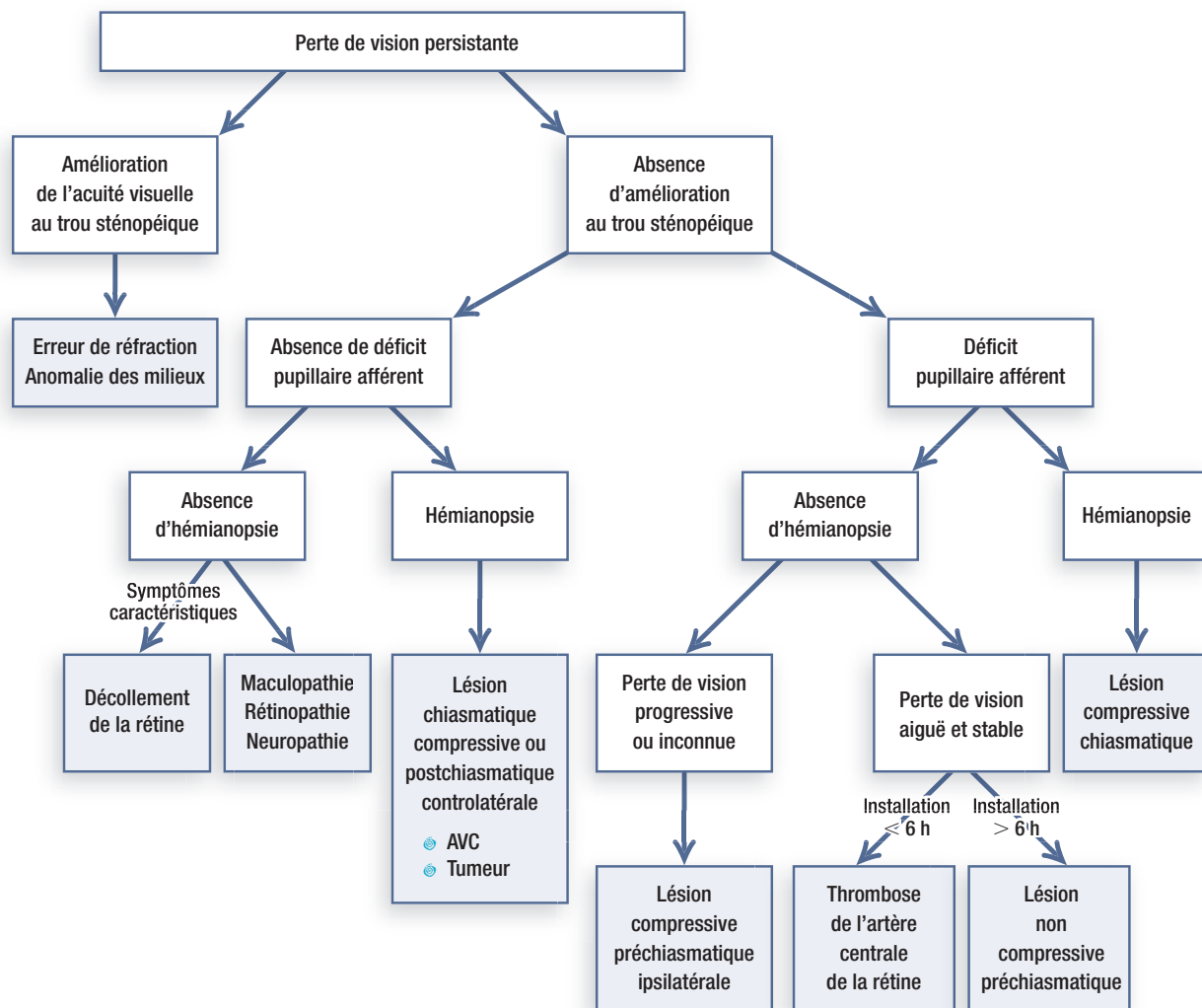




## Algorithme 1

### Pertes de vision persistantes



Source : Burde RM, Savino PJ, Trobe JD. *Clinical decisions in neuro-ophthalmology*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Mosby. © 2002. Reproduction autorisée par Elsevier.

perte de vision est complète ou partielle. La mesure de l'acuité visuelle doit être faite avec les verres correcteurs, le cas échéant, au trou sténopéique.

Le diagnostic d'une artérite temporelle doit tou-

jours être éliminé, car cette affection constitue une cause potentiellement dramatique de perte de vision pouvant être prévenue (voir l'article « Garder l'œil ouvert » de la D<sup>re</sup> Morency à la page 51).

