

MJEM

MEDITERRANEAN JOURNAL OF EMERGENCY MEDICINE

Clinical care for sexual assault survivors: the use of a multimedia training tool

Triple rule-out MDCT-angiography for chest pain in emergency room

Analyse qualitative du conseil médical donné par les médecins généralistes et urgentistes du Service d'aide médicale urgente

A disconcerting leg: a case of deep vein thrombosis with negative D-dimers

Cardiac arrest caused by torsades de pointes?

La médecine d'urgence et le droit au Liban

Les urgences médicales en ophtalmologie

Toxicité des cathinones de synthèse

URGENCES MÉDICALES EN OPHTALMOLOGIE CONDUITE À TENIR

How to manage medical emergencies in ophthalmology

HENRIOT C, CASTELBOU M, DELBOSC B, SALEH M. How to manage medical emergencies in ophthalmology. Med Emergency, MJEM 2015; 23:33-41.

Mots clés : baisse visuelle, douleur oculaire, rougeur oculaire, urgences

Keywords: dimmed vision, emergencies, eye redness, eye pain

ABSTRACT

Ophthalmological emergencies are of diverse etiology and severity while warning signs are less diverse. In front of cardinal signs that are redness, pain and impaired vision, it is necessary for emergency physician to structure the diagnostic process. Some of these situations require an urgent ophthalmologic care as in acute angle-closure glaucoma or endophthalmitis. The neuro-ophthalmic emergencies, in turn, must be imperatively identified because of the vital risk involved. The emergency physician will be able to, through appropriate interrogation, optimize patient care and to refer him to the ophthalmologist based on level of appropriate emergency. In case of experience and suitable equipment, he will also carry out a slit-lamp examination that will help him detect the most obvious defects and in some cases to achieve an adapted treatment such as extraction of a foreign body from cornea or under eyelid.

Authors' affiliation:

Correspondent author: Maher SALEH, MD, PhD

Département d'ophtalmologie, centre hospitalo-universitaire de Besançon
3 boulevard Fleming, Besançon 25030, France
msaleh@chu-besancon.fr ; www.ophtalmobesancon.fr

Henriot C, MD, Castelbou M, MD, Delbosc B, MD, PhD, Saleh M, MD, PhD

Département d'ophtalmologie, Centre Hospitalo-Universitaire de Besançon, France

Authors contribution in this article:

Writing, literature review: Henriot C

Collection of iconography: Castelbou M, Henriot C

Supervision and editing: Bernard D, Saleh M

Photos taken with the consent of patients.

Article history / info:

Category: Continuous education

Received: Apr. 22, 2015

Revised: May 13, 2015

Accepted: May 20, 2015

Conflict of interest statement:

There is no conflict of interest to declare

Photos credit:

Photos taken with the consent of patients \CHUBesançon\Ophth©



Dr Christophe Henriot

RÉSUMÉ

Les urgences ophtalmologiques sont d'étiologie et de gravité diverses alors que les signes d'appels sont peu variés. Devant les signes cardinaux que sont la rougeur, douleur et baisse de vision, il est nécessaire pour l'urgentiste de structurer la démarche diagnostique. Certaines de ces situations nécessitent une prise en charge ophtalmologique urgente comme en cas de glaucome aigu par fermeture de l'angle ou d'endophtalmie. Les urgences neuroophtalmologiques, quant à elles, doivent impérativement être identifiées devant le risque vital qu'elles comportent. L'urgentiste pourra ainsi, grâce à un interrogatoire approprié, optimiser la prise en charge du patient et le référer à l'ophtalmologiste selon le niveau d'urgence adapté. En cas d'expérience et d'équipement adapté, il pourra également réaliser un examen à la lampe à fente qui l'aidera à détecter les anomalies les plus évidentes et dans certains cas à réaliser un traitement adapté comme l'extraction d'un corps étranger cornéen ou sous palpébral.

INTRODUCTION

La proportion de pathologies ophtalmologiques dans le service des urgences générales serait de 1 à 6% [1-3]. Devant un nombre limité de signes d'appel cliniques (baisse de vision, rougeur et douleur oculaire notamment) peut se cacher une variété de pathologies parmi lesquelles certaines doivent être identifiées par l'urgentiste, le pronostic visuel dépendant de la rapidité de leur prise en charge. Ces pathologies peuvent nécessiter une prise en charge purement ophtalmologique ou au contraire pluridisciplinaire. Les urgences neuro-ophtalmologiques doivent impérativement être reconnues à temps, le pronostic vital pouvant être engagé.

Plus qu'une longue liste de pathologies, il est important de structurer la démarche diagnostique en s'appuyant sur les signes cardinaux que sont la rougeur oculaire, la présence d'une douleur et la présence d'une baisse de l'acuité visuelle [4-5].

CONDUITE À TENIR DEVANT UN ŒIL ROUGE (Tableau 1)

En présence d'un œil rouge, il faut rechercher la présence d'une douleur

En effet, les hyperhémies oculaires non douloureuses orientent vers des pathologies bénignes comme l'hémorragie sous conjonctivale ou la conjonctivite. Ces deux pathologies n'entraînent pas, dans la majorité des cas, de baisse d'acuité visuelle. Pour s'aider, le terrain et la localisation de l'hémorragie sont utiles.

L'hémorragie sous conjonctivale (Figure 1) fait consulter le patient, qui ne présente, par ailleurs, aucune autre plainte fonctionnelle. Elle survient de manière spontanée chez un patient volontiers hypertendu parfois sous anticoagulant ou anti-agrégant plaquettaire.

Elle est « en nappe » et peut prendre l'aspect de sang vieilli de couleur changeante. Il est important d'éliminer la survenue d'un traumatisme oculaire, l'hémorragie pouvant dans ce cas masquer la présence d'une plaie perforante oculaire [4].

La conjonctivite (Figure 2), associée à une hyperhémie oculaire plus diffuse, des symptômes plus gênants que douloureux : sensation de corps étranger oculaire, photophobie, larmoiement, sécrétions et prurit oculaire [5]. Le terrain est souvent évocateur : un contage récent avec une personne porteuse d'une conjonctivite ou d'une rhinopharyngite, la présence d'une adéno-pathie pré-tragienne oriente vers une origine virale. La présence d'un terrain atopique et d'allergies multiples associés à une rhinite claire et un prurit au premier plan font suspecter une origine allergique. Des sécrétions purulentes, orientent vers une origine bactérienne en particulier chez l'enfant ou le nourrisson.

Devant un œil rouge et douloureux, et en absence d'une baisse de vision, il faut évoquer :

L'épisclérite (Figure 3). Il s'agit d'une inflammation des vaisseaux épiscléraux qui peut être diffuse ou nodulaire. En plus de la rougeur localisée, il existe une douleur localisée. Elle

est idiopathique dans 70 % des cas mais peut parfois être liée à des étiologies inflammatoires ou infectieuses [5].

