



COLLEGE DE MEDECINE D'URGENCE DE BOURGOGNE

Procédure N° 036

<i>Rédacteurs</i>	Dr Minerva FADDOUL, Chalon sur Saône
<i>Date</i>	10/2011
<i>Validation</i>	Dr PERIGNON Sarah Dr RAZAKARIVONY (Chalon sur Saône)
<i>Approbation</i>	Commission protocoles
<i>Biblio</i>	Recommandations AFFSSAPS 07/2004

URGENCES OPHTALMOLOGIQUES

I. EXAMEN OPHTALMIQUE aux urgences

1. L'interrogatoire :

Toujours minutieux, il recherche :

- Les antécédents ophtalmologiques personnels et familiaux (glaucome ?).
- La nature de l'agent traumatisant.
- L'acuité visuelle (baisse brutale, totale), les signes fonctionnels (douleur...).
- Les signes évocateurs de maladie de Horton ou d'AVC en voie de constitution.

2. L'inspection :

- Recherche des anomalies palpébrales.
- Les globes oculaires sont examinés dans les différentes positions du regard.
- Les réflexes photo moteurs directs et consensuels sont notés.

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application: 6/10/2011	Réf.: CMUB-36	Pagination : 2 de 8

3. Fonctions visuelles :

- L'acuité visuelle est évaluée en occluant correctement l'œil non examiné.
- Recherche d'une diplopie : monoculaire ou binoculaire.
- Le champ visuel : grossièrement évalué par confrontation des champs visuels du patient et de l'examineur.

4. Examen oculaire : après anesthésie de contact (oxybuprocaine) :

- Examen oculaire de face.
- L'examen oculaire de profil met mieux en évidence l'aspect bombé de la cornée et permet d'évaluer la profondeur et la transparence de la chambre antérieure.
- Evaluation bi digitale du tonus oculaire à travers la paupière supérieure : le malade regardant vers le bas, la face palmaire des deux index est posée en regard de la partie supérieure du globe oculaire, qui se laisse déprimer légèrement (à comparer avec l'œil controlatéral).
- Test à la fluorescéine : après instillation, on observe l'œil en lumière bleue : aspect jaune si ulcère et kératite importante ; apparaît vert en lumière blanche.
En cas de plaie transfixiante de cornée, le film jaune de fluo est lavé par le flux de l'humeur aqueuse (c'est l'effet SEIDEL).
- L'anesthésie de contact ne doit être utilisée que de façon ponctuelle et ne doit jamais être prescrite à la sortie du patient (risque de kératite neuroparalytique en cas d'utilisation prolongée).

II. CONDUITE A TENIR DEVANT UN ŒIL ROUGE

1. Conjonctivite

- Etiologie
 - bactérienne (yeux collés le matin, sécrétion purulente),
 - virale (épidémie),
 - allergique, saisonnière.
- Diagnostic : examen après une goutte d'oxybuprocaine si besoin
 - gêne oculaire ou douleur, impression de corps étranger, prurit,
 - œdème palpébral et/ou conjonctival,
 - sécrétions (hyperhémie), œil rouge,
 - pas de baisse de l'acuité visuelle (sinon il existe une kératite associée).

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application: 6/10/2011	Réf.: CMUB-36	Pagination : 3 de 8

- Traitement :
 - faire des prélèvements seulement s'il y a des sécrétions importantes persistantes malgré un traitement bien conduit.
 - Conjonctivite bactérienne ou virale :
 - Lavage avec Borax, Ac. Borique (DADUCOSE®), 4 fois/jour et Carmellose sodique (CELLUVISC®) 4 fois/j pendant 10 jours.
 - Picloxydine (VITABAC®) collyre 4 fois/j pendant 10 jours.
 - Si terrain à risque d'immunodépression (diabète, corticothérapie...) ou pathologie oculaire chronique, remplacer le VITABACT par collyres antibiotiques :
 - Tobramycine (TOBREX®) ou Rifamycine 4 fois/jour pendant 5 à 7 jours.
 - ou Azythromycine (AZYTER®) 2 fois/jours pendant 3 jours.
 - Conjonctivite allergique :
 - Lavage au sérum physiologique 4 fois/jours pendant 15 jours
 - Cromogliclate de sodium (CROMABAK®) 3 fois /j. ou Olopatadine (OPATANOL®) 2fois/j pendant 15 jours
 - Antihistaminique par voie générale (Cetirizine).
- ➔ Avis ophtalmologique différé si pas d'amélioration dans les 48 à 72 h.

