

## Soins d'urgence

La revue de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec



# Le triage ophtalmologique : l'urgence d'y voir clair!

Jennifer Boisclair, inf., B. Sc. Inf., CSU

Volume 1, Number 2, Fall 2020

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1101854ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1101854ar>

[See table of contents](#)

### Publisher(s)

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

### ISSN

2816-6892 (print)

2816-6906 (digital)

[Explore this journal](#)

### Cite this article

Boisclair, J. (2020). Le triage ophtalmologique : l'urgence d'y voir clair! *Soins d'urgence*, 1(2), 29–33. <https://doi.org/10.7202/1101854ar>

### Article abstract

Un patient qui se présente à l'urgence avec des signes et symptômes liés à un problème d'origine ophtalmique nécessite une évaluation minutieuse et précise de son état de santé. Toutefois, une faible exposition à ces situations peut entraîner un stress pour l'infirmière du triage. Cet article présente des éléments essentiels à connaître pour un triage rigoureux et efficace des urgences ophtalmologiques. À travers le cas clinique de M. Richard Visionnaire, vous apprendrez comment repérer les troubles ophtalmologiques au triage. Ainsi, différents outils vous seront présentés, afin de bien réaliser les différentes étapes d'une évaluation complète au triage et ainsi permettre à l'infirmière de faire face à ces diverses situations.

© Jennifer Boisclair, 2020



This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

<https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/>

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

<https://www.erudit.org/en/>



## PRATIQUE CLINIQUE

# Le triage ophtalmologique : l'urgence d'y voir clair !

Un patient qui se présente à l'urgence avec des signes et symptômes liés à un problème d'origine ophtalmique nécessite une évaluation minutieuse et précise de son état de santé. Toutefois, une faible exposition à ces situations peut entraîner un stress pour l'infirmière du triage. Cet article présente des éléments essentiels à connaître pour un triage rigoureux et efficace des urgences ophtalmologiques. À travers le cas clinique de M. Richard Visionnaire, vous apprendrez comment repérer les troubles ophtalmologiques au triage. Ainsi, différents outils vous seront présentés, afin de bien réaliser les différentes étapes d'une évaluation complète au triage et ainsi permettre à l'infirmière de faire face à ces diverses situations.

---

par Jennifer Boisclair

### INTRODUCTION

L'œil est un organe très important pour l'être humain. Une atteinte oculaire peut causer d'importantes répercussions tant au niveau individuel qu'au niveau sociétal. Le diagnostic des troubles ophtalmologiques repose initialement sur les symptômes rapportés par la personne, l'aspect des yeux et sur les résultats des examens. Un triage minutieux est nécessaire afin que les lésions graves soient rapidement prises en charge et que l'on puisse prévenir des séquelles permanentes et potentiellement invalidantes. C'est le rôle de l'infirmière du triage d'attribuer un niveau de priorité à l'aide de l'Échelle de triage de gravité (ÉTG) en fonction de l'évaluation réalisée dès l'arrivée du patient à l'urgence [1]. Toutefois, celle-ci doit être bien outillée pour attribuer la bonne cote de priorité. De plus, le roulement du personnel et le nombre de patients se présentant pour ces raisons de consultations entraînent une sous-exposition du personnel infirmier au triage quant à ces pathologies. Les infirmières du triage ne s'y sentent pas toujours bien préparées et voient cette évaluation comme un défi à relever. Enfin, dans ce contexte, il est primordial pour l'infirmière de bien connaître les différentes structures internes et externes de l'œil ainsi que leur fonctionnement. La connaissance des différentes

pathologies rencontrées fréquemment en salle d'urgence et leurs symptômes peut être un atout lorsque l'infirmière réalise l'évaluation et les différents examens physiques. À travers une étude de cas clinique, la lecture de cet article permettra aux infirmières d'augmenter leurs connaissances en ophtalmologie et leur offrira une méthode standardisée d'évaluation de l'œil.

