



Urgences en Ophtalmologie

Rapport de la SFO 2018

Savoir reconnaître l'urgence vitale

Entretien avec Jean-Louis Bourges,
PUPH Paris V, université Paris Descartes,
OphtalmoPôle de Paris à Cochin

Urgences en ophtalmologie, le rapport de la SFO 2018, a été présenté le mardi 8 mai. En amont de cette présentation, Jean-Louis Bourges, responsable des urgences ophtalmologiques de l'APHP a répondu aux questions des Cahiers. Il rappelle que l'urgence, ou plutôt le soin non programmé, est assez différent du soin programmé et nous concerne tous. Cependant, bien que, par définition, les praticiens y sont moins souvent confrontés, ce sont précisément des circonstances qui nécessitent une plus grande vigilance. En effet, la première ligne, dont on ne peut s'affranchir, est déterminante.

Qu'entend-on par urgences ophtalmologiques ?

Cette question fait l'objet d'un chapitre du rapport ; le terme d'urgences étant ambigu, le définir revient à assembler les pièces d'un puzzle pour reconstituer une image générale. S'il s'agit d'une maladie, on parle « d'item » d'urgence, qui désigne une affection ou une symptomatologie aiguë de l'œil, comme par exemple une diplopie, dont la nature menace un pronostic qui peut être soit le pronostic vital du patient, soit le pronostic fonctionnel de l'œil, au sens large. Les urgences ophtalmologiques sont aussi une structure, c'est-à-dire l'organisation grâce à laquelle on est en mesure de prendre en charge ces items d'urgences. Enfin, l'urgence dépend aussi de qui la définit ; en effet si c'est le patient, capable de reconnaître un problème aigu mais pas toujours un item, on parle plutôt d'une demande de soins non programmée en ophtalmologie, ou SNPO. Autant de définitions qui trouvent aussi leurs parallèles dans les urgences générales.



Urgences en ophtalmologie
Rapport SFO 2018,
Jean-Louis Bourges
Elsevier-Masson,
mai 2018,
656 pages, 240€
ISBN : 9782294753954

« Pas d'urgence vitale en ophtalmologie » : est-ce une idée reçue ?

Oui complètement. S'il est sûr que les urgences vitales sont extrêmement rares, elles existent et peuvent se situer à deux niveaux. Certaines pathologies, notamment neurologiques qui peuvent menacer le pronostic vital parfois à très court terme, se traduisent en effet par une symptomatologie ophtalmologique. Je pense par exemple à l'hypertension intracrânienne en cours de décompensation par un syndrome de Parinaud¹ qui impose une réaction immédiate. Autre éventualité : une pathologie de l'œil peut elle aussi précéder l'urgence vitale, c'est le cas par exemple de l'OACR qui peut précéder d'autres AVC : le processus commence par atteindre l'œil et peut se compléter en l'absence de traitement.



Quelles sont les urgences vitales chez l'enfant et où se situent les points de vigilance ?

Cette question est extrêmement pertinente car comme l'écrit le Dr Mathieu Robert « *Le raisonnement étiologique devant un signe d'appel neuro-ophtalmologique chez l'enfant est souvent similaire à celui adopté chez l'adulte, mais l'urgence n'est bien souvent pas là où on l'attendrait chez l'adulte.* », je trouve cette remarque très judicieuse. Par exemple, devant un strabisme aigu chez un enfant jeune, il faut éliminer une origine organique et notamment un rétinoblastome, urgence extrême qui peut être vitale. Il en va de même d'autres symptomatologies pédiatriques, comme un nystagmus brutal, en l'occurrence le spasmus nutans², en présence duquel un gliome du chiasma doit être éliminé en premier lieu, ou l'opsoclonus myoclonus³ qui peut, entre autres, traduire une méningo-encéphalite, donc un problème neurologique central aigu. Ces urgences vitales de l'enfant sont si rares que l'on risque de ne pas y penser immédiatement si elles se présentent, mais il faut être extrêmement réactif. Alors que l'on peut ne jamais y être confronté, ces urgences doivent être (re)connues pour pouvoir bénéficier d'une réaction adaptée, immédiate et absolue, c'est paradoxal.

Dans tous les cas, je prends le risque d'énoncer une évidence, toute symptomatologie oculaire aiguë récente amène nécessairement à la vigilance. Non seulement il faut l'avoir en tête en tant que soignant mais c'est, en plus, une obligation qui relève de notre responsabilité.

Que faut-il savoir au plan médico-légal ?

