



HAL
open science

Etude prospective de l'activité d'une unité d'urgence au sein du département d'ophtalmologie du centre hospitalier universitaire de Nancy

Audrey Baudot

► **To cite this version:**

Audrey Baudot. Etude prospective de l'activité d'une unité d'urgence au sein du département d'ophtalmologie du centre hospitalier universitaire de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01770851

HAL Id: hal-01770851

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01770851>

Submitted on 19 Feb 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

Audrey BAUDOT

Le 09 octobre 2014

**ETUDE PROSPECTIVE DE L'ACTIVITE D'UNE
UNITE D'URGENCE AU SEIN DU DEPARTEMENT
D'OPHTALMOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE NANCY**

Examineurs de la thèse :

Président :

Madame le Professeur Karine ANGIOI

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Monsieur le Professeur Olivier KLEIN

Monsieur le Docteur François AMELOOT



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances »

Vice-Doyen « Formation permanente »

Vice-Doyen « Vie étudiante »

Asseseurs

: Professeur Marc BRAUN

: Professeur Hervé VESPIGNANI

: M. Pierre-Olivier BRICE

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	
• « DES Spécialité Médecine Générale »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « Gestion DU – DIU »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-
 Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
 Jean DUHELLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
 Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
 Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard
 LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
 Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert
 PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT
 - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
 René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
 Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul
 VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
 Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
 Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
 Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
 Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
 Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
 Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre Maître et Présidente de thèse,

Madame le Professeur Karine ANGIOI

Professeur d'Ophtalmologie

Vous m'avez fait l'honneur de me confier ce travail et d'accepter la présidence de cette thèse. Je suis touchée et reconnaissante.

Vous m'avez confortée dans ma conviction de faire de l'ophtalmologie dès mon 1^{er} stage d'externat. Votre soutien, votre écoute et votre disponibilité durant mon parcours ont été précieux.

Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez octroyée en me confiant un poste à vos côtés.

Permettez-moi de vous exprimer toute mon estime et mon admiration.

A notre Maitre et Juge,

Monsieur le Professeur Thomas FUCHS-BUDER

Professeur d'Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Veillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Olivier KLEIN

Professeur de Neurochirurgie

Vous avez gentiment et spontanément accepté de participer à ce jury, je vous en remercie.

Votre patience et vos enseignements en neurochirurgie ont été précieux pour moi.

Veillez trouver l'expression de mes sincères remerciements et de ma gratitude.

A notre Juge,

Monsieur le Docteur François AMLOOT

Docteur en Ophtalmologie

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

Ta disponibilité et ta bienveillance m'ont été très précieuses à mes débuts d'internat. Je suis ravie de travailler de nouveau avec toi. Tes connaissances chirurgicales et médicales sont pour moi un exemple.

A mes maîtres de stage,

Monsieur le Professeur Jean Luc George, apprendre à vos côtés a été pour moi un grand honneur. Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée durant mon internat.

Monsieur le Professeur Jean Paul Berrod, merci pour vos enseignements.

Monsieur le Docteur Toufic Maalouf, votre rigueur médicale et chirurgicale est pour moi un exemple à suivre. Merci pour votre patience et votre enseignement.

Monsieur le Docteur Pierre Lesure, que de fous rires et de bons moments passés ensemble les lundi matin au bloc, merci.

Madame le Docteur Marie-Christine Bazard, merci pour votre gentillesse et votre disponibilité. Je garde un très bon souvenir des matinées de bloc passées ensemble.

Monsieur le Docteur Jean-Marc Perone, merci de m'avoir accueillie dans votre service. J'ai appris beaucoup en travaillant à vos côtés, toujours dans la bonne humeur. Merci également à toute l'équipe infirmières (Patou, Cathy....) et orthoptistes (Mme MAYER, Suzy...)

Monsieur le Docteur Salaun, merci beaucoup pour votre patience et votre enseignement médico-chirurgical. J'ai réellement adoré travailler avec votre équipe à Legouest.

Je remercie également toute l'équipe de neurochirurgie ; les Professeurs Auque, Marchal, Civit, Colnat, et les docteurs Pinelli, Freppel, Joud, Barral, Rech, Julien, ainsi que les infirmières et IBODE pour leurs enseignements et leurs accompagnements tout au long du semestre.

A mes chefs de cliniques et assistants,

Pierre Jean Bertaux, merci de m'avoir chapoter à mes débuts.

Alexandre Robin, c'est « très très très bien », tu es « très très très bien »... Merci pour tout Alex. Tu es l'un des médecins les plus brillants avec qui j'ai travaillé. J'aimerais : « devenir comme toi quand je serai grande ».

Jérôme Selton, la « bible de l'ophtalmologie ». Tu as toujours été disponible pour répondre à mes questions. Tu es un grand médecin et chirurgien. Tu peux être fière de ton parcours.

Véronique Cloché, la « mini toi ». Merci pour ta patience au bloc. Vraiment bravo à toi car je ne suis pas toujours un cadeau... Mais on a bien rit, c'est ça l'essentiel.

Jean Baptiste Conart, je te remercie pour ta disponibilité, tes conseils et surtout ton aide dans la prise en charge des patients. Ton humanisme est un véritable exemple. Merci également pour ce que tu as fait pour mon planning d'ACC. Je suis très contente de continuer à travailler avec toi.

Constance Favel, que de bons moments passés ensemble en zone rouge, vive les fauteuils roulants, les abcès du vendredi... toujours dans la bonne humeur. « Mon p'tit bouchon ». J'ai adoré travailler avec toi, tu es franche et généreuse. Je te souhaite beaucoup de bonheur.

A mes co-internes et amis,

Oualid Guechi, depuis la P1 que de chemin... félicitations. Nous avons partagé beaucoup au cours de ces dernières années. Tu as toujours été là pour moi, me conseiller et m'épauler, je t'en remercie. Je te souhaite beaucoup de joie et de bonheur dans tout ce que tu entreprendras.

Fanny Tréchet, je suis ravie d'avoir réellement appris à te connaître, depuis le début de l'internat. Tu es une belle personne, une femme brillante, intelligente et généreuse. On t'aime surtout notre présidente d'association : « les rombières ». Merci pour tout ma belle.

Soydan Kurun, le plus filou des internes, bravo.

Andy Locatelli, merci de m'avoir aiguillée à mes débuts à Brabois. C'est un très bon souvenir. Tu as fait preuve d'une grande patience car je ne suis pas toujours « docile ».

Shanour Premy, toujours de bonne humeur, un plaisir de travailler avec toi.

Benjamine Batta, merci pour ton aide durant ces dernières années. Je suis contente de te retrouver très prochainement (On va former une équipe de choc!!!).

Bertrand Leroy, on « opère » !!!

Pauline Foveau, on a résisté aux garçons pendant un semestre, bravo à nous 2 !!! Tu es une très belle rencontre.

Agathe Ferte, ma « petite baleine bleue ».

Cécile Cisse, mon petit « chou ».

Louis Lhuillier, le meilleur de mes externes !! Vive la « pédagogie musclée ».

Merci à tous les autres : Pauline Beaujeux, Cédric Ghetemme, Nabil El Kouhen, Ali Mouna, Anne Laure Jeancolas, Julie Colné, Laure Malosse, Alexandre Schaut et les plus jeunes.

Je remercie également toute l'équipe d'infirmières du Chu ; Francine, Sandrine, Elisabeth, Catherine... et les secrétaires ; Céline, Sophie, Isabelle, Julie...

A mes amis,

Claire, tu m'as accompagnée avec bienveillance lors de mes premiers pas d'interne. Nous avons partagé des moments difficiles et de nombreux fous rires, tu es devenue une amie qui m'est très chère. Merci pour tout ce que tu m'as transmis. Merci pour ton écoute, ta disponibilité et ta bonne humeur.

Myriam, de mes premières heures d'interne à aujourd'hui le « Mymych concept » est né. Merci de m'avoir supportée et épaulée à mes débuts, que de bons souvenirs. Tu es toujours disponible et de bonne humeur. Je suis ravie de te compter parmi mes amies chères. Tu es quelqu'un de bien avec un cœur énorme (même avec quelques cheveux blancs !!).

Laure, je suis contente de t'avoir rencontrée durant ce semestre chaotique de pédiatrie. Je garde un très bon souvenir de tous les moments passés ensemble. J'espère qu'il y en aura beaucoup d'autres. Je suis heureuse que tu sois mon amie.

Maryse, c'est un peu grâce à toi si j'en suis là aujourd'hui, merci. Merci de m'avoir dit « viens en médecine avec moi ». Nos chemins se sont suivis durant de nombreuses années, tu m'as toujours encouragé et soutenu. Merci d'être toujours là pour moi.

A ma famille,

Laura, la petite dernière de la famille. Je envoie pleins de baisers à l'autre bout du monde.

Charlène, « ma sœœœœœ ». Merci d'être là pour moi, toujours à mon écoute et soucieuse de mon bonheur. Je te souhaite beaucoup de joie et réussite dans ta vie personnelle et professionnelle. Je suis très fière de toi.

Doudou, un peu bougon parfois mais avec un cœur énorme. Merci de tes nombreux encouragements.

Maman, tu as toujours cru en moi et en ma réussite. Ton soutien durant toutes ces années m'a été très précieux. Merci maman, je te dois beaucoup.

