

LES CAUSES DE BAISSSE D'ACUITE VISUELLE

Dr DOUHA ASMA

I. INTRODUCTION

C'est un symptôme très fréquent qui a une valeur de signal très importante.

Toute baisse d'acuité visuelle doit être considérée a priori comme grave. L'examen clinique rigoureux doit trouver son origine

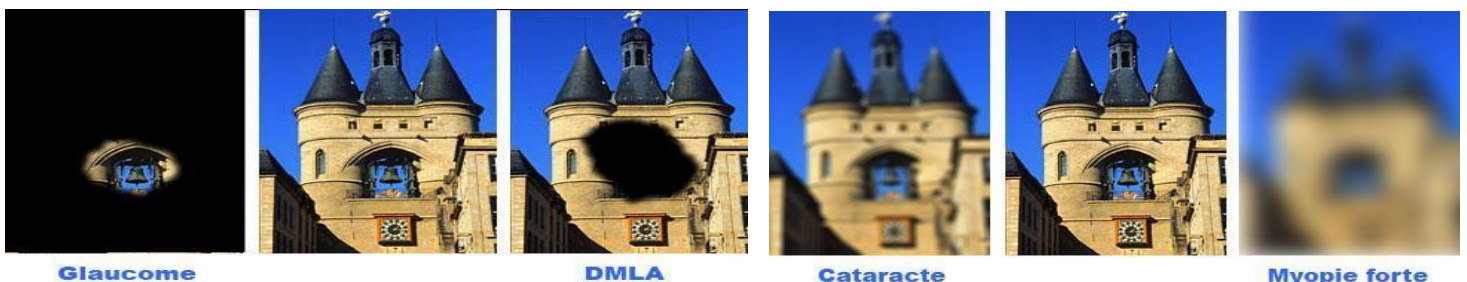
. **Quest-ce que la cécité ?**

La **cécité totale**

Est l'absence de perception de la lumière

Les formes **légal**es de la **cécité** sont définies par l'OMS : acuité mesurée avec la meilleure correction optique inférieure à 1/20 à chaque oeil

Lorsque l'acuité du meilleur oeil est inférieure à 3/10 on parle de **malvoyance**



II. - EXPLORATION DE L'ACUITÉ VISUELLE.

1. - **Définition** : l'acuité visuelle est la faculté de voir séparément deux points très proches l'un de l'autre

. Elle correspond à la vision centrale et a pour support anatomique la macula (cônes).

2. - **Mesure de l'acuité visuelle** : celle-ci se pratique toujours de façon unilatérale, mais comparative d'un oeil par rapport à l'autre.

■ L'acuité visuelle normale est de 10/10e avec ou sans correction.

■ **D'où l'aphorisme numéro 1 de l'ophtalmologie " 10/10 sinon un diagnostic ! "**



III. LES CAUSES DE LA BAISSSE DE L'ACUITÉ VISUELLE :

■ On peut les classer anatomiquement de façon très simple :

Les causes réfractives

Les troubles des milieux

Les causes rétinien

Les atteintes des voies optiques

Les cécités corticales

Le diagnostic étiologique repose essentiellement sur un examen clinique rigoureux et systématique complété éventuellement par certains examens complémentaires

Le problème se pose de façon différente suivant que la baisse d'acuité visuelle est brutale ou progressive

BAISSE D'ACUITE VISUELLE RAPIDE OU BRUTALE

- une baisse d'acuité visuelle rapide ou brutale (en quelques jours, heures, ou minutes...) est un symptôme nécessitant un diagnostic étiologique urgent. L'orientation diagnostique étiologique sera basée sur le contexte (traumatisme ou non) et sur deux questions : y-a-t'il une rougeur oculaire associée ? y-a-t'il des douleurs oculaires associées ?

1. L'oeil est blanc et indolore.

- Ceci traduit plutôt une atteinte des éléments **postérieurs de l'oeil**.
- On distingue essentiellement deux situations
- le FO est inaccessible à l'examen
- le FO est accessible

FO inaccessible

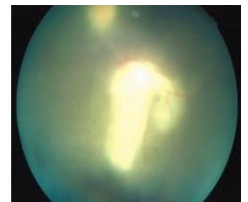
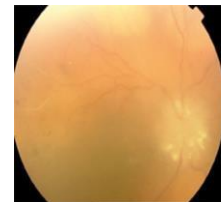
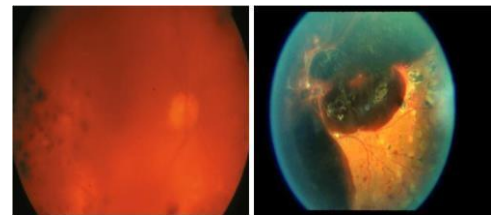
1/Hémorragie intravitréenne : HIV