**Même si la perte de vision est décrite comme étant subite, cette dernière peut avoir été progressive, mais le patient ne s'en est rendu compte que lorsqu'il a fermé l'œil non atteint.**

**Le diagnostic d'une artérite temporelle doit toujours être éliminé, car cette affection constitue une cause potentiellement dramatique de perte de vision pouvant être prévenue.**

Repères

## La perte de vision est-elle persistante ?

Étudions d'abord la perte de vision persistante (*algorithme 1*). Le premier élément pouvant nous indiquer l'origine de la perte de vision du patient est la mesure de son acuité visuelle au trou sténopéique. Lorsque la vision est améliorée au trou sténopéique, la perte visuelle est en général attribuable à une erreur de réfraction.

Lorsque la vision ne s'améliore pas de façon considérable au trou sténopéique, l'étape suivante est le test pupillaire alterné rapide<sup>3</sup>. Cette évaluation doit se faire dans l'obscurité la plus complète possible. On demande alors au patient de fixer une cible éloignée, puis on illumine l'œil atteint avec une source de lumière intense et on alterne en illuminant l'autre œil. On alterne rapidement d'un œil à l'autre. Ce que l'on évalue ainsi est la réponse pupillaire. En temps normal, il y a soit une absence de réaction pupillaire, soit une constriction pupillaire minimale, symétrique des deux côtés. Une réponse anormale consiste en une dilatation paradoxale de l'œil illuminé. Cet œil a alors un déficit pupillaire afférent, c'est-à-dire que le nerf optique ipsilatéral amène moins d'informations sensorielles au cerveau que le nerf controlatéral (*figure 2*).

### Perte de vision persistante avec déficit pupillaire afférent

Lorsqu'un déficit pupillaire afférent est mis en évidence dans un cas de perte de vision persistante, l'examen d'imagerie médicale est indiqué la plupart du temps. Pour cibler plus spécifiquement l'affection du patient, on procède alors à l'évaluation des champs visuels, qui peut être faite aisément par confrontation en présence de déficits grossiers. On recherche un déficit hémianopsique, soit un déficit des champs vis-

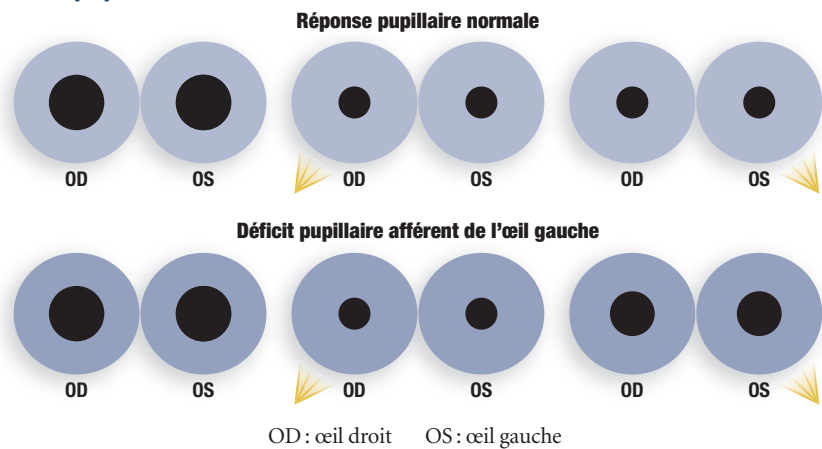
uels respectant le méridien vertical sans le dépasser. Dans une telle situation, il faut exclure une lésion chiasmatique compressive (adénome hypophysaire, anévrisme, gliome, etc.) et faire passer une tomодensitométrie ou un examen d'imagerie par résonance magnétique cérébrale et orbitaire et diriger le patient en neurologie.

Si le déficit des champs visuels n'est pas de nature hémianopsique, la rapidité d'apparition de la perte de vision peut orienter notre diagnostic. Lorsque la perte de vision est survenue dans les heures précédant la consultation, une orientation immédiate en ophtalmologie est requise, car il peut s'agir d'une thrombose de l'artère centrale de la rétine. Une thrombolyse peut être tentée dans les six heures pour améliorer les chances de récupération visuelle qui sont pratiquement nulles sans cette intervention<sup>4</sup>. Si la perte de vision est unilatérale, il faut éliminer une lésion compressive préchiasmatique (névrite optique ou autre). Devant une telle situation, l'imagerie médicale n'est pas indiquée d'emblée, mais une consultation en ophtalmologie est nécessaire.