Moumie, une grande sœur, une amie, une confidente,... toujours soucieuse de notre bien être.
Tu as encouragé mon parcours et félicité ma réussite au cours de ces années, merci.

Papa, être une femme forte, entière, et suivre ses convictions ont toujours été tes mots d'ordre.
Merci de nous avoir toujours poussées toutes les 3 à devenir des femmes accomplies.

A mes grands-parents, merci.

Sébastien, 12 ans... que de chemin parcouru ensemble. Merci pour ta compréhension, ta patience, ton écoute et ton soutien durant toutes ces années. Je sais que cela n'a pas toujours été facile pour toi mais tu es resté à mes côtés. Je suis heureuse avec toi et notre petite Maud nous comble chaque jour un peu plus de bonheur.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

SOMMAIRE

RESUME	18
SUMMARY	19
INTRODUCTION	20
MATERIELS ET METHODES	21
RESULTATS.....	23
Caractéristiques générales de la population	23
Principaux signes fonctionnels.....	26
Principaux diagnostics (Annexe 9)	28
Prise en charge et orientation des patients.....	31
Réalité de l'urgence	33
DISCUSSION	35
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE.....	41

RESUME

Introduction : Les urgences ophtalmologiques sont fréquentes. La démographie médicale actuelle rend l'accès au soin difficile. Afin de répondre à ces besoins croissants, le service d'ophtalmologie du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy (CHRU) a créé en 2012 une unité dédiée à l'urgence.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective descriptive de l'activité de cette unité. Tous les patients s'y présentant ont été inclus dans notre étude sur deux périodes de deux mois chacune. Les données ont été recueillies à l'aide un questionnaire standardisé (âge, sexe, mode d'adressage, origine géographique, symptômes, diagnostic, examen complémentaire, devenir du patient). Puis chaque examinateur jugeait du caractère réel de l'urgence.

Résultats : 1496 patients ont été inclus durant le premier recueil (série 1) et 1116 durant le second (série 2). Il s'agissait principalement d'hommes de 45 ans (55,3% et 56,3 %). La majorité des patients ont consulté sans avis médical préalable (40,1% et 58,4%). Les principaux signes fonctionnels étaient : rougeur oculaire (31,5% et 24,8%), douleur (28,5% et 25,0%), baisse d'acuité visuelle (22,6% et 17,7%), irritation oculaire (20,6% et 17,8%). Le contexte traumatique était fréquent (environ 25% des patients). Les principaux diagnostics posés affectaient la cornée. Les pathologies infectieuses graves et vasculaires étaient rares. 5,0% des patients ont été hospitalisés et moins de 6,0% ont bénéficié d'un traitement chirurgical. 62,7% des patients n'ont nécessité aucun contrôle post-urgence. 62,1% à 63,1% des consultations ont été qualifiées de véritable urgence.

Conclusion : Actuellement, la gestion des urgences ophtalmologiques est un problème de santé publique. Une formation adaptée et ciblée des médecins urgentistes et généralistes serait nécessaire à l'avenir. Elle assurerait une meilleure prise en charge et orientation des patients vers le spécialiste.

SUMMARY

Introduction: Ophthalmological emergencies are common. Actually, access to care is difficult because of the low medical demography. The Department of Ophthalmology (Nancy, University Hospital, France) created a unit devoted to emergency in 2012.

Method: We conducted a cross sectional study to describe this activity. All consecutive patients seen in the unit were included from February to April 2012 and from October to December 2014.

We used a standardized evaluation (age, sex, access to care, geographic origin, symptoms, diagnosis, treatment, patient outcome). Every physician considered the real nature of the emergency.

Results: 1496 patients were included during the first period (series 1) and 1116 during the second (series 2). The most common patient was a 45 years old man (55.3% and 56.3%). Many patients came by themselves without medical advice (40.1% and 58.4%). Principal symptoms were redness (31.5% and 24.8%), pain (28.5% and 25.0%), visual loss (22.6% and 17.7%), and irritation (20.6% and 17.8%). Traumatic context was frequent (about 25.0% of patients). The most prevalent diagnosis concerned the cornea. Serious infectious condition and vascular diseases were rare. 5.0% of patients were hospitalized and 6.0% received surgical treatment. 62.7% of them benefited only one consultation in emergency. They did not need another clinical control. 62.1% to 63.1% of consultations were qualified as real emergency.

Conclusion: Actually, the management of ophthalmic emergencies is a real public health problem. It is important to train emergency physicians and general practitioners, to address wisely to the specialist. Structures such as our unit seem to be an effective way to access care.

INTRODUCTION

Les causes ophtalmologiques représentent 5 à 6% de l'activité d'un service d'accueil d'urgence générale [1][2].

En 2014, l'effectif de médecins ophtalmologistes s'élève à 5217. Leur répartition sur le territoire est inégale avec une densité moyenne de 7,8 pour 100000 habitants. La Lorraine se situe en dessous de la moyenne nationale avec 6,4 praticiens pour 100000 habitants qui tend à diminuer au fil des années (variation de -0,6% de 2007 à 2014). Ainsi 155 praticiens assurent les soins en ophtalmologie, dont 63,2% en libéral [3].

On peut aisément imaginer les difficultés d'accès aux soins et les délais d'attente pour une consultation en ophtalmologie sur notre territoire.

Afin de répondre à ces besoins croissants, le service d'ophtalmologie du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy (CHU) a créé en 2012 une unité de consultation dédiée exclusivement à l'urgence.

Dans le but d'optimiser les délais et la qualité de prise en charge, nous avons étudié son fonctionnement et ses caractéristiques épidémiologiques durant 2 périodes distinctes.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons réalisé une étude prospective au sein du service d'urgence d'ophtalmologie du CHU de Nancy. Nous avons recueilli nos données au cours de deux périodes de 2 mois chacune : une 1^{ère} série à la création de notre unité du 1er février au 4 avril 2012 et une 2nd, 18 mois après son ouverture du 15 octobre au 15 décembre 2013.

Tous les patients se présentant ou adressés à notre unité d'urgence ont été inclus dans notre étude.

Cette unité est gérée par 2 internes de spécialité, sous la directive d'un senior en journée et bénéficie de 3 box de consultation. Puis, elle est redirigée vers les urgences générales de 18h30 à 8h30 le lendemain. Un interne et un senior d'ophtalmologie d'astreinte assurent la continuité des soins.

Une fiche standardisée était remplie par le médecin examinateur (Annexe 1). Celle-ci répertoriait les différentes caractéristiques du patient : sexe, âge, origine géographique et parcours de soins. Nous avons également relevé les motifs principaux de consultation, les symptômes prédominants et leurs délais d'apparitions, les diagnostics et examens complémentaires pratiqués, puis le devenir du patient.

Puis le médecin devait juger du caractère d'urgence de la consultation pratiquée.

La saisie des données a été effectuée avec le logiciel EpiData 3.1. Les analyses statistiques ont été réalisées par un test de Chi2.

Annexe 1 : Fiche standardisée.

FICHE DE RECUEIL DES URGENCES OPHTALMOLOGIQUES

ETIQUETTE
Nom :
DDN :
Sexe :
Adresse :

Examineur

Date :/...../.....

Heure :.....

Temps d'attente avant prise en charge :

ADRESSAGE :

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Patient | <input type="checkbox"/> médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Prélèvement cornée |
| <input type="checkbox"/> SAU | <input type="checkbox"/> Ophtalmologiste | <input type="checkbox"/> Contrôle suite urgence |
| <input type="checkbox"/> Service CHU | <input type="checkbox"/> Hôpital périphérique | <input type="checkbox"/> Autres: |

MOTIF :

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> BAV | <input type="checkbox"/> Oeil rouge | <input type="checkbox"/> Douleur | |
| <input type="checkbox"/> Irritation oculaire | <input type="checkbox"/> Larmolement | <input type="checkbox"/> Prurit | |
| <input type="checkbox"/> Myodésopsies | <input type="checkbox"/> Atteinte palpébrale | <input type="checkbox"/> Diplopie | |
| <input type="checkbox"/> Contrôle suite urgence | <input type="checkbox"/> Lentilles | | |
| <input type="checkbox"/> Autre:..... | | | |
| <input type="checkbox"/> TRAUMATISME: - mécanisme: | <input type="checkbox"/> CE | <input type="checkbox"/> agression | <input type="checkbox"/> projection chimique |
| | <input type="checkbox"/> AVP | <input type="checkbox"/> objet contondant | <input type="checkbox"/> autre:..... |

Port de protection : oui non

Délais depuis le 1er symptôme ou le traumatisme :.....

