

Ces yeux qui nous parlent

1

Yolande Dubé

M^{me} Dion, qui porte des verres de contact, vient à l'urgence pour une diminution de vision peu douloureuse de l'œil droit survenue récemment. Sa vision à droite est de 20/30 (6/15) et ne s'améliore pas au trou sténopéique. Par ailleurs, la patiente a une diminution de la perception des couleurs. La vision de l'œil gauche est de 20/20 (6/6). À l'examen ophtalmologique, le médecin ne note aucune rougeur. Le fond de l'œil semble normal pour les deux yeux. Un léger déficit pupillaire afférent est présent à droite. Les antécédents personnels et médicaux de la patiente ne comportent aucune particularité. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- a) Migraine b) Uvéite antérieure c) Somatisation d) Névrite optique e) Ulcère cornéen

L'ESSENTIEL D'UN BON DIAGNOSTIC repose sur une bonne anamnèse et un bon examen physique. La pratique de l'ophtalmologie ne fait pas exception à cette règle d'or de la médecine. Une bonne question conduit à une bonne réponse.

Savez-vous lire dans les yeux de vos patients ?

En ophtalmologie, l'âge du patient, de brèves ques-

La D^{re} Yolande Dubé, ophtalmologiste, exerce au Centre universitaire d'ophtalmologie de l'Hôpital du Saint-Sacrement, à Québec. Elle est également professeure titulaire de clinique à l'Université Laval.

tions sur la prise de médicaments et la connaissance des antécédents familiaux de maladies oculaires sont des éléments importants de la démarche clinique.

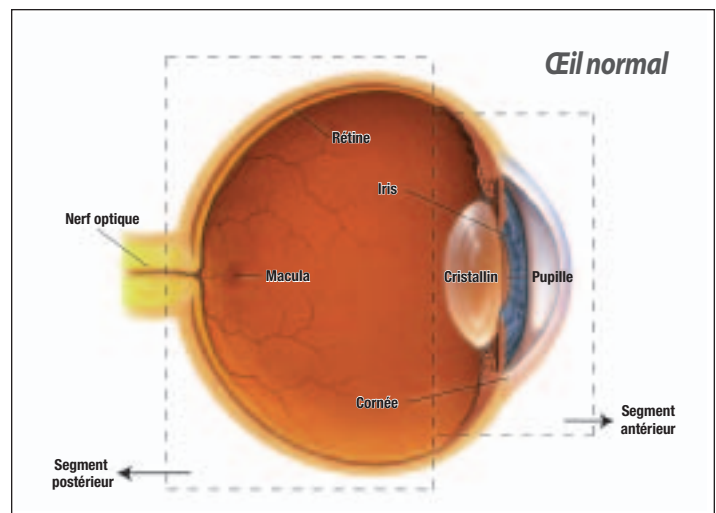
De nombreuses maladies générales sont associées à des problèmes oculaires (encadré 1). Afin de préciser la nature des symptômes (encadré 2), six questions doivent être posées à tous les patients, quel que soit leur âge.

1. Voyez-vous mal ou ne voyez-vous pas du tout ?
2. La diminution de vision est-elle complète ou n'atteint-elle qu'une partie du champ visuel ?
3. L'apparition des symptômes a-t-elle été graduelle ou soudaine ?
4. Le problème est-il intermittent, constant ou récidivant ?

Encadré 1

Maladies générales associées à des problèmes oculaires

- ⊗ Diabète : variation de la vision, cataracte précoce, atteintes vasculaires du fond de l'œil
- ⊗ Hyperthyroïdie : rougeur oculaire, chémosis, kératite d'exposition, rétraction palpébrale, diplopie, exophtalmie, neuropathie optique compressive
- ⊗ Hypertension artérielle : atteintes vasculaires du fond de l'œil, thrombose veineuse rétinienne
- ⊗ Polyarthrite rhumatoïde et autres collagénoses : syndrome de l'œil sec, épisclérite, sclérite, ulcère cornéen périphérique
- ⊗ Cancers (sein, poumon) : diplopie, proptose, soulèvement rétinien



