

Baisse de l'acuité visuelle avec nouvelle aggravation

Un problème ophtalmologique

Vladimir Sibalic, Daniel Mojon

Dans le cas suivant, nous discutons de l'échange professionnel entre le médecin de famille et le spécialiste se fondant sur un tableau clinique typique.

La consultation du patient au cabinet du médecin de famille

Symptômes principaux

Une patiente de 77 ans fait état d'une lente dégradation de l'acuité visuelle depuis 2 ans, avec vision floue. Depuis quelques jours, une aggravation s'est fait sentir au niveau de l'œil gauche.

Anamnèse

La patiente se plaint de difficultés à lire malgré le port de lunettes de lecture, en particulier dans l'obscurité. Elle ne reconnaît plus clairement les visages et les couleurs lui apparaissent plus pâles. Depuis quelques jours, elle souffre à l'œil gauche d'une vue déformée et d'une reconnaissance des visages encore plus médiocre qu'auparavant. La patiente déclare ne pas avoir de douleurs ni de diplopie.

Comorbidités

Polyarthrose digitale; cyphose; hypertension artérielle; ostéoporose; asthme bronchique.

Prise médicamenteuse

Inhibiteurs de l'ECA; paracétamol en cas de besoin; une benzodiazépine pour dormir; un traitement par inhalation sans stéroïdes en cas de besoin.

Examens et observations

Acuité visuelle non corrigée

Droite 0,4; gauche 0,2.

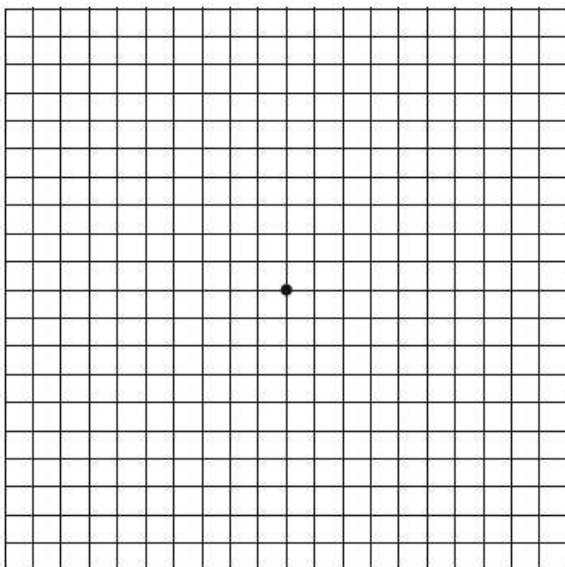
Examen clinique en fonction des symptômes

Sourcils et cils normaux, absence de lagophtalmie, absence de ptose, pupilles isochores, réaction pupillaire aux stimuli lumineux normale des deux côtés, absence de nystagmus, absence de strabisme. Pupilles rouges de manière homogène au test de Brückner.

Lampe à fente de l'ophtalmoscope

Pas d'opacité du cristallin; fond: papille vitale et nette, fond de couleur hétérogène au niveau de la macula, à droite avec druses et à gauche avec druses et saigne-

Résultat normal.



Métamorphopsies.

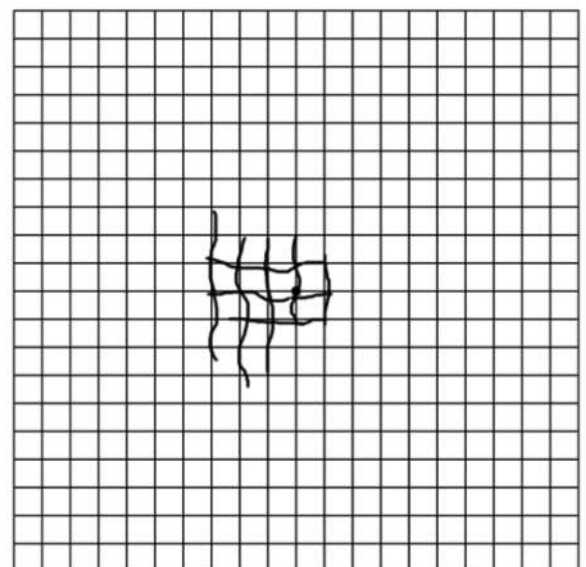


Figure 1: Test d'Amsler.

ment; les vaisseaux sanguins ne semblent pas pathologiques.