Lieu d'apparition des symptômes ou du traumatisme : travail domicile autre:

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES: non

- CV photo FO OCT Echographie Angiographie autre:

DIAGNOSTIC

--

Actes: Bloc:

SUITES : Non

- Hospitalisation Contrôle CHU Contrôle OPH ville

ARRÊT de TRAVAIL : oui, durée :..... non

VÉRITABLE URGENCE : OUI NON

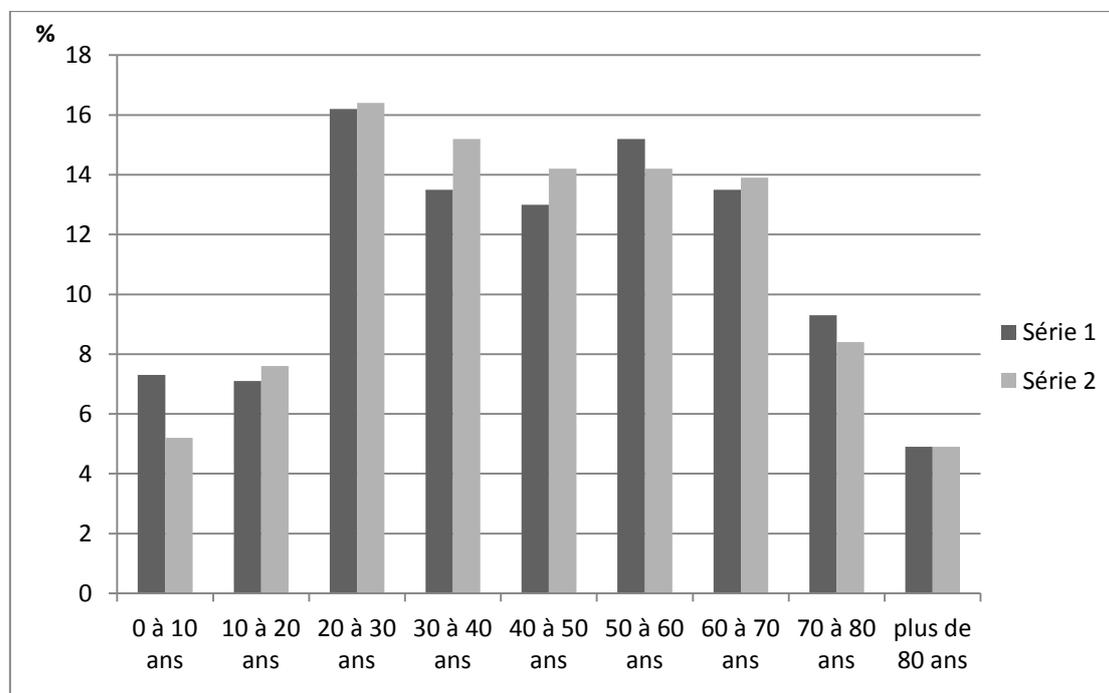
RESULTATS

Caractéristiques générales de la population

Nous avons inclus 1496 patients de février à avril 2012 (série 1) et 1116 patients d'octobre à décembre 2014 (série 2). Ce qui représente respectivement une activité d'urgence de 17,0% et 13,9% au sein du département d'ophtalmologie du CHU de Nancy.

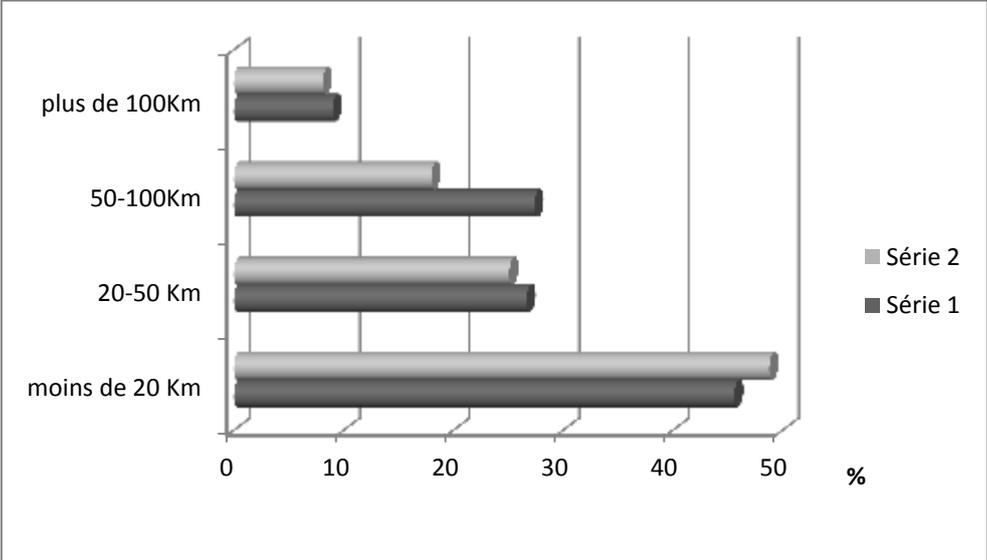
Au cours des 2 recueils, la moyenne d'âge était de 45 ans. La tranche d'âge la plus représentée était les 20-30 ans (Annexe 2). On notait une disparité en fonction du sexe, avec une majorité d'hommes (55,3% série 1 et 56,3% série 2).

Annexe 2 : Répartition des patients selon l'âge.

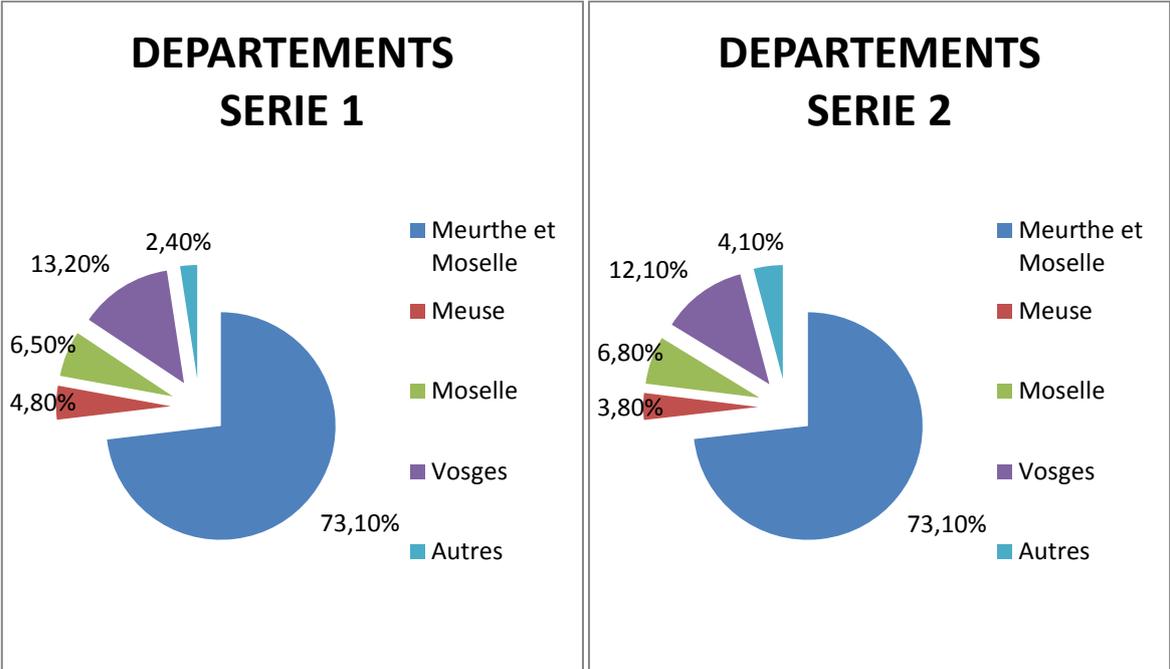


La plupart des patients inclus habitait à moins de 20 Km du CHU de Nancy et était originaire de Meurthe et Moselle (Annexes 3 et 4).

Annexe 3 : Distance kilométrique du domicile des patients.

