

Item 127 (ex item 58) : Cataracte

EVALUATIONS

2013

Cas clinique : Item 201, 58

Scénario :

Mr Bond, 40 ans , passait tranquillement la débroussailleuse un dimanche après midi quand soudain il a ressenti une violente douleur à l'œil droit suivie d'une baisse d'acuité visuelle secondaire du même œil.

Il est rapidement amené aux urgences par sa femme où vous le recevez en tant qu'interne d'ophtalmologie de garde. Votre examen est le suivant :

Acuité visuelle non corrigée : 1/10^e P10 œil droit, 10/10^e P2 œil gauche.

Lampe à fente :

- Le segment antérieur et le pôle postérieur sont sans particularités à gauche.

-A droite, il existe une plaie cornéenne paracentrale inférieure transfixiante de 5 mm de long, il existe un signe de Seidel important, la chambre antérieure est peu formée comparé à l'œil gauche, il y a un Tyndall hématisque +++ , on aperçoit une plaie de l'iris ovale à 6H et le cristallin présente une opacification capsulaire postérieure en fougère qui n'est pas retrouvée à l'œil gauche. L'œil droit présente une mydriase post-traumatique. L'examen du fond d'œil est difficile du fait du trouble des milieux.

QUESTION 1/9 :

L'externe qui reprend votre observation vous fait remarquer que vous n'avez pas mesurer le tonus oculaire de l'œil droit. Il vous demande s'il doit mesurer le tonus à l'aide du tonomètre à air ou à aplanation , que lui répondez-vous ?

Réponse attendue :

NON/AUCUN DES DEUX, la mesure du tonus oculaire est contre indiquée dans les plaies perforantes du fait du risque d'extériorisation des éléments intraoculaires.

QUESTION 2/9 :

Le FO à droite est inaccessible, faut-il réaliser une échographie oculaire ?

Réponse attendue :

NON pour les mêmes raisons.

QUESTION 3/9 :

Donnez la définition du signe de Seidel et sa signification.

Réponse attendue :

Signe de Seidel :

- Après instillation de fluorescéine
- Eclairage en lumière bleue
- Lavage de la fluorescéine par l'humeur aqueuse en regard de la plaie de cornée
- Signifie qu'il existe une plaie cornéenne transfixiante

QUESTION 4/9 :

A quoi correspond la plaie de l'iris ovalaire à 6H ? Que doit-il vous faire craindre ? A quoi correspond l'opacification capsulaire postérieure en fougère du cristallin ?

Réponse attendue :

- Cette plaie correspond au trajet de pénétration
- Un corps étranger intra-oculaire est à craindre
- Une cataracte post traumatique

QUESTION 5/9 :

Préféreriez vous réaliser une IRM ou une TDM orbitaire afin de préciser les lésions oculaires et orbitaires ? Expliquez pourquoi.

Réponse attendue :

TDM orbitaire à la recherche :

- D'un corps étranger intraoculaire
- D'une hémorragie intravitréenne
- D'un décollement de rétine

L'IRM orbitaire est contre indiquée en cas de suspicion de corps étranger métallique. Ici, la nature du corps étranger n'est pas connue par conséquent il peut s'agir d'un corps étranger métallique.

QUESTION 6/9 :

Comment prenez vous en charge cette plaie oculaire sachant que vous prévoyez une extraction du cristallin dans le même temps?

Réponse attendue :

- Hospitalisation en urgence en ophtalmologie, laisser à jeun, consultation d'anesthésie
- Mise en condition : VVP, antalgiques IV
- SAT-VAT
- Recherche en urgence d'un corps étranger intra-oculaire par radiographies ou TDM orbitaire
- Réalisation d'une kératométrie et d'une biométrie oculaire afin de calculer la puissance de l'implant de chambre postérieure.
- EXPLORATION CHIRURGICALE EN URGENCE au bloc opératoire : recherche et suture des plaies cornéo-sclérales, phakoémulsification avec implantation primaire ou secondaire, vitrectomie et extraction d'un éventuel corps étranger localisé au niveau du segment postérieur.
- Antibiotoprophylaxie locale et générale, cicatrisants locaux, cycloplégiques
- Surveillance

QUESTION 7/9 :

Quelles sont les complications précoces et tardives des corps étrangers intra-oculaires ?

Réponse attendue :

Complications précoces :

- Endophtalmie
- Cataracte post-traumatique
- Décollement de rétine

Complications tardives :

- Chalcose (corps étranger cuivrique)
- Sidérose (corps étranger ferrique)
- Ophtalmie sympathique

QUESTION 8/9 :

Mr Bond vient vous voir au bout de quelques jours et vous explique que sa vision de l'œil droit sans lunettes est aussi bonne qu'avant de loin mais par contre il ne voit pas bien de près. Comment expliquez vous cela ? Comment y remédier ?

Réponse attendue :

- Perte de l'accommodation après chirurgie de la cataracte.
- Prescription d'une correction optique : verres correcteurs biconvexes (le plus fréquent) ou lentilles.

QUESTION 9/9 :

Si vous aviez vu Mr Bond revenir au bout de plusieurs mois avec un œil droit rouge et douloureux, de plus petit volume que le gauche et avec une acuité visuelle réduite à la perception lumineuse, qu'auriez vous redouté ?