- BAV brutale variable en fonction de l'importance de l'hémorragie
- examen clé : échographie oculaire confirme le diagnostic et recherche un DR associé
- étiologies multiples : les plus importantes ; DPV, RD, OVCR

- Traitement ; boissons abondantes
- Vitrectomie si pas tendance à la résorption spontanée

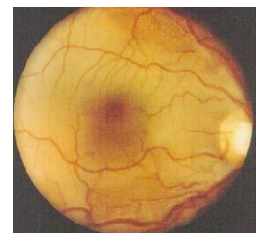
2/hyalite: inflammation du corps vitré

- au cours des uvéites postérieures et intermédiaires
- la BAV est variable d'intensité rapidement progressive
- Les étiologies sont celles des uvéites



FO accessible

A• Lorsque le déficit est total, c'est-à-dire baisse d'acuité visuelle totale sans perception lumineuse l'urgence diagnostique et thérapeutique est grande. Il peut s'agir :



1. Une occlusion de l'artère centrale de la rétine :

- Il s'agit de "**la baisse d'acuité visuelle la plus brutale (en coup de tonnerre) et la plus totale**" de toute l'ophtalmologie Le plus souvent unilatérale (heureusement !)
- De plus l'oeil aveugle est en mydriase
- Le diagnostic positif est fait par le fond d'oeil "**pôle postérieur pâle avec macula qui ressort rouge cerise**".
- Il faut rechercher une cause pouvant menacer la vie du sujet
- Le pronostic visuel de l'oeil qui a présenté l'OACR est généralement désastreux.



OACR



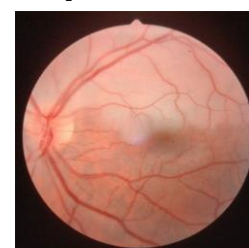
Occlusion artère cilio-rétinienne

- Pas de traitement spécifique on peut réaliser : un massage du globe ; une ponction de chambre antérieure donner des fibrinolytiques

- Réaliser un bilan cardiovasculaire

2. Une ischémie aiguë de la tête du nerf optique

- donnant un tableau proche du précédent avec baisse d'acuité totale et brutale avec oedème papillaire et fréquemment hémorragies et nodules dysoriques au fond d'oeil
- liés à une oblitération d'une artère ciliaire irriguant la papille. Elle



Occlusion de l'artère temp.



OACR avec A cilio-R +

a les mêmes causes et le même terrain que l'occlusion de l'artère

centrale.



- L'étiologie à ne pas méconnaître est la maladie de horton
- Dg: VS +++, CRP positive, biopsie de l'artère temporal
- TRT : corticoïde à forte

dose **B• Le déficit est partiel :**

La baisse d'acuité visuelle est plus ou moins importante, mais dans tous les cas il persiste au moins une perception lumineuse.

Il peut traduire

1. occlusion de la veine centrale de la rétine

- baisse d'acuité visuelle très variable en fonction de la forme clinique
- à l'examen du fond d'oeil, oedème papillaire, hémorragies rétiniennes disséminées, nodules cotonneux, tortuosité et dilatation veineuses,
- examen du fond d'oeil et angiographie fluorescéinique permettent de préciser la forme clinique de l'occlusion veineuse : forme bien perfusée, dite *forme oedémateuse*, ou *forme ischémique*.



Dg : clinique

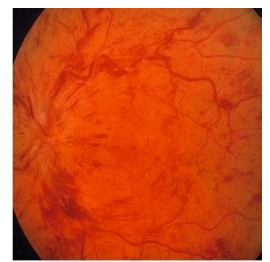
- Rechercher une étiologie : HTA, GLAUCOME, trouble de la crase sanguine
- TRT : photocoagulation rétinienne dans les formes ischémiques, IVT de corticoïde pour l'œdème maculaire

2. un décollement de la rétine rhégmato-gène

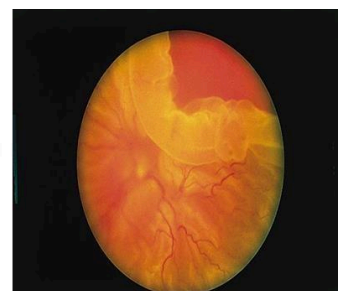
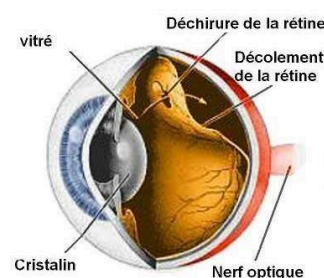
- La baisse d'acuité visuelle est volontiers précédée de myodésopsies, de phosphènes et d'un voile noir.
- Il est le plus souvent unilatéral, peut survenir à tout âge et touche volontiers le sujet myope, l'opéré de cataracte ou encore le traumatisé oculaire.
- Son traitement est relativement urgent et exclusivement chirurgical.