Encadré 2

Symptômes oculaires les plus fréquents

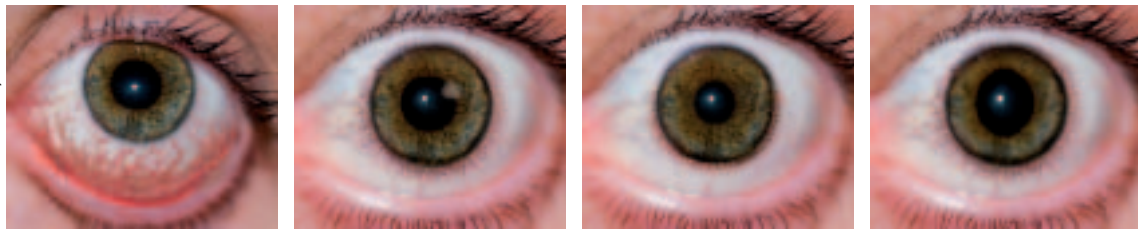
1. Diminution de vision

- ⊗ Diminution transitoire d'une durée d'environ une heure et revient à la normale en 24 heures :
 - ⊕ quelques secondes : papillœdème (habituellement bilatéral) ;
 - ⊕ quelques minutes : amaurose fugace (unilatérale), insuffisance vertébrobasilaire (bilatérale) ;
 - ⊕ de dix à soixante minutes : migraine (avec ou sans céphalée).
- ⊗ Perte de vision d'une durée de plus de 24 heures :
 - ⊕ Subite et non douloureuse : thrombose artérielle ou veineuse de la rétine, neuropathie optique ischémique, hémorragie du vitré, décollement de la rétine ;
 - ⊕ Subite et douloureuse : glaucome aigu à angle fermé, névrite optique (douleur aux mouvements oculaires), uvéite, endophtalmie.
- ⊗ Perte de vision progressive et non douloureuse (sur une période de quelques semaines, quelques mois ou quelques années) : erreur de réfraction, cataracte, glaucome chronique à angle ouvert, maladie chronique de la rétine (dégénérescence maculaire liée à l'âge, diabète) ;
- ⊗ Perte de vision post-traumatique : œdème des paupières, atteinte cornéenne, hyphéma, perforation oculaire, etc.

2. Rougeur oculaire

- ⊗ À retenir que la rougeur oculaire est plus facile à observer à l'œil nu avec une petite lampe qu'avec une lampe à fente.

Photos: Marie-Christyne Renaud



Conjonctivite

Lésion ou infection de la cornée

Iritis aigu (myosis)

Glaucome aigu à angle fermé (pupille semi-dilatée)

3. Photophobie

- ⊗ Évoque une atteinte cornéenne, une uvéite.

4. Larmolement

- ⊗ Sans douleur : syndrome de l'œil sec (de loin la cause la plus fréquente chez les personnes âgées), blépharite, malposition des paupières, obstruction des conduits nasolacrymaux ;
- ⊗ Avec douleur : atteinte cornéenne (érosion, corps étranger, érosion récidivante, œdème), uvéite antérieure, dacryocystite, traumatisme.

5. Avez-vous noté la présence ou l'absence de facteurs précipitants ou soulageants ?
6. Portez-vous des verres et, le cas échéant, à quand remonte votre dernière ordonnance de verres ?
7. Le problème est-il uni- ou bilatéral ?

Les vices de réfraction sont la cause la plus fréquente d'une vision floue progressive. Il faut également se rappeler qu'une glycémie élevée peut causer de grandes variations de vision.

La présence récente de petits points noirs ou de filaments dans le champ visuel, sans éclair (flash), évoque l'existence de corps flottants dans le vitré. Des déficits fixes (scotomes) accompagnés d'une dimi-

nution récente de la vision font plutôt penser à des lésions des voies optiques ou rétinienne et nécessitent une consultation rapide en ophtalmologie.

L'examen ophtalmologique doit être systématique, et requiert peu de choses pour être effectué adéquatement à l'urgence (*photo 1*).

Comment évaluer l'acuité visuelle ?

Avant de commencer l'examen, il faut toujours prendre le temps d'évaluer la vision.

