

Grille d'évaluation ECOS - Amaurose 1

Service d'urgences

Mme Louise Richard, 63 ans, consulte suite à une perte de vue depuis ce matin.

TA
155/92 mmHg

FC
78 bpm

T°
37.3°C

SaO2
99 %

Anamnèse (25%)

Score : 0/27

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Caractérisation cécité				0
Localisation [œil droit]	<input type="checkbox"/>			
Chronologie [depuis 2 heures]	<input type="checkbox"/>			
Développement (subit / progressif) [début brusque]	<input type="checkbox"/>			
Circonstance de survenue [sur le bateau ce matin pour aller au travail]	<input type="checkbox"/>			
Perte de connaissance associée [non]	<input type="checkbox"/>			
<i>Les cinq = oui, trois à quatre = ±, aucun à deux = non</i>				
2. Caractérisation céphalées				0
Localisation [bitemporale]	<input type="checkbox"/>			
Irradiation [vers l'oreille droite]	<input type="checkbox"/>			
Qualité [en étouf]	<input type="checkbox"/>			
Quantité [4/10]	<input type="checkbox"/>			
Chronologie [depuis environ 1 semaine]	<input type="checkbox"/>			
Développement [progressif]	<input type="checkbox"/>			
<i>Les six = oui, cinq = ±, aucun à quatre = non</i>				
3. Anamnèse par système - générale				0
Fièvre [non]	<input type="checkbox"/>			
Sudation nocturne [oui, depuis 1 semaine]	<input type="checkbox"/>			
Perte de poids [non]	<input type="checkbox"/>			
<i>Les trois = oui, deux = ±, aucun à un = non</i>				
4. Anamnèse par système - neurologique				0
Diplopie [non]	<input type="checkbox"/>			
Perte de force [non]	<input type="checkbox"/>			
Perte de sensibilité [non]	<input type="checkbox"/>			
Paresthésies [non]	<input type="checkbox"/>			
Vertiges [non]	<input type="checkbox"/>			
<i>Au moins quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non</i>				
5. Habitudes				0
Tabagisme [environ 1/2 paquet par jour depuis l'âge de 20 ans - 22 UPA]	<input type="checkbox"/>			
Drogues [nihil]	<input type="checkbox"/>			
Médicaments [nihil]	<input type="checkbox"/>			
<i>Les trois = oui, un à deux = ±, aucun = non</i>				

6. Antécédents et comorbidités

0

Maladies actuelles [HTA non traitée mais suivie]

Antécédents médico-chirurgicaux [pneumothorax à 20 ans, tuberculose dans l'enfance traitée]

Allergies [aucune]

Les trois = oui, un à deux = ±, aucun = non

0

7. Anamnèse en général - ciblée, fil conducteur

Bien = oui, suffisant = ±, insuffisant = non

Examen clinique (25%)

Score : 0/25

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Ophtalmologique - observation				0
Sclère	<input type="checkbox"/>			
Paupière	<input type="checkbox"/>			
Les deux = oui, un = ±, aucun = non				
2. Ophtalmologique - acuité visuelle				0
Œil droit [0.2, devine des formes]	<input type="checkbox"/>			
Œil gauche [normal]	<input type="checkbox"/>			
Les deux = oui, un = ±, aucun = non				
3. Ophtalmologique - fond d'œil	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
4. Neuro-ophtalmologique				0
Champs visuels [absents à l'œil droit]	<input type="checkbox"/>			
Poursuite oculaire / oculomotricité [impossible à l'œil droit si l'œil gauche est caché, normale à l'œil gauche]	<input type="checkbox"/>			
Les deux = oui, un = ±, aucun = non				
5. Neuro-ophtalmologique - réflexes pupillaires				0
Direct	<input type="checkbox"/>			
Croisé	<input type="checkbox"/>			
Les deux = oui, un = ±, aucun = non				
6. Neurologique - orientation aux 4 modes				0
Temps	<input type="checkbox"/>			
Localisation	<input type="checkbox"/>			
Personne	<input type="checkbox"/>			
Situation	<input type="checkbox"/>			
Les quatre = oui, trois = ±, aucun à deux = non				
7. Neurologique - motricité & sensibilité grossière				0
Motricité	<input type="checkbox"/>			
Sensibilité	<input type="checkbox"/>			
Les deux = oui, un = ±, aucun = non				

