie)

# Dacryocystite



# CHALAZION



# CHALAZION = Non Urgent

Engorgement et inflammation des glandes de meibomius.

Lésion bénigne dysesthétique mais pas grave... raison pour laquelle...

Il n'y a jamais d'urgence chir !

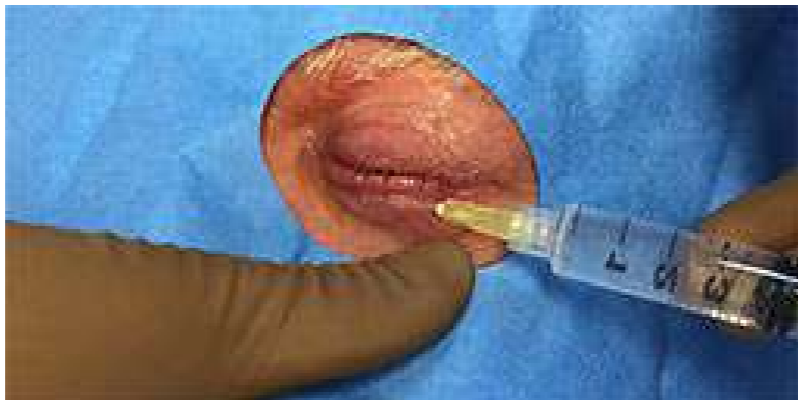
Ttt:

- Chaleur et massage de paupière primordial++++
- Corticoïdes locaux (sterdex ou maxidrol-pommade 10 jours dans l'oeil et sur les paupières)

Faire 2 cures avec 10 jours d'intervalle si persiste.

- Si echec après plusieurs cures, chirurgie pour vider la collection sous anesthésie locale (générale chez l'enfant).

Vérifier la réfraction chez l'enfant...



# Ptosis d'apparition brutale



Éliminer urgence neurologique:

- Paralysie du III
- Claude Bernard Horner



# SOMMAIRE

- Rappels anatomiques
- Examen ophtalmologique au cabinet de médecine générale
- Oeil douloureux
- L'oeil rouge non douloureux
- La baisse d'acuité visuelle
- Anomalies pupillaires
- Diplopie
- Pathologie palpébrale
- Autres pathologies fréquentes
- Cas cliniques (si on a le temps)

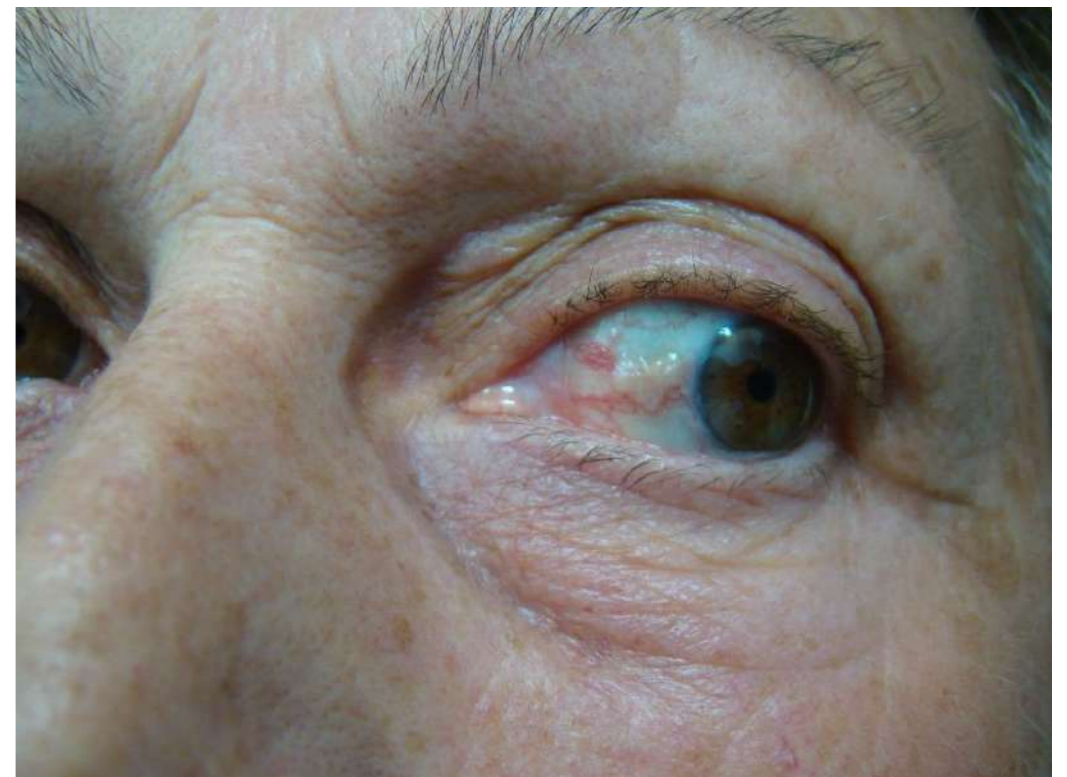
# AUTRES motifs de consultation...