Si le déficit est apparu de manière progressive ou s'il est impossible de déterminer avec certitude la vitesse d'apparition du déficit (ce qui est fréquent), il peut s'agir d'une lésion compressive préchiasmatique.

**Figure 2**

### Réflexes pupillaires

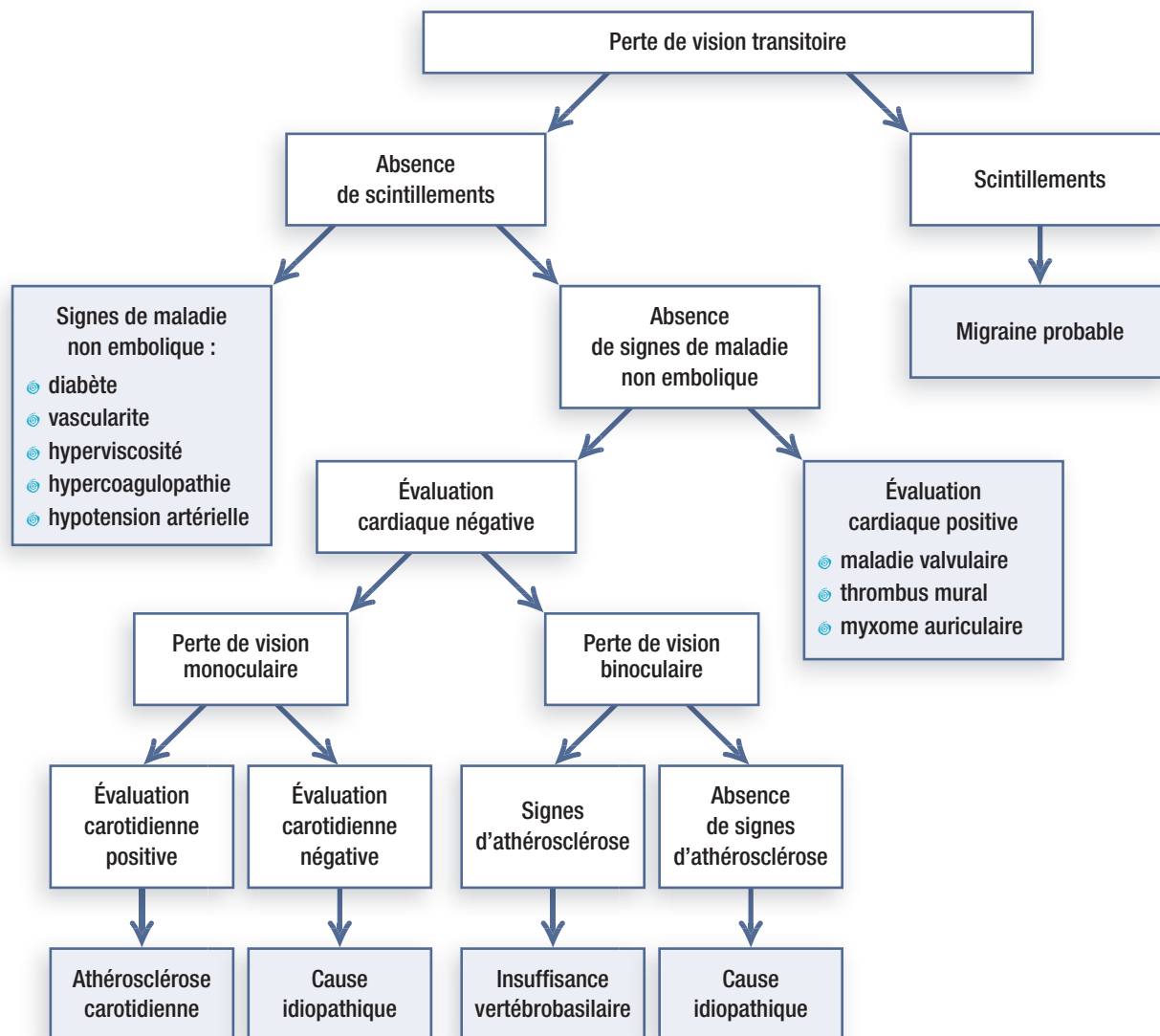


**Lorsqu'un déficit pupillaire afférent est mis en évidence dans un cas de perte de vision persistante, l'examen d'imagerie médicale est indiqué la plupart du temps.**

Repère

## Algorithme 2

### Symptômes des pertes de vision transitoires



Source : Burde RM, Savino PJ, Trobe JD. *Clinical decisions in neuro-ophthalmology*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Mosby. © 2002. Reproduction autorisée par Elsevier.

