



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

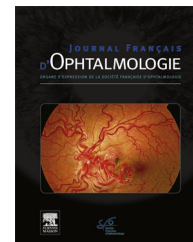


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RECOMMANDATIONS DE LA SFO

Les urgences neuro-ophtalmologiques pendant l'infection COVID-19^{☆,☆☆}



Neuro-ophthalmologic emergencies during this COVID-19 pandemic

S. Defoort^a, C. Lamirel^b, V. Touitou^c, C. Vignal^{b,*}

^a Cité Hospitalière, 2, avenue Oscar Lambret, 59000 Lille, France

^b Fondation Ophtalmologique de Rothschild, 29, rue Manin, 75019 Paris, France

^c Service d'ophtalmologie, CHU Pitié Salpêtrière, 47–83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

Reçu le 24 avril 2020 ; accepté le 27 avril 2020
Disponible sur Internet le 30 avril 2020

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 le patient est suspect ou COVID connu : port d'un masque FFP2.

- amaurose transitoire.

Patient à adresser en Unité Neurovasculaire (par le SAMU)

Le patient est à adresser en Unité Neurovasculaire dans ces cas :

- 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 ;

☆ Revu par Isabelle Drumare, Pierre Labalette, Jean-Philippe Woillez.

☆☆ La première publication par la Société Française d'Ophtalmologie, le 29 mars 2020, est à retrouver à l'adresse <https://www.sfo-online.fr/actualites/les-urgences-neuro-ophtalmologiques-pendant-linfection-covid19>.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : cvignal@fo-rothschild.fr (C. Vignal).

Patient adressé aux urgences hospitalières

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).

À 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.

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.

Baisse visuelle avec œdème papillaire

Lorsqu'elle est bilatérale ; même attitude que pour BAV à FO normal.

Lorsque la baisse visuelle est unilatérale : éliminer une NOIA puis même attitude que BAV à FO normal.

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 ;
- 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).

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.

Contactez 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.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs n'ont pas précisé leurs éventuels liens d'intérêts.