



# Garder l'œil ouvert

Johanne Morency

5

**En ophtalmologie, comme en médecine générale, les présentations les plus spectaculaires ne sont pas nécessairement les plus graves. Examinons donc le cas de ces quelques patients et, surtout, ouvrons l'œil!**

## M<sup>me</sup> Coulombe a du sang dans un œil!

M<sup>me</sup> Coulombe, 55 ans, se présente à l'urgence. Elle s'est levée en pleine nuit pour aller à la salle de bain et, en se lavant les mains devant le miroir, elle a aperçu son œil... rempli de sang! Elle était tellement inquiète qu'elle s'est rendue à l'hôpital sans même prendre le temps de se changer ni d'apporter ses lunettes. La mesure de son acuité visuelle à l'aide du trou sténopéique vous donne un résultat de 20/40 (6/12) pour les deux yeux. La patiente ne se plaint d'ailleurs pas d'une baisse de vision. Elle n'éprouve aucune douleur oculaire et n'a ni nausées ni vomissements. Elle mentionne qu'elle fait présentement une crise d'arthrite et qu'elle a pris de l'aspirine régulièrement au cours des derniers jours. À l'examen, son œil est très rouge (*photo 1*). La cornée est claire tandis que les pupilles sont normales et réagissent bien à la lumière. La pression oculaire est également normale. Vous ne notez pas de déficit pupillaire afférent (voir l'article du D<sup>r</sup> Pierre Trottier intitulé « Les pertes de vision... faut y voir! » dans ce numéro), d'anomalies de la motilité oculaire, ni d'exophtalmie. Avec votre ophtalmoscope, vous réussissez même à examiner la rétine.

Vous rassurez donc M<sup>me</sup> Coulombe en lui expliquant que ce n'est qu'un vaisseau superficiel de la

*La D<sup>re</sup> Johanne Morency, ophtalmologiste, exerce au Centre universitaire d'ophtalmologie de Québec. Elle est professeure agrégée de clinique à l'Université Laval, à Québec.*



*Photo 1. Hémorragie sous-conjonctivale*

Photo: André Gaboury, CUO-HSS. Reproduction autorisée.

conjonctive qui a éclaté, qu'il n'y a pas de sang dans son œil (sa vue aurait baissé, et elle aurait noté la présence de corps flottants) et que la rougeur va se résorber d'elle-même. Il s'agit d'une hémorragie sous-conjonctivale, une manifestation oculaire qui ne nécessite aucun traitement et qui peut durer de dix à quinze jours. Tout le monde peut donc dormir en paix, y compris le résident en ophtalmologie qui vous remerciera de ne pas l'avoir réveillé!

L'hémorragie sous-conjonctivale, bien que parfois spectaculaire, est tout à fait bénigne et ne témoigne d'aucune maladie oculaire sous-jacente. En présence de récurrences fréquentes, il serait cependant souhaitable d'exclure la possibilité d'un trouble de la coagulation sanguine, principalement si le patient présente d'autres signes d'hémorragie.

**L'hémorragie sous-conjonctivale, bien que parfois spectaculaire, est tout à fait bénigne et ne témoigne d'aucune maladie oculaire sous-jacente.**

Repère

## Tableau I

### Diagnostic différentiel – Artérite temporale ou occlusion de l'artère centrale de la rétine

#### Artérite temporale

- Perte de vision soudaine, non douloureuse
- Absence d'amélioration au trou sténopéique
- Déficit pupillaire afférent
- Âge +++
- Symptômes généraux (fatigue, malaise, douleur à la mastication)
- Vitesse de sédimentation + taux de protéine C réactive élevés
- Urgence : moins d'une heure

#### Occlusion de l'artère centrale de la rétine

- Perte de vision soudaine, non douloureuse
- Absence d'amélioration au trou sténopéique
- Déficit pupillaire afférent
- Âge +
- Facteurs de risque cardiovasculaire : HTA, cholestérol, etc.
- Vitesse de sédimentation et taux de protéine C réactive normaux
- Urgence : fibrinolyse intra-artérielle sélective en moins de six heures