Occlusion de la veine temp.

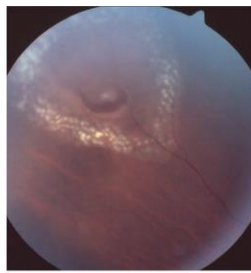


OVCR

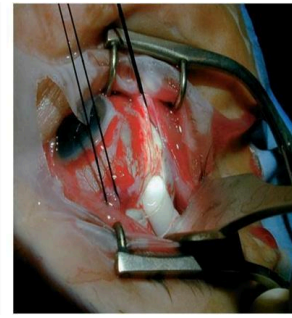
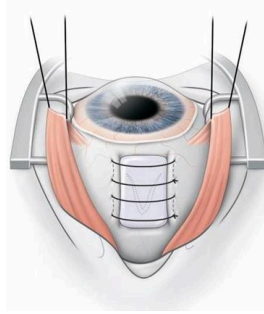




DR



Laser prophylactique



3. une neuropathie optique aiguë :

Il en existe deux formes cliniques :

- la papillite avec œdème papillaire au fond d'oeil.
- la névrite optique rétro-bulbaire : dans ce cas, le fond d'oeil est normal avec l'aphorisme qui dit que "le malade et l'ophtalmologiste n'y voient rien".
- En cas de névrite optique rétro-bulbaire unilatérale, il faut savoir évoquer une sclérose en plaque

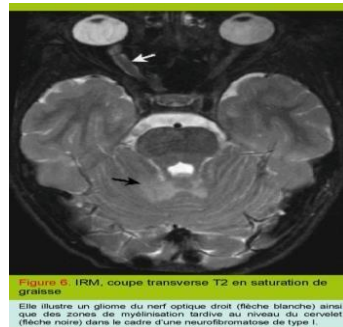
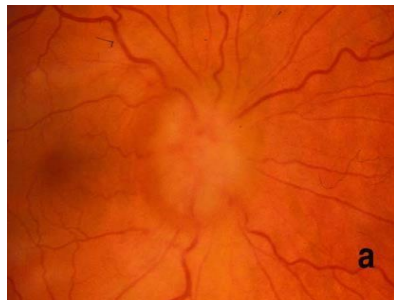
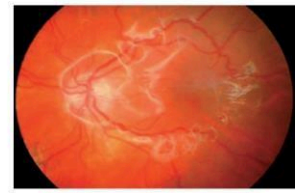
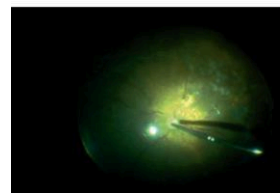
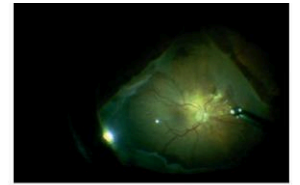
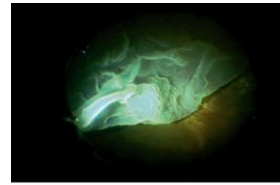
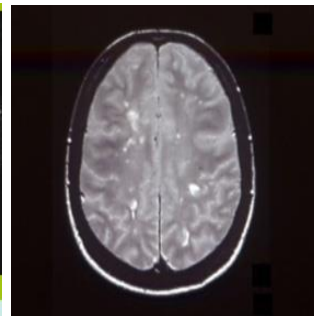


Figure 6. IRM, coupe transverse T2 en saturation de graisse. Elle illustre un gliome du nerf optique droit (flèche blanche) ainsi que des zones de myélinisation tardive au niveau du chiasme (flèche noire) dans le cadre d'une neurofibromatose de type 1.

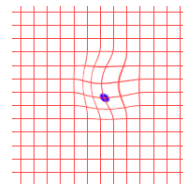


4. Une maculopathie :

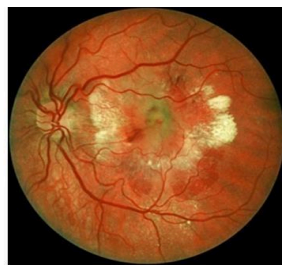
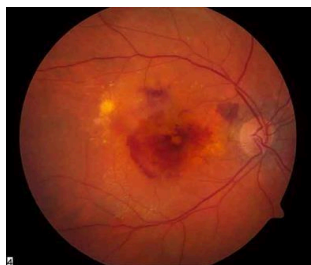
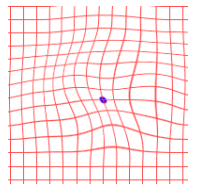
Toute lésion siégeant sur la macula va être responsable d'une baisse de l'acuité.