### LE TRIAGE DES URGENCES EN OPHTALMOLOGIE

#### CAS CLINIQUE

Vous êtes infirmière au triage et vous revenez de votre dîner. Il est présentement 13 h. Monsieur Richard Visionnaire, 62 ans, se présente au triage accompagné de son collègue de travail. Celui-ci vous mentionne que lorsqu'ils ont déménagé le réfrigérateur, une des attaches métalliques qui supportaient l'électroménager s'est brisée et est venue frapper violemment l'œil droit de M. Visionnaire. Il a été décidé de l'amener rapidement à l'urgence. Le patient gémit de douleur en mettant ses mains sur l'œil atteint.

## Selon vous, quelle sera sa cote de priorité au triage et quelle sera l'orientation du patient dans la salle d'urgence ?

Avant de répondre à ces questions, regardons de plus près les différentes étapes du triage à l'urgence. Selon les lignes directrices du triage, l'évaluation complète du patient vise de façon prioritaire à attribuer un niveau de priorité selon l'ÉTG. L'évaluation réalisée par l'infirmière doit être individualisée en fonction de l'état du patient [1]. Ainsi, cette évaluation devrait comprendre les six éléments suivants : 1) la raison de consultation ; 2) les données subjectives liées à la raison de la consultation ; 3) les données objectives liées à la raison de la consultation ; 4) les allergies et les antécédents ; 5) la médication en lien avec la raison de consultation ; 6) l'événement, l'environnement ou les circonstances en lien avec la raison de consultation [1]. De plus, selon les lignes directrices du triage, ces étapes devraient être effectuées approximativement en cinq minutes [1]. Le triage d'un problème d'origine ophtalmique est donc un défi à relever pour les infirmières du triage!

### 1. Déterminer la raison de consultation

La première étape est de demander au patient la raison pour laquelle il consulte à l'urgence. Ainsi, il sera plus facile de cibler les éléments à questionner auprès de celui-ci. Les raisons de consultation les plus fréquentes au triage chez les clientèles adulte et pédiatrique sont présentées à la **Figure 1**.

**Figure 1. Raisons de consultation les plus fréquentes à l'urgence en lien avec l'ophtalmologie chez la clientèle adulte et pédiatrique.**

| OPHTALMOLOGIE                              |                       |
|--------------------------------------------|-----------------------|
| Exposition de l'oeil à un produit chimique | Photophobie           |
| Corps étranger oculaire                    | Diplopie              |
| Problème de vision                         | Oedème périorbitaire  |
| Douleur oculaire                           | Traumatisme oculaire  |
| Écoulement/rougeur oculaire                | Réévaluation oculaire |

Source : TORV 2008, version 01.07, Codes du Québec.

### 2. Les données subjectives liées à la raison de la consultation

Après avoir questionné le patient sur la raison de sa consultation à l'urgence, il est important de collecter les données subjectives en lien avec la raison de consultation [1]. Pour ce faire, les outils mnémotechniques PQRSTU et AMPLE seront utilisés pour structurer le questionnaire d'évaluation [4] :

P : provoquer/pallier;  
 Q : qualité/quantité;  
 R : région/irradiation;  
 S : signes et symptômes associés;  
 T : temps;  
 U : understanding/perception ou la compréhension du patient.

A : allergie;  
 M : médication;  
 P : passé ou antécédents;  
 L : last meal/dernier repas;  
 E : événements, environnement, histoire familiale et psychosociale

L'AMPLE est important à réaliser lors de l'évaluation d'une problématique ophtalmique au triage, car de nombreuses maladies peuvent être associées à des problèmes oculaires [2]. Notons, par exemple, les patients connus pour de l'hypertension artérielle. Ceux-ci peuvent développer à long terme des atteintes vasculaires du fond de l'œil qui peuvent se manifester par des troubles de vision [2]. Parallèlement, les éléments tels que la présence de troubles visuels, de douleur, de rougeur, d'œdème, de larmolement, d'écoulements, les antécédents de problèmes oculaires et l'utilisation de verres correcteurs doivent être questionnés.