## Pingvécula: NON URGENT

- Formation kystique jaunâtre située sur la conjonctive, en relief, de volume comparable à celui d'une petite lentille.
- Sa localisation (dans le blanc de l'œil près de l'angle interne de l'œil) inquiète souvent les patients qui la remarquent inopinément alors qu'elle évolue souvent depuis plus longtemps.

Si inflammation, on parle de **pinguéculte**.

- TTT: En cas de Pinguéculte, Anti-inflammatoire., Lubrifiants: Celluvisc 1Gte 4x/j 7 jours.
- Si gêne esthétique... Chirurgie.



# AUTRES causes d'œil rouge...

## Ptérygion: NON URGENT

- Epaissement de la conjonctive sous la forme d'un triangle dont la base est située vers l'extérieur de l'œil et dont le sommet se dirige vers la cornée l'envahissant progressivement.

- favorisé par des expositions prolongées au soleil, au vent mais également à toutes les intempéries. C'est sans doute pour cette raison que le ptérygion s'observe particulièrement dans les pays tropicaux.

- **Evolution :**

- envahissement de la cornée.

- Si proche de l'axe visuel, il peut être à l'origine d'une diminution de l'acuité visuelle.

- Si poussée inflammatoire, TTT: Anti-inflammatoires Lubrifiants

- L'intervention chirurgicale est nécessaire dans le cas où le ptérygion envahit la cornée.



# CONCLUSION (A refaire)

## 4 URGENCES OPHTALMOLOGIQUES ABSOLUES:

Plaie de globe...

Endophtalmie

Abcés sous lentilles

Glaucome par fermeture de l'angle

## AVIS OPHTALMO NECESSAIRE

Si baisse d'acuité visuelle (brutale ou rapidement progressive)

Sauf CE évident ou érosions cornéennes superficielles...

et... avis au moindre doute !!

Numéro d'urgence : COP: 05-33-09-26-95

Merci pour votre attention !!



# SOMMAIRE

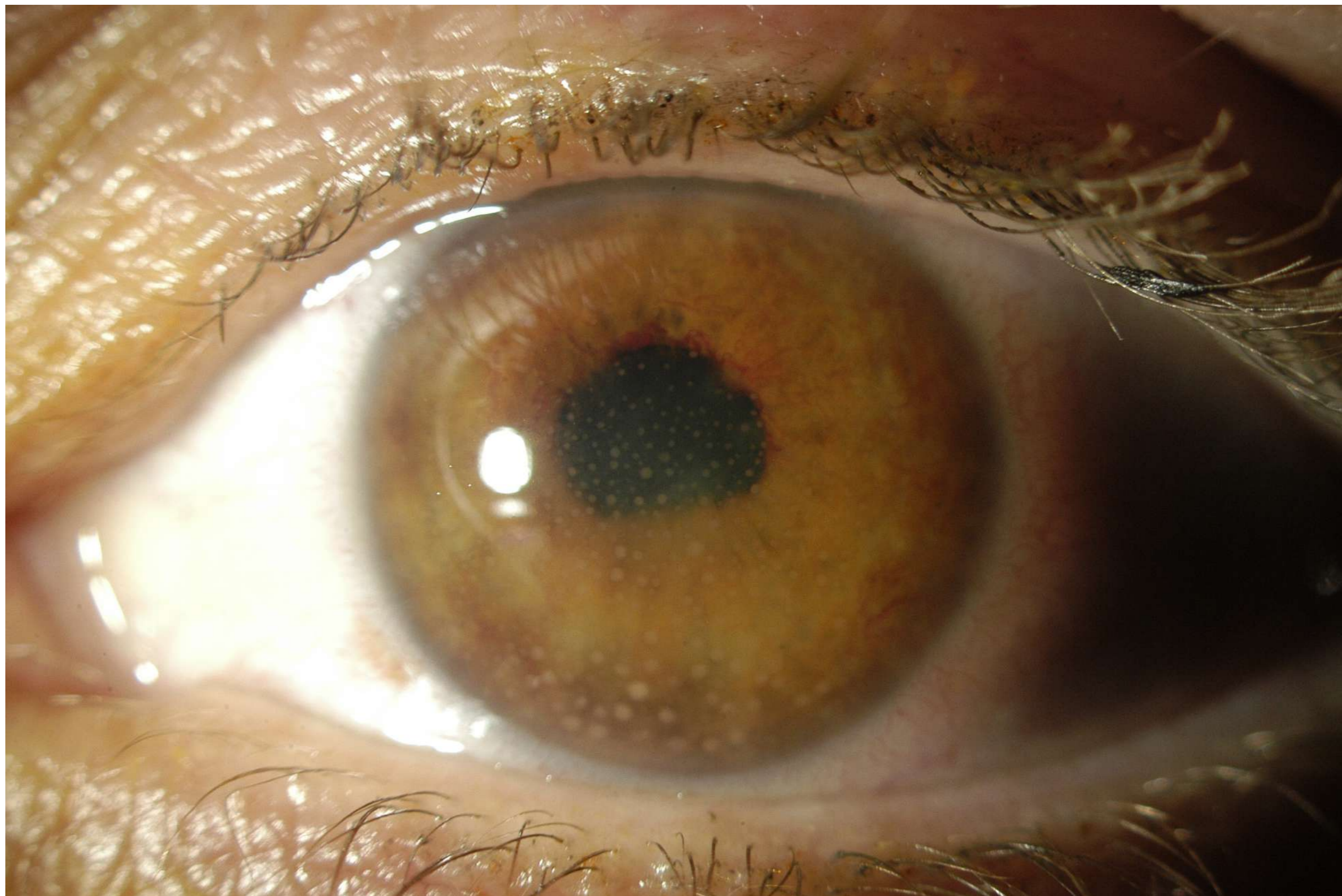
- Rappels anatomiques
- Examen ophtalmologique au cabinet de médecine générale
- Oeil douloureux
- L'oeil rouge non douloureux
- La baisse d'acuité visuelle
- Anomalies pupillaires
- Diplopie
- Pathologie palpébrale
- Autres pathologies fréquentes
- Cas cliniques (si on a le temps)