### M<sup>me</sup> Pichette ne voit plus d'un œil !

M<sup>me</sup> Pichette, 85 ans, se présente à votre cabinet accompagnée de sa fille. Elle vous explique qu'elle lavait sa vaisselle, lorsque tout est devenu noir devant son œil droit. Elle indique également qu'elle ne se sent pas très bien depuis quelques semaines : elle est plus fatiguée que d'habitude et a un peu de difficulté à monter le court escalier qui mène à son appartement. Elle a tout de même 85 ans ! La patiente a également noté la présence de phénomènes bizarres dans son œil : depuis quelque temps, il lui arrive de voir ce qu'elle décrit comme des lumières brillantes qui passent rapidement pendant quelques secondes. À l'examen, vous constatez une acuité visuelle d'à peine 20/400 (6/120) qui ne s'améliore pas au trou sténopéique. L'œil est blanc et, bien que les pupilles soient de taille égale, la patiente présente manifestement un déficit pupillaire afférent. La pression oculaire est normale. L'examen du fond de l'œil est difficile à faire, mais vous croyez voir une petite hémorragie près de la papille qui est un peu plus pâle et un peu plus floue que celle de gauche. Vous soupçonnez fortement la présence d'une artérite tempo-

rale. Effectivement, de nouveaux éléments sont recueillis à l'anamnèse, soit le signalement de symptômes éloquentes tels que des céphalées et une douleur à la mastication. Les résultats de laboratoire indiquent une élévation de la vitesse de sédimentation et du taux de protéine C réactive, ce qui vient confirmer votre diagnostic.

Vous téléphonez sans tarder au service des urgences ophtalmologiques et insistez pour que M<sup>me</sup> Pichette y soit vue très rapidement. Dès son admission, la patiente reçoit une corticothérapie par voie intraveineuse afin de protéger son autre œil. Une biopsie de l'artère temporale sera effectuée ultérieurement.

Une artérite temporale (*tableau I*) doit être soupçonnée chez tout patient de plus de 50 ans présentant une neuropathie optique ischémique sans facteur de risque d'artériosclérose (hypertension artérielle, diabète, hypercholestérolémie, etc.). La présomption augmente en présence de symptômes tels que des céphalées, une claudication de la mâchoire, une sensibilité du cuir chevelu, une anorexie, de la fatigue, une faiblesse des muscles proximaux et de la fièvre<sup>1</sup>. Plutôt rare chez les personnes de moins de 50 ans, l'artérite temporale touche surtout la population de

**Une artérite temporale doit être soupçonnée chez tout patient de plus de 50 ans présentant une neuropathie optique ischémique sans facteur de risque d'artériosclérose.**

Repère

race blanche de plus de 70 ans. Environ un tiers des patients non traités deviennent aveugles (atteinte de l'autre œil), parfois en aussi peu que 24 heures. Il est donc primordial d'instaurer la corticothérapie par voie intraveineuse sans délai. La biopsie de l'artère temporale pourra être effectuée dans la semaine suivant l'événement.

**M. Rousseau cogne des clous !**

M. Rousseau, 35 ans, travaillait à la finition de son sous-sol. Il frappait sur un tuyau avec son marteau lorsqu'il a senti quelque chose toucher son œil gauche. Il a décidé de se rendre à l'urgence sur la recommandation d'un voisin.

Il n'éprouve aucune douleur, son œil n'est pas rouge et sa vision est bonne. Il a oublié ses lunettes, mais l'examen au trou sténopéique révèle une acuité visuelle de 20/25 (6/7,5) pour son œil gauche. Sa cornée est claire, mais vous constatez, en regardant de plus près, que la pupille gauche est ovale, qu'elle pointe vers le bas et qu'elle présente une petite tache brune au limbe, justement dans la direction de la déformation. À l'aide de la lampe à fente, vous notez une plaie dans la partie inférieure de la cornée (photo 2). La chambre antérieure est étroite et l'iris fait hernie à la plaie cornéenne. Vous ne mesurez pas la pression oculaire pour ne pas appuyer sur l'œil. Vous évitez de toucher à l'iris, même avec un bâtonnet de fluorescéine. Vous demandez immédiatement une radiographie simple de l'orbite (ou une tomодensitométrie, si cet examen est disponible) et vous avisez le patient de ne pas frotter son œil et de n'y exercer aucune pression<sup>2</sup>. Pour plus de sécurité, vous couvrez l'œil d'une coquille protectrice en métal ou en plastique.