8. DD AVC - Test de Cincinnati (Stroke Scale)

0

Motricité de la face (NC VII)

Épreuve des bras tendus

Répétition d'une phrase

Les trois = oui, deux = ±, aucun à un = non

9. DD artérite de Horton

0

Percussion de l'artère temporale [douleur à la percussion de la tempe droite]

Palpation de la mâchoire [claudication de la mâchoire]

Les deux = oui, un = ±, aucun = non

10. Cardiaque

0

Auscultation des 4 foyers

Auscultation des carotides des deux côtés

Les deux = oui, un = ±, aucun = non

11. Status en général - réalisé de manière structurée, correcte et professionnelle

0

Bien = oui, suffisant = ±, insuffisant = non

Management (25%)

Score : 0/17

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Demande de laboratoire				0
Formule sanguine simple (FSS) [Hb 113 g/L, plaquettes 422 G/L]	<input type="checkbox"/>			
Vitesse de sédimentation (VS) [55 mm/h]	<input type="checkbox"/>			
CRP [32 mg/L]	<input type="checkbox"/>			
Au moins deux = oui, un = ±, aucun = non				
2. Demande de biopsie de l'artère temporale	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
3. Évoque la nécessité d'exclure une dissection aortique en proposant				0
Imagerie	<input type="checkbox"/>			
Prise de tension aux 2 bras	<input type="checkbox"/>			
Les deux = oui, un = ±, aucun = non				
4. Évoque le diagnostic d'artérite de Horton / maladie de Horton / artérite temporale	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
5. Propose l'introduction immédiate d'une corticothérapie	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
6. Propose en parallèle l'introduction de				0
Calcium / vitamine D	<input type="checkbox"/>			
Protection gastrique	<input type="checkbox"/>			
Les deux = oui, un = ±, aucun = non				
7. Propose une hospitalisation	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
8. Management en général	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
Bien = oui, suffisant = ±, insuffisant = non				

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères

A B C D E

1. Réponse aux sentiments et besoins du patient

Empathie, écoute active, validation des émotions

Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien

2. Structure de l'entretien

Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps

Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation

3. Expression verbale

Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension

Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats

4. Expression non verbale

Contact visuel, posture, gestuelle appropriée

Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire

5. Évaluation générale de la communication

Qualité globale de l'interaction médecin-patient

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse
0%

Examen clinique
0%

Management
0%

Communication
0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%

Annexes

Manifestations cliniques de l'artérite de Horton

Au début de la maladie, les symptômes peuvent être fluctuants (*warning symptoms*), avant de s'installer définitivement.

Symptômes systémiques (fatigue, fièvre, perte pondérale) : présents chez la moitié des patients.

Céphalées : le symptôme le plus fréquent ; souvent localisées au niveau temporal ou occipital (souvent de type hyperesthésies du cuir chevelu).

Claudication de la mâchoire : probablement le symptôme le plus spécifique ; il consiste en une fatigue et/ou douleur des muscles masticateurs après quelques bouchées.

Manifestations visuelles : diminution de l'acuité visuelle d'un ou deux yeux avec ou sans douleur, souvent précédée par une baisse de la vision des couleurs (dyschromatopsie) ; la perte définitive de la vision est précédée de troubles visuels transitoires dans 15-25% des cas ; l'atteinte visuelle résulte de l'atteinte des branches de l'artère ophtalmique, le plus souvent les artères ciliaires ; une vision initialement trouble peut progresser rapidement vers la cécité si un traitement corticoïde n'est pas rapidement administré, de plus, sans traitement, une atteinte contralatérale peut se manifester dans les une à deux semaines ; l'atteinte visuelle constitue donc une véritable urgence car si le déficit visuel s'installe, il sera permanent.