Résultat du test d'Amsler: des métamorphopsies à gauche, mais aucune à droite (fig. 1).

Examens cliniques

Pression sanguine: 135/85 mm Hg, pouls régulier 85/min.

Analyses de laboratoire

Glycémie: 5,5 mmol/l

Réflexions du médecin de famille

Il ne s'agit pas ici de symptômes «normaux» liés à l'âge, tels que diminution de la sensibilité de contraste, ralentissement de l'adaptation aux différences de luminosité, perturbation de la perception des couleurs (cônes), réduction de la vision scotopique (bâtonnets) ou sensibilité accrue à l'éblouissement. Le caractère unilatéral de l'altération est intrigant, au même titre que la dégradation rapide après une évolution lente. Sur la base des déformations centrales au test d'Amsler et des anomalies détectées au fond d'œil, il s'agit certainement d'un processus affectant la macula, mais de quelle origine: dégénérative? diabétique? vasculaire? En raison de l'absence d'éclairs (phosphènes) et en présence des résultats du fond d'œil, un décollement de la rétine est pratiquement exclu, au même titre qu'un décollement du vitré ou une cataracte. Dans le cas présent, un traitement par le médecin de famille n'est pas indiqué.

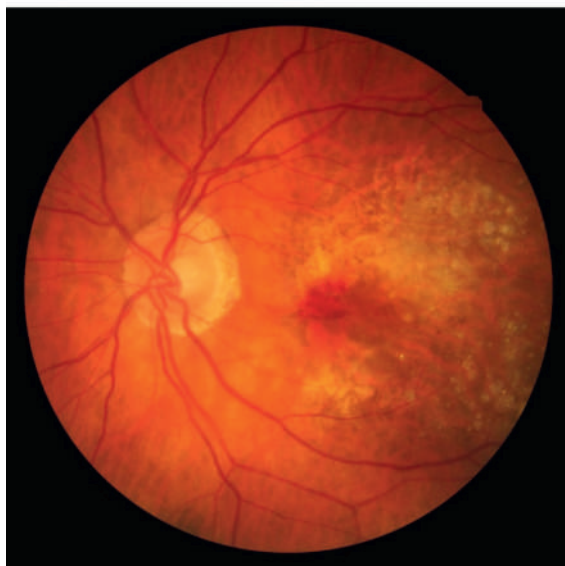


Figure 2: Ophthalmoscopie.

Suite des étapes

J'oriente la patiente vers un ophtalmologue et demande à ce dernier de l'examiner sous quelques jours.

Après l'orientation vers le spécialiste

Examens et observations

L'examen du médecin de famille à l'aide de l'*ophtalmoscope* est confirmé. L'acuité visuelle est plus diminuée à gauche qu'à droite, la rétine présente des druses des deux côtés, avec en plus une hémorragie de la macula du côté gauche.

L'*ophtalmoscopie* montre des druses blanchâtres/jaunâtres, en tant qu'expression certaine d'une dégénérescence maculaire sèche.

Diagnostic différentiel

L'hypothèse la plus probable est une dégénérescence maculaire sèche accompagnée d'une forme humide à gauche. Etant donnée la réflexion rouge symétrique au test de Brückner et l'absence d'opacités à la lampe à fente, une cataracte peut être exclue. L'absence de signes relatifs à une rétinopathie diabétique au niveau du reste de la rétine permet d'exclure une maculopathie diabétique.

En ce qui concerne la forme sèche de la dégénérescence maculaire, on observe une baisse lente, bilatérale et indolore de la vue, pouvant aller jusqu'à la perte de la capacité à lire.

En cas de baisse aiguë de l'acuité visuelle, le plus souvent unilatérale dans un premier temps, et souvent associée à des métamorphopsies, il convient de suspecter une dégénérescence maculaire humide.