2. Kératite

- Kératite bactérienne
 - Diagnostic :
 - Interrogatoire : corps étranger, coup d'arc, traumatisme, porteur de lentilles (rechercher en particulier le non-respect des règles d'hygiène).
 - Triade : douleur + rougeur + baisse de l'acuité visuelle (quasi constante).
 - Douleur à type de corps étranger.
 - Larmoiement + photophobie.
 - Test fluorescéine positif.
 - Traitement :
 - Tobramycine (TOBREX®) 4 fois/ j pendant 7 jours, Ou Azythromycine (AZYTER®) 2 fois/j pendant 3 jours, Ou Rifamicine collyre 4 fois /jour pendant 7 jours.
 - Pommade vitamine A 3 fois / jour pendant 3 jours.
 - Occlusion oculaire 24H.
 - Antalgique per os.
- ➔ Avis ophtalmologique dans les 24 heures

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application: 6/10/2011	Réf.: CMUB-36	Pagination : 4 de 8

- Kératite herpétique
 - Triade : douleur + rougeur + Test fluorescéine positif en dendrite (image arborescente de la cornée).
 - Traitement :
 - Pommade OPH ACYCLOVIR 3% une application 5 fois/jour jusqu'à 3 jours après la cicatrisation.
 - Et ACICLOVIR (ZELITREX®) per os 500 mg x 2/jour pendant 7 jours.

CONTRE INDICATION ABSOLUE A L'USAGE DES CORTICOIDES.

3- Absès de la cornée

Clinique identique à la kératite associée à une opacité blanche sur la cornée

➔ Avis ophtalmo urgent.

Recueillir le liquide d'entretien de la boite de lentilles pour mise en culture.

4- Hémorragie sous-conjonctivale

Souvent anodine après une irritation ou un traumatisme simple.

- Surveillance TA : si HTA connue et mal équilibrée, revoir le médecin traitant.
- Si hémorragie à répétition faire bilan de coagulation et NFP.
- Si prise d'anticoagulant ou d'antiagrégant, rassurer le patient : aucun traitement nécessaire. Contrôler l'INR.
- Disparaît spontanément en 15 jours environ.
- Penser à rechercher une plaie perforante post-traumatique :

➔ Avis ophtalmologique urgent

5- Hyphéma

- Notion de traumatisme.
- Collection de sang dans la chambre antérieure responsable d'un niveau liquide rouge.
- Baisse de l'acuité visuelle.
- Douleur.

➔ Hospitalisation et avis ophtalmologique urgent

6- Uvéite

- Triade : douleur + rougeur + baisse de l'acuité visuelle
 - Douleur irradiant aux sourcils, photophobie.
 - Myosis.
 - Test fluo négatif.

Rechercher ATCD d'uvéite et /ou maladie inflammatoire.

➔ Avis ophtalmologique urgent

CMUB.	Procédure Médecins		
N° de version: 01	Date d'application: 6/10/2011	Réf.: CMUB-36	Pagination : 5 de 8

7- Glaucome aigu

- Clinique :
 - Triade : douleur + rougeur + baisse de l'acuité visuelle.
 - Souvent femme âgée.
 - Semi mydriase aréflexique.
 - Cornée trouble.
 - Signes du tonus oculaire positif (tonus de bille de bois).
- Traitement : faire baisser la tension oculaire
 MANNITOL 20 % : 100 à 150 ml + Acetazolamide (DIAMOX®)
 500 mg : 1 cp toutes les 8H (si pas de vomissement, sinon 1 ampoule IV)

➡ Hospitalisation et avis ophtalmologique urgent

III. TRAUMATOLOGIE OCULAIRE

1- Corps étrangers

- CE métallique : radiographie orbite face-profil en cas de mécanisme de projection violente (marteau sur burin).
- CE sous les paupières : enlever avec une compresse.
- CE sur la cornée : test fluoresceine ; ablation du CE ; en cas de CE incrusté ou point de rouille : Cs opt. dans les 24 h.
- Rechercher une plaie de globe (effet SEIDEL +) : avis opt urgent.
- Traitement :
 - Calmer avec 1 goutte d'Oxybuprocaine (CEBESINE®)
 - Pommade ophtalmique vitamine A : 3 fois/j pendant 3 jours
 - Tobramycine (TOBREX®) 3 fois/jour pendant 5
 - ou Azythromycine (AZYTER®) 2 fois /jours pendant 3 jours.
 - Pansement oculaire initial en de douleurs intenses
 - Ordonnance d'antalgiques

➡ Avis ophtalmologique différé

Impératif dans les 48h si pas d'amélioration des symptômes
 (risque de complication à type de Kératite)

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application: 6/10/2011	Réf.: CMUB-36	Pagination : 6 de 8

2- Traumatisme orbitaire

- Vérifier :
 - Acuité visuelle.
 - Absence de mydriase.
 - Existence de plaies oculaires ou plaie du globe.
 - Anomalies oculomotrices.
 - Existence d'un emphysème orbitaire.
 - Tonus orbitaire.
 - VAT.
- Scanner en cas de suspicion de fracture du plancher à fortiori si diplopie.