Certaines questions sont essentielles à demander au patient afin de recueillir les informations pertinentes pour l'attribution de la cote de priorité [3]. Ces questions sont les suivantes :

#### • Est-ce que le trouble visuel est uni ou bilatéral ?

Un trouble présent dans un seul œil est généralement d'un niveau d'urgence plus élevé qu'un trouble présent dans les deux yeux [3].

#### • Est-ce que la vision est embrouillée ?

Le patient diabétique peut subir des fluctuations au niveau de sa vision. Un contrôle de la glycémie capillaire est un test facile et accessible à faire au triage afin de noter si la modification de la vision correspond aux changements de la glycémie [4]. De plus, en général, l'hyperglycémie affecte la vision de loin, tandis que l'hypoglycémie peut amener une vision embrouillée.

#### • Est-ce qu'il y a une vision diminuée de proche et/ou de loin ?

En complément à cette question, il est important d'évaluer le port de verres correcteurs et la dernière ordonnance de ces verres [2].



- **Est-ce qu'il y a présence d'une perte de vision périphérique, de taches ou un voile dans le champ périphérique ?**

Les atteintes au niveau de la vision périphérique peuvent survenir dans les cas de glaucome, de pathologie de la rétine, du nerf optique et des voies visuelles [4].

- **Est-ce que la perte de vision a été progressive ou subite ?**

La perte de vision progressive et non douloureuse, de quelques semaines à quelques années, suggère une problématique moins urgente, comme une cataracte. La perte de vision transitoire, soit d'une durée d'environ une heure et qui revient à la normale en 24 heures, pourrait indiquer soit un papilloedème (bilatéral et de durée de quelques secondes), une amaurose fugace (unilatérale et de durée de quelques minutes) ou une migraine (de durée de dix à soixante minutes). La perte de vision d'une durée de plus de 24 heures, subite et non douloureuse, peut faire référence soit à une thrombose artérielle ou veineuse de la rétine, une neuropathie optique ischémique, une hémorragie du vitré ou un décollement de la rétine. Quant à elle, la perte de vision d'une durée de plus de 24 heures, subite et douloureuse, peut faire penser à un glaucome aigu à angle fermé, une névrite optique, une uvéite ou une endophtalmie [2]. Enfin, la perte de vision post-traumatique peut survenir suite à un trauma qui a atteint les paupières, la cornée, le globe oculaire, etc. [2].

En somme, lors de la collecte des données subjectives, la description de la douleur ressentie par le patient déterminera l'urgence de la situation. Si la douleur est d'intensité élevée, constante, récente et sous forme d'élancement, une évaluation médicale rapide est à prioriser. Par exemple, une douleur oculaire accompagnée d'une céphalée temporale pourrait être une artérite temporale comme l'un des diagnostics différentiels auxquels l'équipe de soins doit penser. Une prise en charge médicale urgente est requise dans cette situation [5]. Par contre, si la douleur est occasionnelle, présente depuis longtemps

et sous forme de démangeaison, une évaluation médicale prioritaire n'est pas indiquée [3].

### **3. Les données objectives liées à la raison de la consultation**

La prochaine étape de l'évaluation de l'infirmière au triage est liée à la collecte des données objectives [1]. Cette étape inclut la prise des signes vitaux complets, l'inspection des structures oculaires externes, des structures du globe oculaire, de la fonction des muscles extraoculaires, les examens oculovisuels et les examens des champs visuels [4]. Il est important d'effectuer un examen physique ciblé en fonction de la raison de consultation, afin d'éviter la perte de temps liée aux examens et aux inspections qui ne sont pas nécessaires selon les signes et symptômes du patient qui s'y présente. Par exemple, comme mentionné plus haut, dans certaines situations, la glycémie capillaire est pertinente à contrôler afin de déceler la présence d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie.