La sclérite (Figure 4). L'inflammation est dans ce cas plus profonde et les symptômes accentués : la rougeur est marquée, la douleur est intense, profonde, insomnante et non calmée par des antalgiques. Un bilan étiologique est dans ce cas nécessaire en consultation spécialisée.

Si la triade est complète (rougeur, douleur et baisse de vision), il faut évoquer :

La kératite aigüe (Figure 5) [6]. Elle est caractérisée par des douleurs importantes, une photophobie et un blépharospasme. L'œil est rouge et larmoyant. Le contexte est primordial pour orienter le diagnostic : Le port de lentilles de contact doit faire évoquer l'abcès de cornée parfois visible à l'œil nu s'il est de grand diamètre. La survenue d'un traumatisme récent ou de brûlures chimiques ou thermiques oriente vers une érosion ou un ulcère de cornée. L'instillation d'une goutte de fluorescéine et l'examen à la lumière bleue met en évidence une prise de fluorescéine bien délimitée correspondant à la zone d'épithélium manquante. Un aspect dendritique (feuille de fougère) oriente vers une **kératite herpétique (Figure 6)**. Une kératite ponctuée superficielle est une cause fréquente de consultation en urgence. Les causes sont là aussi très nombreuses et il faut veiller à éverser la paupière supérieure à la recherche d'un corps étranger sous palpébral. Une malocclusion palpébrale peut être responsable d'une kératite d'exposition, tandis que la kératite à adénovirus ou la sécheresse oculaire sont également fréquemment en cause [6].

Si la triade est persistante et si le test à la fluorescéine est négatif, il faut évoquer :

Le glaucome aigu par fermeture de l'angle (Figure 7) [7], constitue une autre urgence fonctionnelle qu'il est indispensable d'identifier à temps, l'hypertonie oculaire pouvant provoquer une neuropathie optique irréversible au bout de quelques heures. L'œil est rouge, très douloureux avec céphalées ou douleurs rétro orbitaires intenses, résistantes aux antalgiques classiques et parfois émétisantes. A l'examen, la baisse de vision est sévère et associée à une semi-mydriase aréactive, la cornée est oedématiée et classiquement au toucher bi-digital, l'œil est dur « en bille de bois ». A l'anamnèse il est utile de rechercher un facteur déclencheur comme un changement de traitement récent (médicament à effet parasympatholytique comme l'atropine et ses dérivés, ou sympathomimétique notamment), ou une hypermétropie forte. La survenue d'épisode antérieur complet ou à minima (halo coloré) est à rechercher. Le diagnostic sera confirmé par l'ophtalmologiste à l'examen biomicroscopique où il retrouve une athalamie (chambre antérieure effondrée) et une hypertonie oculaire souvent importante (70 mmHg au lieu de 9-21 mmHg habituel).

Dans les suites d'une occlusion veineuse rétinienne ou chez un patient diabétique, un tableau quasi identique en dehors de la semi-mydriase aréflexive orientera vers un glaucome néo-vasculaire (**Figure 8**) qui sera confirmé par une rubéose à l'examen biomicroscopique [5].

L'uvéite antérieure aiguë (Figures 9 et 10). Le terrain peut orienter, en particulier les antécédents de spondylarthropathie ou de positivité HLA B27, de maladies infectieuses (syphilis, tuberculose, herpès virus), de maladies inflammatoires (Behçet, arthrite chronique juvénile, sarcoidose, etc.) ou la survenue d'épisodes antérieurs sur le même œil ou l'œil controlatéral (uvéite à bascule). La rougeur est volontiers localisée au pourtour de la cornée (cercle péri-kératique). Dans certains cas, on peut noter la présence d'un hypopion (niveau de pus stérile) ou une séclusion pupillaire avec abolition du réflexe photomoteur du fait des synéchies irido-cristalliniennes. L'examen à la lampe à fente permet parfois de retrouver des précipités rétro-cornéens en graine de moutons et il est possible pour un examinateur expérimenté d'identifier l'inflammation de chambre antérieure (Tyndall). La recherche d'une uvéite postérieure nécessite la réalisation d'un fond d'œil [8].

L'endophtalmie aiguë (Figures 11 et 12), correspond à l'infection endoculaire observée dans les jours suivants une chirurgie endoculaire (cataracte le plus souvent), la plus souvent d'origine bactérienne, elle constitue une extrême urgence en ophtalmologie, le pronostic fonctionnel étant en jeu et dépendant de la rapidité de la prise en charge thérapeutique, le temps de doublement bactérien étant de 20 minutes [9]. Un antécédent de chirurgie oculaire récent (jusqu'à six semaines) doit faire évoquer la survenue d'une endophtalmie postopératoire devant toute rougeur ou douleur oculaire. Le patient décrit souvent une baisse d'acuité visuelle associée. La douleur est forte, l'œil est rouge parfois avec des sécrétions purulentes et un œdème palpébral. Un hypopion (présence d'un niveau de pus en chambre antérieure) peut être observé, à l'œil nu dans certains cas. Un examen ophtalmologique sans délai est dans ce cas indispensable. L'endophtalmie est rarement endogène, le foyer étant à distance chez des patients fortement immunodéprimés.

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE BAISSÉ D'ACUITÉ VISUELLE EN L'ABSENCE DE ROUGEUR OCULAIRE (Tableau 2)

Dans ce contexte, l'examen du fond d'œil est essentiel. Le champ visuel par confrontation permet de rapidement détecter une atteinte systématisée des voies optiques.

Si cet examen est normal on peut évoquer :

La neuropathie optique rétro-bulbaire (Figure 13). Elle concerne le plus souvent des sujets jeunes parfois suivis pour une pathologie démyélinisante. La baisse de vision ou l'amputation du champ visuel est associée à des douleurs à la mobilisation oculaire. Il existe une atteinte du réflexe photomoteur direct. Le fond d'œil peut retrouver un aspect normal ou un œdème du nerf optique unilatéral non hémorragique (Figure 14) [10].

En cas d'impossibilité d'observer le fond d'œil, les causes vitréennes à évoquer sont la présence :

D'une hémorragie intra vitréenne (Figure 15). Complicant une déchirure de la rétine. Dans ce cas l'apparition de prodromes à type de phosphènes peut orienter. L'hémorragie peut être secondaire à une rétinopathie diabétique proliférante compliquée. La notion de diabète, d'hypertension artérielle et de traitement anticoagulant ou antiplaquettaire est à relever [11].

D'une hyalite (Figure 16) est une réaction inflammatoire du corps vitré, secondaire à une pathologie inflammatoire ou infectieuse. Des antécédents de pathologies de système, de chirurgie oculaire ou de potentiel corps étranger intra oculaire passé inaperçu sont à évoquer [4-11].