➡ Avis ophtalmologique si :

- Hypotonie oculaire.
- Baisse de l'acuité visuelle.
- Atteinte du releveur de la paupière supérieure.
- Plaie du globe et du bord libre de la paupière.
- Plaie de l'angle interne de l'œil.
- Mydriase.
- En cas de plaie du globe oculaire ne pas toucher l'œil, ne pas mettre de collyres (CI à l'Oxybuprocaine), mettre une coque ou à défaut une rondelle oculaire devant l'œil et laisser le patient à jeun avec antibiotique en IV.

➡ Avis ophtalmo urgent.

3- Plaies palpébrales

- Ne jamais raser le sourcil.
 - Suture aux urgences SAUF si atteinte musculaire, si plaie du bord libre ou plaie du canal lacrymal.
- ➡ Avis ophtalmo avec chirurgie semi-urgente dans les 6H.
- Mettre vitamine A pommade en attendant, vérifier VAT, pas d'antibiotique.

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application: 6/10/2011	Réf.: CMUB-36	Pagination : 7 de 8

IV. BRULURES OCULAIRES

1. Brûlures chimiques

Le geste principal est le lavage-rinçage précoce et abondant : ces patients ne doivent pas attendre.

- Conduite à tenir :
 - Instiller une goutte 1 goutte d'Oxybuprocaine.
 - Rincer immédiatement l'œil avec du sérum physiologique (au moins 1 litre), le patient étant allongé sur le dos. L'eau du robinet suffit sur les lieux de l'accident.
 - Ne pas faire de pansement oculaire.
 - Prescrire un collyre antibiotique (RIFAMYCINE) et des antalgiques.
 - Déterminer la nature du produit en cause (NB : déterminer le pH d'un produit est toujours possible par un laboratoire hospitalier).

➡ Avis ophtalmo différé si :

- les symptômes persistent et/ou brûlure sévère.
- le liquide a un pH basique : consultation dans les 24 h.

2. Brûlures thermiques

- Même traitement
 - ➡ Dans tous les cas, avis ophtalmologique dans les 24 h

V. DIVERS

1. Décollement de la rétine

- Diagnostic :
 - Perception brutale d'un voile ou amputation du champ visuel fixe (Scotome en forme de croissant qui ne bouge pas).
 - Baisse de l'acuité visuelle variable.

➡ Avis ophtalmologique urgent.

2. Décollement postérieur du vitré

- Diagnostic :
 - Mouches lumineuses volantes, sensation de voile, pluie noire.
 - Pas de baisse de l'acuité visuelle.

➡ Avis ophtalmologique urgent

CMUB.		Procédure Médecins	
N° de version: 01	Date d'application: 6/10/2011	Réf.: CMUB-36	Pagination : 8 de 8

3. Baisse de l'acuité visuelle brutale et œil blanc

➤ Avis ophtalmologique urgent

- BAV bilatérale : suspecter un AVC occipital.
- BAV unilatérale : suspecter une pathologie thromboembolique.
- En cas de BAV sévère suspecter une occlusion de l'artère ou de la veine centrale de la rétine (OACR, OVCR).
- En cas de déficit du champ visuel altitudinale (amputation du champ visuel inférieure ou supérieure) suspecter une neuropathie optique ischémique antérieure aigue (NOIAA).

4. Orgelet - Chalazion

- Diagnostic : Petit furoncle palpébral.
- Traitement :
 - Soins des paupières avec gant de toilette d'eau chaude 10 mn 2 fois/j et massage du bouton.
 - Dexaméthazone STERDEX® pommade 3 fois/jour.
 - ou pommade Dexaméthazone (MAXIDROL®) 3fois/jours pendant 2 à 3 semaines.

5. Blépharite

- Diagnostic : Paupière rouge, épaisse, sécrétions collant les cils.
- Traitement : Pommade ophtalmique Dexaméthazone (STERDEX®).

➤ Avis ophtalmologique différé

6. Coup d'arc : cf. brûlures thermiques

- Diagnostic : Douleurs oculaires, très intense, rougeur. Accident souvent bilatéral.
- Conduite à tenir :
 - Instiller dès que possible une goutte d'Oxybuprocaine (CEBESINE®)
 - Pommade ophtalmique vitamine A : 3 fois /jour
 - Collyre Azythromycine (AZYTER®) 2 fois /jours pendant 3 jours.
 - Pansement oculaire pendant 24H chez l'adulte et l'enfant > 10ans.
 - Antalgiques.

➤ Avis ophtalmologique différé

La symptomatologie consécutive au coup d'arc disparaît en 48 heures maximum. Toute persistance d'une symptomatologie au-delà de ce délai doit conduire à une consultation spécialisée.