#### **L'acuité visuelle**

La mesure de l'acuité visuelle des deux yeux devrait être effectuée pour toutes les problématiques ophtalmiques [5]. Parmi les différentes échelles disponibles pour évaluer l'acuité visuelle de loin, la plus souvent employée dans les urgences générales est l'échelle de Snellen [4]. Cette évaluation devrait être faite avant l'examen physique de l'œil, car celui-ci augmente la vision floue et diminue l'acuité visuelle [5]. L'importance d'obtenir cette mesure dès l'arrivée du patient pourra permettre aux cliniciens de suivre l'évolution et ainsi prévenir les complications. De plus, elle orientera le médecin sur le diagnostic et le type d'atteinte oculaire présente. Les brûlures oculaires sont les seules situations où l'acuité visuelle ne sera pas exécutée en priorité [6]. Dans ces situations, la priorité est liée au traitement. Ainsi, lorsque celui-ci sera débuté et que le patient y sera disposé, une mesure de l'acuité visuelle devra être effectuée dans les plus brefs délais. L'utilisation de gouttes ophtalmiques anesthésiques peut aussi être utilisée avant l'exécution de l'examen visuel et physique pour soulager le patient souffrant [6].

« La mesure de l'acuité visuelle des deux yeux devrait être effectuée pour toutes les problématiques ophtalmiques. »

## Les réflexes pupillaires et des pupilles

L'évaluation des réflexes pupillaires et des pupilles en ophtalmologie permet d'éliminer des affections oculaires intrinsèques, les atteintes du nerf optique et différentes pathologies d'origine toxique, traumatique, infectieuse et vasculaire [7]. La réponse normale pour toutes les observations de cette évaluation devrait être décrite avec l'outil mnémotechnique PERRLA [4] :

- P : pupilles
- E : égales;
- R : rondes;
- R : réactives;
- L : lumière;
- A : accommodation.

## Les corps flottants

Il faut également questionner le patient s'il voit des corps flottants qui sont définis comme des points gris ou transparents qui bougent au mouvement oculaire [7]. Ils apparaissent dans la vision lorsqu'on porte le regard sur un fond pâle et éclairé [7]. Si les corps flottants ne sont pas associés à des éclairs lumineux et qu'ils sont présents depuis longtemps, il pourrait s'agir d'un décollement du vitré ou de débris dans le vitré. La situation n'est pas si urgente [2]. Les corps flottants sont fréquents dans la myopie ou après l'âge de 45-50 ans et sont causés par la dégénérescence du vitré [4]. Si les corps flottants sont associés à des éclairs lumineux d'une apparition récente et suivie d'une baisse de l'acuité visuelle ceci fait presque toujours référence à une déchirure rétinienne, un décollement de la rétine ou d'un décollement du vitré [7]. Il sera alors important de faire voir le patient par le médecin rapidement, car il pourrait avoir une atteinte maculaire [2].

## Les éclairs lumineux

L'apparition soudaine d'éclairs lumineux (flash) ou de multiples points noirs peut indiquer une traction de la rétine par le vitré. Le décollement du vitré est un phénomène normal de vieillissement [4]. La migraine ophtalmique est souvent accompagnée de ces éclairs. Elle peut aussi être accompagnée de nausées, vomissements, changement d'humeur, fatigue, photophobie ou une phonophobie [8].

## 4. Les allergies et les antécédents

Sur le plan des antécédents, il importe d'évaluer s'il s'agit d'un épisode primaire ou récidivant. De plus, il est important de déterminer s'il y a eu une chirurgie dans l'œil affecté ou les yeux affectés. Les chirurgies oculaires peuvent, comme complication postopératoire, faire augmenter la pression intraoculaire (PIO) [4]. Un autre exemple est en postopératoire de chirurgie de cataracte, si une baisse de vision très rapide avec une apparition de rougeur et douleur importante augmentant graduellement sont manifestées par le patient, celui-ci doit être rapidement pris en charge au niveau médical [3].