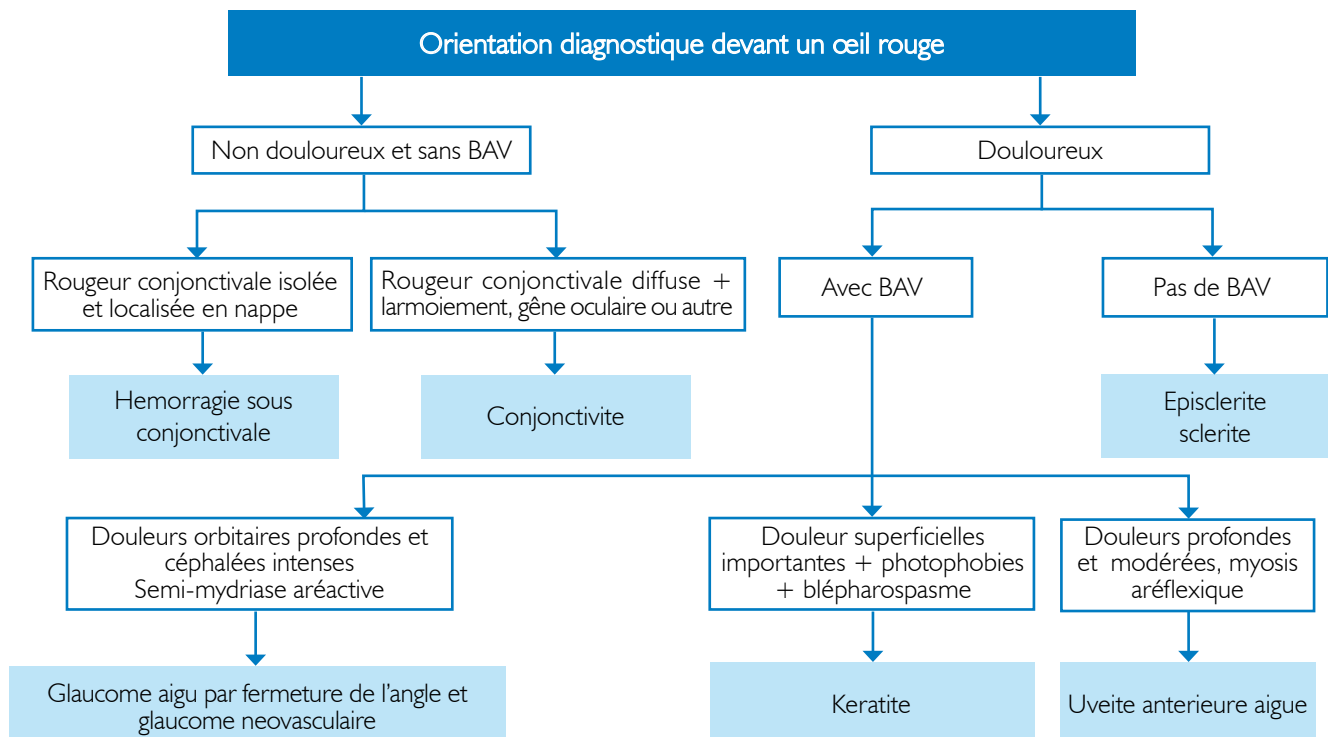


Tableau 1 : Orientation diagnostique devant un œil rouge. BAV = Baisse de l'acuité visuelle

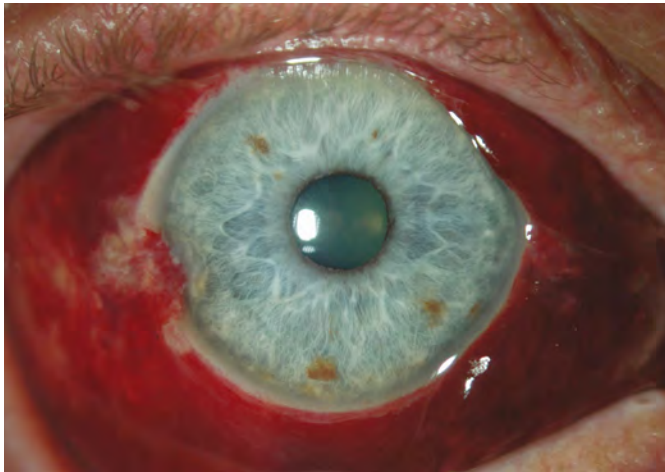


Figure 1 : Hémorragie sous conjonctivale complète. On peut noter la présence de sang dans l'espace sous conjonctival réalisant une collection légèrement hétérogène et au relief inégal. Noter la transparence de la cornée et de la chambre antérieure par laquelle l'iris est bien visible et sans anomalie notable - *lampe à fente avec grossissement, x10.*

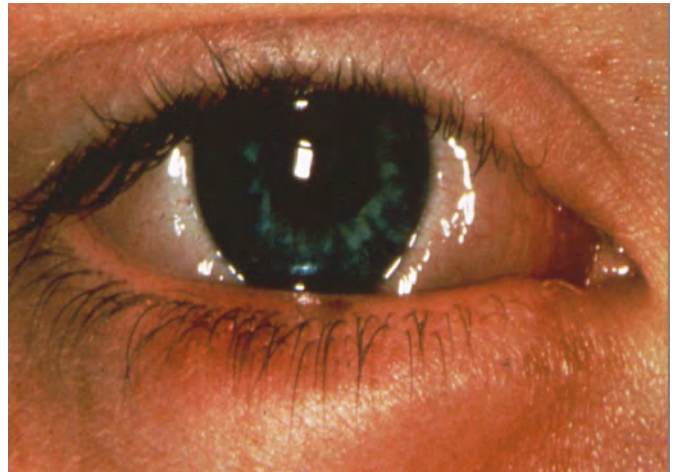


Figure 2 : Conjonctivite virale. Association d'un œdème palpébral à prédominance inférieure, d'une légère hyperhémie oculaire, d'un larmoiement et d'un chémosis palpébral (aspect gonflé de la conjonctive) - *lampe à fente avec grossissement, x10.*



Figure 3 : Episclérite. Rougeur oculaire sectorielle - *lampe à fente avec grossissement, x10.*

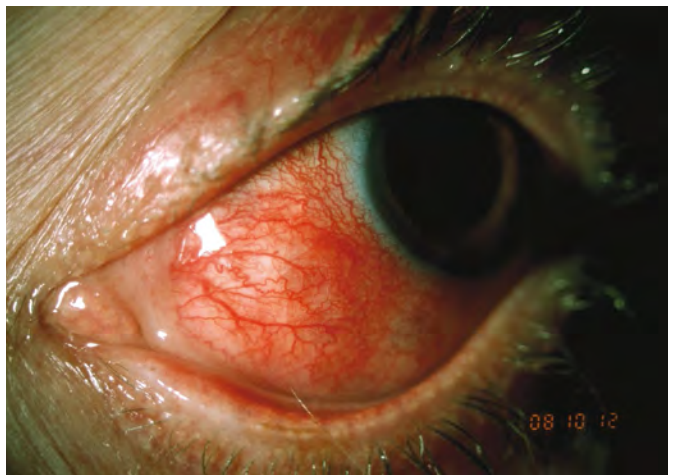


Figure 4 : Sclérite. Rougeur oculaire globale d'intensité modérée avec aspect nodulaire et dilatation vasculaire conjonctivale réalisant un tableau de sclérite antérieure nodulaire - *lampe à fente avec grossissement, x10.*

