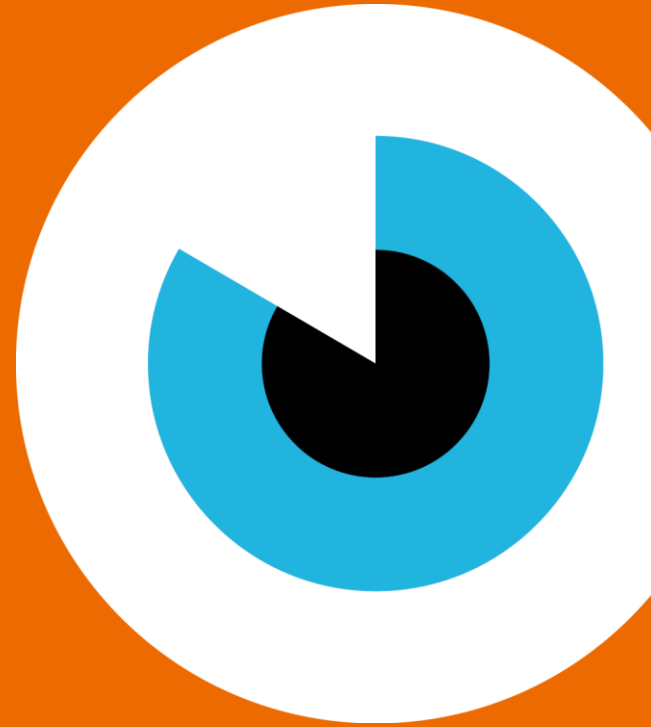


Perte visuelle aigüe, diplopie : les «pièges» sémiologiques entre ophtalmologie et neurologie

François Thommen



Difficultés des troubles visuels au cabinet du généraliste

- Importance de la fonction de tri chez les non-ophtalmologues
- Déterminer le degré d'urgence
- Peu de matériel adapté au cabinet du généraliste
- **Importance de l'interrogatoire**
- Collaboration avec les professionnels de santé (ophtalmologues, neurologues)

Orientation diagnostic chez le généraliste

- **Interrogatoire**

- Âge, mode d'installation, contexte général
- Autres symptômes
 - Ophtalmologiques (rougeur, myodesopsies, phosphènes, exophtalmie)
 - Extra-oculaires : claudication mâchoire, céphalées temporales, migraines, symptômes neurologiques focaux
- FRCV
- Douleurs associées : névrite optique, Horton, anévrisme, migraine

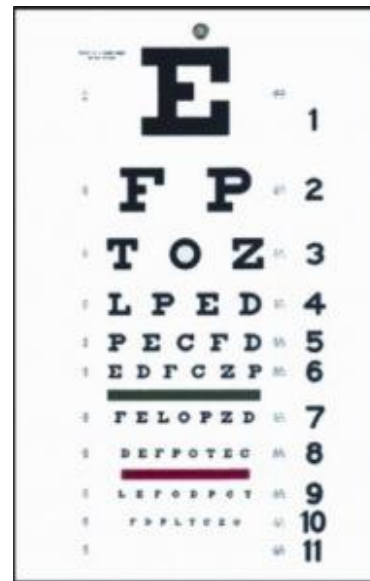
Orientation diagnostique chez le généraliste

- **Examen clinique**

- Examen cutané : peau, paupières, globe oculaire
- Acuité visuelle
- Champ visuel par confrontation
- Pupilles
- Motilité oculaire, position tête (penchée, tournée d'un côté)
- Status neurologique
- Palpation des artères temporales
- Température
- Mesure tension artérielle
- Auscultation des carotides

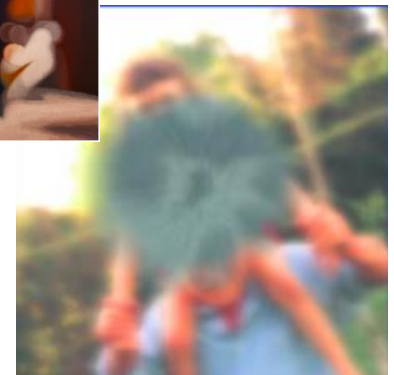
Moyens diagnostiques chez le généraliste

- Acuité visuelle
 - Snellen (toujours tester en MONOCULAIRE et avec la correction optique du patient)
- Biologie
 - VS, CRP, Glycémie
- Imagerie
 - Scanner ou IRM en urgence



