

Examen et bilan d'une exophtalmie

C. SIGNAL CLERMONT



Contexte

En neuro-ophtalmologie, l'exophtalmie peut être mise en évidence lors d'une complication (baisse visuelle, diplopie, strabisme) et localise la lésion à l'orbite. Les photographies antérieures du patient permettent de dater et d'apprécier l'évolution. La protrusion physiologique des globes oculaires varie selon les origines, elle est plus marquée dans les populations noires que chez les Caucasiens.

Examen

Interrogatoire : antécédents (dysthyroïdie, cancer, traumatisme), symptômes (BAV, diplopie douleurs, acouphènes, etc.).

■ Détecter une exophtalmie uni- ou bilatérale

- Examen de face, puis par au-dessus, en dessous et sur les côtés. Comparer les aplombs cornéens à la recherche d'une saillie unilatérale, rechercher son caractère axile ou non.
- Examen des paupières : hauteur comparative des fentes palpébrales, position des bords libres, rétraction supérieure et inférieure à mesurer, aspect (œdème, rougeur, infiltration des paupières).
- Mesurer l'exophtalmie et noter l'écartement de l'exophtalmomètre de Hertel. Chez les Caucasiens, valeur moyenne de la saillie mesurée au Hertel : 16 mm (femmes) et 16,5 mm (hommes). Une différence > 2 mm dans la protrusion des globes est pathologique.
- Éliminer les fausses exophtalmies : myopie, buphtalmie, anomalies palpébrales (rétraction unilatérale), recul des muscles oculomoteurs, asymétrie faciale, énophtalmie controlatérale.

■ Rechercher des arguments d'orientation étiologique

- Variabilité de la saillie du globe (augmente aux efforts, tête penchée en avant, manœuvre de Valsalva) présente dans les varices orbitaires.
- Paupières : asynergie oculo-palpébrale de la dysthyroïdie.
- Rougeur oculaire : diffuse, localisée sur les insertions musculaires, ou en tête de méduse (fistule); chémosis.
- Dystopie horizontale ou verticale : exophtalmie non axile liée à un processus occupant l'espace latéralisé.
- Caractère réductible ou non de l'exophtalmie ? pulsatile ou non ?
- Recherche d'un souffle à l'auscultation oculaire, d'un acouphène du même côté (fistule).
- Examen à la lampe à fente avec mesure de la PIO de face et dans le regard en haut (majorée dans les orbitopathies dysthyroïdiennes).



Fig. 34-A Exophtalmie droite en rapport avec une métastase musculaire.

Bilan paraclinique, imagerie toujours nécessaire

- Scanner orbitaire multiplans sans et avec injection. La coupe axiale apprécie la position du pôle postérieur du globe par rapport à la ligne bicanthale externe et l'aspect du cadre osseux.
- L'IRM sans et avec suppression du signal de la graisse \pm injection est indispensable à l'étude des tissus mous.
- Échographie Doppler orbitaire en cas de suspicion de pathologie vasculaire : apprécie les caractères d'une masse et le flux dans la veine ophtalmique supérieure (varices, fistule).
- La biopsie est souvent nécessaire au diagnostic étiologique.

Principales étiologies des exophtalmies

- Dysthyroïdie.
- Tumeurs orbitaires (primitives : méningiomes, gliomes, sarcomes ; tumeurs de voisinage propagées à l'orbite, métastases).
- Inflammations orbitaires : spécifiques – infections (cellulites, mycoses), IgG4, vasculites (ANCA), granulomatoses –ou non spécifiques.
- Anomalies vasculaires de l'orbite : varice, malformation artérioveineuse, fistule carotidocaverneuse, thrombose du sinus caverneux ou d'une veine ophtalmique.
- Déformations du cadre osseux : dysplasie fibreuse.
- Traumatisme ; hématome orbitaire.