Polymyalgia rheumatica : il s'agit d'une maladie inflammatoire d'étiologie indéterminée, fréquente, affectant 1/133 personnes > 50 ans ; là aussi le pic est à 70-80 ans ; la polymyalgia rheumatica (PM) se caractérise par une raideur matinale surtout au niveau des épaules et des régions cervicale et pelvienne ; le pronostic est favorable sous corticothérapie à petite dose ; on parle aussi d'un «spectre AH-PM».

Clinique	Fréquence	Remarques
Symptômes généraux (fatigue, fièvre, perte pondérale)	50%	<ul style="list-style-type: none"> En général état subfibrile, mais peut aller jusqu'à 39-40°C (15%)
Céphalées	70%	<ul style="list-style-type: none"> Temporales surtout
Claudication de la mâchoire	40-50%	<ul style="list-style-type: none"> Symptôme le plus spécifique/ parfois avec claudication de la langue ou de la déglutition
Manifestations visuelles	20%	<ul style="list-style-type: none"> Anterior ischemic optic neuropathy (AION) 85% Occlusion de l'artère centrale de la rétine 10% Posterior ischemic optic neuropathy (PION) <5%
Polymyalgia rheumatica (PM)	40-50%	<ul style="list-style-type: none"> 15% des patients avec PM ont une AH
Manifestations cliniques rares		
Manifestations neurologiques plus rares		<ul style="list-style-type: none"> Neuropathies périphériques (14%) AVC ou AIT surtout dans le territoire vertébro-basilaire (2-4%) Diplopie (10%)
Manifestations musculaires	10-15%	<ul style="list-style-type: none"> Surtout claudication des membres supérieurs
Atteinte aortique		<ul style="list-style-type: none"> Aortite (→ anévrisme: 17 fois plus fréquent chez les patients avec une AH) Dissection

Fond d'œil - Neuropathie optique ischémique

Image du fond d'œil montrant un papillœdème marqué, une pâleur du disque optique et des flammèches caractéristiques de l'artérite de Horton.

L'atteinte visuelle résulte de l'atteinte des branches de l'artère ophtalmique, le plus souvent les artères ciliaires.

Au fond d'œil, un œdème de nerf optique ou de la rétine indique une ischémie antérieure du nerf optique (Anterior Ischemic Optic Neuropathy, AION) ou une occlusion de l'artère centrale de la rétine.



Laboratoire

VS ↑ (> 50 mm/h).

CRP (traduit l'activité inflammatoire de l'AT, utile pour témoigner de l'efficacité du traitement).

Anémie (chez 55-85% des patients).

Thrombocytose (chez 30-70% des patients).

Les paramètres immunologiques sont normaux (ex : ANA, FR).

Formule sanguine simple (FSS) :

• Leucocytes :	8 G/L	(N : 3.2-9.8)
• Érythrocytes :	3.8 T/L	(N : 3.5-5.0)
• Hémoglobine :	122 g/L	(N : 120-150)
• Hématocrite :	37%	(N : 33-43)
• MCV :	80 fl	(N : 76-100)
• MCH :	28.4 pg	(N : 27-33)
• MCHC :	305 g/L	(N : 330-370)
• Plaquettes :	422 G/L	(N : 130-400)

Chimie sanguine :

• CRP :	32 mg/L	(N : < 6)
---------	---------	-----------

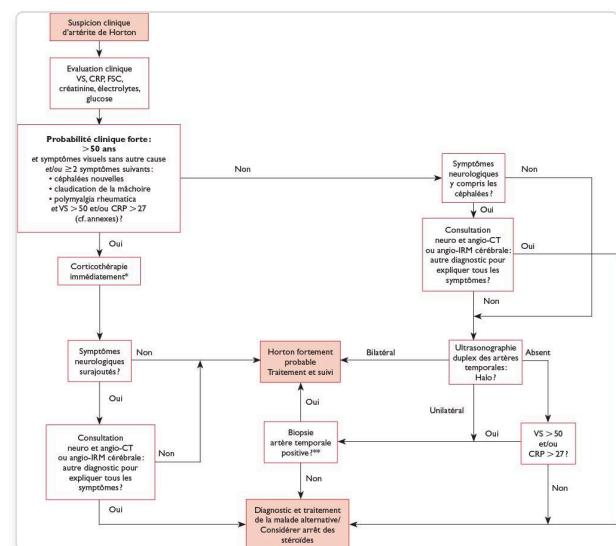
Vitesse de sédimentation :

• VS :	55 mm/h	(N ♀ : 0-30)
--------	---------	--------------

Algorithme de prise en charge de l'artérite de Horton

* Maintien de la corticothérapie tant que l'AH n'est pas

formellement écartée. ** Biopsie bilatérale si pas de diagnostic alternatif.