A l'inverse, une cataracte se manifeste souvent de manière bilatérale, avec une expression pouvant cependant être plus marquée d'un côté, et associée à une diplopie monoculaire. Une diplopie binoculaire signifie que la diplopie disparaît en fermant alternativement l'un ou l'autre des deux yeux. Chez les patients âgés, la diplopie binoculaire est souvent l'expression d'une parésie des muscles oculaires.

Un examen du champ visuel peut s'avérer utile afin de restreindre les diagnostics différentiels. Un test simple peut s'effectuer par un «comptage de doigts» dans les quatre quadrants du champ visuel. L'examen devient nettement plus sensible lorsqu'un grand objet rouge est montré successivement dans chacun des quatre quadrants, et qu'il est demandé au patient s'il perçoit partout la couleur avec la même intensité. Des déficits du champ visuel homonymes surviennent en raison d'un dysfonctionnement des voies optiques rétino-chiasmatiques et, chez les personnes âgées, sont souvent causés par des accidents vasculaires cérébraux. A

l'inverse, les déficits du champ visuel hétéronymes et binasaux sont souvent le signe d'un glaucome chronique de stade avancé, tandis que les déficits du champ visuel bitemporaux indiquent une compression chiasmatique.

Chez les diabétiques, la cécité indolore peut être consécutive à un saignement récidivant du corps vitreux, à une ischémie rétinienne ou à un décollement de la rétine par traction. Le reflet du fond d'œil est diminué ou disparaît complètement. Lorsque la patiente fixe la lumière de l'ophtalmoscope, on peut déjà deviner dans l'appareil la structure anormale de la macula.

Diagnostic

Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA); sèche à droite, récente et humide à gauche.

Traitement

Les options thérapeutiques sont restreintes, même si la dégénérescence maculaire humide se traite relativement bien de nos jours! La forme sèche peut être traitée de manière conservatrice et empirique à l'aide de vitamines, d'antioxydants et de sels minéraux, bien que l'efficacité de ces modalités thérapeutiques ne soit pas encore de 100%. La forme humide est traitée par laser de photocoagulation ou par injections intravitréennes d'inhibiteurs du VEGF (*vascular endothelial growth factor*). La prolifération des vaisseaux sanguins est alors stoppée.

Réflexions sur le cas présent

Symptôme principal: vue déformée.

Anomalie principale chez le médecin de famille: métamorphose au test d'Amsler.

Anomalie principale chez l'ophtalmologiste: œdème rétinien.

Traitement empirique: agents biologiques pour l'inhibition de la reformation des vaisseaux (les preuves scientifiques pour la photocoagulation et les agents biologiques sont disponibles).

Commentaire du médecin spécialiste vis-à-vis de l'approche du médecin de famille

L'approche du médecin de famille a été correcte.

Qu'aurait encore pu faire le médecin de famille?

- Un bon contrôle des paramètres cardiovasculaires, avant tout de la pression sanguine, a vraisemblablement un impact positif sur l'évolution de la dégénérescence maculaire liée à l'âge.

A quel point est-il urgent d'adresser le patient à un spécialiste?

- Ce n'est pas une urgence. Le patient doit être adressé sous 1 semaine quand la baisse de l'acuité visuelle remonte à quelques jours.
- *Attention:* en cas de baisse aiguë de l'acuité visuelle au cours des dernières 24 heures, le médecin de famille ne peut exclure d'autres pathologies telles qu'une occlusion vasculaire. Dans de tels cas, il est judicieux d'adresser le patient à un spécialiste dans les 24 heures.

Complications potentielles: si un patient se plaint pour la première fois d'une vue déformée et que le médecin de famille observe des métamorphoses, il convient d'envisager une forme humide de DMLA. Un examen ophtalmologique devrait être effectué sous 1 semaine afin qu'un traitement anti-VEGF puisse être initié à temps.

Références

Un résumé portant sur l'évidence scientifique des différentes options thérapeutiques ainsi qu'une liste des références littéraires sont disponibles online sur www.primary-care.ch

Correspondance:
Vladimir Sibalic
KD Dr Dr Vladimir Sibalic
Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin
Parkstrasse 16
CH-9000 St. Gallen
[vladimir.sibalic\[at\]gmx.ch](mailto:vladimir.sibalic[at]gmx.ch)