Les deux yeux doivent être vérifiés séparément pour la vision de près et de loin, avec les verres correcteurs ou les verres de contact, selon la charte de

5. Démangeaisons

- Les démangeaisons évoquent un syndrome de l'œil sec ou une allergie.

6. Sensation de corps étranger

- La sensation de corps étranger évoque un syndrome de l'œil sec, une blépharite, une conjonctivite, une érosion cornéenne ou un problème de verres de contact.

7. Brûlements oculaires

- Les brûlements oculaires évoquent un syndrome de l'œil sec, une blépharite, une conjonctivite (infectieuse, allergique ou mécanique).

8. Douleur

- La douleur peut être oculaire, périoculaire ou orbitaire, selon la cause.

9. Diplopie

- Diplopie binoculaire :** la vision double disparaît quand un œil est fermé. Orienter en ophtalmologie rapidement en précisant le motif de la demande.
 - Possibilité d'une myasthénie grave si la diplopie est intermittente. Si la diplopie est constante, penser à une paralysie du 3^e, 4^e ou 6^e nerf crânien, à une maladie orbitaire comme l'orbitopathie thyroïdienne, etc. L'anamnèse et les antécédents du patient vous indiqueront le degré d'urgence d'une orientation en ophtalmologie.
- Diplopie monoculaire :** la vision double persiste quand un œil est fermé.
 - Possibilité d'une atteinte cornéenne du cristallin ou d'un problème de verres correcteurs. Il n'y a pas d'urgence.

10. Corps flottant devant les yeux

- Les corps flottants, associés à des éclairs lumineux d'une apparition récente évoquent une déchirure rétinienne, un décollement de la rétine ou un décollement du vitré postérieur. Si les corps flottants sont accompagnés d'une diminution importante de la vision, orienter le patient en ophtalmologie dans les douze heures, car il pourrait y avoir une atteinte maculaire.
- Si les corps flottants ne sont pas associés à des éclairs lumineux et qu'ils sont présents depuis longtemps, il pourrait s'agir d'un décollement du vitré postérieur ou de débris dans le vitré. Rassurez le patient. La situation n'est pas aussi urgente que la précédente, mais un ophtalmologiste doit dilater le fond de l'œil pour éliminer la possibilité d'une déchirure rétinienne périphérique.

Snellen avec des lettres, des E ou des nombres. Il faut demander au patient de lire la plus petite ligne possible. Il faut aussi lui indiquer de cligner des yeux, ce qui augmente la lubrification et améliore souvent le résultat final de la mesure de la vision.

Une mauvaise vision d'un œil doit être révérifiée au trou sténopéique pendant que le patient garde

l'autre œil couvert.

Le test au trou sténopéique, à l'aide d'une cuillère perforée, élimine les rayons lumineux périphériques et ne permet qu'aux rayons lumineux centraux de passer. Une amélioration de la vision à ce test constitue, en général, un bon signe. Elle nous indique un problème de réfraction et signifie que la vision peut être

L'examen ophtalmologique doit être systématique et requiert peu de choses pour être effectué adéquatement à l'urgence.

Une vision qui ne s'améliore pas au trou sténopéique nous oriente vers une affection oculaire.

Repères



Photo 1. Matériel nécessaire à un examen ophtalmologique d'urgence²
 1. Cuillère d'occlusion pour la prise de la vision; 2. Cuillère perforée pour le test du trou sténopéique; 3. Fluorescéine en bâtonnet; 4. Objets colorés pour l'évaluation des champs visuels ou de la désaturation des couleurs; 5. Anesthésique topique (Alcaïne); 6. Petite lampe de poche; 7. Lampe de Woods pour repérer (à l'aide de la fluorescéine) une atteinte cornéenne. À utiliser en l'absence de lampe à fente ou lorsque le patient n'est pas mobilisable.