Scénario pour la patiente standardisée

Nom : Louise Richard | **Âge :** 63 ans

Contexte : Infirmière consultant aux urgences pour perte de vue depuis ce matin

Motif de consultation

Plainte principale : «Je viens vous voir car j'ai perdu la vue depuis ce matin.»

Si on demande s'il y a autre chose : «J'ai mal à la tête aussi»

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Cécité subite
- Localisation : Oeil droit
- Quantité/intensité : Devine des formes mais sinon rien
- Chronologie : A débuté il y a 2 heures, pas d'amélioration depuis
- Développement : Début brusque
- Circonstances de survenue : J'étais dans le bateau ce matin pour aller au travail, quand j'ai perdu la vue

Symptômes associés :

- Céphalée bitemporale en étau, progressive depuis environ 1 semaine, actuellement à 4/10, irradiant vers l'oreille droite
- Asthénie progressive depuis une semaine, en péjoration nette depuis environ 1 jour. Vous vous sentez fatiguée, impression que le sommeil n'est pas réparateur.
- Sudation nocturne depuis également, vous réveillez la nuit, mais pas toutes les nuits, en sueur avec votre lit trempé. Vous avez même changé vos draps une fois dans la semaine

Réponse aux symptômes :

- Est venue consulter aux urgences

Représentation de la maladie :

- A peur d'être en train de faire un AVC

Habitudes

- **Médicaments :** Nihil
- **Alimentation :** Saine et équilibrée
- **Activité physique :** Ne fait pas vraiment de sport
- **Sommeil :** Sommeil irrégulier en raison de son métier (infirmière)
- **Tabac :** Environ 1/2 paquet par jour depuis l'âge de 20 ans (22 UPA)
- **Alcool :** 1-2 verre de vin par semaine
- **Drogues illicites :** Nihil
- **Sexualité :** Rapports réguliers non protégés avec son époux

Histoire médicale

- Bonne santé habituelle, connue pour une hypertension artérielle (HTA) non traitée mais régulièrement suivie chez le médecin traitant
- Vaccins à jour
- Pas d'allergie
- Ne prend pas de médicament
- Hospitalisée deux fois dans sa vie pour la naissance de ses 2 enfants (3G2P)
- Pneumothorax à l'âge de 20 ans
- Tuberculose dans l'enfance qui a été traitée
- Anamnèse familiale sans particularité

Anamnèse par systèmes

Système général :

- Sudations nocturnes depuis 1 semaine

Système neurologique :

- Cf. anamnèse actuelle
- Trouble de l'orientation et de l'équilibre si œil gauche fermé

Système ostéo-articulaire :

- Sentiment de raideur au réveil

Simulation

Durant l'entretien :

- Tic à l'œil droit (haute fréquence de clignements des paupières)
- Se tient la tête de temps en temps

Durant le status :

- Trouble de l'orientation & de l'équilibre à la fermeture de l'œil gauche (par exemple, quand le médecin vous fait le status ophtalmologique et vous demande de fermer l'œil gauche)
- Douleur à la percussion de la tempe droite
- Hyperesthésie du cuir chevelu (ça fait mal quand on touche)

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Anamnèse actuelle :

Patiante de 63 ans, infirmière, connue pour une HTA non traitée, consulte aux Urgences suite à l'apparition d'une cécité subite de l'œil droit (OD) il y a environ 2 heures. La patiente était sur un bateau (Evian-Lausanne) pour se rendre au travail. A l'anamnèse, la patiente dit pouvoir encore vaguement distinguer les formes mais ne peut plus s'orienter si elle ferme l'œil controlatéral. Elle mentionne également perdre l'équilibre si elle ferme l'œil gauche (OG). Elle n'a pas eu de traumatisme direct au niveau de l'œil ou de traumatisme crânien. Pas de perte de conscience. Elle ne présente pas de trouble de la motricité ou de la sensibilité. Elle ne présente pas de vertiges.

