

Item 100 (ex item 304) : Diplopie

EVALUATIONS

2013

Cas clinique : Item 127, 212, 304

Scénario :

Vous êtes praticien hospitalier ophtalmologiste dans un CHR et au cours de votre consultation vous voyez Madame S. 36 ans, que vous suivez depuis de nombreuses années, pour un œil droit très rouge et douloureux depuis 3 jours. Elle vous explique qu'elle n'arrive plus à mettre sa lentille sur l'œil droit car cela « fait trop mal », la lumière est insupportable et son œil est très larmoyant. De plus, elle a remarqué ce matin dans son miroir qu'elle avait une tâche blanche au centre de l'œil droit. Elle est myope de -3 dioptries aux 2 yeux et porte habituellement des lentilles souples bimensuelles.

A l'interrogatoire, vous apprenez qu'elle utilise parfois la même lentille pendant un mois afin de faire des économies. Elle est très gênée car elle ne trouve plus ses lunettes qu'elle n'a pas mise depuis longtemps...

A l'examen, vous retrouvez :

- acuité visuelle corrigée : à droite, 10/10 et à gauche, compte les doigts à un mètre

- tonus oculaire : 18 mmHg à droite. A gauche, non pris.

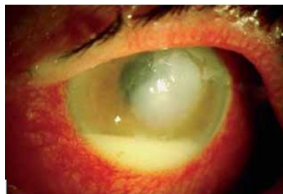
- examen à la lampe à fente :

- Sans particularités à gauche
- A droite : test cornéen à la fluorescéine positif (figure 1)

- fond d'oeil :

- Normal à gauche,
- A droite, la rétine est non visualisable du fait du trouble des milieux.

Figure 1



QUESTION 1/6 :

1^{ère} partie

Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?

Réponse attendue :

- Abcès de cornée (ou kératite aiguë profonde infectieuse) à hypopion de l'œil droit probablement d'origine bactérienne secondaire à un mésusage du port de lentilles de contact.

- Les arguments sont :

terrain

- porteur de lentilles négligent
- absence de lunettes de secours

anamnèse

- douleur depuis 3 jours
- poursuite du port de lentilles malgré la gêne
- consultation ophtalmologique tardive

signes fonctionnels

- douleur oculaire
- photophobie
- larmoiement

examen clinique

- conjonctive : hyperhémie conjonctivale, cercle périkeratique (1 pour un des deux)
- cornée : important infiltrat blanc stromal central à bords nets fluo+ (abcès de cornée)
- chambre antérieure : niveau liquidien blanc objectivant l'hypopion

QUESTION 2/6 :

Détaillez la prise en charge de la patiente ?

Réponse attendue :

- Hospitalisation en urgence en ophtalmologie, pronostic visuel en jeu,
- recueil de la boîte d'entretien des lentilles, prélèvement local (cornéen)

à visée bactériologique, parasitologique, mycologique et virologique pour examen direct, mise en culture et antibiogramme

- réalisation d'une échographie oculaire en mode B de l'œil droit à la recherche d'une hyalite dans le cadre d'une endophtalmie
- antibiothérapie locale, multiple initialement probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme par collyres fortifiés, +/- générale +/- injections intra-vitréennes
- prévention pour le deuxième œil : achat de lunettes de correction adaptées, hygiène et port de lentille de contact à reconsidérer en fonction des séquelles (contre-indication relative des lentilles de contact chez le monophtalme)
- traitement antalgique, lubrifiants locaux
- traitement chirurgical si mauvaise évolution locale : greffe de membrane amniotique, greffe de cornée à chaud
- surveillance efficacité et tolérance du traitement

Finalement, l'évolution locale est bonne en plusieurs jours mais il persiste une taie cornéenne centrale et Mme S a une acuité corrigée de l'œil droit de compte les doigts à 50 cm.

QUESTION 3/6 :

Que peut-on lui proposer pour améliorer son acuité visuelle de l'œil droit ?

Quelles sont les complications à redouter de ce type de traitement ?

Réponse attendue :

- Une greffe de cornée de l'œil droit
- Les complications de la greffe de cornée sont :
 - retard d'épithélialisation du greffon
 - défaillance précoce de l'endothélium du greffon
 - rejet immunitaire
 - récurrence de la maladie causale
 - hypertonie oculaire
 - astigmatisme cornéen important

QUESTION 4/6 :

2^{ème} partie:

De quelle type de diplopie est atteinte la patiente ?

Réponse attendue :

- Diplopie binoculaire secondaire à une paralysie complète du III droit intrinsèque et extrinsèque.

QUESTION 5/6 :

Citez les principales causes de diplopie monoculaire.

Réponse attendue :

- Cornéenne par diffraction des rayons lumineux : taie cornéenne séquelle d'une kératite ou d'un traumatisme, kératocône, astigmatisme important,
- Irienne : iridodialyse traumatique,
- Cristallinienne : cataracte nucléaire.

QUESTION 6/6 :

Que suspectez vous face aux troubles de Mme C ? Quelle est votre attitude immédiate ?

Réponse attendue :

- Présence d'un anévrisme intracranien dans la portion supraclinoidienne (artère communicante postérieure surtout)
- Attitude immédiate :
 - Mise en condition avec vvp, scope cardio-tensionnel, pronostic vital potentiellement engagé, à jeun
 - Recherche d'un anévrisme intracranien en URGENCE :
 - Faire un examen de neuro-imagerie en urgence : TDM cérébrale avec injection de produit de contraste ou ARM cérébrale.
 - Et/Ou faire une ponction lombaire en l'absence de contre-indications à la recherche d'une

hémorragie méningée : pression d'ouverture du LCR augmentée, les différents tubes sont uniformément rouges ou rosés, présence de pigments sanguins.

- Traitement symptomatique : antalgique, antihypertenseur si besoin, antiémétiques...
- Surveillance

PS : La TDM cérébrale sans injection n'élimine pas la présence d'un anévrisme intracranien.