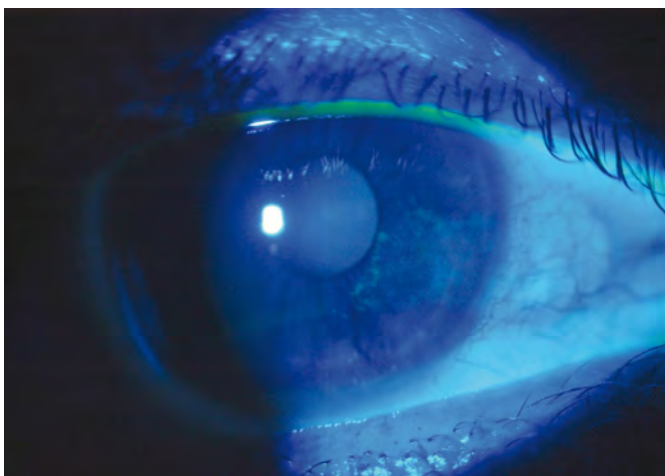


Figure 5 : Kératite. Examen oculaire à la lumière bleue après instillation de collyre à la fluorescéine. Mise en évidence de piquetés de couleur verte dans l'aire nasale correspondant à une kératite ponctuée superficielle - *lampe à fente avec grossissement, x10.*

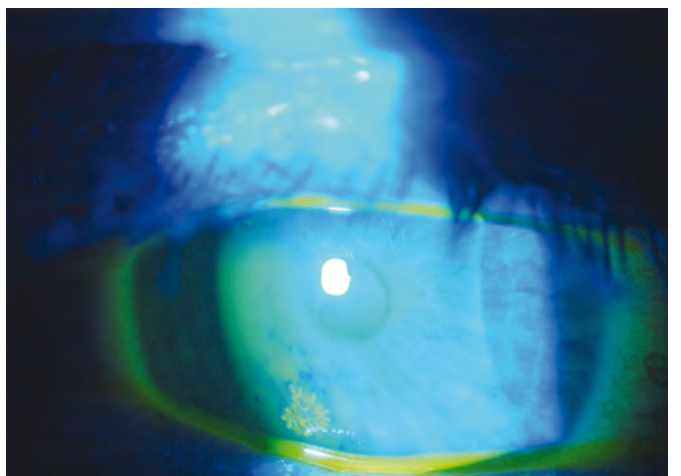


Figure 6 : Kératite dendritique. Examen à la lumière bleue après instillation de collyre à la fluorescéine. On observe une lésion prenant la fluorescéine et réalisant un aspect en feuille de fougère communément appelée « dendritique » typique d'une atteinte cornéenne herpétique - *lampe à fente avec grossissement, x10.*

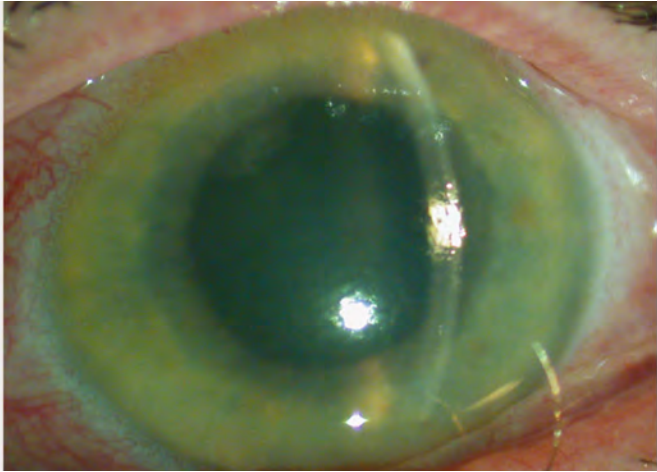


Figure 7 : Glaucome aigu par fermeture de l'angle (GAFA). Présence d'un œdème cornéen (mauvaise visibilité de l'iris), d'une pupille en semi-mydiase aréflexique et d'une rougeur oculaire - *lampe à fente avec grossissement, x10.*

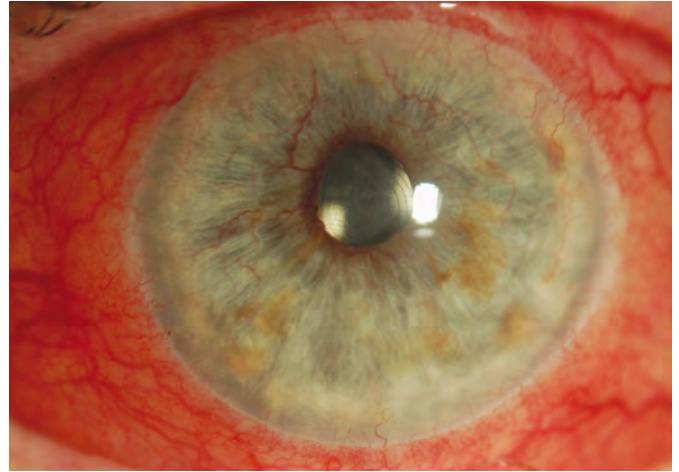


Figure 8 : Glaucome néo-vasculaire (GNV). Association d'une rougeur oculaire diffuse, d'un œdème cornéen (perte de la transparence de la cornée), d'une pupille en myosis et de vaisseaux iriens (rubéose irienne) - *lampe à fente avec grossissement, x10.*

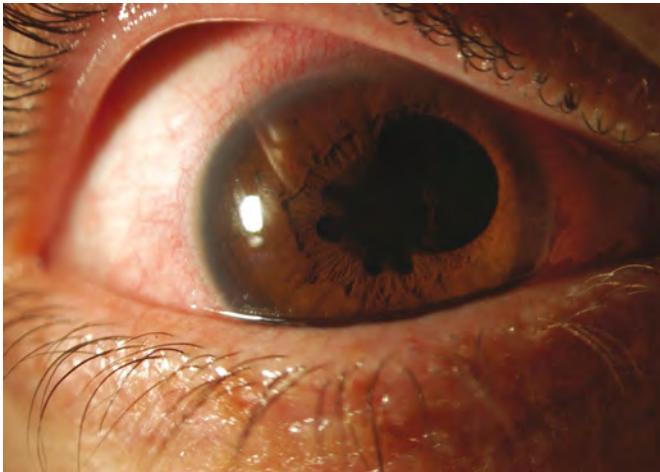


Figure 9 : Uvéite antérieure aiguë. Pupille déformée en « trou de serrure » du fait de synéchies irido-cristalliniennes - *lampe à fente avec grossissement, x10.*