Perte visuelle aigüe : toujours une urgence

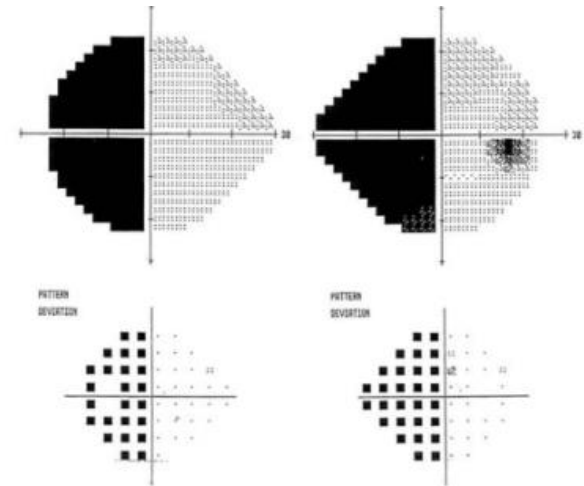
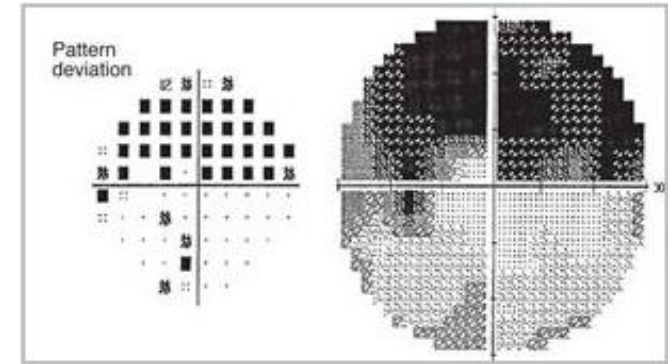
- « Vision floue » : symptôme peu spécifique
- **Acuité visuelle n'est pas le seul critère qui détermine une déficience visuelle**
 - Du simple flou à la cécité
 - Déficit du champ visuel
 - Partiel / total
 - Scotome
 - Trouble vision des couleurs



Atteinte du champ visuel

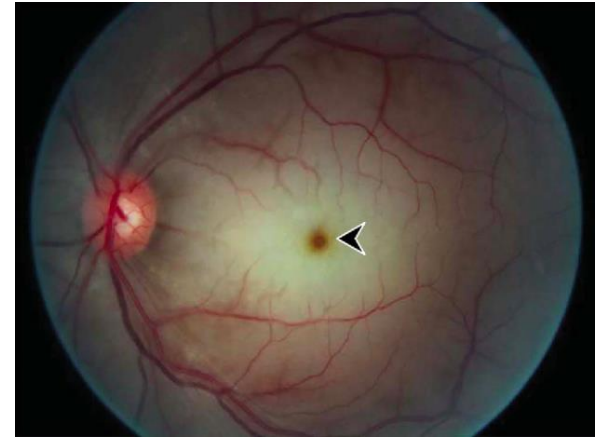
- Pathologie ophtalmologique
 - Unilatéral
 - Horizontal

- Pathologie neurologique
 - Bilatéral
 - Respect du méridien vertical
 - Congruence



Occlusion artère centrale de la rétine

- Perte visuelle monoculaire profonde, brutale (sec/min) touchant tout le champ de vision
- Hommes, âge, présence de FRCV
- Absence de douleurs
- Réflexe pupillaire afférent relatif
- FO : tache rouge – cerise



Examen ophtalmologique urgent -> thrombolyse possible < 4.5 heures

Maladie de Horton

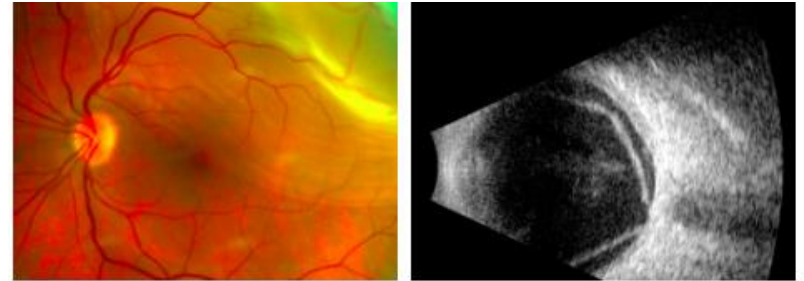
- Femmes, > 60 ans
- Symptômes précurseurs : amaurose fugace
- BAV rapide (heures/jours), souvent partielle – horizontale
- Manifestations systémiques :
 - Céphalées temporales
 - Claudication mâchoire
 - Hyperesthésie cuir chevelu
 - Douleurs scapulaires
 - Fièvre, fatigue, perte de poids
- Paramètres inflammatoires élevés