# Cas 1





# Cas 2



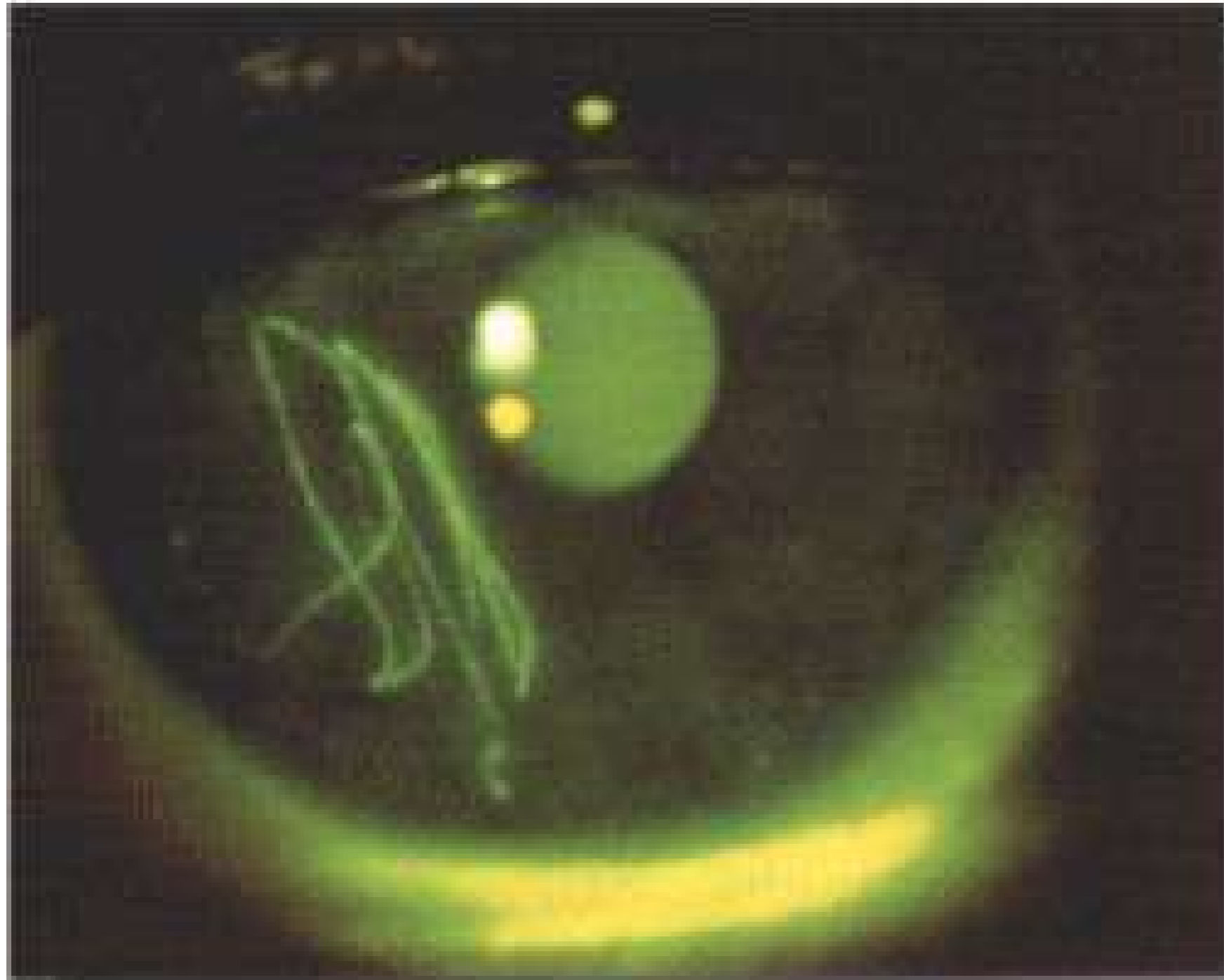
# Cas 3



# Cas 4