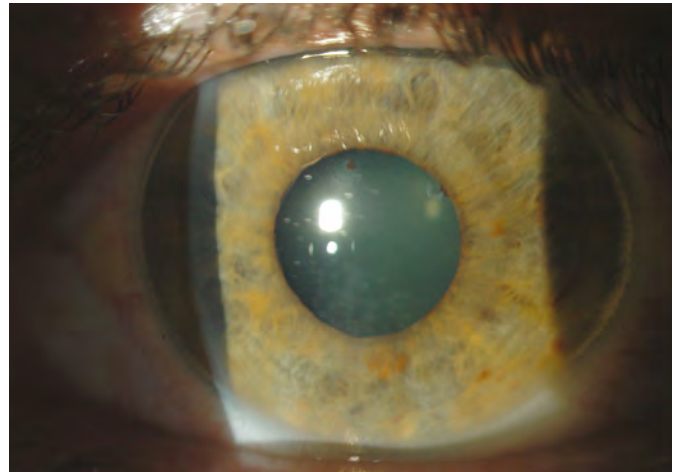


Figure 10 : Uvéite antérieure aiguë. Précipités rétro-descémétiques (rétro-cornéens) de localisation inférieure en triangle à sommet supérieur - *lampe à fente avec grossissement, x10.*

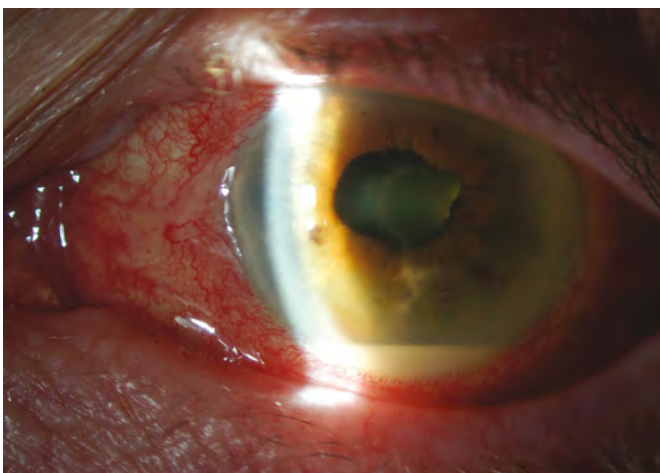


Figure 11 : Endophtalmie. Rougeur oculaire diffuse, hypopion de chambre antérieure sédimenté en inférieur et visualisation d'une membrane cyclitique dans l'aire pupillaire - *lampe à fente avec grossissement, x10.*

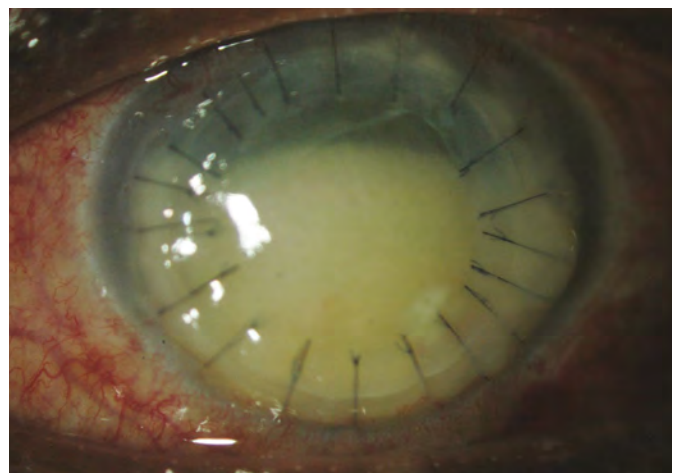


Figure 12 : Endophtalmie sur greffe de cornée transfixiante. Points de suture cornéens radiaires. Hypopion de chambre antérieure quasi-complet - *lampe à fente avec grossissement, x10.*

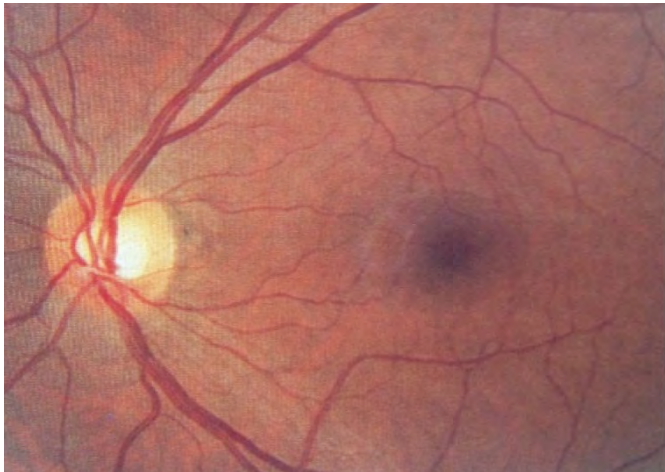


Figure 13 : Neuropathie optique rétrobulbaire (NORB). Fond d'œil normal gauche - rétinophotographie.



Figure 14 : Œdème papillaire. Volumineux œdème papillaire avec élévation des bords et limites floues de la tête du nerf optique - rétinophotographie.



Figure 15 : Hémorragie intra-vitréenne. Diminution de la visibilité des détails de la rétine avec caillots sanguins vitréens visibles en temporal - rétinophotographie.

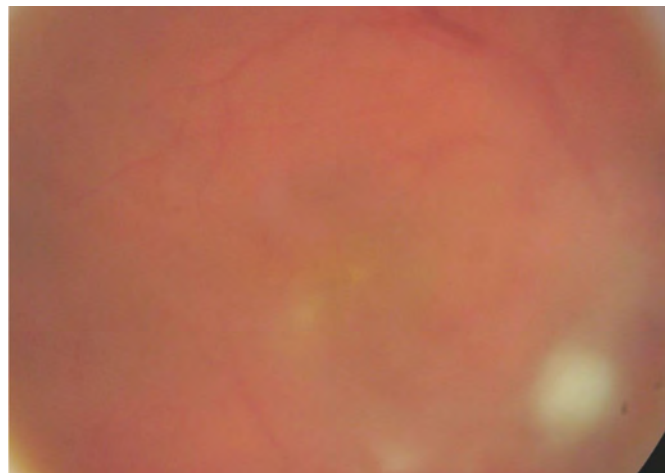


Figure 16 : Hyalite. Opacité du vitré occultant les détails de la rétine avec signe du « phare » de la papille - rétinophotographie.