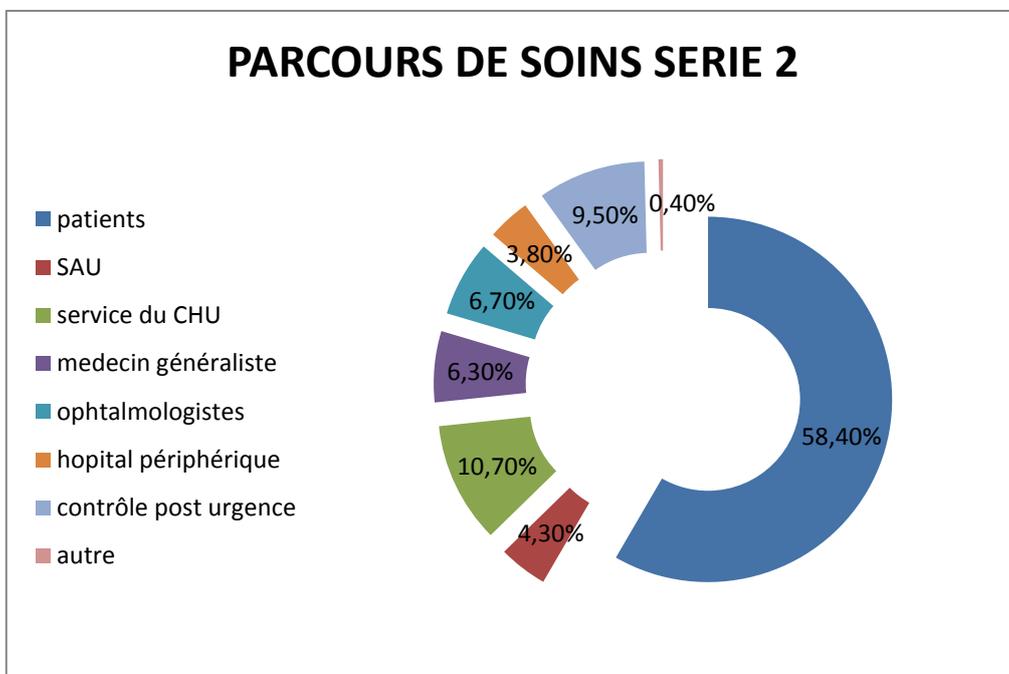
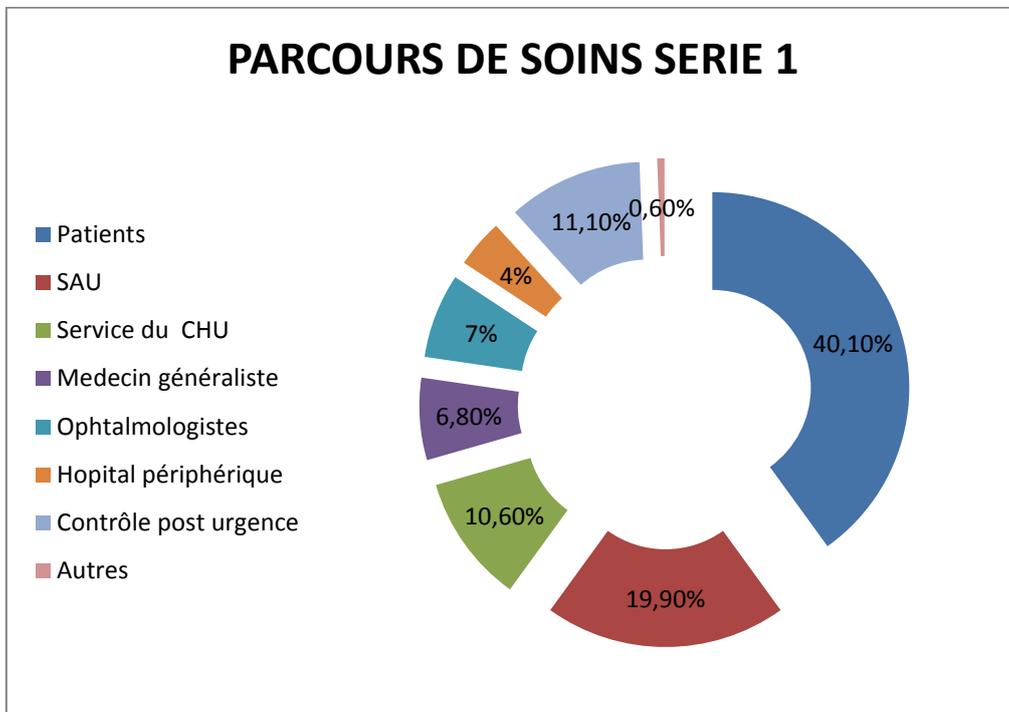


Annexe 4 : Découpe départementale.



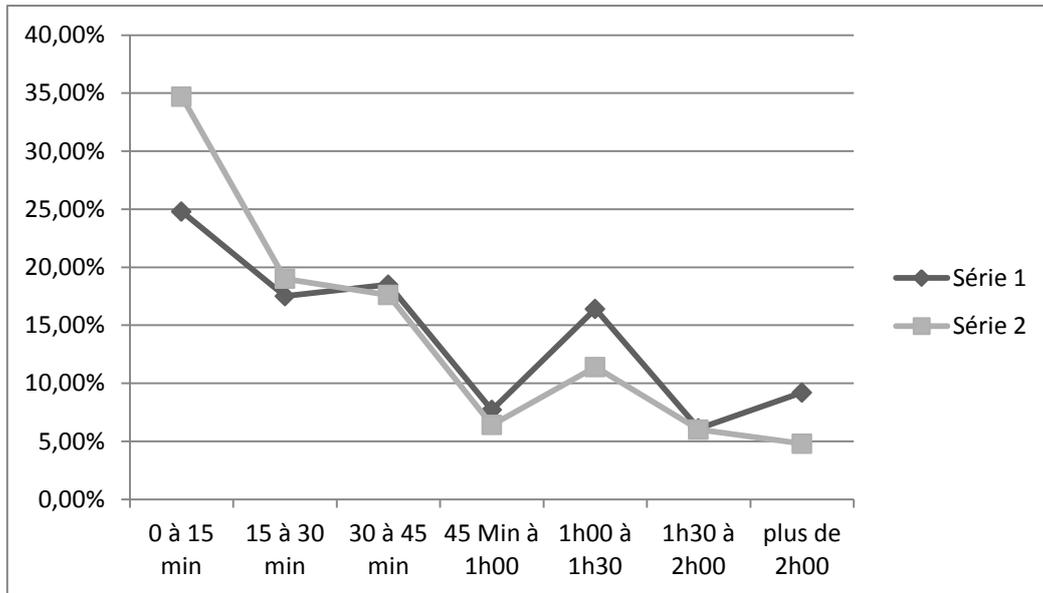
40,1% (série 1) et 58,4% (série 2) des patients sont venus consulter d'eux même sans avis médical préalable (Annexe 5).

Annexe 5 : Parcours de soins des patients.



Le temps d'attente moyen aux urgences était de 30 minutes. 16,4% (série 1) et 11,4% (série 2) des patients ont attendu entre 1h00 et 1h30. 28,1% et 32,5% d'entre eux ont été vus pendant une garde le soir ou le weekend (Annexe 6).

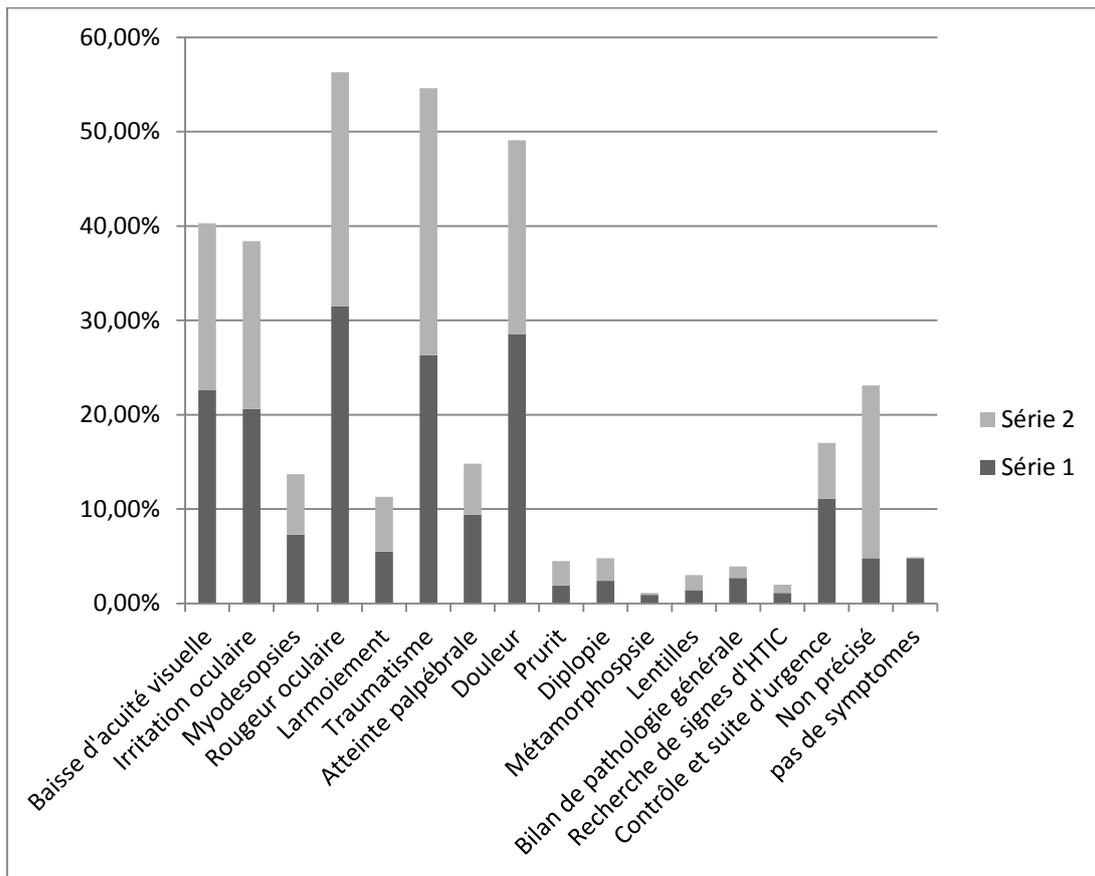
Annexe 6 : Temps d'attente des patients aux urgences.