## 5. La médication en lien avec la raison de consultation

Comme pour tous autres types de raison de consultation au triage, il est important de questionner sur la prise de médication récente prescrite et en vente libre. Certains médicaments peuvent occasionner des effets secondaires au niveau visuel; par exemple, la prednisone peut occasionner à long terme des cataractes et faire augmenter la PIO [4].

## 6. L'événement, l'environnement ou les circonstances en lien avec la raison de consultation

Une prise en charge médicale est urgente dans le cas d'un patient se présentant au triage avec un traumatisme oculaire, périorbitaire ou crânien avec des éclairs lumineux, de nouveaux corps flottants et une perte de champ visuel. Cette présentation peut être un décollement ou une déchirure de la rétine [2].

## LE TRIAGE COMPLET DE M. VISIONNAIRE

### 1. Raison de consultation : Trauma oculaire

### 2. Les données subjectives liées à la raison de la consultation ;

- Provoqué/pallié : Il a reçu une attache métallique qui s'est brisée de la sangle élastique de déménagement qui était sous tension. Il n'a pas tenté de soulager la douleur avec de la médication ou de la glace.
- Qualité/Quantité : Il évalue sa douleur à l'œil droit à 8/10, sous forme de coup de poignard. Il est incapable d'ouvrir l'œil.
- Région/irradiation : La douleur est à l'intérieur de l'œil droit sans irradiation.
- Signes et symptômes associés : Il présente un saignement actif de la paupière supérieure droite. Selon un témoin, il a perdu conscience lors de l'accident. Il a de la difficulté à répondre aux questions et à ouvrir l'œil. Ainsi, il est impossible de faire l'examen d'acuité visuelle et l'évaluation des réflexes pupillaires et des pupilles. Il est donc impossible de déterminer s'il y a présence de corps flottants et d'éclairs lumineux.
- Temps : L'accident est survenu vers 12 h 30. La douleur est constante depuis.

Notes complémentaires : L'évaluation est complexe puisque le patient est très agité et ne se sent pas bien.

### 3. Les données objectives liées à la raison de la consultation

Signes vitaux : Tension artérielle : 150/65, Pouls : 105 battements/minute régulier, Respiration : 24/minute, Température buccale : 36,8 °C.

- Signes neurologiques : Échelle de Glasgow : 15/15
- Acuité visuelle : impossible à évaluer ;
- Réflexes pupillaires et pupilles :
  - Œil droit : impossible à évaluer ;
  - Œil gauche : PERRLA.

#### 4. Les allergies et les antécédents

- Antécédents : Asthme et dyslipidémie.
- Allergies : Aucune.
- Antécédents : N'a jamais eu de problème ophtalmique.

#### 5. La médication en lien avec la raison de consultation

- Médication : Salbutamol 100 µg 1 inhalation QID PRN et Atorvastatine 10mg ID.

#### 6. L'événement, l'environnement ou les circonstances en lien avec la raison de consultation

Accident de travail survenu au domicile du client lorsqu'il déménageait.

Dans cette situation, la condition du patient représente une menace pour sa vie donc l'infirmière au triage lui a accordé une priorité de niveau 2 (**Figure 2**). Puis, le patient a été orienté vers l'aire de choc étant donné le risque de saignement cérébral et le risque de perte de l'œil [9].