Réponse attendue :

Une phytose (ou atrophie) du globe oculaire droit avec cécité définitive.

Cas clinique : Item 58,124,293,212

Scénario :

Mme R...65 ans vient vous voir pour un œil droit rouge et douloureux depuis 5 jours accompagné d'une baisse d'acuité visuelle du même œil. Elle n'a pas d'antécédents particuliers hormis une insuffisance thyroïdienne traitée par Lévothyrox 75mg/J.

Elle vous rapporte également une gêne respiratoire depuis 3 mois environ et elle ne comprend pas pourquoi elle est si essouffée puisqu'elle n'a jamais fumée de sa vie...

L'examen ophtalmologique est le suivant :

- Tonus oculaire : 10 mmHg OD, 16 mmHg OG
- Acuité visuelle corrigée : 6/10ème P2 OD, 10/10 P2 OG
- LAF : RAS OG, OD : cercle périkératique, cornée claire, test à la fluorescéine négatif, chambre antérieure profonde avec effet Tyndall ++, précipités rétrocornéens « en grasse de mouton », synéchies iridocristalliniennes de 2H à 5H, le cristallin est clair.

- FO : RAS ODG.

QUESTION 1/6 :

Quel diagnostic ophtalmologique évoquez vous et sur quels arguments? Quel traitement oculaire mettez vous en place ?

Dans le bilan biologique que vous demandez vous remarquez une augmentation de l'enzyme de conversion et du lysozyme.

Sur la radiographie du thorax que vous avez également demandée en première intention vous observez une pneumopathie interstitielle diffuse sans adénopathies médiastinales associées.

Réponse attendue :

- Uvéite antérieure aigue granulomateuse de l'œil droit devant :
- Corticoïdes locaux et mydriatiques

QUESTION 2/6 :

Quel diagnostic étiologique évoquez vous ? Quel bilan clinique et paraclinique faites vous et que recherchez vous? Quel est le principal diagnostic différentiel ?

A l'issue du bilan, Mme R... est mise sous corticothérapie à la dose de 1mg/kg jour et son état s'améliore d'un point de vue ophtalmologique et respiratoire. Elle revient vous voir au bout de 18 mois car elle présente une baisse d'acuité visuelle progressive bilatérale surtout en vision de loin. Elle est également gênée par les phares des voitures et elle préfère enlever ses lunettes de presbyte pour lire.

Le tonus oculaire est normal aux 2 yeux, l'acuité visuelle corrigée est 3/10^{ème} P2 à droite et 4/10^{ème} P2 à gauche.

Réponse attendue :

- Sarcoïdose intra et extrathoracique avec atteinte pulmonaire de type III et atteinte oculaire.
- Bilan clinique :
 - recherche d'une atteinte cutanée : les sarcoïdes, érythème noueux
 - palpation des aires ganglionnaires à la recherche d'adénopathies
 - examen neurologique à la recherche d'une atteinte des paires craniennes, une neuropathie périphérique, une méningite
 - examen cardiologique : malaise, syncope, tachycardie, ECG à la recherche de troubles du rythme ou de la conduction (1 pour un des deux)
 - bilan clinique rénale : recherche d'antécédents de colique néphrétique, pyélonéphrite
 - palpation hépatique et splénique : hépto-splénomégalie
 - bilan ORL : parotidite, atteinte nasale et laryngée
 - autres atteintes musculaires (nodules profond) et ostéo-articulaires : arthralgies inflammatoires.
- Bilan paraclinique :
 - bilan biologique :
 - bilan radiologique :

- bilan histologique :
- exploration fonctionnelle :
 - Exploration fonctionnelle respiratoire : recherche d'une diminution précoce du transfert du CO, syndrome restrictif modéré, trouble ventilatoire obstructif distal

QUESTION 3/6 :

Quel est le diagnostic le plus probable ? Citez les étiologies possibles.

Quel traitement proposez vous ?

Réponse attendue :

- Cataracte bilatérale
- Les étiologies possibles sont :
- Le traitement est chirurgical :

QUESTION 4/6 :

La patiente a bénéficié du traitement précédent, à quelles complications oculaires est-elle exposée ?

Finalement, les suites sont simples mais vous la revoyez en urgence pour un syndrome fébrile et une baisse d'acuité visuelle bilatérale douloureuse. Au cours de l'examen, vous remarquez qu'elle a un visage piriforme et que son sourire est asymétrique.

Réponse attendue :

- Endophtalmie
- Cataracte secondaire
- Décollement de rétine
- Œdème de cornée
- Œdème maculaire (ou syndrome d'Irvine Gass)
- Récidive d'uvéïte dans le cas de Mme R

QUESTION 5/6 :

Quel est votre diagnostic ?

Réponse attendue :

- Syndrome d'Heerfordt devant :

QUESTION 6/6 :

Quelles sont les indications de la corticothérapie par voie orale dans la pathologie générale de Mme R ?

Réponse attendue :

- Atteinte postérieure de l'œil
- Atteinte myocardique
- Hypercalcémie
- Atteinte du système nerveux central
- Sarcoidose avec altération importante de l'état général
- Atteinte rénale