Principaux signes fonctionnels

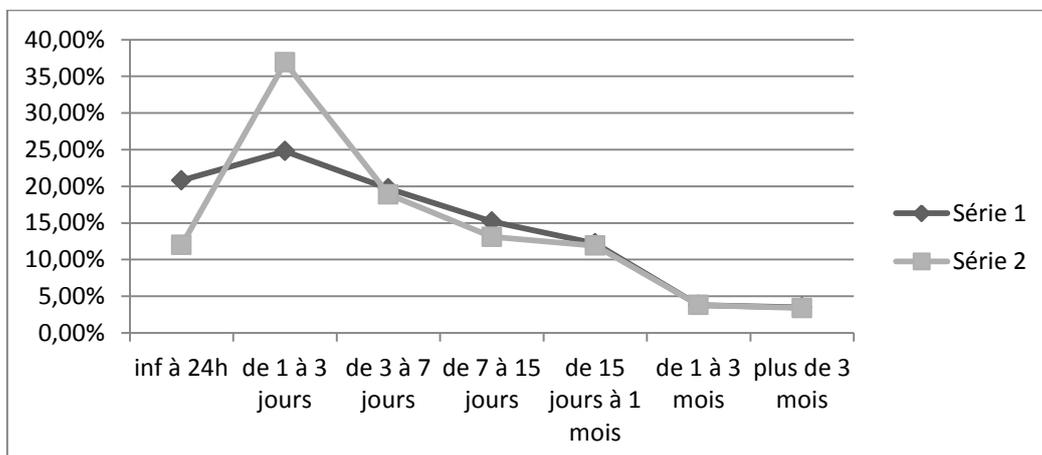
Nous avons relevé la présence d'un ou plusieurs symptômes chez nos patients. En majorité, il s'agissait de la rougeur oculaire dans 31,5% des cas série 1 et 24,8% des cas série 2, suivie par la douleur (28,5% et 25%), la baisse d'acuité visuelle (22,6% et 17,7%) et l'irritation oculaire (20,6% et 17,8%). 1,4% à 1,5% des motifs de consultation étaient liés au port de lentilles (Annexe 7).

Annexe 7 : Principaux signes fonctionnels.



Le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la consultation oscillait entre moins de 24 heures et plus de 3 mois, avec un délai moyen de 3 jours (Annexe 8). Leur lieu d'apparition restait le domicile des patients dans plus de 77% des cas.

Annexe 8 : Délai d'apparition des symptômes.



Principaux diagnostics (Annexe 9)

On retrouve un nombre important d'affections cornéennes, 15,9% série 1 et 19,4% série 2. Le mécanisme le plus imputé était traumatique (39,9% et 38,2%), puis chimique (11% et 12,4%). L'origine herpétique demeurait plus rare dans nos séries avec respectivement 11,4 % et 9,8% des cas de pathologie cornéenne.

Le corps étranger restait fréquent (8,8% et 10,1%). Il était responsable de la majorité des atteintes cornéennes (85,1% et 88,9%). On notait également une disparité hebdomadaire avec une prévalence plus élevée le samedi (18,8 et 19%) dans un contexte d'accident de travail (57,8% et 40,3%) ou d'accident domestique (41,6% et 58,3%). Le port de protection n'était retrouvé que pour 25,7% des patients (série1).

La pathologie traumatique occupait une part importante dans notre activité (28,4% et 28,3%). Elle regroupait les projections de corps étranger (52,7 et 47,6%), les traumatismes directs par objet contendant (21,1% et 18,7%), les projections chimiques (7,5% et 11,7%), les agressions (8,2% et 7,0%) et les chutes (5,9% et 4,8%). Parmi les causes rares, nous retrouvions des accidents avec des animaux domestiques (griffures de chat...).

Les affections conjonctivales étaient principalement d'origine virale (35,2% série 1 et 28,6% série 2) et allergique (29,5% et 15,5%). Les affections palpébrales incluaient principalement les chalazions (2,7% série 1 et 3,2% série 2).

Les inflammations uvéales étaient décrites pour respectivement 3,5% et 3,9% des 2 cohortes. L'origine herpétique était suspectée dans 14% des cas. Il s'agissait surtout d'inflammation non spécifique.

Les pathologies infectieuses graves étaient rares : 0,7% à 3,0% d'abcès de cornée, 0,2% à 0,4% d'endophtalmies et 0,1% à 0,7% dacryocystites.

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) était rapportée pour 1,3% et 0,9% des patients, dont 70,0% (série 1) et 45,5% (série 2) de forme exsudative. On retrouvait d'autres atteintes rétiniennes incluant le décollement postérieur du vitré (3,2% et 3,5%), les déchirures rétiniennes (1,7% et 1,0%), les décollements de rétine (3,3% et 3,4%).et les hémorragies intra vitréennes (0,2 à 0,3 %).

Les neuropathies optiques (1,0% et 2,1%) étaient surtout inflammatoires dans 73,3% et 65,2% des cas. Une origine vasculaire n'était retrouvée que pour 20,0% et 17,4% des atteintes du nerf optique. Nous avons également diagnostiqué chez 0,7% et 0,8% des patients un œdème papillaire.

1,5% à 1,9% des patients présentaient une pathologie glaucomateuse. Dans plus de 30% des cas, il s'agissait d'une évolution chronique. Nous avons été confrontés à 10 cas de crise aiguë par fermeture de l'angle (CAFA) au cours du 1^{er} recueil et 4 cas pour le 2nd.

Les urgences vasculaires restaient plus rares : 0,4% d'occlusion d'artère centrale de la rétine (OACR), 0,2% à 0,3% d'occlusion de veine centrale de la rétine (OVCR) et 0,1% à 0,6% d'accident vasculaire cérébral.

Les troubles réfractifs étaient mis en évidence chez 1,4% à 1,9% des patients.

D'autres diagnostics ont été rapportés moins fréquemment (ptérygion, entropion palpébral, décompensation de greffe de cornée, TASS syndrome, migraine avec aura visuelle...)

Enfin, un examen était considéré normal pour 9,8% à 10,3% des patients.

Annexe 9 : Principaux diagnostics.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL	Pourcentage série 1	Pourcentage série 2
Abcès de cornée	0,7	3,0
Accident vasculaire	0,6	0,1
Chalazion	2,7	3,2
Conjonctivite	6,3	7,4
Corps étranger cornéen	8,8	10,1
Corps étranger autre	1,3	1,2
Dacryocystite	0,7	0,1
Déchirure de rétine	1,7	1,0
Décollement postérieur du vitré	3,2	3,5
Décollement de rétine	3,3	3,4
DMLA	1,3	0,9
Endophtalmie	0,4	0,2
Fracture paroi orbitaire	0,7	0,5
Glaucome	1,5	1,9
Hémorragie intra-vitréenne	1,3	1,2
Hémorragie sous-conjonctivale	2,5	2,9
Kératite et ulcère cornéen	15,9	19,4
Lésion conjonctivale	1,8	1,6
Névrite optique	1,0	2,1
Examen normal	10,3	9,8
OACR	0,4	0,4
OVCR	0,3	0,2
Paralysie oculomotrice	1,3	0,8
Plaie perforante du globe	0,4	0,2
Plaie palpébrale	0,5	0,3
Sclérite/Episclérite	1,0	0,4
Syndrome sec	1,8	2,9
Contusion du globe	1,5	2,4
Trouble réfractif	1,9	1,4
Uvéite	3,5	3,9
Zona	0,5	0,2
Contrôle post urgence	9,2	0,9
Cataracte	1,6	1,3
CRSC	0,6	0,1
Blépharite	2,1	2,1
Hyphéma	0,6	0,4
Oedème papillaire	0,7	0,8
Autre	5,9	8,0
TOTAL	100%	100%

Prise en charge et orientation des patients

Au cours de notre prise en charge, nous avons réalisé un à plusieurs actes diagnostiques (Annexe 10).

Annexe 10 : Actes diagnostiques.

ACTES	Série 1	Série 2
V3M	16,78%	22,80%
OCT	25,80%	12,60%
Rétinographie couleur	11,90%	3,50%
Champ visuel	8,10%	6,20%
Echographie mode B	5,80%	2,20%
Test de Lancaster	1,34%	1,79%
Angiographie fluorescéine	0,90%	1,40%
Fond d'œil au lit du malade	0,40%	0,60%
-----	-----	-----

L'ablation de corps étranger cornéen a constitué le principal traitement effectué : 10,4% (série 1) et 10,5% (série 2) des patients (Annexe 11).

Annexe 11 : Actes thérapeutiques.