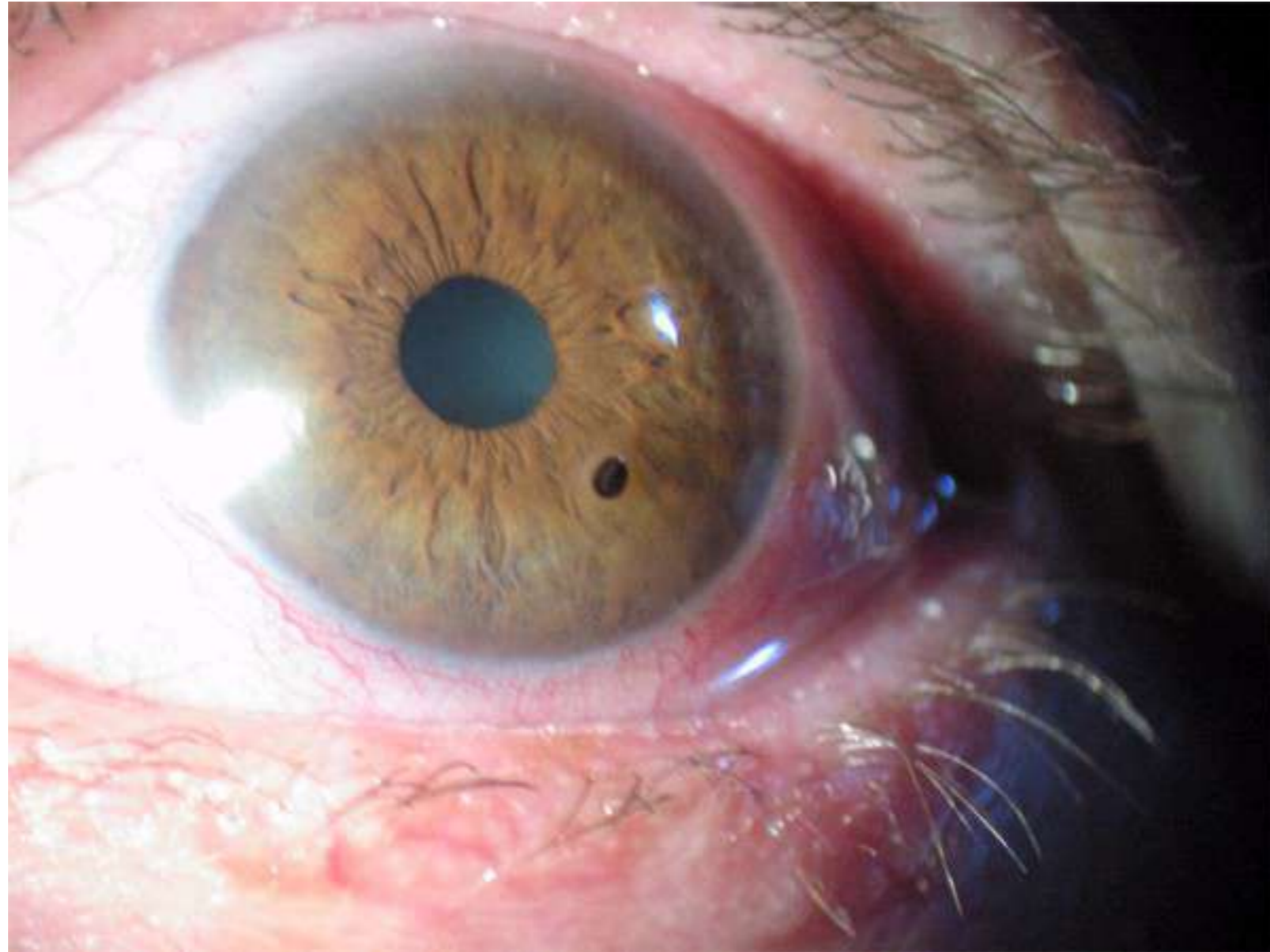
# Cas 5



# Cas 5



# Cas 6



# Cas 7



# Cas 7 rigolo...