**Figure 2. Niveaux de priorité**

#### TRAUMATISME OCULAIRE

|   |                                                                    |
|---|--------------------------------------------------------------------|
| 2 | EDC, TC, MdB                                                       |
| 2 | Blessure pénétrante, produit chimique ou brûlure thermique directe |
| 2 | Non pénétrante avec perte visuelle                                 |
| 2 | Changement sévère ou brusque de la vision                          |
| 2 | Une incapacité de l'infirmière de pouvoir accéder à l'œil          |
| 3 | EDC, TC, MdB                                                       |
| 4 | Douleur légère. centrale aiguë (< 4)                               |

Après la visite médicale, le patient a subi une tomodynamométrie cérébrale et orbitaire pour visualiser l'état de la situation. Une rupture du globe oculaire droit et un saignement intraoculaire secondaire ont été confirmés. L'examen a montré l'absence de fracture et de saignement cérébral. Le patient a donc été vu par l'ophtalmologiste et a quitté l'urgence pour le bloc opératoire.

Un total de deux heures se sont écoulées entre son arrivée au triage et son départ pour la salle d'opération.

#### CONCLUSION

Le triage des urgences en ophtalmologie se doit d'être complet et précis, car certaines pathologies nécessitent une prise en charge médicale urgente. Les troubles visuels peuvent être la pointe de l'iceberg. Comme les yeux sont situés près de régions vitales, tel que l'espace intracrânien, un trauma oculaire peut nécessiter une prise en charge médicale immédiate. L'infirmière qui connaît davantage l'anatomie de l'œil et les présentations habituelles des pathologies ophtalmiques sera davantage apte et confortable à prioriser et orienter le patient. L'infirmière au triage a donc un rôle primordial à jouer dans la prise en charge de ces patients. ■

#### SOUTIEN FINANCIER

L'auteure n'a reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

#### CONFLITS D'INTÉRÊTS

L'auteure déclare ne posséder aucun conflit d'intérêt lié à la rédaction ou la publication de cet article.

#### REMERCIEMENTS

L'auteure remercie Catherine Poulin et Nathalie Cloutier pour la rétroaction et les commentaires apportés lors de l'élaboration de ce manuscrit.



#### L'auteure

**Jennifer Boisclair, inf., B. Sc. Inf., CSU.**

Conseillère en soins infirmiers

Secteur des urgences, CHU de Québec —

Université Laval

Direction des soins infirmiers

#### RÉFÉRENCES

1. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ] et Collège des médecins du Québec [CMQ]. Triage à l'urgence : Les lignes directrices, 2e édition, 40 p. Montréal, Canada : OIIQ et CMQ; 2019.
2. Dubé Y, Trottier P, Letarte L, Black DO, Byrns K, Morency J. Les urgences ophtalmologiques. Le médecin du Québec. 2007; 42 [8] : 19-59.
3. Centre Universitaire d'ophtalmologie [CUO]. Comment gérer les appels des patients, Direction des soins infirmiers [DSI]. Québec, Canada : CHU de Québec Université Laval; 2010.
4. Jarvis C. L'examen clinique et l'évaluation de la santé. Montréal, Canada : Chenelière Éducation; 2015. p. 346-389.
5. Fultz J, Strutt PA. Emergency nursing reference. Chapitre 12, 3. Ed. Saint-Louis, Missouri : Mosby Elsevier; 2005. p. 416-455.
6. Newberry L, Criddle L M. Sheehy's Manual of Emergency Care—Emergency Nurses Association. Chapitre 33, 6. Éd. Saint-Louis, Missouri : Emergency Nurses Association. p. 571-583.
7. Catalano RA. Les urgences ophtalmologiques. Paris, France : Médecine — Science Flammarion; 1992.
8. Bagheri N, Wajda BN, Calvo CM, Durrani AK, Friedberg MA, Rapuano CJ. The Wills Eyes Manual. 7e Ed. Philadelphie, Pennsylvanie : Wolters Kluwer; 2017.
9. CHU de Québec-Université Laval. Les Critères Orientation des Patients à l'urgence [COP]; les bons soins, pour le bon patient, au bon moment [V30], Comité de gestion médico-nursing des urgences du CHU, 2014.