



Les urgences neuro-ophtalmologiques pendant l'infection COVID19. Conseils de prise en charge des patients aux urgences

Rédigée par les Sabine DEFOORT, Cédric LAMIREL, Valérie TOUITOU, Catherine VIGNAL

Dans tous les cas, à l'arrivée du patient recherche de signes respiratoires ou infectieux faisant suspecter une infection par le COVID 19 et port d'un masque chirurgical.

Si patient suspect : port d'un masque FFP2

Patient à adresser en Unité Neurovasculaire (par le SAMU)

- Diplopie binoculaire brutale avec limitation oculomotrice et céphalées
- Baisse d'acuité visuelle uni ou bilatérale massive, brutale avec œil blanc et céphalées
- Anisocorie aiguë douloureuse et/ou avec acouphènes
- Amaurose transitoire

Patient adressé aux urgences hospitalières

1. Paralysie oculomotrice (POM) :

Dans tous les cas de POM : en urgence, **IRM orbitaire et encéphalique** avec étude de la fosse postérieure (pour éviter de faire revenir le patient).

Si ≥ 50 ans : éliminer Horton (interrogatoire, VS, CRP)

A tout âge : après l'imagerie, en fonction des résultats :

Appel du neurologue ou du neurochirurgien de garde.

Si IRM normale ou patient non hospitalisé :

- sortie avec occlusion monoculaire (de l'œil paralysé chez l'adulte).
- Contacter un senior compétent en neuro-ophtalmologie. Selon l'organisation locale, avis direct **ou** transmission des coordonnées du patient à ce référent (par mail ...) qui le rappellera et organisera le reste du suivi à J7, M1 voire M3.

2. Baisse visuelle à fond d'œil normal

Détailler +++ les antécédents, le mode d'apparition, les signes associés.

Faire RNM et OCT pour faciliter la suite de la prise en charge.

Demander IRM orbitaire et encéphalique en urgence (pour éviter de faire revenir le patient).

Si prise de contraste ou anomalie des voies visuelles : les corticoïdes se discuteront **au cas par cas**, fonction du terrain, de l'état respiratoire et de l'acuité visuelle avec les équipes de médecine et de neurologie.

3. Baisse visuelle avec œdème papillaire :

- a. Bilatérale ; même attitude que pour BAV à FO normal
- b. Unilatérale : éliminer une NOIA puis même attitude que BAV à FO normal

4. OP bilatéral de stase :

Détailler +++ les antécédents, le mode d'apparition, les signes associés

Faire RNM et OCT pour faciliter la suite de la prise en charge

Prendre la Pression artérielle

Demander IRM orbitaire et encéphalique avec séquences veineuses en urgence (pour éviter de faire revenir le patient)

En fonction des résultats : appel du neurologue ou du neurochirurgien de garde

En l'absence d'hospitalisation immédiate, si HIC idiopathique typique (avec symptômes, œdème de stase modéré et acuité visuelle normale) :

- Régime hypocalorique et
- Contacter un senior compétent en neuro-ophtalmologie : selon l'organisation locale, avis direct **ou** transmission des coordonnées du patient à ce référent (par mail ...) qui le rappellera. et organisera le reste du suivi (en particulier champ visuel et ponction lombaire).

Ceci-ci s'effectuera dans un délai qui dépendra du tableau initial, de l'évolution des symptômes (céphalées, acouphènes, éclipses) et d'un éventuel traitement par acétazolamide (J7, puis selon l'évolution).

5. Trouble visuel transitoire :

Détailler +++ les antécédents, le mode d'apparition (exposition à la lumière, positionnel ...), le mode évolutif (brutal, progressif), la durée, les signes associés.

Faire RNM et OCT pour faciliter la suite de la prise en charge.

Si ≥ 50 ans : éliminer Horton (VS, CRP).

Si le trouble visuel est possiblement vasculaire : Prise de Pression Artérielle et adresser immédiatement le patient en unité neurovasculaire pour ECG, IRM orbitaire et encéphalique avec ARM.

Si non vasculaire, rassurer le patient. Doit reconsulter en urgence si récidive ou nouveau signe.

Si le patient n'a pas été hospitalisé, après avis du neurologue, dans tous les cas suspects de pathologie du nerf optique ou de la rétine :

- Le convoquer à distance pour faire un champ visuel et un OCT s'il n'a pas été pratiqué.
- Contacter un senior compétent en neuro-ophtalmologie. Selon l'organisation locale, avis direct **ou** transmission des coordonnées du patient à ce référent (par mail ...) qui le rappellera. Organisation du suivi à M1

Anisocorie :

Si pas de céphalée, pas de douleurs de la face et du cou, pas de ptosis, pas de diplopie, pas de paralysie oculomotrice, pas de doute sur possible sur CBH, pas de signe neurologique, pas d'acouphène (à vérifier et à écrire dans le dossier) : **prévenir le patient de revenir aux urgences si un de ces signes apparaît ou changement dans l'anisocorie.**

Contacteur un senior compétent en neuro-ophtalmologie. Selon l'organisation locale, avis direct **ou** transmission des coordonnées du patient à ce référent (par mail ...) qui le rappellera dans les 15 jours.