Tableau

Acuité visuelle – Table de conversion

Système anglais	Système anglais	Système international	Pourcentage d'efficacité	
20/400	10/200	6/120	10 %	Cécité légale
20/300	10/150	6/90	15 %	
20/200	10/100	6/60	20 %	
20/100	10/80	6/30	50 %	Handicap visuel
20/80	10/40	6/24	55 %	
20/70	10/35	6/21	60 %	
20/60	10/30	6/18	65 %	Conduite d'une voiture le jour
20/50	10/25	6/15	75 %	
20/40	10/20	6/12	85 %	Conduite d'une voiture le jour et le soir
20/30	10/15	6/9	90 %	
20/25	10/12,5	6/7,5	99 %	Vision normale
20/20	10/10	6/6	100 %	

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la cécité légale est une vision d'au plus 20/200 (6/60) dans le meilleur œil ou un champ visuel de 20 degrés ou moins dans le meilleur œil¹.

améliorée par des verres correcteurs. L'absence d'amélioration au trou sténopéique nous oriente vers une affection oculaire.

Si, en raison de la douleur, le patient ne peut ouvrir l'œil, l'instillation d'une goutte d'analgésique ophtal-

mologique (Alcaïne) dans chaque œil facilitera la mesure de la vision.

Si l'on soupçonne un traumatisme oculaire, il ne faut pas exercer de pression sur le globe oculaire. Dans tous les cas de traumatisme oculaire, il faut consigner les divers éléments de la vision au dossier : perception lumineuse, mouvements de la main, compte des doigts, etc. Si cela est impossible, il faut inscrire pourquoi la vision n'a pas été mesurée. Cette valeur de base vous servira lors des visites de suivi.

De plus, il ne faut jamais oublier que le dossier médical peut être notre meilleur allié ou notre pire ennemi dans les cas de poursuite (tableau).

Comment mesurer les champs visuels par confrontation ?

Le patient doit avoir un œil couvert et doit fixer, par exemple, le bout du nez du médecin examinateur avec l'œil controlatéral. L'utilisation d'objets de couleur facilite la mesure des champs visuels par confrontation et permet en même temps de vérifier s'il y a présence de désaturation des couleurs (comme dans les névrites optiques) (photos 2a et 2b).

L'atteinte des champs visuels par confrontation (figure 1) permet de mettre en évidence des affections oculaires (thrombose artérielle ou veineuse de la rétine, décollement de la rétine) ou neurologiques.

Comment vérifier l'intégrité de la motilité oculaire ?

On peut déceler une limitation des mouvements oculaires (avec ou sans douleur) en demandant au patient de suivre la lumière avec ses deux yeux simultanément (photo 3).



Photos 2a et 2b. Examen des champs visuels

Cet examen simple et rapide vous permettra de faire ressortir une diplopie binoculaire en présence d'une limitation d'un des muscles extra-oculaires. Demandez toujours au patient si les images sont doubles, l'une à côté de l'autre (diplopie horizontale) ou l'une au-dessus de l'autre (diplopie verticale).

Qu'en est-il des pupilles ?

Le diamètre et la réaction des pupilles à la lumière doivent être examinés avec une petite lumière dans un environnement le plus sombre possible (*encadré 3*).

Un déficit pupillaire afférent est mis en évidence par le test pupillaire alterné rapide (voir le texte du D^r Pierre Trottier, intitulé « Les pertes de vision... Faut y voir ! », en p. 31). Un tel déficit signifie que le nerf optique de l'œil examiné transmet moins d'informa-

tions sensorielles au cerveau que celui de l'œil controlatéral. Ce problème survient lorsqu'il y a, entre autres, un décollement de la rétine, une thrombose artérielle ou veineuse de l'artère centrale de la rétine, une névrite optique ou une neuropathie optique.

