

# **Item 197 (ex Item 127) : Greffe de cornée**

## **EVALUATIONS**

2013

## Cas clinique : Item 25, 35, 127, 135

### Scénario :

Vous voyez Mme S...78 ans en consultation car elle se plaint de l'apparition progressive d'un voile devant l'œil droit depuis plusieurs mois. Elle a comme antécédents une dyslipidémie traitée et une chirurgie bilatérale de la cataracte réalisée il y a 6 ans pour l'œil droit et il y a 5 ans pour l'œil gauche.

Le tonus est à 15 mmHg aux 2 yeux.

L'acuité visuelle corrigée est : 4/10<sup>ème</sup> P2 à droite et 9/10<sup>ème</sup> P2 à gauche.

L'examen du segment antérieur retrouve un segment antérieur calme et un implant de chambre postérieur en place aux 2 yeux. La visualisation du fond d'œil à droite est rendue difficile du fait de la présence d'opacités sur la capsule postérieure.

### QUESTION 1/8 :

La patiente est elle aphaque ? Quel est le diagnostic ophtalmologique concernant l'origine du voile survenue progressivement devant l'œil droit et quel traitement proposez vous ?

*Réponse attendue :*

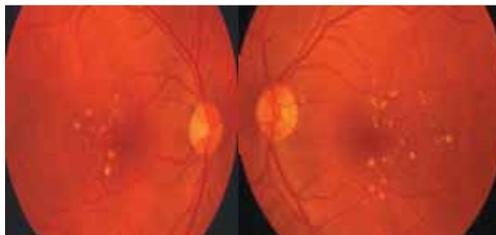
NON elle est pseudophaque (cristallin artificiel en chambre postérieur). Le terme aphaque veut dire absence de cristallin.

- La cataracte secondaire (ou encore capsulose ou membranule) est à l'origine du voile de l'œil droit. Le traitement repose sur une capsulotomie postérieure au laser YAG.

### QUESTION 2/8 :

Après réalisation du traitement, vous faites un FO et vous observez ce que montre la figure 1. Décrivez les lésions, de quoi sont-elles constituées ?

Figure 1



*Réponse attendue :*

Sur ces rétinothographies couleurs on observe :

- Des lésions de différentes tailles, jaunâtres à bords flous, multiples, localisées dans l'aire maculaire de façon bilatérale. Ces lésions sont des drusens (séreux) et correspondent à l'accumulation de résidus de la phagocytose des photorécepteurs par les cellules de l'épithélium pigmentaire.

### QUESTION 3/8 :

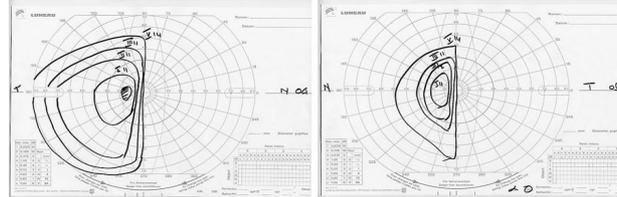
Sachant que la patiente ne présente ni atrophie de l'épithélium pigmentaire ni signes exsudatifs, quel est votre diagnostic concernant l'atteinte rétinienne ?

Quelle est votre prise en charge thérapeutique ?

Un an plus tard, Mme S se réveille un matin avec un brouillard devant les 2 yeux.

Elle a peur qu'il s'agisse de l'évolution de sa pathologie oculaire alors elle vient vous voir en urgence le jour même. L'orthoptiste qui travaille avec vous depuis peu l'examine en premier et retrouve une acuité de 8/10<sup>ème</sup> P2 à droite et 7/10<sup>ème</sup> P2 à gauche. Elle réalise l'examen montré à la figure 2 :

**Figure 2**



*Réponse attendue :*

- Il s'agit d'une MLA (ou maculopathie liée à l'âge ou forme précoce de la DMLA).
- Le traitement est préventif : complément alimentaire quotidien à vie de type complément alimentaire associant anti-oxydants et supplémentation vitaminique, oméga 3 et pigments maculaires (lutéine/zéaxanthine)
- Arrêt du tabac si tabagisme
- Information et éducation du patient concernant l'importance de l'autosurveillance: grille d'Amsler remise au patient. La présence de métamorphopsies, un scotome central ou une baisse d'acuité visuelle brutale nécessiteraient une consultation en urgence chez un ophtalmologiste.