Grand bien vous en fasse, car les résultats de la radiographie montrent distinctement le corps étranger perforé dans le vitré. Le morceau de métal a donc perforé la cornée pour aller se loger dans le globe oculaire et, malgré tout, l'œil semble presque normal ! L'ophtalmologiste est immédiatement informé de la situation. Vous vérifiez la protection antitétanique du patient et amorcez sans délai une antibio-

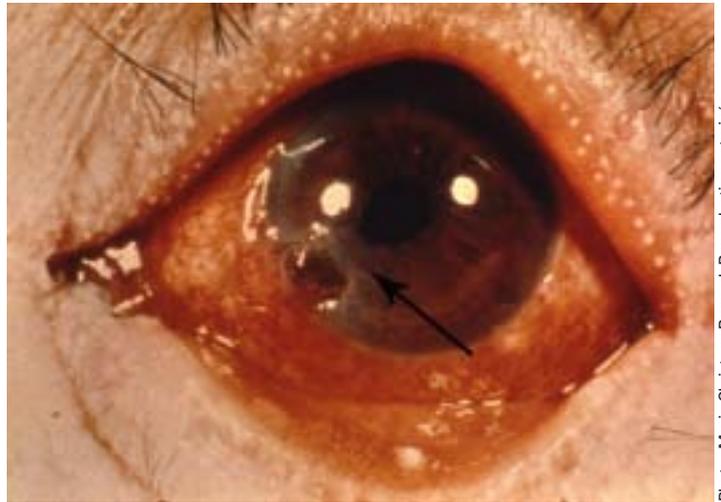


Photo: Marie-Christyne Renaud. Reproduction autorisée.

**Photo 2.** Perforation oculaire avec hernie de l'iris et déformation de la pupille vers le bas

**Tableau II**

**Corps étranger intraoculaire**

- Situation où l'on retrouve un outil métallique heurtant un objet de métal
- Vision potentiellement normale
- Œil possiblement « blanc »
- Douleur souvent peu importante
- Lacération de la cornée : parfois minime
- Présence de sang dans la chambre antérieure
- Déformation de la pupille

thérapie par voie intraveineuse. Bien entendu, vous gardez le patient à jeun.

M. Rousseau est transporté en salle d'opération où le chirurgien replace délicatement l'iris dans la chambre antérieure, retire le corps étranger du vitré et referme la plaie cornéenne. Heureusement, ni la rétine ni le nerf optique ne sont touchés. Les prochains jours seront cruciaux, et il importe de surveiller étroitement la survenue potentielle d'une endophtalmie. Tout se déroule toutefois très bien, et M. Rousseau reçoit son congé de l'hôpital après trois jours d'antibiothérapie par voie intraveineuse et une

**Une acuité visuelle normale et l'absence de douleur ne permettent pas d'exclure la présence d'un corps étranger intraoculaire.**

Repère



Photo 3. Corps flottant du vitré

acuité visuelle améliorable à 20/30 (6/9). Il présente maintenant une légère cataracte qui pourra être extraite ultérieurement si elle progresse.

La présence méconnue d'un corps étranger intraoculaire (*tableau II*) a souvent des conséquences graves pour l'œil et entraîne généralement des procédures médicales très désagréables. Une extrême vigilance est donc de mise, malgré le peu de signes cliniques parfois présents.