À l'urgence, l'examen ophtalmologique est complété

Figure 1

Champs visuels par confrontation

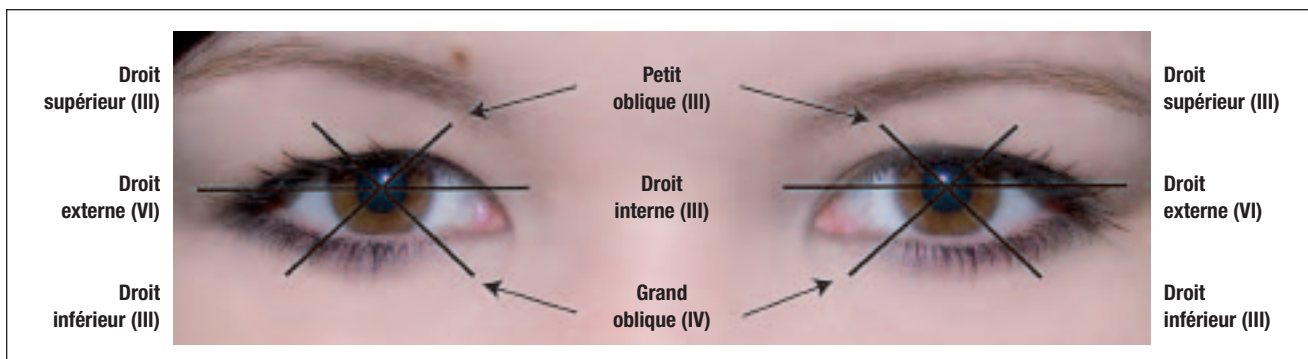
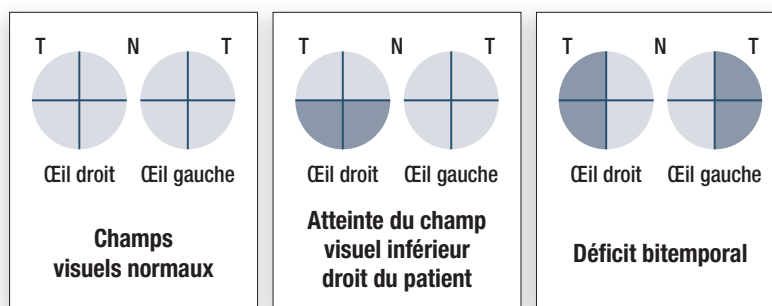


Photo 3. Muscles intervenant dans les mouvements extraoculaires



Photo 4. Examen à la lampe à fente



Photo 5. Mesure de la pression intraoculaire à l'aide du Tonopen



Photo 6. Mesure de la pression tactile

par un examen à la lampe à fente*, la prise de la pression intraoculaire et l'ophtalmoscopie directe.

Encadré 3

Examen des pupilles

- ⊗ Une pupille dilatée ou semi-dilatée, fixe ou peu réactive évoque trois diagnostics sérieux :
 - ⊕ urgence neurologique à éliminer, anévrisme de l'artère communicante postérieure, en présence d'une ptose et d'une paralysie du 3^e nerf crânien (mouvements oculaires préservés en temporal seulement) ;
 - ⊕ glaucome aigu : douleur, rougeur, élévation de la pression intraoculaire (œil dur à la palpation), baisse de vision ;
 - ⊕ traumatisme oculaire.
- ⊗ Une constriction de la pupille doit nous orienter vers :
 - ⊕ un syndrome de Horner s'il y a aussi présence d'une ptose modérée de la paupière supérieure et d'une rétraction de la paupière inférieure ;
 - ⊕ une uvéite.

La lampe à fente

Si vous n'avez pas de lampe à fente (photo 4), vous pouvez visualiser une atteinte cornéenne à l'aide d'une lampe de Woods et de fluorescéine en bâtonnet. Attention à la quantité de fluorescéine que vous mettez, car le repérage des lésions cornéennes est plus difficile s'il y en a trop.

La prise de pression oculaire

Le meilleur moyen pour l'omnipraticien de mesurer la pression intraoculaire est d'utiliser le tonomètre à aplatement de Goldmann monté sur une lampe à fente traditionnelle ou encore le Tonopen, un tonomètre électronique portable (photo 5). Il peut être plus facile d'apprendre à utiliser le Tonopen que le tonomètre Goldmann. Le Tonopen est toutefois fragile et

* Un module de formation sur l'utilisation de la lampe à fente est accessible au Centre de développement pédagogique de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Responsable : Annie Simard, chargée de formation : 418 656-3131, poste 14135. Site Internet : w3.fmed.ulaval.ca/cdp/lampe (Date de consultation : 9 juillet 2007).

Un déficit pupillaire afférent d'un œil signifie que le nerf optique de cet œil transmet moins d'informations sensorielles au cerveau que celui de l'œil controlatéral.