L'imagerie médicale est indiquée pour éliminer une masse orbitaire ou cranio-orbitaire.

#### *Perte de vision persistante sans déficit pupillaire afférent*

Considérons maintenant le cheminement approprié en présence d'une perte de vision sans déficit pupillaire afférent. Encore une fois, l'évaluation des champs visuels peut nous donner beaucoup d'information et représente la première étape pour affiner

notre diagnostic différentiel. La découverte d'une hémianopsie constitue encore une fois un signal d'alarme. Si une hémianopsie est mise en évidence, qu'elle soit bitemporale ou homonyme, une lésion chiasmatique compressive et une lésion postchiasmatique (accident vasculaire cérébral, lésion tumorale) sont à envisager sérieusement<sup>1</sup>. Cette présentation médicale dicte une imagerie médicale et une consultation en neurologie le plus rapidement possible.

Lorsque le déficit des champs visuels ne révèle pas

d'hémianopsie, l'imagerie médicale et la consultation en ophtalmologie sont beaucoup moins urgentes. Les causes possibles de la perte de vision comprennent alors les maladies maculaires ou rétinienne, les neuropathies (glaucomateuse, inflammatoire, ischémique, etc.) ou un décollement de la rétine<sup>2,3,5,6</sup>. Ce dernier nécessite une consultation en ophtalmologie dans les plus brefs délais.

### **La perte de vision est-elle transitoire ?**

#### *Perte de vision transitoire avec scintillements*

Lorsque le déficit visuel du patient était transitoire et est résolu au moment de la visite, un tout autre schéma diagnostique doit être considéré (*algorithme 2*). La première chose à demander au patient qui a présenté une perte de vision transitoire est s'il a vu des scintillements lorsque la situation est survenue. Si c'est le cas, il convient de rechercher des symptômes de migraine, car il s'agit de la cause la plus probable de la perte de vision du patient. En moyenne, la durée du déficit visuel est de 15 à 20 minutes et peut comprendre une progression du déficit. Toutefois, de grandes variations sont possibles sur le thème de la migraine<sup>1</sup>. D'autres symptômes bien connus à rechercher pour appuyer ce diagnostic sont évidemment une céphalée suivant le trouble visuel, surtout unilatérale, des nausées, de la photophobie ou de la sonophobie, etc. Par contre, l'absence de céphalée n'élimine pas le diagnostic de migraine.

#### *Perte de vision transitoire sans scintillements*

Lorsque le patient n'a pas vu de scintillements, il est important d'établir si la perte de vision transitoire a une cause embolique ou non. Une bonne anamnèse et un examen physique complet, général et ophtalmique, sont très précieux pour déterminer la probabilité d'une embolie.

Quand des facteurs ou lésions non emboliques ne peuvent être mis en évidence, une évaluation cardiaque est nécessaire pour exclure une cause embolique. Un examen physique cardiaque, une élec-

trocardiographie et, selon le cas, une échographie cardiaque permettront de repérer un éventuel problème cardiaque. Les maladies emboligènes les plus fréquentes sont les maladies valvulaires. Les thrombus muraux lors de fibrillation auriculaire ou d'infarctus du myocarde récent et, plus rarement, les myxomes auriculaires sont aussi des causes importantes et potentiellement repérées par une évaluation adéquate.

#### *Qu'en est-il de l'amaurose fugace ?*

Lorsque l'examen cardiaque du patient est normal, l'étape suivante consiste à rechercher la présence d'athérosclérose pour exclure une amaurose fugace, c'est-à-dire une perte de vision transitoire monoculaire, totale ou partielle, attribuable à une ischémie rétinienne provenant de l'artère carotide ou rétinienne. Pour nous aider dans cette étape, un Doppler carotidien et un examen du fond de l'œil sont de mise. Si l'on soupçonne la présence d'athérosclérose et que la perte de vision transitoire a été bilatérale, la cause la plus probable est une insuffisance vertébrobasilaire. Une anticoagulothérapie par un antiplaquettaire et une consultation en neurologie sont alors recommandées. En l'absence d'athérosclérose, une perte de vision transitoire bilatérale est souvent idiopathique et un suivi est indiqué<sup>3</sup>.