**QUESTION 4/8 :**

Décrivez l'examen de la figure 2 et donnez le siège de la lésion causale.

Quel examen réalisez vous en première intention ?

*Réponse attendue :*

- Il s'agit d'un champ visuel de Goldmann de l'œil droit et de l'œil gauche. Il existe une hémianopsie latérale homonyme droite. Ceci traduit l'atteinte des voies optiques rétrochiasmatiques gauches.
- Réalisation d'un examen de neuroimagerie en URGENCE : TDM cérébrale ou IRM cérébrale si disponible.

**QUESTION 5/8 :**

Malgré une bonne prise en charge médicale, l'état de la patiente se dégrade au bout de quelques jours d'hospitalisation, elle se plaint maintenant de céphalées, de vomissements et d'une diplopie binoculaire.

Quelle exploration clinique de la diplopie réalisez vous en dehors de l'interrogatoire et que recherchez vous ?

*Réponse attendue :*

- Recherche à l'inspection d'une attitude vicieuse, d'une déviation du globe oculaire en position primaire facilitée par l'examen des reflets cornéens.
- Examen de la motricité oculaire :.extrinsèque avec l'étude de la motricité des 6 muscles oculomoteurs des 2 yeux (duction et version).

.intrinsèque avec étude des réflexes photomoteurs (direct et consensuel), recherche d'une anisocorie.

- Examen sous écran (ou « cover test ») à la recherche d'un mouvement de restitution.
- Examen au verre rouge permettant de classer la diplopie en homonyme ou croisée.
- Test de Hess-Lancaster à la recherche d'une hypoaction du muscle paralysé et d'une hyperaction des muscles agonistes controlatéraux.

#### QUESTION 6/8 :

La coopération de la patiente est moyenne mais vous objectivez tout de même une paralysie du VI bilatérale. Quels sont les 2 signes cliniques ophtalmologiques que vous avez observés ? Si la patiente avait présenté une paralysie du VI de l'œil droit, de quel côté sa tête aurait été tournée de façon à compenser cette paralysie ?

*Réponse attendue :*

- Une paralysie de l'abduction des 2 yeux et une convergence au repos.
- En cas de paralysie oculomotrice, la tête se met spontanément dans le champ d'action du muscle atteint, par conséquent en cas de paralysie du VI de l'œil droit la tête est tournée vers la droite.

#### QUESTION 7/8 :

Devant cette paralysie du VI bilatérale, décidez vous de réaliser une ponction lombaire de peur qu'il s'agisse d'une méningite infectieuse ?

*Réponse attendue :*

NON. Il s'agit probablement d'une hypertension intracranienne et dans ce cas la PL est contre-indiquée du fait du risque d'engorgement cérébral. Zéro à la question si PL.

En URGENCE : il faut avertir les réanimateurs, réaliser un FO à la recherche d'un œdème papillaire bilatéral ainsi qu'un examen de neuroimagerie (TDM cérébral ou IRM si disponible) afin de faire le bilan étiologique et évaluer le retentissement.

#### QUESTION 8/8 :

Malheureusement la patiente décède. L'interne de garde d'ophtalmologie est appelée pour réaliser un prélèvement de ses cornées. Pouvez vous citer au moins 3 contre-indications locales ET au moins 3 contre-indications générales au prélèvement de cornée ?

*Réponse attendue :*

- Dans tous les cas, le patient ne doit pas être inscrit sur la liste de refus de don et il ne doit pas avoir exprimé de son vivant le refus de donner ses tissus ou ses organes le jour de son décès.
- Contre-indications locales : dystrophies cornéennes, kératocônes, tumeurs du segment antérieure, signes d'uvéïte ou de conjonctivite, le mélanome choroïdien, le rétinoblastome, taies de cornées, séquelles de chirurgie sur le segment antérieur ...
- Contre-indications générales : maladie de Creutzfeldt-Jacob, Hépatites virales aiguës ou sérologie VHB/VHC positive, SIDA ou sérologie VIH positive, leucémie aiguë, lymphome disséminé aigu, décès d'une pathologie du système nerveux central d'origine inconnue.