Repère

Boîte à outils

Vision schématique des principales affections oculaires



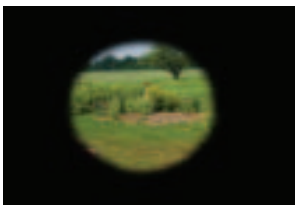
Vision normale



Cataracte

Vision floue diffuse
améliorable au trou
sténopéique

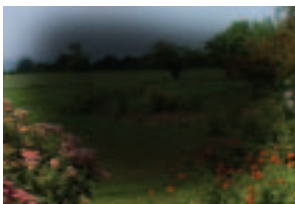
Traitement non urgent



Glaucome chronique à angle ouvert avancé

Constriction périphérique
du champ visuel et vision
centrale claire

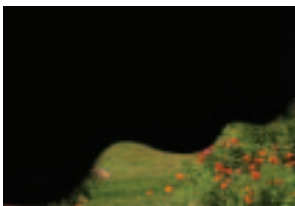
Si la pression intraoculaire est supérieure
à 28 mm Hg ou 30 mm Hg chez un patient
glaucomateux traité, communiquer avec
l'ophtalmologiste traitant le plus vite possible



Dégénérescence maculaire

Atteinte de la vision centrale
et vision périphérique claire

Si l'atteinte est d'apparition récente
et subite : orienter rapidement
en ophtalmologie



Décollement de la rétine ou thrombose vasculaire

Atteinte altitudinale
(vers le haut ou vers le bas)

Orienter rapidement en ophtalmologie

Photos : Sylvette Guillemard. Reproduction autorisée.

cher (environ 3000 \$). Si ces instruments ne sont pas disponibles, utilisez un tonomètre à indentation, comme le tonomètre de Schiøtz. Par ailleurs, la pression tactile, c'est-à-dire la palpation manuelle des globes oculaires pendant que le patient regarde vers le bas avec les paupières fermées permettra de sentir une différence de pression entre les deux yeux (photo 6). En général, une pression intraoculaire normale se situe entre 10 mm Hg et 22 mm Hg¹.



Photo 7. Ophthalmoscope direct

L'ophtalmoscopie directe

L'ophtalmoscope direct (photo 7) permet d'examiner le segment postérieur de l'œil. Cependant, l'examen du fond de l'œil non dilaté peut être difficile, voire impossible, surtout chez les personnes âgées qui présentent souvent un myosis et une cataracte. L'examen du fond de l'œil dilaté peut se faire par un médecin généraliste à l'aide de Mydrin à 2,5 % associé à du Mydracyl à 1 % ou à du Diophenyl-T. La pupille peut, par la suite, demeurer dilatée pendant

Boîte à outils

Aide-mémoire

1. Baisse subite de vision chez une personne âgée :
 - ⊗ urgence +++ ;
 - ⊗ artérite temporale à cellules géantes, jusqu'à preuve du contraire.
2. Baisse subite de vision chez un patient hypertendu ou athéroscléreux :
 - ⊗ éliminer une thrombose veineuse ou artérielle.
3. Baisse de vision chez un patient diabétique :
 - ⊗ éliminer une hémorragie du vitré ou un œdème maculaire attribuable à une rétinopathie diabétique.
4. Baisse de vision rapide précédée dans le temps (semaines ou mois) de corps flottants du vitré associés à des éclairs lumineux (même occasionnels) :
 - ⊗ éliminer un décollement de la rétine.
5. Rougeur persistante d'un œil (avec ou sans nausées) et douleur ne répondant pas aux médicaments usuels :
 - ⊗ éliminer un glaucome à angle fermé.
6. Ne jamais tenter de prendre la pression intraoculaire en présence d'un traumatisme oculaire manifeste ou possible.
7. Éviter les corticostéroïdes topiques à moins d'avoir un diagnostic précis.
8. Une perte visuelle chez une personne âgée peut causer ou augmenter un état dépressif ou démentiel.

Quand dois-je consulter l'ophtalmologiste ?