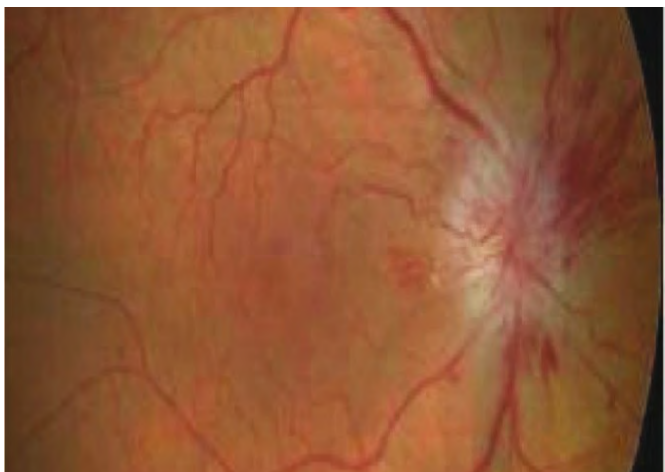


Figure 17 : Neuropathie optique ischémique antérieure aiguë (NOIAA). Oedème papillaire associé à des hémorragies péri-papillaire superficielles en flammèche suivant le trajet des fibres optiques - rétinophotographie.

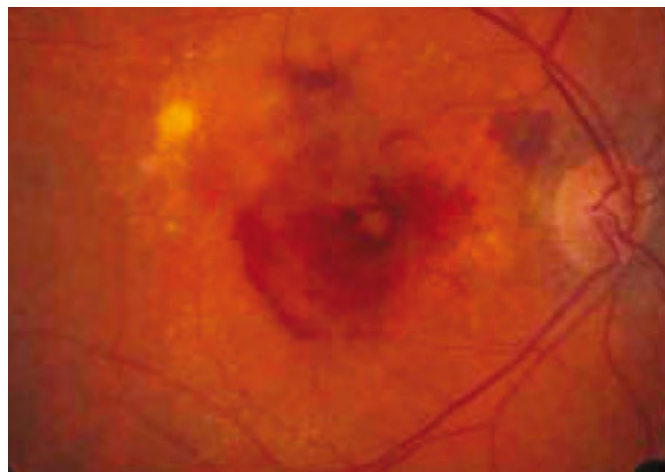


Figure 18 : Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) de forme exsudative. Hémorragie maculaire centrale associées à des dépôts blanchâtres correspondant à des drusens séreux - rétinophotographie.

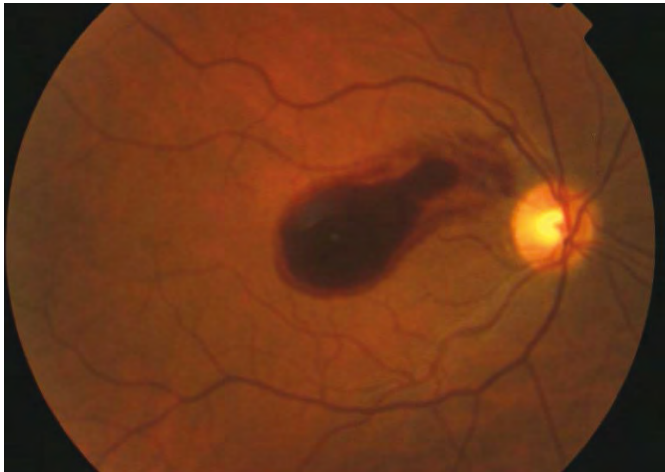


Figure 19 : Hémorragie maculaire. Hémorragie maculaire profonde intra rétinienne - rétinophotographie.

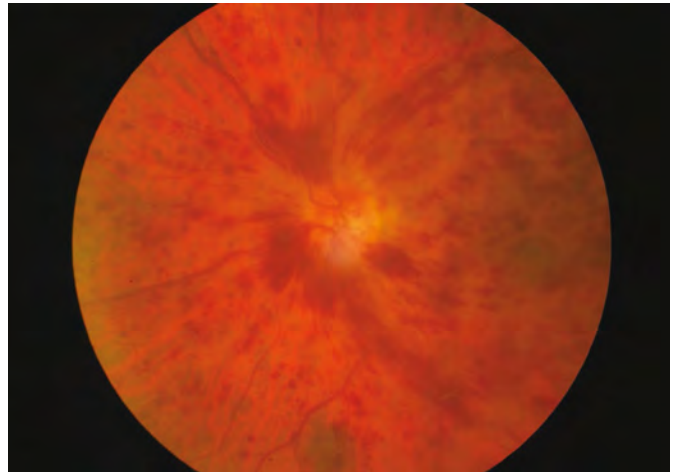


Figure 20 : Occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR). Triade typique : dilatation et tortuosité veineuse dans les quatre quadrants + hémorragies disséminées punctiformes et en flammèche + oedème papillaire (inconstant) - rétinophotographie.

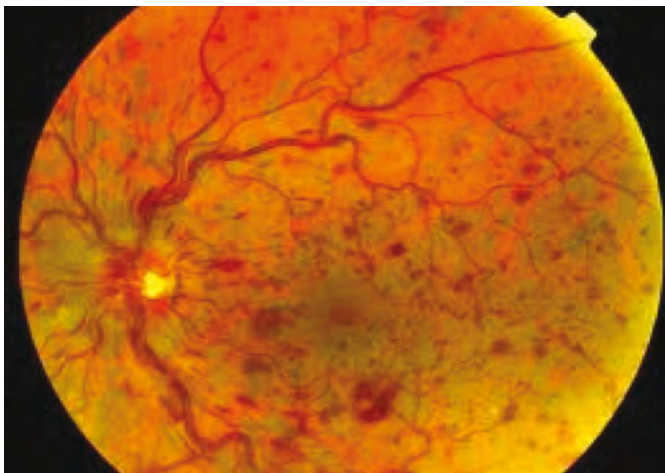


Figure 21 : Occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR). Triade typique : dilatation et tortuosité veineuse dans les quatre quadrants + hémorragies disséminées punctiformes et en flammèche + oedème papillaire (inconstant) - rétinophotographie.



Figure 22 : Occlusion de la branche supérieure de l'artère centrale de la rétine (OBACR). Oedème rétinien ischémique visualisé par la pâleur rétinienne sectorielle en temporal et nasal supérieur. Aspect typique en macula « rouge cerise » par effet de contraste. - rétinophotographie.



Figure 23 : Occlusion de l'artère centrale de la rétine (OACR). Oedème rétinien ischémique visualisé par la pâleur rétinienne du pôle postérieur. Aspect typique en macula « rouge cerise » par effet de contraste. Artères de petit calibre non perfusées en inférieur avec aspect en arbre mort (traînée jaunâtre) - rétinophotographie.