### **M<sup>me</sup> Roy grimpe dans les rideaux !**

M<sup>me</sup> Roy, 66 ans, fume un paquet de cigarettes par jour depuis plus de trente ans. Elle vous consulte ce matin parce qu'en déjeunant, elle a eu l'impression qu'un rideau noir descendait devant son œil gauche. Depuis, elle ne voit plus rien de cet œil. Elle n'éprouve aucune douleur et dit avoir pris ses médicaments pour maîtriser sa pression artérielle comme d'habitude. À l'examen ophtalmologique, son acuité visuelle est réduite au décompte des doigts. Son œil est blanc et elle présente un déficit pupillaire afférent à l'œil gauche. L'examen du fond de l'œil révèle une macula beaucoup plus rouge que la normale, contrastant avec la rétine blanchâtre avoisinante. Devant ce tableau, vous soupçonnez immédiatement une occlusion de l'artère centrale de la rétine (*tableau I*). À

## Tableau III

### Décollement de la rétine

- Perte de vision ou de champ visuel monoculaire
- Absence de douleur
- Vision non améliorable au trou sténopéique
- Corps flottants précédant souvent le décollement
- Déficit pupillaire afférent
- Absence de rougeur
- Urgence : moins de 12 heures

l'auscultation des carotides, vous entendez un souffle sans difficulté.

Vous avisez immédiatement l'ophtalmologiste qui prend rapidement des dispositions pour procéder à une fibrinolyse intra-artérielle sélective de l'artère centrale de la rétine. Vous savez que cette technique doit être réalisée moins de six heures après l'apparition des symptômes pour être efficace. Il n'y a donc pas une minute à perdre<sup>3</sup>.

Malheureusement, les mesures thérapeutiques classiques telles que la paracentèse de la chambre antérieure, le massage oculaire et l'administration d'inhibiteurs de l'anhydrase carbonique (Diamox) n'améliorent que très rarement la vision chez les patients qui présentent une occlusion de l'artère centrale de la rétine. La fibrinolyse intra-artérielle sélective effectuée moins de six heures après la perte de vision peut renverser le pronostic plutôt sombre de cette affection. Certains patients ont même récupéré une vision normale grâce à cette technique. Ce genre de situation exige donc un diagnostic rapide, car le temps joue contre nous.

### **M. D'Youville voit des mouches !**

M. D'Youville, 40 ans, se présente à l'urgence, car il a de la difficulté à lire depuis la veille. En fait, il s'est aperçu qu'il ne pouvait voir, de son œil gauche, que la partie inférieure des objets. Il n'éprouve aucun problème avec l'œil droit. Il mentionne également que

**Pour être efficace, la fibrinolyse intra-artérielle sélective de l'artère centrale de la rétine doit être effectuée moins de six heures après la perte de vision.**