ACTES	Série 1	Série 2
Ablation de corps étranger cornéen	10,36%	10,49%
Cerclage au laser Argon	2,14%	2,90%
Injection sous-conjonctivale	0,87%	0,81%
Injection Intra-Vitréenne	0,53%	0,45%
Iridotomie au laser Yag	0,67%	0,40%
Capsulotomie au laser Yag	0,53%	aucune
-----	-----	-----

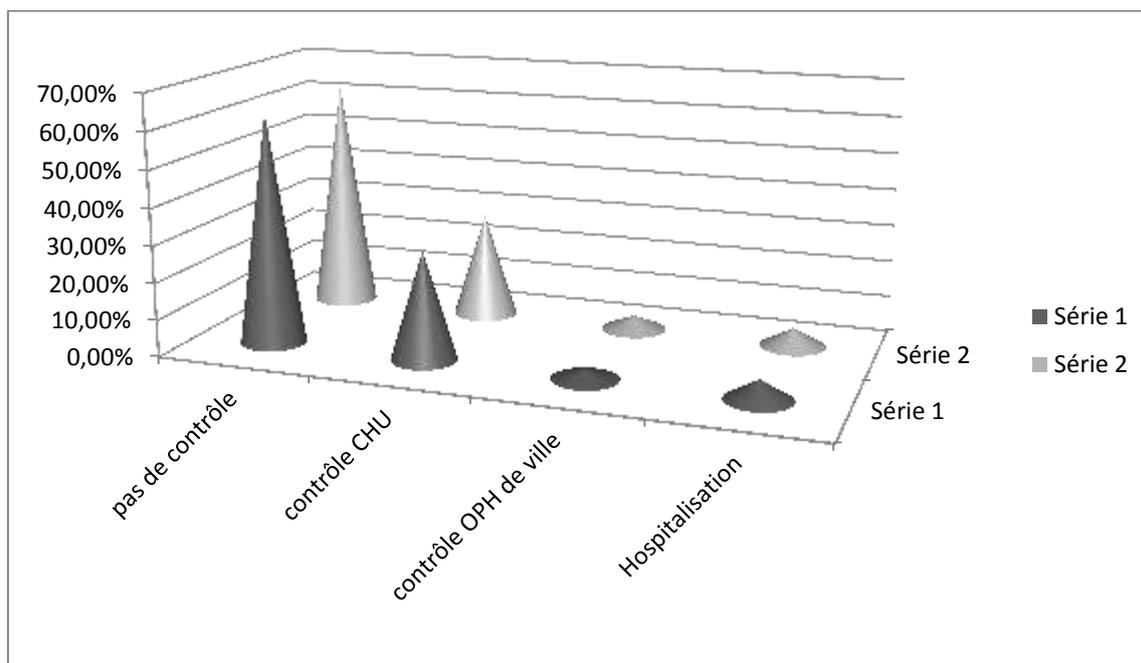
La consultation d'urgence a abouti à 5,3% (série 1) et 5,0% (série 2) d'hospitalisation. 3,9% et 5,4 % des patients ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale (Annexe 12). Pour la majorité des décollements de rétine, une technique chirurgicale par une voie interne fut réalisée (vitrectomie, endolaser, et tamponnement interne par gaz ou huile de silicone).

Annexe 12 : Actes chirurgicales.

ACTES	Série 1	Série 2
Décollement de rétine voie interne	2,21%	2,90%
Décollement de rétine voie externe	0,74%	Aucun
Suture conjonctivale	0,33%	0,10%
Suture plaie transfixiante de paupière	0,40%	0,10%
Suture plaie cornéenne	0,33%	0,45%
Suture plaie sclérale	0,20%	0,09%
Suture plaie du bord libre palpébral	0,13%	0,18%
-----	-----	-----

Parmi les 2612 patients inclus, 62,7% n'ont nécessité d'aucun contrôle et nous avons redirigé 2,7% à 3,8% des patients vers leur ophtalmologiste de ville pour la suite des soins (Annexe 13).

Annexe 13 : Devenir du patient.

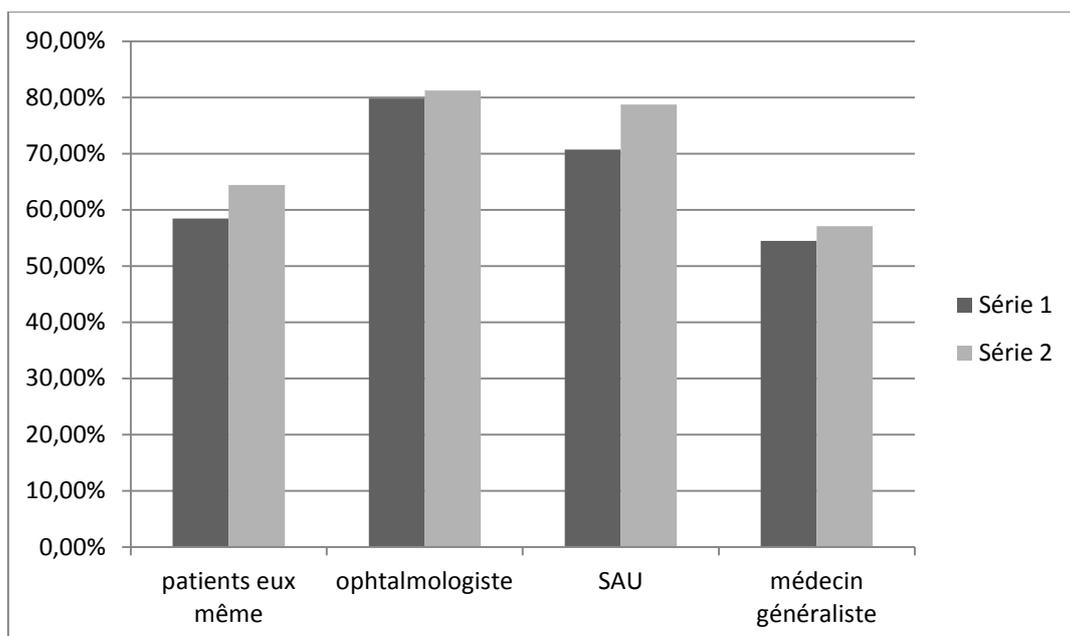


Réalité de l'urgence

En fin de consultation, chaque médecin jugeait le caractère réel de l'urgence. Ils ont qualifié 62,1% à 63,1% des consultations comme véritable urgence.

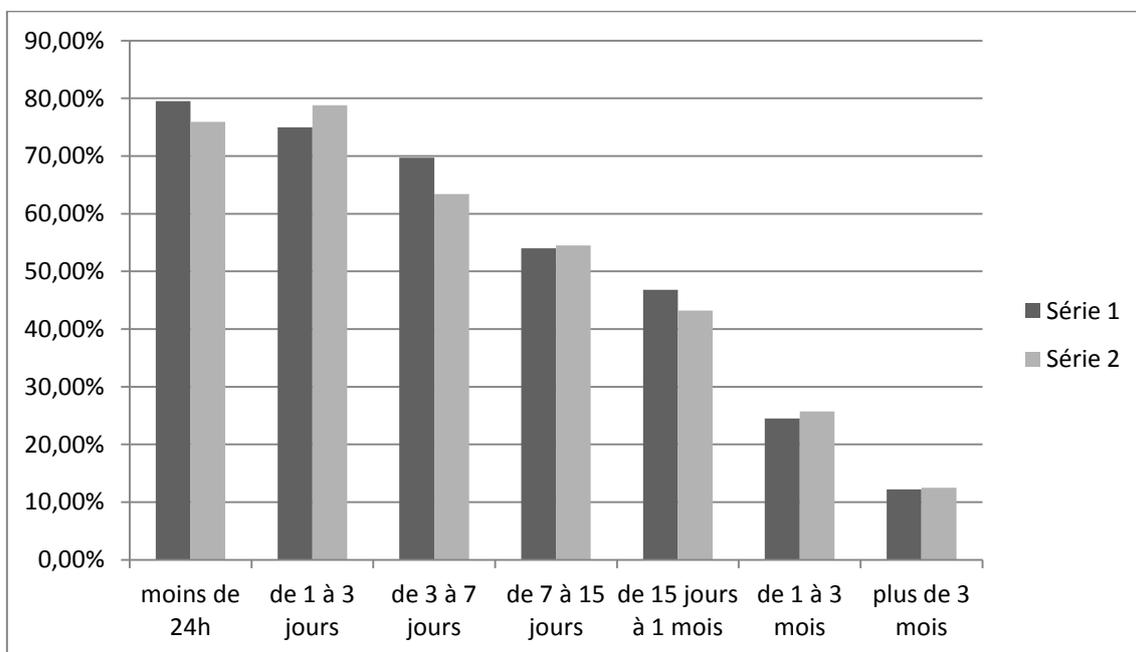
Nous avons rapproché le mode d'accès aux soins au caractère d'urgence de la pathologie (Annexe 14). Quand les patients étaient adressés par le SAU de notre hôpital, nous avons 70,1% à 78,7% de patients nécessitant une consultation spécialisée en urgence. Pour la plupart d'entre eux, il s'agissait de pathologie conjonctivale et cornéenne telle que ulcère-érosion de cornée (27,3% et 16,7%), corps étranger (19,9% et 12,5%), conjonctivite (6,7% et 6,3%). Nous avons un examen normal pour 8,8% (série 1) et 18,8% (série 2) des patients. La proportion d'urgence avérée était augmentée lorsque le patient était envoyé par son ophtalmologiste (79,81% et 81,2%). Elle était quasiment similaire quand le patient consultait seul (58,43%-64,4%) ou envoyé par un médecin généraliste (54,46%-57,1%).

Annexe 14 : Proportion de vraies urgences suivant le mode d'adressage du patient.



Nous avons également corrélé le degré de gravité de l'urgence au délai d'apparition des symptômes. Il semblerait alors que celui-ci lui soit inversement proportionnel (Annexe 15).

Annexe 15 : Proportion de véritable urgence en fonction du délai d'apparition des symptômes.



DISCUSSION

Notre étude s'est essentiellement intéressée à la prise en charge de l'urgence en ophtalmologie.