A l'anamnèse par système, on note l'apparition d'une céphalée bitemporale en étau depuis environ 1 semaine, progressive et irradiant vers l'oreille droite. La douleur est actuellement à 4/10. Elle mentionne également des épisodes de sudation nocturne depuis 1 semaine, sans état fébrile associé (mesuré à domicile). Le reste de l'anamnèse par système est sans particularité. La patiente n'a pas d'allergie connue.

Anamnèse familiale : sans particularité.

Poids : 72 kg, taille 1.72m

FRCV : tabagisme actif à 22 UPA, HTA, pas de diabète connu, sédentarité.

Médicaments : nihil.

Antécédents et comorbidités :

- HTA non traitée (surveillée 2x/an chez le médecin traitant)
- Pneumothorax à l'âge de 20 ans
- Notion de tuberculose dans l'enfance, non documentée

Status :

- Ophtalmo : observation des sclères et des paupières (y compris éversion) sans particularité, acuité visuelle à 0.2 à l'OD, sans particularité à l'OG, poursuite oculaire impossible à l'OD si l'OG est caché, normale à l'OG. Champs visuels absents à l'OD. Oculomotricité bilatérale normale. Fond d'œil OG sans particularité. Fond d'œil OD : papilloedème marqué, pâleur du disc optique, flammèche.
- Neuro : GCS 15/15, orientée aux 3 modes, NC sans particularité hormis troubles de l'acuité visuelle de l'OD décrits ci-dessus, épreuve des bras tendus tenue, Romberg négatif, doigt-nez impossible dans l'hémichamp droit mais normal à gauche, réflexes ostéo-tendineux normovifs et symétriques, réflexe cutané-plantaire (RCP) indifférent.

Problèmes et attitude :

Suspicion d'artérite de Horton (artérite temporaire droite) avec :

- Amaurose de l'œil D

Investigations :

- Laboratoire : CRP 32 mg/L, VS élevée à 55 mm/h, formule sanguine simple alignée hormis thrombocytose légère à 422 G/L
- Biopsie de l'artère temporaire droite : effectuée, résultats à pister.
- US des vx i : demandée, résultats à pister.

Attitude :

- Au vu de la forte suspicion diagnostique, instauration immédiate d'une corticothérapie par méthylprednisolone 1 g (patiente de > 60 kg) IV 1x/j pour trois jours, suivi de prednisone per os 1 mg/kg/jour. Adapter / arrêter traitement selon résultat biopsie.
- Initiation d'un traitement par Calcimagon-D3-Forte (calcium + vitamine D3) avec pantoprazole 40mg 1x/j (protection gastrique).
- Initiation d'un traitement par bisphosphonate (alendronate 70 mg par semaine). Densitométrie osseuse (minéralométrie) à effectuer dans les meilleurs délais.

- Vérification du status vaccinal à effectuer auprès du médecin traitant, envisager sérologie hépatites, TB-spot à faire dans les deux prochaines semaines, vaccin anti-grippal et antipneumococcique à envisager si absents.
- Hospitalisation avec alitement pour 3 jours afin d'augmenter la pression de perfusion de la papille/rétine (recommandation ophtalmologique).

Rôles et interventions de l'expert·e

Remplir la grille d'évaluation

Donner les résultats des examens demandés : FSS, CRP, VS

Fournir l'image du fond d'œil quand le médecin fait le status ophtalmologique

Un lien pour un tableau pour mesurer l'acuité visuelle est à disposition dans la bibliographie (3ème référence).

N'hésitez pas à l'imprimer !