Certaines personnes présentent plus de risques de problèmes oculaires, notamment celles qui sont atteintes de diabète, qui sont d'origine africaine ou hispanique, qui ont tendance à avoir une pression intraoculaire élevée, qui ont des antécédents familiaux de glaucome, de cataracte, de dégénérescence maculaire ou de décollement de la rétine, qui ont déjà subi une blessure à l'œil, qui prennent certains médicaments ou qui ont une vue très faible. Ces personnes devraient voir l'ophtalmologiste au rythme suivant :

⊗ Plus de 40 ans	Au moins tous les trois ans
⊗ Plus de 50 ans	Au moins tous les deux ans
⊗ Plus de 60 ans	Chaque année

environ quatre heures. Il est interdit de conduire durant cette période. Il est bon de consigner au dossier que le patient a été dûment avisé de cette interdiction. Les verres de contact peuvent être remis même si les pupilles sont encore dilatées.

Quant à M^{me} Dion, son déficit visuel unilatéral peu douloureux sans atteinte du fond de l'œil et son léger déficit pupillaire afférent vous dirigent vers un diagnostic de névrite optique.

UNE BONNE ANAMNÈSE ET un examen ophtalmologique ciblés et bien faits vous permettront de

mieux préciser votre demande d'orientation en ophtalmologie. À partir de l'information pertinente fournie, votre collègue ophtalmologiste pourra se faire une idée juste de l'urgence de la situation et vous indiquera la conduite à suivre.

Nous vous recommandons de toujours consulter un ophtalmologiste avant de prescrire de la cortisone topique (gouttes ou onguent) ou de commencer à traiter un glaucome aigu, une uvéite ou encore une kératite d'origine infectieuse ou virale. Les ophtalmologistes aiment beaucoup que leurs collègues omni-
nipraticiens communiquent avec eux avant de leur

Summary

What eyes tell us. In medicine, a good diagnosis is mainly dependent upon an accurate medical history and a good physical examination. Ophthalmology is no exception to this golden rule of medicine. A good medical history, visual acuity, visual fields, and pupillary size and reaction to light form the essential elements of an accurate diagnosis and good line of actions in ophthalmology. Good questions lead to good answers. This article provides diagrams, tables, illustrations, and simple materials needed for a diagnosis of ocular impairment. It suggests a well structured clinical approach with a targeted questionnaire and a systematic ocular examination. The eye examination for all patients presenting with an ocular impairment must include, as priorities, an assessment of visual acuity confirmed with a stenopaic slit, an assessment of fields of vision, and pupillary reactions. With these tools, you can better specify your request for an ophthalmology consultation and the level of urgency. In all cases, you will be able to care for and adequately treat an ocular problem in the emergency room or private office. Good observation is essential for a correct description of ocular impairment.

Keywords: visual acuity, pin hole, pupils, confrontation visual fields

adresser un patient.

Enfin, rappelez-vous que la prise de la pression intra-oculaire et l'examen du fond de l'œil à l'ophtalmoscope direct ne sont pas indispensables au diagnostic différentiel d'un problème oculaire à l'urgence. 🌸

Date de réception : 15 février 2007

Date d'acceptation : 28 février 2007

Mots clés : acuité visuelle, trou sténopéique, pupilles, champs visuels

La D^{re} Yolande Dubé n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

Bibliographie

1. Bates B, Bickley LS, Szilagy PG, rédacteurs. *Guide de l'examen clinique*. 5^e éd. française. Paris : Arnette ; 2006.

Lectures suggérées

- 🌸 Kunimoto DY, Kanitkar KD, Makar MS, rédacteurs. *The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease*. 4^e éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins ; 2004.
- 🌸 Kaiser P, Friedman N, Pineda R. *The Massachusetts eye and ear infirmary illustrated manual of ophthalmology*. 2^e éd. Philadelphie : Saunders ; 2004.
- 🌸 Wilson FM, rédacteur. *Practical Ophthalmology: A manual for beginning residents*. 5^e éd. San Francisco : American Academy of Ophthalmology ; 2005.
- 🌸 Tasman W, Jaeger EA, rédacteurs. *The Wills Eye Hospital Atlas of Clinical Ophthalmology*. 2^e éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins ; 2001. (Bonne référence pour photos et descriptions de toutes les affections en ophtalmologie.)