Dans notre population, l'âge moyen était de 45 ans, avec un sexe ratio en faveur des hommes probablement en raison de leur exposition plus fréquente aux traumatismes. Nous retrouvions ainsi dans plus de 90% des cas de corps étranger le sexe masculin. Cette répartition se retrouve également dans les études publiées avec une majorité d'hommes de la 3^e et 4^e décade [1][2][4-7]. Elles évoquent la part importante des traumatismes responsables jusqu'à 27% des consultations ophtalmologiques. Il s'agit principalement de corps étranger cornéen (jusqu'à 71% des cas), de projection chimique (jusqu'à 17,3% des cas) et traumatisme par objet contondant (jusqu'à 11,4% des cas) [4][8][9]. Beaucoup d'auteurs communiquent sur ce fait et rapportent un port de protection de 18% à 33%. Ils insistent sur les campagnes d'information et d'éducation des professionnels et des particuliers [10-14].

Très peu d'enfants ont consulté en urgence (7,3% et 5,2%). L'étude rétrospective de *Malagola et al* retrouve une majorité de petits garçons victimes d'un traumatisme sportif. Le taux d'hospitalisation d'origine ophtalmologique est de 3% sur l'ensemble des urgences pédiatriques [15].

Les 3 principaux signes fonctionnels retrouvés au sein de notre population étaient similaires à la littérature (douleur, rougeur et baisse d'acuité visuelle) [16][17]. Probablement en raison de la saisonnalité hivernale des recueils de données, notre taux de conjonctivite allergique était sous-estimé [18].

Les infections oculaires graves étaient rares (0,7% à 3,0% abcès de cornée, 0,2% à 0,4% endophtalmies et 0,1% à 0,7% dacryocystites). *Ramakrishnan et al* rapporte un cas d'abcès de cornée sur les 88 patients victimes de corps étranger cornéen [16]. L'étude rétrospective de *Lange et al* évoque un rapport de 341 infections graves nécessitant une hospitalisation sur les 13587 recueillies pendant 9 années [19]. Les atteintes oculaires secondaires au port de lentilles de contact touchaient moins de 1,5% de nos patients. Il s'agissait le plus souvent de lésions cornéennes bénignes. Les produits d'entretien des lentilles et les kératites non infectieuses restent les principales complications décrites dans la littérature [20].

Les urgences affectant le pronostic visuel sont rares. Les pathologies vasculaires ne représentaient pas plus de 1% et la crise aiguë d'hypertonie par fermeture d'angle (CAFA) moins de 0,6% de nos diagnostics. Dans l'étude d'*Edwards et al*, la fréquence du CAFA n'est que de 0,03% [18].

Le nombre de décollement de rétine variait de 3,3% à 3,4% dans notre cohorte. Ces chiffres sont plus élevés que ceux rapportés dans la littérature où le taux avoisine 1 pour 1000 habitants. Ils reflètent probablement l'activité spécialisée en rétine chirurgicale de notre service [21][22].

Les pathologies palpébrales, conjonctivales, sclérales, cornéennes et uvéites antérieures formaient le groupe de pathologie le plus représenté, avec 49,2% à 58,4% des diagnostics retenus. L'origine herpétique, tant redoutée, était mise en évidence dans moins de 10,4% des affections cornéennes [1][9][10][14].

Ces résultats nous laissent penser qu'une formation orientée et adaptée semble possible chez les médecins non spécialistes, dans la prise en charge des urgences ophtalmologiques. L'ablation de corps étranger cornéen est un acte thérapeutique majeur et incontournable au cours de cet apprentissage.

En effectuant un recueil de données à l'ouverture du service puis un second 18 mois après, nous avons pu étudier notre mode de fonctionnement et évaluer nos pratiques cliniques.

Nous avons amélioré le temps d'attente de nos patients. Le nombre de patients pris en charge dans les 15 premières minutes a augmenté de 10 points entre nos 2 cohortes.

Le pourcentage de patients adressés par notre SAU a lui diminué de 15,6 points. Ceci peut s'expliquer par le fait que le 1^{er} fut réalisé à la création de notre unité et que le 2nd, 18 mois après son ouverture. Les patients et les médecins avaient pris connaissance de l'existence de notre structure et de son fonctionnement pour s'y rendre directement. Le nombre de patients consultant sans avis médical préalable a alors augmenté de 18,3 points entre nos 2 séries. Ce chiffre est également décrit à hauteur de 77,5% dans la littérature [10][16][23]. Nous avons amélioré nos pratiques au cours du temps en diminuant les consultations de contrôle dites « post urgence ». Nous souhaitons que cette unité soit exclusivement réservée aux urgences pour ne pas engorger notre système, car pour 62,7% des patients une consultation unique a suffi. *Edward et al* en 1987 retrouve un taux de 69% de consultations uniques dans le cadre de l'urgence [18].

Dans l'étude de *Carvalho et al*, 69% des consultations ont été solutionnée par un traitement simple [14].

Un tiers de nos patients ont été vus au cours d'une astreinte après 18h30. Et le nombre de consultation durant le weekend représentait 8,6% à 12,5% le samedi et de 7,0% à 7,3% le dimanche de notre activité hebdomadaire [24]. L'étude de *kumar et al* de 2005 souligne, elle aussi, une part d'activité importante d'urgence en journée de 8h00 à 17h00 de l'ordre de 46 patients par jour [25]. Ceci nous conforte dans l'importance d'une continuité des soins, soir et weekend et le rôle primordial de l'interne d'astreinte.

La répartition inégale des ophtalmologistes dans notre région oblige nos patients à parcourir un grand nombre de kilomètres pour consulter en urgence [3].

Ainsi, l'origine géographique des patients dépend du service d'astreinte de leurs départements. La part des patients en provenance de Meurthe et Moselle (73,10%) et Vosges (13,2% et 12,1%) est plus importante que celle de Moselle (6,5% et 6,8%) et Meuse (4,8% et 3,8%) car les CHR de Metz Mercy et de Verdun assurent une astreinte continue en soir et weekend. De plus au cours des 2 recueils, nous avons augmenté de 0,9 points le nombre de patients réorientés vers leur ophtalmologiste de ville. A l'avenir, on peut espérer la mise en place d'un réseau de soins organisé dans toute notre région, en collaboration avec les ophtalmologistes de ville.

L'urgence a été qualifiée de réelle pour 62,1% à 63,1% des consultations. L'étude d'*Alotaibi et Al* évalue à hauteur de 50,4% le nombre de ces consultations comme non urgentes[10]. Le maximum d'urgence avérée a été démontré après un délai d'apparition des symptômes de 3 jours.

Hau et al rapporte 62,8% de patients consultant dans les 6 premiers jours et 11,5% au-delà de 1 mois [26]. On a constaté une meilleure évaluation du caractère d'urgence par les ophtalmologistes puis par les médecins urgentistes et enfin par les médecins généralistes.

Devant le nombre croissant d'urgence ophtalmologique et les délais de prise en charge spécialisée, de nombreux auteurs ont étudié la qualité de travail en amont des médecins généralistes, des optométristes et des urgentistes [27-31]. Il semblerait dans la plupart des situations qu'il s'agisse d'un manque de connaissance et de formation dans la spécialité. L'étude de *Tan et al* ne retrouve que 42% des services d'urgences générales équipés de lampe à fente [32]. Ils insistent sur l'intérêt de créer des guidelines pour nos confrères non spécialistes [33].

CONCLUSION

Les urgences ophtalmologiques représentent une part importante de l'activité d'un service. Actuellement, la demande croissante des patients et la pénurie des spécialistes créent un véritable problème de santé publique.

La majorité des diagnostics posés en urgence affecte le segment antérieur. La pathologie traumatique représente un quart de l'activité d'urgence sous la forme principale de corps étranger cornéen. Les pathologies graves infectieuses ou vasculaires affectant le pronostic visuel sont rares. Le plus grand nombre de nos patients n'ont bénéficié que d'une seule consultation pour traiter leur problème. Pour toutes ces raisons, une formation adaptée est possible et nécessaire des médecins urgentistes et généralistes pour la prise en charge des urgences ophtalmologiques.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] B. Girard, F. Bourcier, I. Agdabede, et L. Laroche, « [Activity and epidemiology in an ophthalmological emergency center] », *J. Fr. Ophthalmol.*, vol. 25, n° 7, p. 701-711, sept. 2002.
- [2] H. Sánchez Tocino, A. Galindo Ferreiro, D. Iglesias Cortiñas, J. Galindo Alonso, et M. Fernández Muñoz, « [Epidemiologic study of ocular emergencies in a general hospital] », *Arch. Soc. Esp. Oftalmol.*, vol. 79, n° 9, p. 425-431, sept. 2004.
- [3] « Démographie médicale interactive | Démographie médicale ».
- [4] « Different causes of referral to ophthalmology emergency room ».
- [5] « Pattern of ophthalmological acc... [J Epidemiol Community Health. 1993] NCBI ».
- [6] C. A. Cheung, M. Rogers-Martel, L. Golas, A. Chepurny, J. B. Martel, et J. R. Martel, « Hospital-based ocular emergencies: epidemiology, treatment, and visual outcomes », *Am. J. Emerg. Med.*, vol. 32, n° 3, p. 221-224, mars 2014.
- [7] E. A. Nash et C. E. Margo, « Patterns of emergency department visits for disorders of the eye and ocular adnexa », *Arch. Ophthalmol.*, vol. 116, n° 9, p. 1222-1226, sept. 1998.
- [8] C. S. Ngo et S. W. Leo, « Industrial accident-related ocular emergencies in a tertiary hospital in Singapore », *Singapore Med. J.*, vol. 49, n° 4, p. 280-285, avr. 2008.
- [9] T. Ramakrishnan, M. Constantinou, V. Jhanji, et R. B. Vajpayee, « Corneal metallic foreign body injuries due to suboptimal ocular protection », *Arch. Environ. Occup. Health*, vol. 67, n° 1, p. 48-50, 2012.
- [10] A. G. Alotaibi, E. A. Osman, K. H. Allam, A. M. Abdel-Rahim, et K. K. Abu-Amero, « One month outcome of ocular related emergencies in a tertiary hospital in Central Saudi Arabia », *Saudi Med. J.*, vol. 32, n° 12, p. 1256-1260, déc. 2011.
- [11] H. E. El-Mekawey, K. G. Abu El Einen, M. Abdelmaboud, A. Khafagy, et E. M. Eltahawy, « Epidemiology of ocular emergencies in the Egyptian population: a five-year retrospective study », *Clin. Ophthalmol. Auckl. NZ*, vol. 5, p. 955-960, 2011.
- [12] D. Negussie et A. Bejiga, « Ocular emergencies presenting to Menelik II Hospital », *Ethiop. Med. J.*, vol. 49, n° 1, p. 17-24, janv. 2011.
- [13] D. F. A. Cecchetti, S. A. de P. Cecchetti, A. C. T. Nardy, S. C. Carvalho, M. de L. V. Rodrigues, et E. M. Rocha, « [A clinical and epidemiological profile of ocular emergencies in a reference emergency center] », *Arq. Bras. Oftalmol.*, vol. 71, n° 5, p. 635-638, oct. 2008.

