

PATHOLOGIES ou SITUATIONS	Actes ou situations urgents (dans les 24 heures en général)	Actes ou situation semi-urgents à programmer < 10 jours en général	Actes ou situations non urgentes pouvant être différées de quelques semaines seulement
Injections intravitréennes	1) Néovaisseaux choroïdiens liées à une DMLA, myopie forte ou étiologie inflammatoire : - garder un intervalle fixe, le minimal efficace i.e. qui a permis une absence de récive d’exudation, sans contrôle OCT (sauf cas particuliers : contrôle 2nd œil...)	1) Œdème maculaire diabétique ou d’occlusion veineuse rétinienne ou uvéitique : en cas de menace visuelle immédiate, rétinopathie floride, rubéose et glaucome néovasculaire, monophthalme, récive connue en cas d’arrêt des injections 2) Garder les PRP pour RD proliférante sévère, rétinopathie floride, rubéose et glaucome néovasculaire	1) OM diabétique ou d’occlusion veineuse rétinienne dans les cas autres que précédemment, ne pas oublier une surveillance régulière quant au risque de conversion ischémique 2) Hyalite ou œdème maculaire uvéitiques chroniques en l’absence de menace visuelle
Chirurgie rétino-vitréenne	1) Plaie du globe avec ou sans corps étranger intraoculaire 2) Décollements de rétine : < 1 mois d’ancienneté 3) Fragments cristalliniens dans le vitré avec hypertonie oculaire non contrôlée 4) Endophtalmie aigue avec baisse de vision (< 1/10) 5) Infection de matériel d’indentation résistant au traitement antibiotique	1) Décollements de rétine : > 1 mois d’ancienneté 2) Hémorragie intra-vitréenne chez un patient monophthalme 3) Rétinopathie diabétique proliférante avec hémorragie intra-vitréenne 4) Pathologie maculaire Dégradation récente ou significative de l’acuité visuelle sur Trou maculaire, Membrane épirétinienne Traction vitréo-maculaire	1) Pathologie maculaire (Trou, Membrane épirétinienne, Traction vitréo-maculaire) avec une acuité visuelle conservée 2) Implant intraoculaire luxé dans le vitré 3) Hémorragie intravitréenne isolée sans autres signes de rétinopathie diabétique proliférante sur l’œil atteint ou l’œil controlatéral 4) Tamponnement par silicone avec ou sans décollement de rétine associé
Glaucome - Analyse au cas par cas appuyée sur :	<i>Analyse au cas par cas appuyée sur :</i> • <i>cinétique de progression des déficits.</i> • <i>analyse du champ visuel restant.</i> • <i>niveau de pression intra oculaire (et pachymétrie).</i> • <i>tolérance et observance des traitements médicaux</i> 1) Glaucome aigu par fermeture de l’angle : Prise en charge de la crise immédiate + iridotomie périphérique bilatérale ou extraction du cristallin. 2) Glaucome rapidement évolutif avec PIO très élevée (³35mmHg), ou patient algique, malgré un traitement médical maximal, pour lequel un retard dans la prise en charge apparait fortement défavorable.	<i>Analyse au cas par cas appuyée sur :</i> • <i>cinétique de progression des déficits.</i> • <i>analyse du champ visuel restant.</i> • <i>niveau de pression intra oculaire (et pachymétrie).</i> • <i>tolérance et observance des traitements médicaux</i> 1) Glaucome rapidement évolutif avec PIO insuffisamment contrôlée (# 25 à 34mmHg) sous traitement médical maximal. 2) Angle irido-cornéen très étroit à risque de fermeture.	<i>Analyse au cas par cas appuyée sur :</i> • <i>cinétique de progression des déficits.</i> • <i>analyse du champ visuel restant.</i> • <i>niveau de pression intra oculaire (et pachymétrie).</i> • <i>tolérance et observance des traitements médicaux</i> 1) Glaucome évolutif avec PIO cible non atteinte mais relativement bien contrôlée sous traitement médical maximal et en l’absence de facteur de gravité.