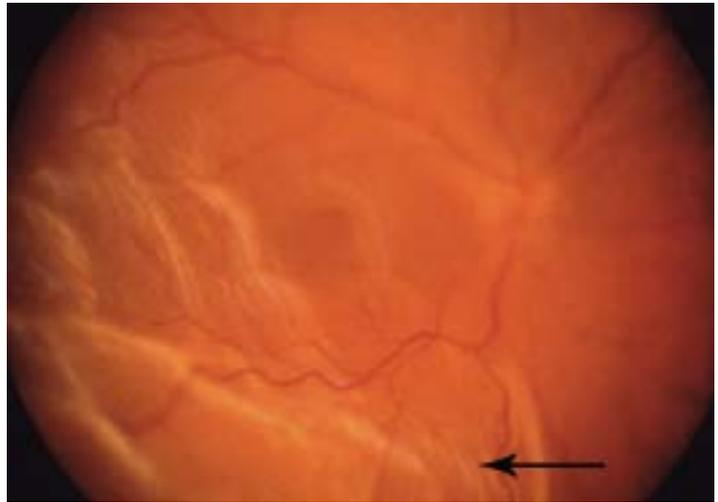
Repère

depuis une semaine, il a l'impression de voir une mouche voler devant cet œil (*photo 3*). À quelques reprises, il a aussi noté l'apparition d'éclairs lumineux. Avec ses lunettes (il en porte depuis son tout jeune âge pour corriger une myopie), son acuité visuelle s'établit à 20/20 (6/6) pour chaque œil. L'examen à la lampe à fente montre que la pression oculaire est normale. Le patient souffre d'un léger déficit pupillaire afférent de l'œil gauche. Le fond de l'œil droit est facile à voir, mais à l'examen de l'œil gauche, la partie inférieure de la rétine a l'apparence d'un voile blanchâtre et plissé. Vous constatez que le patient présente effectivement un décollement de la rétine (*tableau III*) dans la partie inférieure de l'œil gauche. La macula est toutefois bien accolée, comme en témoigne la bonne acuité visuelle du patient. Vous téléphonez à l'ophtalmologiste, qui confirme votre diagnostic et prend ensuite les dispositions nécessaires pour procéder à l'intervention chirurgicale de la rétine dans les 24 à 48 heures.

Les décollements de la rétine (*photo 4*) touchent davantage les personnes myopes (ayant une mauvaise vision de loin), les pseudophakes (ayant subi l'extraction d'une cataracte) ou celles qui ont souffert d'un traumatisme oculaire<sup>4</sup>. L'opération donne d'excellents résultats, surtout lorsqu'elle a lieu avant l'atteinte maculaire. Le décollement de la rétine est souvent précédé de l'apparition de corps flottants (points noirs qui bougent avec les mouvements de l'œil) et d'éclairs lumineux appelés *phosphènes*.

### **M<sup>me</sup> Blancheville a de la poudre aux yeux!**

En nettoyant son bain, M<sup>me</sup> Blancheville, 46 ans, a échappé le contenant de poudre à récurer, et une certaine quantité du produit a pénétré dans l'un de ses yeux. Après avoir aspergé l'œil d'eau du robinet pendant quelques minutes, son mari l'a conduite à l'urgence. Dès que vous la voyez, vous la faites allonger sur une civière sans même l'examiner ni lui poser de questions, lui instillez une goutte d'anesthésique topique (Alcaine ou autre) dans l'œil et amorcez un lavage oculaire. Vous nettoyez également les culs-de-



**Photo 4.** Décollement de la partie inférieure de la rétine

#### **Tableau IV**

##### **Brûlures chimiques**

1. Irriguer abondamment (au moins deux litres de soluté en une heure pour commencer).
2. Nettoyer les culs-de-sac conjonctivaux.
3. Interroger : Quel produit ? Lentilles de contact ? Troubles visuels antérieurs ?, etc.
4. Vérifier le pH et le comparer à celui de l'œil non atteint (si possible). Si différent ou supérieur à 7, poursuivre l'irrigation.
5. ON NE PEUT PAS TROP IRRIGUER.
6. Diriger le patient en ophtalmologie.
7. Téléphoner au centre antipoison (1 800 463-5060).

sac conjonctivaux pour éliminer toute trace de poudre à récurer. Après avoir irrigué l'œil avec au moins deux litres de soluté (le premier disponible), vous mesurez le pH. Si ce dernier est neutre (7,0) ou semblable à celui de l'œil non atteint, vous examinez la patiente à la lampe à fente pour évaluer l'étendue des lésions, puis prévenez l'ophtalmologiste. Si le pH n'est pas neutre, vous poursuivez l'irrigation sans hésiter en attendant l'ophtalmologiste.

**Le décollement de la rétine traité avant l'atteinte maculaire permet généralement de préserver l'acuité visuelle.**

Repère

La majorité des victimes de brûlure chimique (*tableau IV*) sont de jeunes hommes. Ce type de blessures peut survenir au travail, à la maison ou lors d'assauts criminels et peut causer des lésions graves, voire permanentes, surtout si l'œil est touché par des solutions fortement alcalines (pH > 10) ou acides (pH < 4). L'acide sulfurique est le plus fréquemment en cause dans les cas de brûlure par acide. On le retrouve dans les nettoyants industriels et dans l'acide des batteries. L'ammoniaque, la chaux, l'hydroxyde de potassium, l'hydroxyde de magnésium et la soude (détergent à lessive) sont tous des substances alcalines. La chaux que l'on retrouve dans plusieurs produits industriels, notamment le plâtre et le ciment, est la principale cause de brûlure par base<sup>5</sup>.