Théorie pratique concernant la vignette

Général

- L'artérite temporale (AT) avec atteinte oculaire est une URGENCE MEDICALE.
- L'AT appartient aux vasculites avec atteinte des gros vaisseaux.
- Il s'agit d'une vasculite (panartérite) des grosses artères extracrâniennes et de l'arc aortique et branches terminales (aa. Sous-clavière, rénales, iliaques)
- L'AT survient généralement à partir de l'âge de 50 ans.
- Femmes/hommes = 2:1

En pratique clinique

- Une artérite temporale qui n'est pas diagnostiquée et traitée immédiatement risque de développer une cécité brusque !
- Une amaurose fugace DOIT toujours faire évoquer le diagnostic potentiel d'une AT.
- En présence d'une artérite temporale, le risque d'un anévrisme de l'aorte thoracique est augmenté d'un facteur 15 !

Étiologie

Inconnue

Clinique - Symptômes généraux

- Asthénie, épuisement, fièvre, diaphorèse nocturne
- Raideur matinale, myalgies
- Céphalée temporaire
- Hyperesthésie du cuir chevelu (le fait de passer le peigne fait mal)

Clinique - Troubles visuels

- Cécité : Il s'agit souvent d'une manifestation inaugurale ! Si l'atteinte oculaire est unilatérale et non traitée, le 2ème œil risque d'être touché 1-2 sem. plus tard.
- Les modifications suivantes du fond d'œil s'observent généralement seulement APRES la perte visuelle : Pâleur du disque optique due à l'ischémie (= neuropathie optique), Cotton-wool patches, Petits foyer hémorragiques rétiniens, papillœdème
- Diplopie (par occlusion de l'a. ophtalmique et les aa. Ciliaires postérieures)
- Amaurose fugace avec cécité

Clinique - Signes locaux de l'a. temporale superficielle (chez 50% des patients)

- Tuméfaction douloureuse et rougeur de la région temporaire
- Le pouls de l'a. temporale peut être affaibli ou absent
- Claudications des extrémités (membres sup > inf.)

A rechercher à l'examen physique

- Souffles vasculaires
- Asymétrie de pression artérielle, de pouls
- Dilatation anévrismale de l'aorte

Diagnostic

Le diagnostic est retenu en présence de $\geq 3/5$ des critères :

- Début de la symptomatologie ≥ 50 ans
- Céphalée nouvelle ou nouveau type de céphalée
- Artère temporaire superficielle sensible à la palpation ou affaiblissement/absence du pouls
- VS ≥ 50 mm/h
- Histologie typique d'AT lors de la biopsie de l'a. temporaire superficielle (vasculite avec infiltration mononucléaire prédominante ou inflammation granulomateuse, généralement avec des cellules géantes)

Note importante

Bien qu'étant souvent le symptôme d'appel, la cécité ne fait pas partie des critères diagnostics !

Laboratoire

- VS $\uparrow\uparrow$ (> 50 mm/h)

- CRP (traduit l'activité inflammatoire de l'AT, utile pour témoigner de l'efficacité du traitement)
- Anémie (chez 55-85% des patients)
- Thrombocytose (chez 30-70% des patients)
- Les paramètres immunologiques sont normaux (ex : ANA, FR)

Attitude en cas de suspicion d'AT

- Biopsie de l'artère temporaire superficielle. Indiquée chez tous les patients avec suspicion d'AT
- US des vaisseaux extracrâniens

Traitement

- Sans atteinte oculaire : corticoïdes PO durée 6-12 mois selon la clinique
- Avec atteinte oculaire : corticoïde IV à haute dose (urgence !) puis passer en PO
- Toute initiation de corticothérapie chez une personne de > 50 ans nécessite l'introduction en parallèle d'un traitement contre l'ostéoporose, par calcium, vitamine D et biphosphonates

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel est large et dépend de la présentation, mais on peut relever les plus fréquents :

- AVC/AIT d'origine athéro-thrombotique
- Polymyalgia rheumatica sans AT
- Autres vasculites systémiques (micro-PAN, Wegener, Takayasu)
- Vasculite primaire du système nerveux central (SNC)
- Amyloïdose primaire du SNC
- Glaucome
- Maladie de Lyme
- ...

Remarques

- Une Rx des poumons (1x/an) est recommandée comme bilan minimal (risque dissection aortique +++)
- Des récidives peuvent se manifester sous forme d'AT ou de polymyalgia rheumatica (50% des patients avec une AT développent une polymyalgia rheumatica)