Pathologies médicales de la surface oculaire	1) Suivi d'abcès et d’ulcères de cornée non encore cicatrisés 2) Signes récents évoquant une récive d’une pathologie connue de la surface oculaire, chronique ou récidivante, potentiellement sévère : baisse visuelle et/ou rougeur et/ou douleur et/ou photophobie	1) Signe(s) de conjonctivite aiguë : AVEC signes de gravité locale. Penser au COVID ! (conjonctivite parfois précoce). Conseil d’appeler le 15 si signe évocateur de COVID 2) Patient en Réanimation = risque de kératite d’exposition. Soins locaux (Cf fiche dédiée de la SFO)	1) Suivi de maladies de la surface oculaire stables et/ou bénignes. Donc SANS signe d’alarme (baisse visuelle, rougeur, douleur, photophobie) 2) Signe(s) de conjonctivite aiguë. SANS signe de gravité. Penser au COVID ! (conjonctivite parfois précoce). Conseil d’appeler le 15 si signe évocateur de COVID
Pathologies inflammatoires oculaires	1) Toute uvéite ou sclérite non contrôlée : - En cas de menace visuelle immédiate, des traitements intraveineux anti-infectieux ou stéroïdiens peuvent être administrés chez le patient COVID-. - Préférer les traitements locaux (intravitréennes de corticoïdes par ex) chez le patient COVID + 2) Rétinite virale, endothélite herpétique, uvéite bactérienne sévère, endophtalmie 3) En cas de signe d’alerte aigu : Baisse visuelle et/ou rougeur et/ou douleur et/ou paralysie oculomotrice	1) Toute nouvelle consultation pour uvéite ou sclérite	1) Suivi d’uvéites antérieures « stabilisées » mais récidivantes sous traitement topique. Donc SANS signe d’alarme (baisse visuelle récente, rougeur, douleur) : - Ne pas décroître les corticoïdes topiques en dessous de 2-3 gouttes (ég. Dexaméthasone) /j pendant le confinement. - Hypotonisant prophylactique à discuter 2) Uvéites ou sclérites chroniques « stabilisées » sous traitement systémique : - Décroissance prudente des corticoïdes lorsque l’on passe sous la barre des 10mg (ég. Prednisone) /j afin d’éviter les rechutes pendant le confinement. - Pas d’arrêt des immunosuppresseurs ou agents biologiques en l’absence de suspicion de COVID
Pathologies ophtalmo-pédiatriques	1) Strabisme d’installation brutale ou nystagmus récent (enfants <2 ans) pour éliminer une cause organique (rétinoblastome, tumeurs...) 2) Enfant (<6 ans) non suivi avec une baisse visuelle ou un strabisme récent : éliminer une cause organique au FO avec cycloplégie en semi-urgence 3) En cas de problème organique suspect ou évident : leucocorie, buphtalmie, mégalocornée, larmolement (hors imperforation des voies lacrymales), photophobie... 4) En cas d’infections (œil rouge et /ou douloureux, sécrétions, œdème...) 5) Traumatismes : les enfants sont à voir aux urgences	1) Amblyopie en cours de traitement (traitement d’attaque avec risque de bascule) 2) Suivi de pathologie organique	1) Amblyopie en cours de traitement (phase d’entretien) 2) Suivi réfractif 3) Suivi de strabisme 4) Dépistage
Neuro-ophtalmologie	1) Paralysies oculomotrices ou du regard brutales 2) Baisse d’acuité visuelle massive ou amputation du champ visuel, brutales, uni ou bilatérales, avec FO normal ou œdème papillaire 3) OP de stase (bilatéral, sans BAV) 3) Anisocorie aiguë avec douleurs (face, cou) et/ou acouphènes et/ou ptosis brutal 4) Amaurose ou diplopie transitoire 5) Exophtalmie aigue (ou rapidement évolutive) 6) Nystagmus binoculaire acquis (oscillopsies) 7) suspicion de myasthénie avec troubles de déglutition ou respiratoires	1) Paralysie du IV ou du VI chez un sujet de plus de 50 ans sans argument pour un Horton 2) BAV progressive isolée indolore avec déficit du réflexe pupillaire afférent 3) BAV avec atrophie optique 4) Suspicion de myasthénie sans trouble de déglutition ou respiratoire	1) Anisocorie sans aucun signe associé de découverte fortuite. 2) OP bilatéral de stase modéré avec IRM et aRMN normales
Cancérologie oculaire	1) Rétinoblastome : 1ère consultation 2) Rhabdomyosarcome 3) Mélanome choroïdien avancé (tumeur volumineuse avec indication à une énucléation d’emblée (diamètre supérieur à 20 mm épaisseur supérieure à 10mm associée ou non à un glaucome, douleurs, extériorisation)	1) Surveillance des rétinoblastomes la 1ère année 2) Mélanome choroïdien 3) Mélanome conjonctival première fois ou récive 4) Carcinome conjonctival invasif première fois ou récive	1) Hémangiome choroïdien avec baisse de vision récente 2) Carcinome in situ, mélanose primitive acquise d’allure évolutive 3) Nævus suspect avec plus de 5 facteurs de risques (recontrôle à 3 mois) 4) Surveillance des mélanomes uvéaux, conjonctivaux et carcinomes invasifs traités
Chirurgie orbito-palpébro-lacrymale	1) Orbitopathie dysthyroïdienne avec neuropathie optique, souffrance cornéenne, douleur 2) Voies lacrymales traumatiques perforées 3) Dacryocystite aiguë	1) Orbitopathie dysthyroïdienne récente, ou évolutive 2) Tumeur orbitaire récente, ou évolutive, ou inflammatoire 3) Tumeur palpébrale : carcinome basocellulaire évolué et volumineux, récidivant, rapidement évolutives (Merkel, carcinome sébacée, épidermoïde), canthus nasal ou autre tumeur cliniquement maligne 4) Ptosis congénital 5) Entropion avec atteinte cornéenne 6) Une paralysie de la paupière	1) Orbitopathie dysthyroïdienne chronique, calme, euthyroïdie 2) Tumeur palpébrale : carcinome basocellulaire de petite taille, primitif ou autre tumeur cliniquement bénigne 3) Un larmolement invalidant ou accompagné d’infection