Si la perte de vision est monoculaire et transitoire, en présence ou non d'athérosclérose, une évaluation angiographique carotidienne est essentielle pour déterminer si une lésion opérable est présente, afin de prévenir les embolies carotidiennes. Selon le cas, l'endartérectomie ou une anticoagulothérapie sera recommandée. Si l'examen ne révèle pas de lésion carotidienne, la perte de vision est considérée comme idiopathique. Un suivi et possiblement une anticoagulothérapie sont alors indiqués.

Il est important de se rappeler que les algorithmes ne sont qu'un guide de pratique et qu'il existe de nombreuses exceptions et variantes. L'objectif de l'algorithme est d'orienter l'omnipraticien vers une conduite

**Si la perte de vision est monoculaire et transitoire, en présence ou non d'athérosclérose, une évaluation angiographique carotidienne est essentielle pour déterminer si une lésion opérable est présente, afin de prévenir les embolies carotidiennes.**

Repère

appropriée selon les causes les plus probables et surtout les plus importantes à exclure. Cependant, comme il est d'usage dans tous les domaines de spécialisation, le clinicien ne doit pas abandonner son intuition et doit se fier à son expérience. Après tout, la médecine n'est pas qu'une science, c'est aussi un art.

**R**EVENONS À M. ROY. *L'urgentologue commence son examen. À la mesure de l'acuité visuelle du patient au trou sténopéique, il obtient une vision de... 6/6 à l'œil droit et de 6/18 à l'œil gauche. Quelques jours plus tard, M. Roy rencontre un ophtalmologiste qui planifie avec lui une intervention pour extraire une cataracte. En effet, comme dans bien des cas, la perte de vision a été progressive, mais notre patient ne s'en est rendu compte que subitement. Bonne nouvelle pour M. Roy!* 📖

**Date de réception :** 15 février 2007

**Date d'acceptation :** 28 février 2007

**Mot clés :** amblyopie, cécité, hémianopsie, vision

Le Dr Pierre Trottier n'a déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Instituts de recherche en santé du Canada. Mémoire du Réseau FRSQ en santé de la vision. *Défis en recherche en santé de la vision pour les dix prochaines années*. 2006. Site Internet : [www.reseau.vision.ca/vision-FR/divers-pdfs/M%C9MOIRE\\_IRSC.pdf](http://www.reseau.vision.ca/vision-FR/divers-pdfs/M%C9MOIRE_IRSC.pdf) (Date de consultation : 3 avril 2007).
2. American Academy of Ophthalmology. *Basic and Clinical Science Course (BCSC), Section 5, 2005-2006: Neuro-Ophthalmology*. San Francisco : L'Academie; 2006.
3. Burde RM, Savino PJ, Trobe JD. *Clinical decisions in neuro-ophthalmology*. 3<sup>e</sup> éd. Saint-Louis : Mosby; 2002.
4. Arnold M, Koerner U, Remonda L et coll. Comparison of intra-arterial thrombolysis with conventional treatment in patients with acute central retinal artery occlusion. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76 : 196-9.
5. Lee AG, Brazis PW. *Clinical Pathways in Neuro-Ophthalmology, an Evidence-Based Approach*. 2<sup>e</sup> éd. New York (NY) : Thieme Publishing Co; 2003.
6. Krachmer JH, rédacteur. *The Requisites in Ophthalmology, Neuro-Ophthalmology*. Saint-Louis ; Mosby; 2000.

## Summary

**Vision loss: keep an eye on it!** Vision loss is a frequent reason for visits to the emergency room. The key to diagnosing and treating the patient is a methodical, systematic approach. It must first be determined whether the loss of vision is persistent or transitory; the result will orient us toward one of two very different diagnostic trees. Persistent loss of vision is further subdivided depending on whether there is afferent pupillary defect. When afferent pupillary defect is present, medical imaging and a rapid ophthalmology consultation are required. Field of vision must then be assessed, and hemianopsia will be an alarm signal. If loss of vision occurred within a few hours prior to the visit, an immediate ophthalmology consultation is required, since there could be a thrombosis of the central retinal artery. Thrombolysis can be carried out within six hours of onset. Transitory loss of vision may be subdivided depending on the presence or absence of scintillation. In the absence of scintillation, it should be determined whether the loss of vision is embolic. If the cause appears to be embolic, a cardiac or vascular origin should be sought (amaurosis fugax).

**Keywords:** amblyopia, blindness, hemianopsia, vision