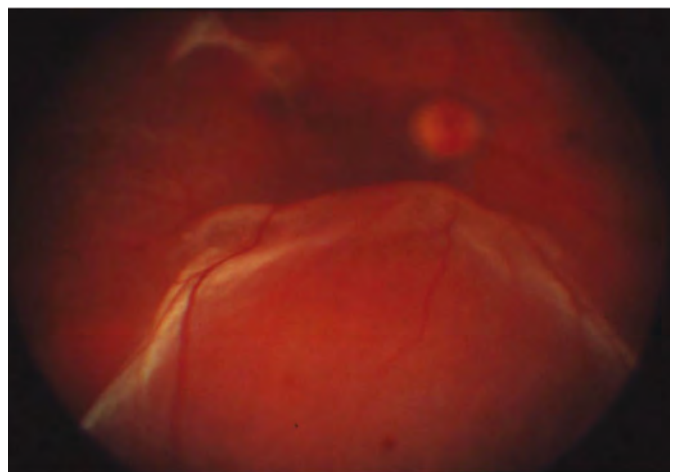


Figure 24 : Décollement de rétine inférieur droit. Bulle de décollement de rétine en inférieur allant jusqu'au pôle postérieur de l'œil - rétinophotographie.

D'autres manifestations sont reconnaissables au fond d'œil :

Un déficit franc altitudinal du champ visuel (à limite horizontale) associé à une baisse de vision peut être retrouvé en cas de **neuropathie optique ischémique antérieure aiguë (Figure 17)**. Il s'agit dans ce cas d'un patient aux antécédents cardiovasculaires chargés. Il faut également éliminer dans ce contexte une cause artéritique (maladie de Horton) [10-12].

Une baisse de vision associée à un scotome central et/ou des métamorphopsies (lignes ondulées) chez un patient âgé fait évoquer une **dégénérescence maculaire liée à l'âge de forme exsudative (Figure 18)**. Au fond d'œil, on retrouve au niveau maculaire, des drusens (dépôts jaunâtres) et parfois une **hémorragie maculaire (Figure 19)** [11].

L'hémorragie maculaire (Figure 19) peut concerner les différents niveaux de la rétine. Elle peut être rétro hyaloïdienne (entre le vitré postérieur et la rétine) et, dans ce cas, la rétinopathie de Valsalva, lors d'un épisode d'hyperpression à glotte fermée, est la cause la plus fréquente. L'hématome peut être rétinien ou sous rétinien. Dans ces cas, la cause peut être une néovascularisation de la myopie forte, une dégénérescence maculaire liée à l'âge ou plus rarement une rupture d'un macro-anévrysme le long d'un vaisseau rétinien. Son origine peut également être post

traumatique sur rupture de la membrane de Bruch. Dans tous les cas, la présence d'une hémorragie maculaire nécessite une consultation rapide en ophtalmologie.

En cas de traumatisme à globe fermé, la présence d'une **maculopathie traumatique aiguë (oedème de Berlin)** peut parfois être retrouvée. Il s'agit d'une teinte jaunâtre de la macula en relation avec la lésion des photorécepteurs. L'atteinte est réversible avec un niveau variable de séquelles.

L'occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR) ou d'une de ses branches (OBVCR) (Figures 20 et 21) se traduit par une baisse visuelle indolore. L'aspect du fond d'œil est souvent évocateur avec présence d'hémorragies rétinienne, de veines dilatées, et l'existence d'un œdème papillaire avec parfois des nodules cotonneux dans les quatre quadrants en cas d'OVCR (ou dans le territoire de drainage en cas d'occlusion de branche) [5-11].

Une baisse de vision majeure et indolore associée à une mydriase aréflexique chez un patient aux nombreux facteurs de risques cardiovasculaires orientera vers une **occlusion de l'artère (ou d'une branche de celle-ci) centrale de la rétine (Figures 22 et 23)**. Dans ce cas, le fond d'œil est typique avec présence d'une rétine œdématisée blanchâtre car non perfusée, avec des vaisseaux grêles et le classique aspect de « macula rouge cerise » [11]. Des phosphènes avec myodésopsies suivis d'une amputation