Consultation ophtalmologique ne doit pas retarder l'initiation du traitement

Décollement de la rétine

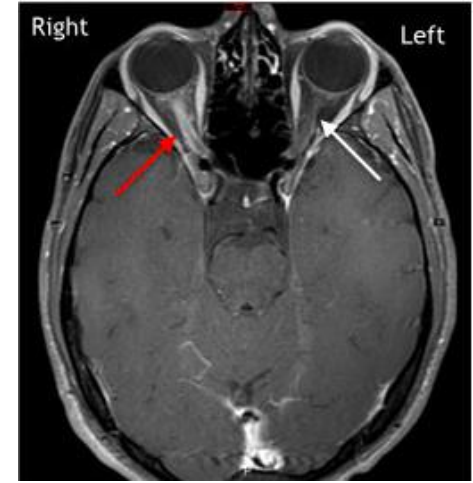
- Symptômes précurseurs : myodesopsies, phosphènes
- Perte de vision rapidement progressive touchant le plus souvent une partie du champ de vision (comme un rideau)
- Absence de douleurs
- Facteurs de risque :
 - Myopie forte
 - Antécédent chirurgie oculaire
 - Traumatisme récent



Adresser le plus rapidement aux urgences ophtalmiques

Névrite optique

- Femmes, jeunes
- Douleurs rétro-bulbaires, augmentées aux mouvements oculaires
- Perte de vision complète ou partielle
- Altération de la vision des couleurs
- Réflexe pupillaire afférent relatif
- Symptômes neurologiques focaux, SEP



Drapeaux rouges



Baisse AV monoculaire, brutale et sévère

Occlusion artère centrale de la rétine
(DD : artérite temporale)