- [14] R. de S. Carvalho et N. K. José, « Ophthalmology emergency room at the University of São Paulo General Hospital: a tertiary hospital providing primary and secondary level care », *Clin. São Paulo Braz.*, vol. 62, n° 3, p. 301-308, juin 2007.
- [15] R. Malagola, L. Arrico, R. Migliorini, E. M. D'Ambrosio, et R. Grenga, « Ocular traumatology in children. A retrospective study », *Il G. Chir.*, vol. 33, n° 11-12, p. 423-428, déc. 2012.
- [16] D. Perumal, R. Niederer, S. Raynel, et C. N. J. McGhee, « Patterns of ophthalmic referral and emergency presentations to an acute tertiary eye service in New Zealand », *N. Z. Med. J.*, vol. 124, n° 1340, p. 35-47, août 2011.
- [17] I. Skegro, R. Kordić, T. Kuzman, S. Perić, M. B. Kutija, S. Jandroković, et T. Jukić, « Ocular related emergencies in Zagreb University Hospital Centre--ten month analysis », *Coll. Antropol.*, vol. 37 Suppl 1, p. 141-143, avr. 2013.
- [18] R. S. Edwards, « Ophthalmic emergencies in a district general hospital casualty department. », *Br. J. Ophthalmol.*, vol. 71, n° 12, p. 938-942, déc. 1987.
- [19] A. P. Lange, F. Bochmann, M. K. Schmid, et M. A. Thiel, « The impact of infectious ocular emergencies on hospital resources », *Klin. Monatsblätter Für Augenheilkd.*, vol. 226, n° 4, p. 227-229, avr. 2009.
- [20] C. F. Radford, V. Gastaldo-Brac, et A. R. Hill, « Attendance of contact lens wearers at an ophthalmic accident and emergency unit », *Ophthalmic Physiol. Opt. J. Br. Coll. Ophthalmic Opt. Optom.*, vol. 18, n° 1, p. 63-65, janv. 1998.
- [21] N. Feltgen et P. Walter, « Rhegmatogenous retinal detachment--an ophthalmologic emergency », *Dtsch. Ärztebl. Int.*, vol. 111, n° 1-2, p. 12-21; quiz 22, janv. 2014.
- [22] D. Mitry, D. G. Charteris, B. W. Fleck, H. Campbell, et J. Singh, « The epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment: geographical variation and clinical associations », *Br. J. Ophthalmol.*, vol. 94, n° 6, p. 678-684, juin 2010.
- [23] S. Fenton, E. Jackson, et M. Fenton, « An audit of the ophthalmic division of the accident and emergency department of the Royal Victoria Eye and Ear Hospital, Dublin », *Ir. Med. J.*, vol. 94, n° 9, p. 265-266, oct. 2001.
- [24] C. Prendiville, Q. J. Nasser, et P. McGettrick, « Patients presenting to an Ophthalmic Emergency Department after 5pm », *Ir. Med. J.*, vol. 101, n° 4, p. 116-118, avr. 2008.
- [25] N. L. Kumar, D. Black, et K. McClellan, « Daytime presentations to a metropolitan ophthalmic emergency department », *Clin. Experiment. Ophthalmol.*, vol. 33, n° 6, p. 586-592, déc. 2005.
- [26] S. Hau, A. Ioannidis, P. Masaoutis, et S. Verma, « Patterns of ophthalmological complaints presenting to a dedicated ophthalmic Accident & Emergency department: inappropriate use and patients' perspective », *Emerg. Med. J. EMJ*, vol. 25, n° 11, p. 740-744, nov. 2008.

- [27] P. Perkins, « Outcome of referrals by optometrists to general practitioners: an 18 month study in one practice », *Br. J. Gen. Pract. J. R. Coll. Gen. Pract.*, vol. 40, n° 331, p. 59-61, févr. 1990.
- [28] R. J. Harrison, J. M. Wild, et A. J. Hobley, « Referral patterns to an ophthalmic outpatient clinic by general practitioners and ophthalmic opticians and the role of these professionals in screening for ocular disease », *BMJ*, vol. 297, n° 6657, p. 1162-1167, nov. 1988.
- [29] T. J. Pierscionek, J. E. Moore, et B. K. Pierscionek, « Referrals to ophthalmology: optometric and general practice comparison », *Ophthalmic Physiol. Opt. J. Br. Coll. Ophthalmic Opt. Optom.*, vol. 29, n° 1, p. 32-40, janv. 2009.
- [30] R. W. Derlet et J. R. Richards, « Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects », *Ann. Emerg. Med.*, vol. 35, n° 1, p. 63-68, janv. 2000.
- [31] N. P. Jones, J. M. Hayward, P. T. Khaw, C. M. Claoue, et A. R. Elkington, « Function of an ophthalmic "accident and emergency" department: results of a six month survey. », *Br. Med. J. Clin. Res. Ed*, vol. 292, n° 6514, p. 188-190, janv. 1986.
- [32] M. M. Tan, P. A. Driscoll, et J. E. Marsden, « Management of eye emergencies in the accident and emergency department by senior house officers: a national survey », *J. Accid. Emerg. Med.*, vol. 14, n° 3, p. 157-158, mai 1997.
- [33] A. N. Shah et G. S. Bowler, « Workload, referral characteristics and consultation outcomes of out-of-hours ophthalmology services », *Eye*, vol. 26, n° 7, p. 1027-1028, juill. 2012.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Les urgences ophtalmologiques sont fréquentes. La démographie médicale actuelle rend l'accès au soin difficile. Afin de répondre à ces besoins croissants, le service d'ophtalmologie du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy (CHRU) a créé en 2012 une unité dédiée à l'urgence.

Matériels et Méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective descriptive de l'activité de cette unité. Tous les patients s'y présentant ont été inclus dans notre étude sur deux périodes de deux mois chacune. Les données ont été recueillies à l'aide un questionnaire standardisé (âge, sexe, mode d'adressage, origine géographique, symptômes, diagnostic, examen complémentaire, devenir du patient). Puis chaque examinateur jugeait du caractère réel de l'urgence.

Résultats : 1496 patients ont été inclus durant le premier recueil (série 1) et 1116 durant le second (série 2). Il s'agissait principalement d'hommes de 45 ans (55,3% et 56,3 %). La majorité des patients ont consulté sans avis médical préalable (40,1% et 58,4%). Les principaux signes fonctionnels étaient : rougeur oculaire (31,5% et 24,8%), douleur (28,5% et 25,0%), baisse d'acuité visuelle (22,6% et 17,7%), irritation oculaire (20,6% et 17,8%). Le contexte traumatique était fréquent (environ 25% des patients). Les principaux diagnostics posés affectaient la cornée. Les pathologies infectieuses graves et vasculaires étaient rares. 5,0% des patients ont été hospitalisés et moins de 6,0% ont bénéficié d'un traitement chirurgical. 62,7% des patients n'ont nécessité aucun contrôle post-urgence. 62,1% à 63,1% des consultations ont été qualifiées de véritable urgence.

Conclusion : Actuellement, la gestion des urgences ophtalmologiques est un problème de santé publique. Une formation adaptée et ciblée des médecins urgentistes et généralistes serait nécessaire à l'avenir. Elle assurerait une meilleure prise en charge et orientation des patients vers le spécialiste.

TITRE EN ANGLAIS: PROSPECTIVE STUDY ABOUT ACTIVITY OF EMERGENCY UNIT IN THE DEPARTMENT OF OPHTHALMOLOGY (NANCY, UNIVERSITY HOSPITAL, FRANCE)

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS : Urgence ; Ophtalmologie ; Epidémiologie ; Accès aux soins ; Démographie médicale ; Traumatologie.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