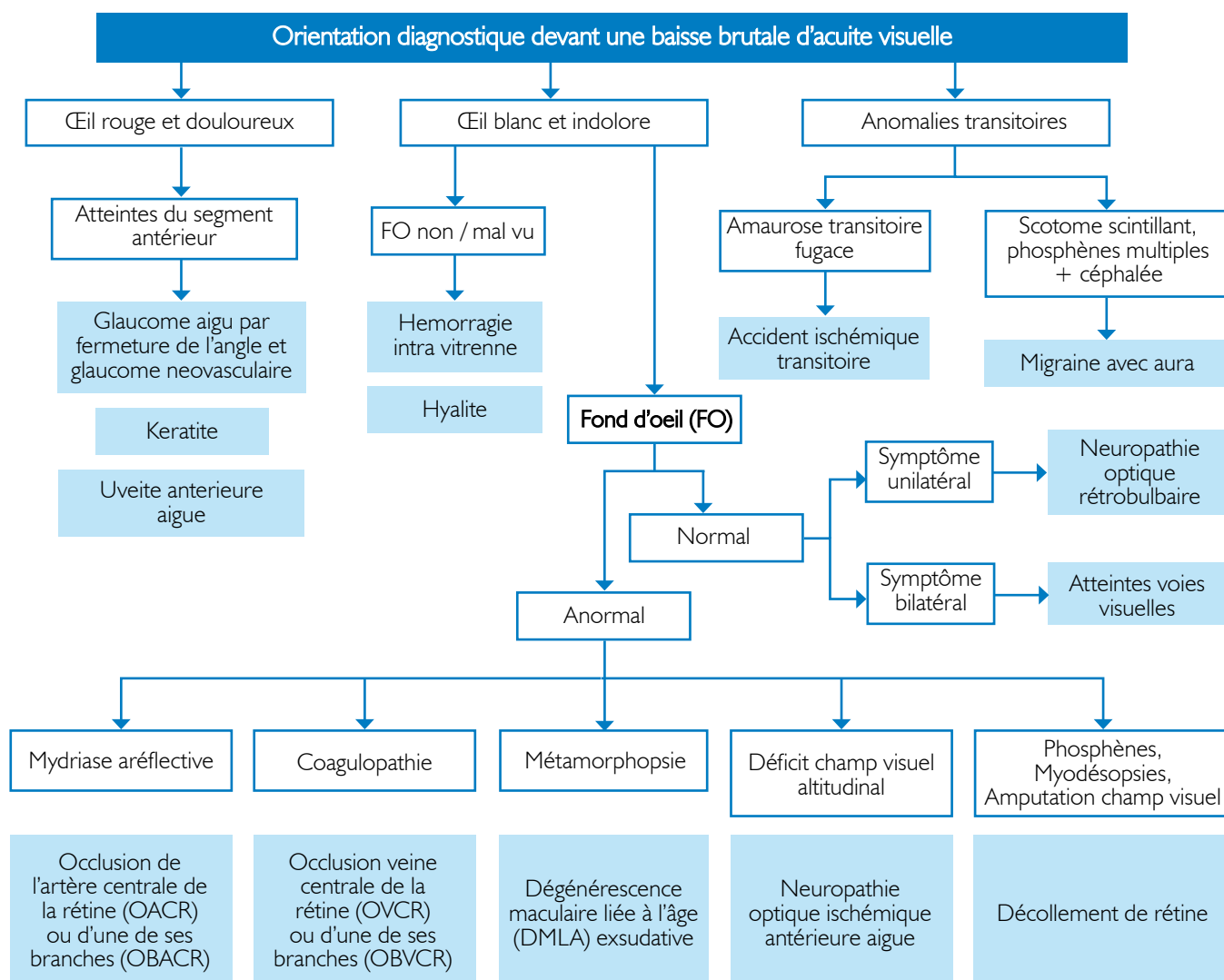


Tableau 2 : Orientation diagnostique devant une baisse brutale d'acuité visuelle

progressive du champ visuel voire d'une baisse de vision profonde font évoquer un **décollement de rétine (Figure 24)** facilement identifiable à l'examen du fond d'œil quand ce dernier est bulleux [4;5;11].

Des myodésopsies après 50 ans évoquent un **décollement postérieur du vitré**, un motif de consultation fréquent. Il s'agit néanmoins d'un diagnostic d'élimination, il faut en particulier s'assurer de l'absence de déchirure rétinienne ou de décollement de rétine par un examen spécialisé [11].

Lors d'une suspicion de maltraitance, le **syndrome du bébé secoué** doit être éliminé. Il s'agit d'une urgence médico-légale aux conséquences sévères avec 30% de mortalité et 30% de séquelles neurologiques. Il existe au fond d'œil des hémorragies de profondeur différente (vitré, rétine, espace sous-rétinien) et parfois d'âges différents. L'atteinte est souvent bilatérale. Leur présence doit être documentée, au mieux par une rétinographie couleur (RetCam c); au minimum par un schéma détaillé. Un avis multidisciplinaire est indispensable avant de conclure à des circonstances accidentelles.

CONDUITE À TENIR DEVANT DES TROUBLES VISUELS TRANSITOIRES :

Certaines pathologies neurologiques s'accompagnent de signes visuels [12]. On peut citer :

L'amputation du champ visuel, qui, en fonction de sa localisation peut orienter vers le siège de la lésion, comme le montre la **figure 25** [13].

La migraine avec aura ophtalmique en cas de scotome scintillant extensif, phosphènes multiples et désorganisé (type kaléidoscope), myodésopsies avec apparition de céphalées habituelles à l'arrêt des symptômes visuels [12].

Un accident ischémique transitoire est à évoquer devant la survenue d'une amaurose transitoire. Il faut également éliminer dans ce cas une maladie de Horton.

L'insuffisance vertébro-basilaire peut se compliquer de **cécité**

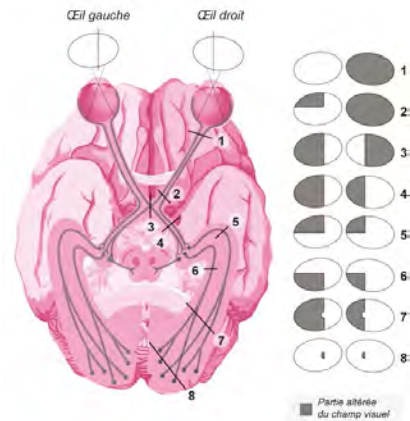


Figure 25 : Schéma des amputations du champ visuel selon la localisation des lésions anatomiques d'après Vignal Clermont C. Neuro-Ophthalmologie. Ed. Scientifiques et médicales Elsevier (2002)

bilatérale d'origine corticale [12].

Une diplopie douloureuse avec mydriase sera évocatrice d'un **anévrisme symptomatique de l'artère communicante postérieure** comprimant les fibres nerveuses du III^e nerf crânien [4;10;12].

Un syndrome de Claude Bernard-Horner douloureux, sera très évocateur d'une **dissection carotidienne**, d'autant plus en cas de traumatisme ou manipulation cervicale, laquelle nécessitera la réalisation d'une imagerie en urgence [5-12].

CONCLUSION

En se basant sur la triade de signes cliniques que sont la baisse de vision, la douleur et la rougeur, l'urgentiste peut efficacement diriger son examen clinique et déterminer le degré d'urgence. Il pourra ainsi solliciter une prise en charge spécialisée immédiate ou différée. Les urgences neuro ophtalmologiques et le syndrome des bébés secoués sont des situations qui doivent impérativement être reconnues étant données leurs implications vitales.

RÉFÉRENCES

- Girard B, Bourcier B, Agdabele I, Laroche L. Activity and epidemiology in an ophthalmological emergency center. J Fr Ophtalmol 2002; 25:701-11.
- Sanchez Tocino H, Galindo Ferreiro A, Iglesias Cortinas D, Galindo Alonso J, Fernandez Munoz M. Epidemiologic study of ocular emergencies in a general hospital. Arch Soc Esp Oftalmol 2004; 79:425-31.
- Nash EA, Margo CE. Patterns of emergency department visits for disorders of the eye and ocular adnexa. Arch Ophthalmol 1998; 116:1222-6.
- Tuil E, Mann F, Barale PO, De Nicola R, Milea D. Ophtalmologie en urgence. 3^e Ed 2014 Elsevier Masson, 472pp.
- Gerstenblith AT, Rabinowitz MP. The wills eye manual: Office and Emergency room diagnosis and treatment of eye disease. 6th Ed. 2012: LWW, 496pp.
- Rapuano CJ. Wills Eye Institute color atlas and synopsis of clinical ophthalmology - Cornea. 2^d Ed 2011: LWW, 384pp.
- Rhee D. Wills Eye Institute color atlas and synopsis of clinical ophthalmology - Glaucoma. 2^d Ed 2012: LWW, 512pp.
- Garg SJ. Wills Eye Institute color atlas and synopsis of clinical ophthalmology - Uveitis 2011: LWW, 336pp.
- Bourcier T, Bodaghi B, Bron A. Les infections oculaires. Marseille: Sociétés d'ophtalmologie de France 2010.
- Savino PJ, Danesh Mayer HV. Wills Eye Institute color atlas and synopsis of clinical ophthalmology - Neuro-Ophthalmology 2012: LWW, 304pp.
- Fineman MS, Ho AC. Wills eye institute color atlas and synopsis of clinical ophthalmology - Retina 2^d Ed 2012: LWW, 416pp.
- Pane A, Burdon M, Miller NR, Touitou V. Guide pratique en neuro-ophtalmologie 2011 : Ed Medcom, 415pp.
- Vignal Clermont C, Milea D. Neuro-ophtalmologie 2002 : Ed scientifiques et médicales Elsevier, 360pp.