Céphalées, claudication mâchoire,
douleurs cuir chevelu

Artérite temporale

Douleurs aux mouvements oculaires

Névrite optique

Voile noir dans le champ visuel

Décollement rétine

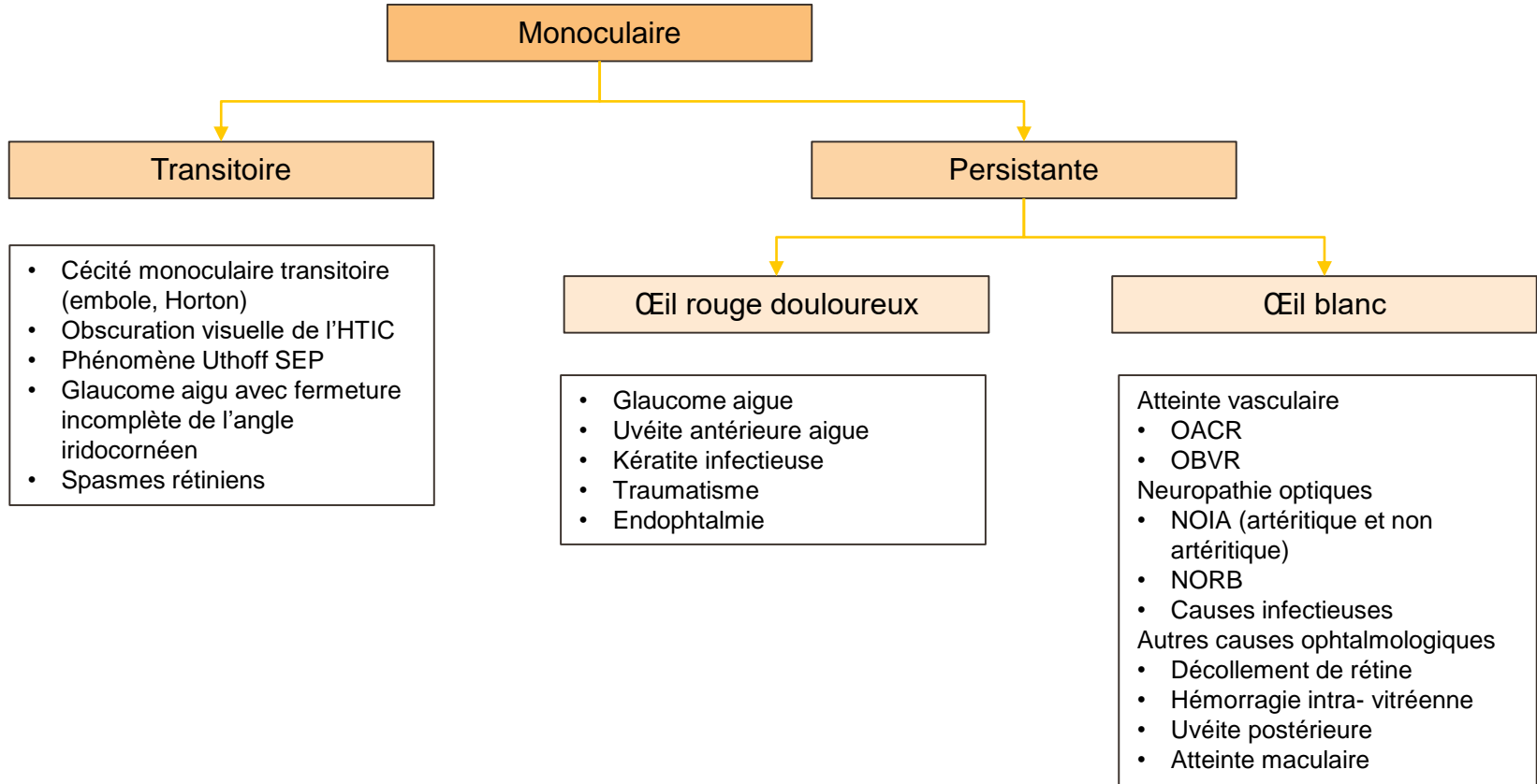
Symptômes neurologiques associés

AVC

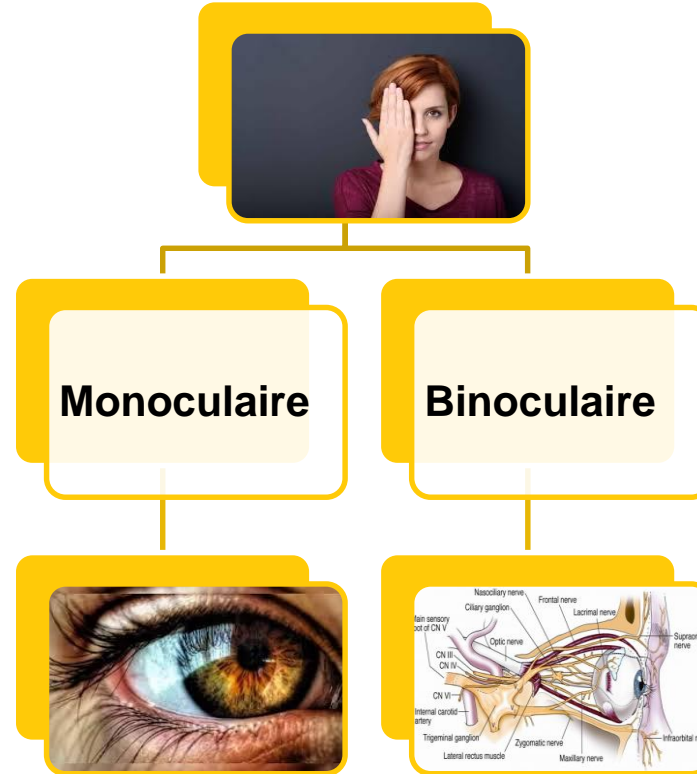
Nausées, vomissements, halos autour
des lumières

Glaucome aigu à angle fermé

Perte visuelle aigüe: toujours une urgence



Diplopie: «je vois double»

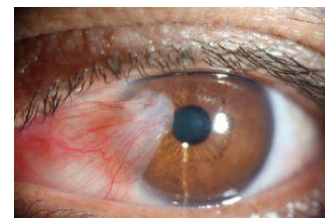


Diplopie monoculaire



«*floue*» «*halo*» «*ombre*»