Il n'existe pas de cadre médico-légal spécifique de la pratique du SNP, mais certains points réglementaires de la pratique médicale résonnent plus particulièrement quand on pratique l'urgence. L'ophtalmologiste est par exemple responsable de la continuité des soins du patient. Alors que l'on peut s'affranchir des soins programmés à condition de s'assurer

qu'ils seront délivrés par un confrère, ce n'est pas le cas des soins d'urgence*. Porter secours à une personne en situation d'urgence est une obligation et une priorité. Le médecin est responsable de la continuité des soins dès lors en pratique qu'il est contacté et donc réputé acceptant le soin. Enfin, il existe une obligation de moyens, c'est-à-dire que l'on doit pouvoir offrir au patient un parcours adapté, soi-même ou grâce aux contacts pertinents, mobilisés en temps voulu. Ces principes valent pour tous les praticiens.

Quels pièges faut-il éviter ?

Il est bien sûr impossible d'être exhaustif, car des pièges se situent à tous les niveaux. En pédiatrie par exemple, la difficulté de l'examen clinique chez un enfant peut en altérer la qualité, alors que la recherche de signes physiques au-delà du symptôme est indispensable pour acquérir les données nécessaires au diagnostic. En traumatologie le risque de méconnaître un corps étranger intraoculaire est classique et on n'y pense jamais assez. En neurologie, par exemple, des symptômes très importants peuvent être fugaces qui pourtant contribueraient à poser des diagnostics parfois fondamentaux. Un autre exemple marquant est l'endophtalmie, dont la guérison repose sur une prise en charge précoce. Je citerais l'exemple d'un patient récemment opéré de cataracte qui, bien informé, s'est présenté pour des douleurs postopératoires, sur la base, justement, des informations qu'il avait reçues. La personne qui l'a examiné à ce moment n'a pas constaté d'anomalie évoquant une évolution anormale et a donc conseillé l'auto-surveillance. La douleur persistant, le patient, fort de ces renseignements, est revenu six heures plus tard. Un nouvel examen a révélé une lame d'hypopion qui a enclenché le traitement ; quelques heures plus tard le patient aurait perdu son œil. Une symptomatologie initiale sans traduction organique constitue donc un piège et risque de retarder le diagnostic.

Quelle collaboration mettre en place avec les autres spécialités médicales et chirurgicales ?

Si le premier type de collaboration est multidisciplinaire, il faut savoir l'organiser en amont, à la fois en inter- et en intra-spécialité (« sur-spécialités » ophtalmologiques), sans attendre les situations d'urgence. Il faut surtout construire son circuit de prise en charge du SNP alors qu'il n'est pas encore d'actualité, donc prendre conscience qu'il est tout à fait possible de le programmer, dans le cadre de procédures d'urgences. Cela passe par l'instauration de protocoles dans les institutions ou, dans d'autres contextes, comme en libéral à titre individuel, de contacts, d'une organisation, d'actions

*Article 47 du Code de déontologie médicale et article R.4127-47 du Code de la santé publique : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

1. **Le syndrome de Parinaud** ou syndrome pré-tectal résulte de l'atteinte de la partie haute et postérieure du mésencéphale, par une tumeur, un hématome, une hydrocéphalie. Il comporte une mydriase le plus souvent bilatérale, non réactive à la lumière, mais réagissant lors de la convergence, une atteinte de l'élévation de type supranucléaire, une asynergie oculopalpébrale, un nystagmus rétractorius. Il traduit le risque de compression du tronc cérébral avec menace des fonctions végétatives à court terme. Le diagnostic étiologique repose sur l'imagerie cérébrale demandée en urgence et un transfert en milieu spécialisé.

2. **Spasmus nutans** : se définit par la triade nystagmus, torticolis et dodelinement de la tête.

3. **Opsoclonus myoclonus** : intrusions saccadiques, myoclonies, syndrome cérébelleux, troubles de l'humeur.

Source : Rapport SFO 2018



stéréotypées pour faire face à telle ou telle situation. Finalement, organiser les SNP avec l'idée de l'urgence revient à « programmer la non programmation ».

Qu'en est-il du travail aux urgences des médecins en formation ?

De grands changements se sont produits au cours des dernières décennies, au sein d'une organisation qui reste la même. Le junior est encore souvent en première ligne mais d'une part l'encadrement par les séniors est mieux organisé et d'autre part la formation est désormais structurée. Outre le référentiel français, elle est maintenant effective, sur des thématiques d'urgence, grâce à des plateformes pédagogiques en ligne. Il ne s'agit plus d'enseignements magistraux, ou par l'exemple, mais d'enseignements expérimentiels, qui, aux urgences, sont fondamentaux. Les plateformes se généralisent et sont très appréciées des étudiants. Face à une situation, ils doivent rechercher, reconnaître et analyser eux-mêmes les symptômes, puis les signes physiques en procédant à l'examen. Après l'examen, le simulateur est en mesure d'indiquer, par exemple, que seuls 30% du fond d'œil ont été explorés. C'est essentiel aux urgences où le délai d'action est contraint. Si des explorations complémentaires sont requises, l'interne les prescrit mais obtient des résultats différés comme dans la « vraie vie », temps pendant lequel il doit donc continuer à agir. Dans le cadre d'un mouvement mondial, la plupart des universités s'équipent de ces plateformes de simulation, qui permettent une autoévaluation, et en seront toutes dotées demain. Cela bouleverse totalement l'enseignement et ajoute de l'intérêt à la pratique.