Les acides provoquent une brûlure maximale d'emblée du fait qu'il se produit une dénaturation des protéines permettant de freiner la pénétration de la substance chimique. Quant aux bases, elles exercent une action plus progressive, car le produit pénètre dans la cornée et atteint la chambre antérieure. Dans les cas de brûlure chimique, le premier geste à poser, avant même d'interroger le patient, consiste à irriguer l'œil abondamment (plus de deux litres de soluté en une heure) afin de diluer le produit en cause, peu importe sa composition. Les brûlures graves laissent souvent des séquelles permanentes, notamment une opacification cornéenne, un symblépharon (adhérence de la paupière à la surface oculaire), une sténose lacrymale, une cataracte ou une atrophie de l'iris. La présence d'une ischémie conjonctivale, caractérisée par une zone blanchâtre et parfois associée à un chémosis (œdème), donne à l'œil une apparence de calme, alors qu'il s'agit plutôt d'un signe de gravité ! L'opacification cornéenne témoigne également d'une atteinte grave de l'œil. 

**Date de réception :** 15 février 2007  
**Date d'acceptation :** 28 février 2007

**Mots clés :** urgence ophtalmologique, décollement de la rétine, artérite temporale, occlusion de l'artère centrale de la rétine, corps étranger intraoculaire, brûlure chimique

## Summary

**Keeping your Eyes Open.** This article looks at the signs, symptoms and treatments of some pathological ocular conditions that should not be overlooked in emergency settings. Temporal arteritis is a systemic disease that can affect every artery and can cause blindness. Central retinal artery occlusion occurs suddenly. Intraocular foreign bodies may show few signs but cause great damage. Retinal detachment is painless but can have permanent consequences on the eyesight if no treatment is initiated before the condition reaches the macula lutea. Of course, chemical burns need immediate attention. The author explains that when handled properly with the right treatments and with timely referrals to specialists, if necessary, patients' eyes and vision may be saved or the damages minimized.

**Keywords:** ophthalmologic emergency, retinal detachment, temporal arteritis, retinal artery occlusion, intraocular foreign body, chemical burn.

La D<sup>re</sup> Johanne Morency n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Burde RM, Savino PJ, Trobe JD. *Clinical Decision in Neuro-Ophthalmology*. 2<sup>e</sup> éd. St. Louis : Mosby Year Book ; 1992.
2. Webb LA. *Manual of Eye Emergencies Diagnosis and Management*. 2<sup>e</sup> éd. Londres : Butterworth Heinemann ; 2004.
3. Weber J, Remonda L, Mattle HP et coll. Selective Intra-Arterial Fibrinolysis of Acute Central Retinal Artery Occlusion. *Stroke* 1998 ; 29 : 2076-9.
4. Kunimoto DY, Kanitkar KD, Makar MS. *The Wills Eye Manual, Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease*. 4<sup>e</sup> éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins ; 2004.
5. Sharma S, Liu W, Bakal J. *Acute Eye Injury*. Queen's University. Case presentation 2006. Site Internet : <http://ebeyecase.ca> (Date de consultation : 28 mars 2007).
6. Flament J. *Ophtalmologie, pathologie du système visuel*. 1<sup>re</sup> éd. Paris : Masson ; 2002.

## Lecture suggérée

- ⊗ Albert DM, Jakobiec FA. *Principles and Practice of Ophthalmology*. 2<sup>e</sup> éd. Philadelphie : W.B. Saunders Company ; 2000.

**Dans les cas de brûlure chimique, le premier geste à poser consiste à irriguer l'œil abondamment (plus de deux litres de soluté en une heure).**

Repère