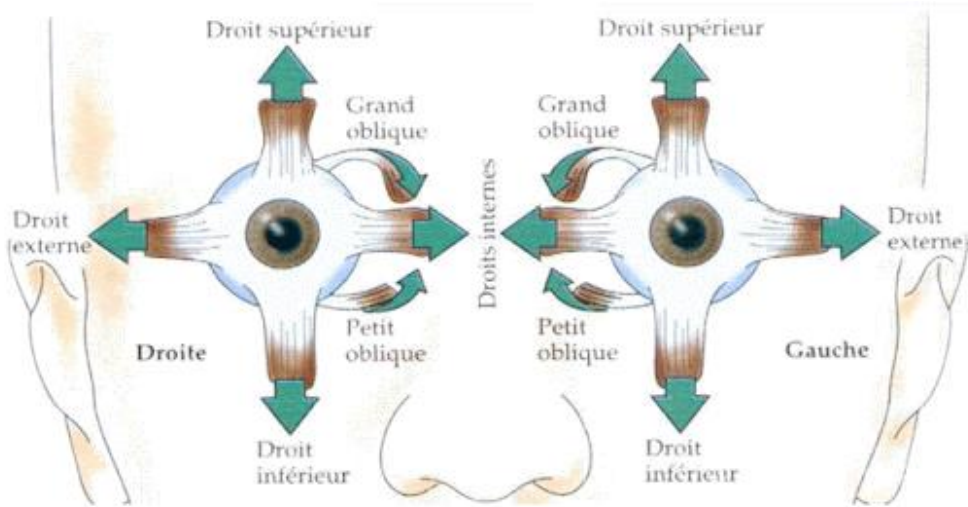
- **Réfractive**
 - astigmatisme, kératocône
 - lentilles mal adaptées
- **Paupières**
 - chalazions/orgelets
- **Cornée**
 - ptérygion, cicatrice, sécheresse oculaire
- **Cristallin**
 - cataracte, dislocation IOL
- **Rétine**
 - maculopathie



**non urgent
ophtalmologue**

Diplopie Binoculaire

➔ *deux yeux ne sont pas orientés vers le même objet*



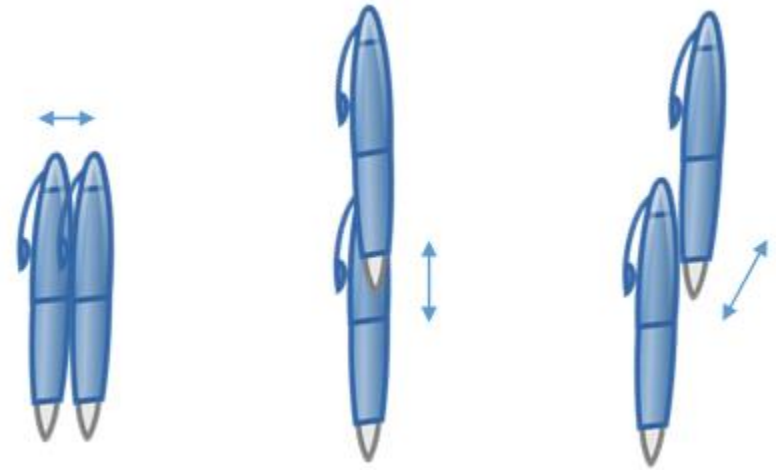
Causes:

- Myopathie (**muscle**)
- Myasthénie (**jonction**)
- Lésion **orbitaire** (inflammatoire, infectieuse)
- **Neurologique** (centrale ou périphérique)

Diplopie Binoculaire

Tableau 1: Diagnostic différentiel des causes fréquentes de diplopie aiguë.

Diplopie horizontale	Strabisme convergent
	Parésie du VI
	Spasme d'accommodation
	Esophorie* décompensée
	Esotropie** de la haute myopie
	Myosite orbitaire
	Orbitopathie dysthyroïdienne
	Tumeur orbitaire
	Myasthénie
	Strabisme divergent
	Parésie du III
	Ophtalmoplégie internucléaire
	Exophorie*** décompensée
	Myosite orbitaire
Orbitopathie dysthyroïdienne	
Tumeur orbitaire	
Myasthénie	
Diplopie verticale/oblique	Orbitopathie
	Orbitopathie dysthyroïdienne
	Myosite orbitaire
	Traumatisme
	Tumeur orbitaire
	Parésie d'un nerf oculomoteur
	Nerf III (oculomoteur commun)
	Nerf IV (trochléaire)
	Atteinte supranucléaire
	«skew deviation»
Encéphalopathie de Wernicke	
Myasthénie	



- Deux images distinctes
- Disparaît à l'occlusion d'un œil ou l'autre



Diplopie Binoculaire: Interrogatoire



Que faire?