Les délais d'attente pour obtenir une consultation d'ophtalmologie impactent-ils la prise en charge des urgences ?

A priori non car ce délai est géré par un triage constant, plus ou moins organisé, qui priorise les urgences. Si le médecin n'a pas nécessairement vocation à diminuer ce délai, car il est d'ordre administratif, il a l'obligation de bien gérer l'attente pour ne pas pénaliser les patients au plan médical.

Les médecins généralistes sont régulièrement sollicités par les patients pour des SNPO, quelles collaborations, actions d'information ou de formation établir avec eux ?

Les médecins généralistes voient beaucoup plus d'urgences ophtalmologiques que les ophtalmologistes eux-mêmes, soit au moins 3 millions de demandes de SNPO par an contre 1,3 million pour les spécialistes. Il ne s'agit donc pas simplement de les former : la collaboration est effective et permanente, avant tout du généraliste vers le spécialiste. Les médecins généralistes gèrent au moins aussi bien les items simples de SNPO que les spécialistes, et de façon autonome, sans quoi les patients seraient réorientés vers les ophtalmologistes. Une limite légale existe cependant, rappelée

par la jurisprudence en novembre 2010 et opposable aux médecins, qui ne doivent pas dispenser de soins qu'ils ne maîtrisent pas**. Les généralistes bénéficient déjà de formations, leur efficacité le prouve, mais que l'on pourrait peut-être améliorer, et sans doute compléter. On sait en effet qu'ils se sentent moins à l'aise en matière d'items d'urgences ophtalmologiques qu'ils ne le seraient en cas d'urgence cardiologique, par exemple, et qu'ils orientent donc plus volontiers. Si des formations plus structurées pourraient avoir lieu, pour lesquelles les ophtalmologistes doivent rester disponibles, elles doivent rester à l'initiative des omnipraticiens, sachant que les urgences ophtalmologiques représentent 3% des urgences tout venant.

Dans le domaine de l'urgence, on insiste désormais sur les situations impliquant de nombreuses victimes ; l'ophtalmologie y échappe-t-elle ?

L'ophtalmologie n'échappe pas à cette problématique dramatique, malheureusement trop souvent d'actualité. L'ophtalmologiste, qui occupe le second plan par rapport à la prise en charge structurée du pronostic extra-ophtalmologique, intervient plus en « secouriste » spécifique de l'organe. Mais notre spécialité fait bien entendu partie du plan d'urgence***, sachant que la tendance actuelle consiste à traiter une victime, non pas en deux étapes, en soins primaires puis secondaires, mais globalement d'emblée. On lui adjoint une équipe compétente pour prendre en charge sa situation, comme en soins programmés, sauf si une dégradation trop importante justifie une évacuation sanitaire.

En conclusion ?

Le rapport 2018 « Urgences en ophtalmologie », qui propose davantage une assistance aux praticiens que des messages, possède deux grandes qualités. D'une part, il a suscité des travaux et fourni des chiffres qui n'existaient pas, livrant l'une des premières photographies des urgences sur laquelle s'appuieront les institutions et les tutelles. D'autre part, s'il est impossible d'être exhaustif au plan clinique, les thèmes qui y sont abordés permettent de se remémorer toutes les grandes lignes des urgences ophtalmologiques. L'ouvrage constitue donc un support et le rapport numérique, facilement consultable, peut en cas de doute orienter la prise en charge vers une démarche consensuelle.

Propos recueillis par Véronique Barbat

**La Cour de cassation (arrêt n°09-68631 du 25 novembre 2010) a jugé qu'un médecin généraliste qui assurait l'accueil aux urgences et avait méconnu une fracture chez un enfant était fautif d'une interprétation inexacte des lésions alors qu'il aurait dû orienter le patient vers une structure spécialisée. On comprend bien que ce type de jurisprudence est aisément transposable à l'exercice de l'ophtalmologie.

***La gestion d'un afflux massif à l'échelon pré-hospitalier reste coordonnée par le plan rouge et l'accueil au niveau hospitalier répond au plan blanc d'urgence sanitaire.