Les causes en sont multiples : hémorragie maculaire de causes multiples, foyers de chorioretinite

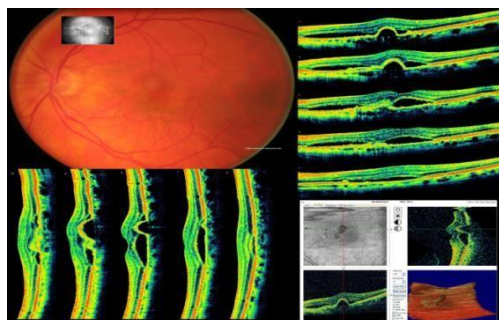
touchant la macula, dégénérescence maculaire liée à l'âge, etc...



métamorphopsie

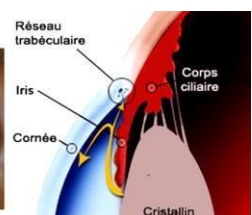


DMLA



C. Le déficit est transitoire :

- La cécité monoculaire transitoire est une perte fugace de la vision ne durant que quelques secondes. Elle impose de rechercher en urgence un athérome carotidien ou une valvulopathie et d'en entreprendre le traitement.
- éclipses visuelles durant quelques secondes par oedème

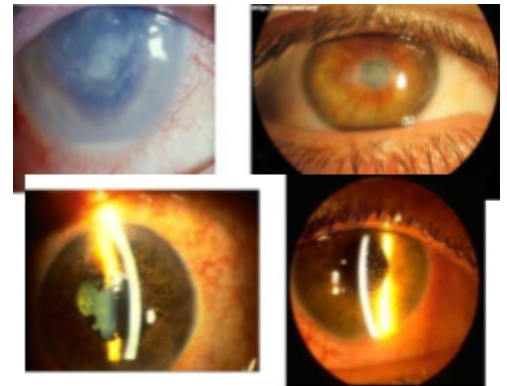


papillaire de l'*hypertension intracrânienne*.

- flashes colorés accompagnés d'un scotome scintillant s'étendant progressivement évoquant une *migraine ophtalmique*,

- Baisse bilatérale.

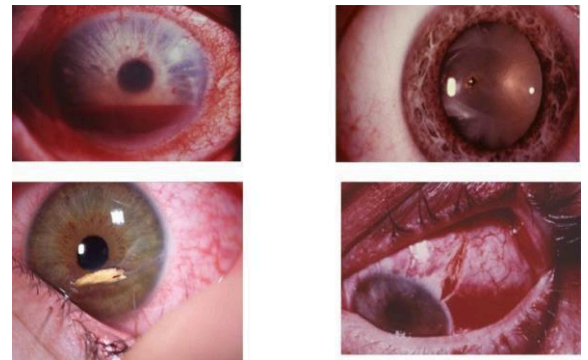
- ✓ Elle est beaucoup plus rare et fait plutôt évoquer une atteinte des voies optiques :
- ✓ **Cécité corticale** : le malade ne voit pas, mais n'en est pas gêné .Le fond d'oeil est normal, le contexte neurologique est en général évocateur.
- ✓ **Neuropathie optique bilatérale** notamment névrite optique toxique ou héréditaire
- ✓ NB: diagnostic différentiel « **SIMULATION** »



2. Baisse d'acuité visuelle avec un oeil rouge et douloureux :

Il s'agit d'une affection aiguë du segment antérieur [« Œil rouge et/ou douloureux »](#) :

- ✓ **Kératite aiguë**
- ✓ **Glaucome aigu par fermeture de l'angle**
- ✓ **Uvéite antérieure**
- ✓ **Traumatisme oculaire**



Baisse progressive de l'acuité visuelle.

Elle peut être due à :

1. **Troubles de la réfraction** (cf cours).
2. **Troubles des milieux.**
 - où la principale cause est la **cataracte** (cf cours).
 - les autres atteintes : cornéennes, vitréennes (cf cours).
3. **Atteinte des récepteurs.**
 - le glaucome chronique (cf cours)
 - les rétinopathies : dégénérescence maculaire liée à l'âge, rétinopathie diabétique, héréditaire, iatrogène, ... (cf cours)
 - Uvéïtes
 - Neuropathies optiques : toxiques ; tumorales; inflammatoires ... etc.

IV. Conclusion :

-L'exploration de l'acuité visuelle est l'un des temps essentiels de tout examen ophtalmologique.

-La baisse d'acuité visuelle étant un symptôme de valeur essentielle amenant en général

rapidement le patient à consulter.