«Docteur, je vois double ... »



< Retour à la page d'accueil

DOI: <https://doi.org/10.4414/fms.2017.03059>
Date de publication: 27.09.2017
Forum Med Suisse 2017;17(39):826-832

Auteurs

Kaerer Pierre-François, Borruat François-Xavier

La diplopie est un symptôme relativement fréquent, dont les causes sont variées. Certaines formes de diplopie sont bénignes alors que d'autres nécessitent une prise en charge urgente, pouvant même avoir un impact sur le pronostic vital. La connaissance des signes et symptômes suggestifs de pathologies potentiellement graves devrait permettre au médecin de premier recours d'orienter correctement les investigations.

Issue

Numéro 2017/39

Diplopie Binoculaire

Début **aigu** ou **insidieux** mais progressif?

- Vasculaire, inflammatoire ou infectieuse
- Compressive ou infiltrative

Diplopie **transitoire** ou permanente?



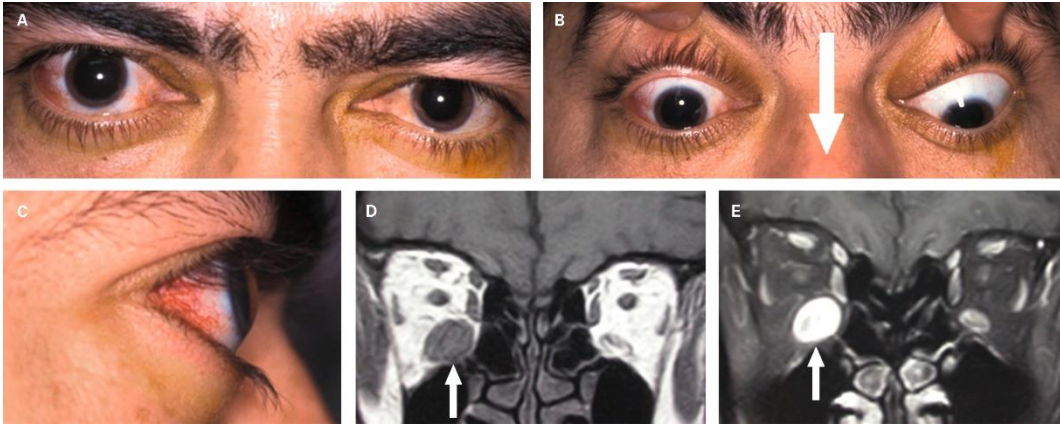
Artérite à cellules géantes > 60 ans

Diplopie variable ou stéréotypée?

- Péjoration à la fatigue: myasthénie
- **Orbitopathie dysthyroïdienne** généralement pire au réveil

Diplopie Binoculaire

Y a-t-il des signes ou symptômes d'atteinte orbitaire?



**Orbitopathie
Dysthyroïdienne**

Cellulite Orbitaire



Diplopie Binoculaire

La diplopie est-elle due à une lésion neurologique?

Cause plus fréquente de diplopie binoculaire:

parésie isolée d'un nerf crânien oculomoteur

Parésie du VI (nerf abducens) gauche



- Limitation de l'**abduction** (muscle droit latéral)
- Position primaire: œil gauche dévié en **dedans**
- Diplopie **horizontale**, plus marquée lors du regard au **loin**
- Diplopie augmente lors du regard en direction de l'œil atteint
- Causes: vasculaire, tumeur, hypertension intracrânienne

