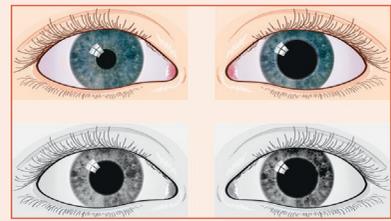


Comment j'évalue une anisocorie ?

M. LEBAS



Contexte

- L'examen des pupilles fait partie de l'examen ophtalmologique. Une anisocorie peut s'observer isolément ou en association avec un symptôme visuel (baisse visuelle, diplopie) ou non (douleur).
- L'interrogatoire porte sur les antécédents ophtalmologiques et généraux, la profession (jardinage), la recherche de manipulation de gouttes ou substances atropiniques, de traumatisme, les traitements en cours et les symptômes associés.

Examen

■ Déterminer la pupille pathologique

- Examen simultané des deux pupilles en faisant varier l'éclairage de la pièce ; la pupille pathologique est celle dont la taille est la moins variable entre l'obscurité et la lumière :
 - différence de taille plus importante à l'obscurité (fig. 31-A : a) = myosis de la pupille la plus petite qui dilate mal ;
 - différence de taille plus importante à la lumière (fig. 31-A : b) = mydriase de la pupille la plus grande ;
 - différence stable (fig. 31-A : c) = anisocorie physiologique (à vérifier à l'aide de photographies anciennes du patient).
Faire attention au piège du syndrome de Claude Bernard-Horner (ptosis minime, test au collyre au moindre doute).
- Rechercher une anomalie du réflexe photomoteur en éclairant chaque pupille.
- Rechercher un ptosis ou un trouble oculomoteur associé :
 - III du côté de la pupille la plus grande ;
 - syndrome de Claude Bernard-Horner du côté de la pupille la plus petite.
- Rechercher des anomalies de l'iris à la lampe à fente.

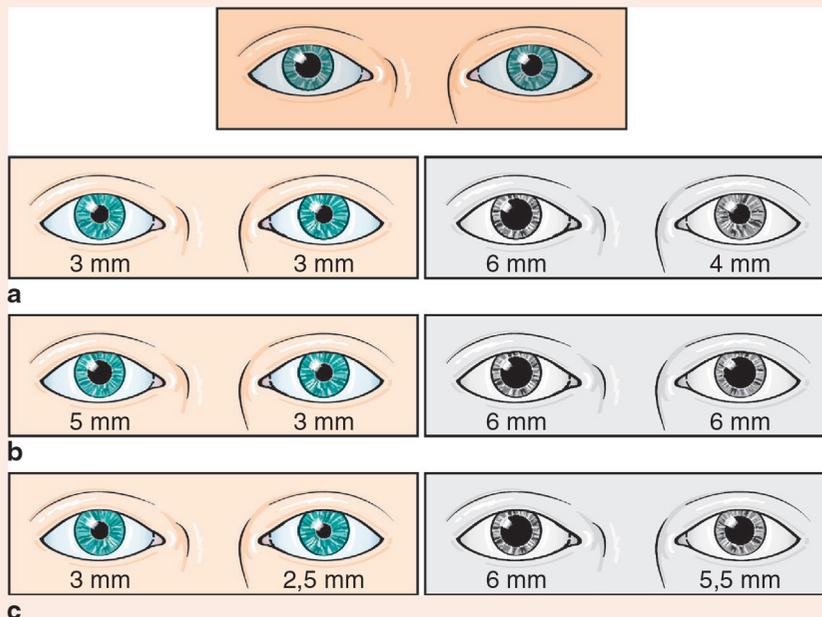


Fig. 31-A

■ Orientation

Mydriase pathologique

Pupille d'Adie	<ul style="list-style-type: none"> – Réflexe photomoteur diminué ou aboli – Paralysies sectorielles du sphincter – Meilleure contraction en convergence – Redilatation lente – Paralysie initiale accommodation – Test pilocarpine diluée
Paralysie du III	<ul style="list-style-type: none"> – Ptosis – Strabisme, diplopie – Paralysie oculomotrice – <i>Angio-IRM ou angioscanner urgent</i>
Mydriase pharmacologique	<ul style="list-style-type: none"> – Mydriase isolée – Paralysie non sectorielle <ul style="list-style-type: none"> – Paralysie accommodative – Contexte – Test pilocarpine non diluée
Lésion irienne	<ul style="list-style-type: none"> – Examen à la lampe à fente – Transillumination
Syndrome de Parinaud	<ul style="list-style-type: none"> – Atteinte pupillaire bilatérale parfois asymétrique – Dissociation lumière/accommodation-convergence – Limitation verticale supranucléaire – Rétraction palpébrale et asynergie oculopalpébrale – Nystagmus retractorius – <i>Faire IRM cérébrale</i>
Syndrome de Pourfour du Petit	<ul style="list-style-type: none"> – Épisodes de rétraction palpébrale, mydriase et injection conjonctivale – <i>Faire IRM de la voie sympathique</i>

Myosis pathologique

Syndrome de Claude Bernard-Horner	<ul style="list-style-type: none"> – Ptosis par atteinte du muscle de Muller – Réflexe photomoteur normal – Pas de paralysie oculomotrice – Test apraclonidine (Iopidine®), contre-indiqué chez l'enfant, ou cocaïne – <i>Faire imagerie, urgente si douleur</i>
Pupille d'Adie vieillie	<ul style="list-style-type: none"> – Réflexe photomoteur diminué ou aboli – Paralysies sectorielles du sphincter – Meilleure contraction en convergence – Test pilocarpine diluée
Myosis pharmacologique	<ul style="list-style-type: none"> – Rare – Agriculteur, insecticide, collyre