Diplopie Binoculaire

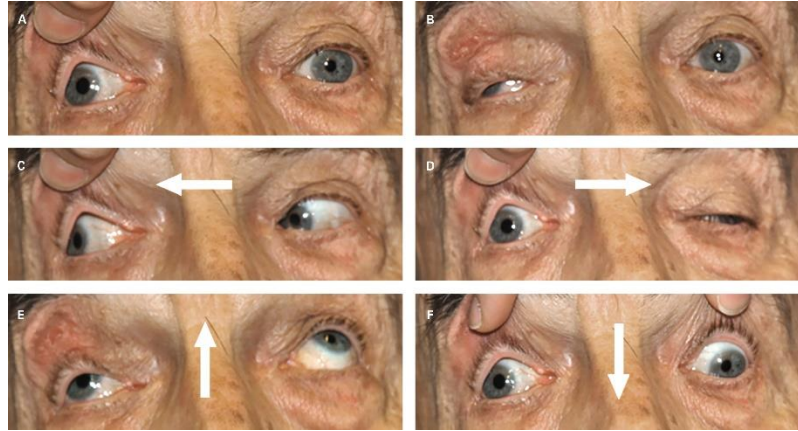
Parésie du IV (nerf trochléaire) gauche



- Limitation de l'**abduction** (muscle oblique supérieur)
- Position primaire: œil gauche dévié vers le **haut**
- Diplopie **verticale et oblique**, plus marquée lors du regard au **loin**
- Diplopie augmente lors de l'adduction de l'œil parétique (A) et **diminue** lors de l'inclinaison sur l'épaule opposée: **torticollis compensateur** (E)
- Causes: vasculaire, tumeur, congénital, trauma

Diplopie Binoculaire

Parésie du III (nerf oculomoteur) droit



- Position primaire: œil droit dévié vers l'**extérieur et le bas**
- Diplopie **oblique**, variable selon les directions du regard
- Seule l'abduction est possible mais parésies partielles possibles
- +/- **ptosis** et **mydriase**
- Causes: vasculaire, tumeur, **anévrisme**

URGENCE

- atteinte oculomotrice partielle mais avec des signes pupillaires
 - sujet jeune
 - absence de FRCV
 - présence de céphalées



Diplopie Binoculaire

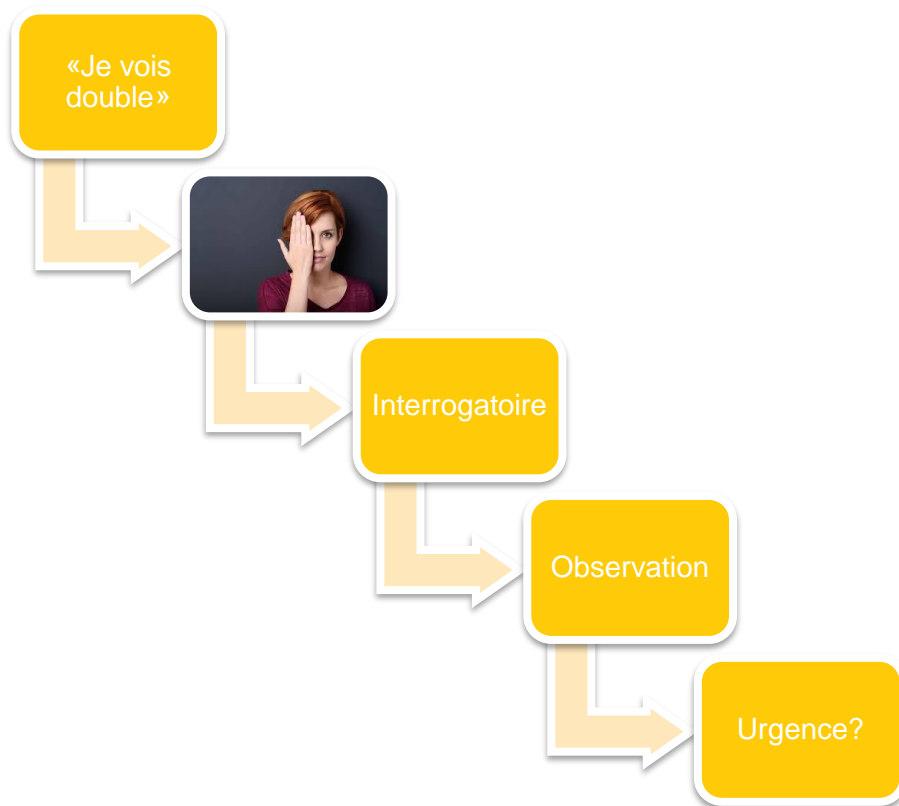
- **La diplopie est-elle due à une lésion neurologique?**



Prise en charge urgente si:

- **>60 ans**: évoquer maladie d'Horton
- **<50 ans**: IRM à la recherche d'une compression (tumeur, anévrisme) ou maladie démyélinisante
- Toute **III avec mydriase**: évoquer compression par anévrisme de l'artère communicante postérieure → angio-CT en urgence
- **Manifestations neurologiques autres**
(vertiges, déséquilibre, nausées, nystagmus, hémiparésie..)

Step-by-Step



Merci pour votre attention!

Remerciements à Julie Schneider et Elisa d'Alessandro