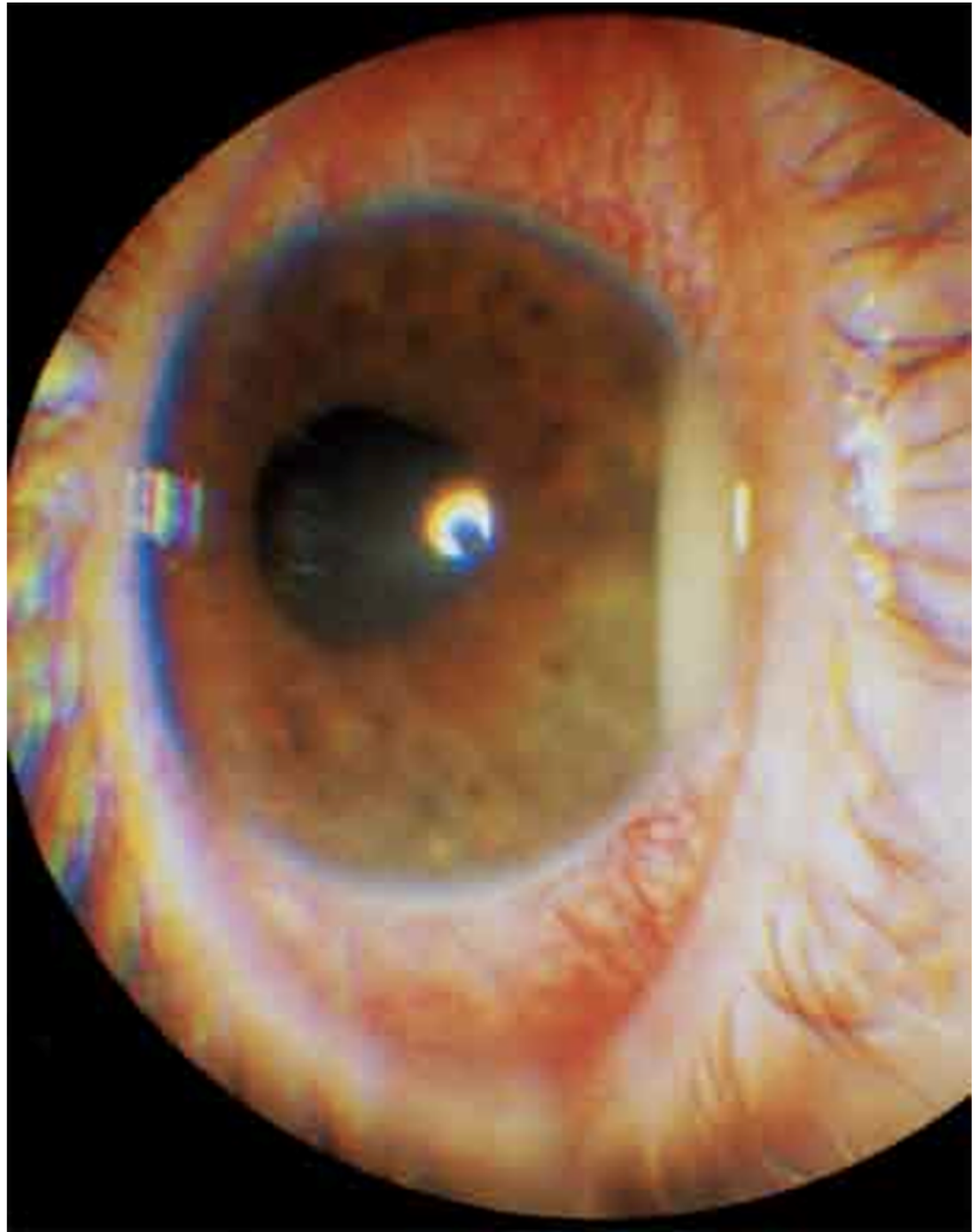


Cac clinique infection oculaire

Audrey Giocanti, Lise Qu
Avicenne

Homme de 79 ans

- ATCD:
 - Psoriasis sous Metoject
 - DNID
 - HTA
- BAV OD rouge et douleur
- Etat de choc dans un contexte fébrile traitée par ATB probabiliste
- Hémocultures: SARM, recherche toxine négative
- Lésions d'excoriation sur une plaque psoriasique
- => Sepsis sévère sur surinfection de plaie par SARM.
- OD: rouge douloureux, BAV $<1/10^e$ / OG: $7/10^e$



1. Quels signes (à l'interrogatoire et à l'examen clinique) associés à un œil rouge et douloureux doivent conduire à une consultation ophtalmologique en urgence ?

- A l'interrogatoire:
 - ATCD chirurgie oculaire ou trauma « globe ouvert » récent
 - Porteur de lentille de contact
 - Immunodépression, prise immunosuppresseur ou corticothérapie

- A l'examen clinique :
 - baisse d'acuité visuelle simultanée
 - infiltrat cornéen visible à l'œil nu
 - Hypopion

Signes d'alertes: examen OPH en urgence+++

Baisse d'acuité visuelle brutale

Hypopion

Infiltrat blancs cornéen

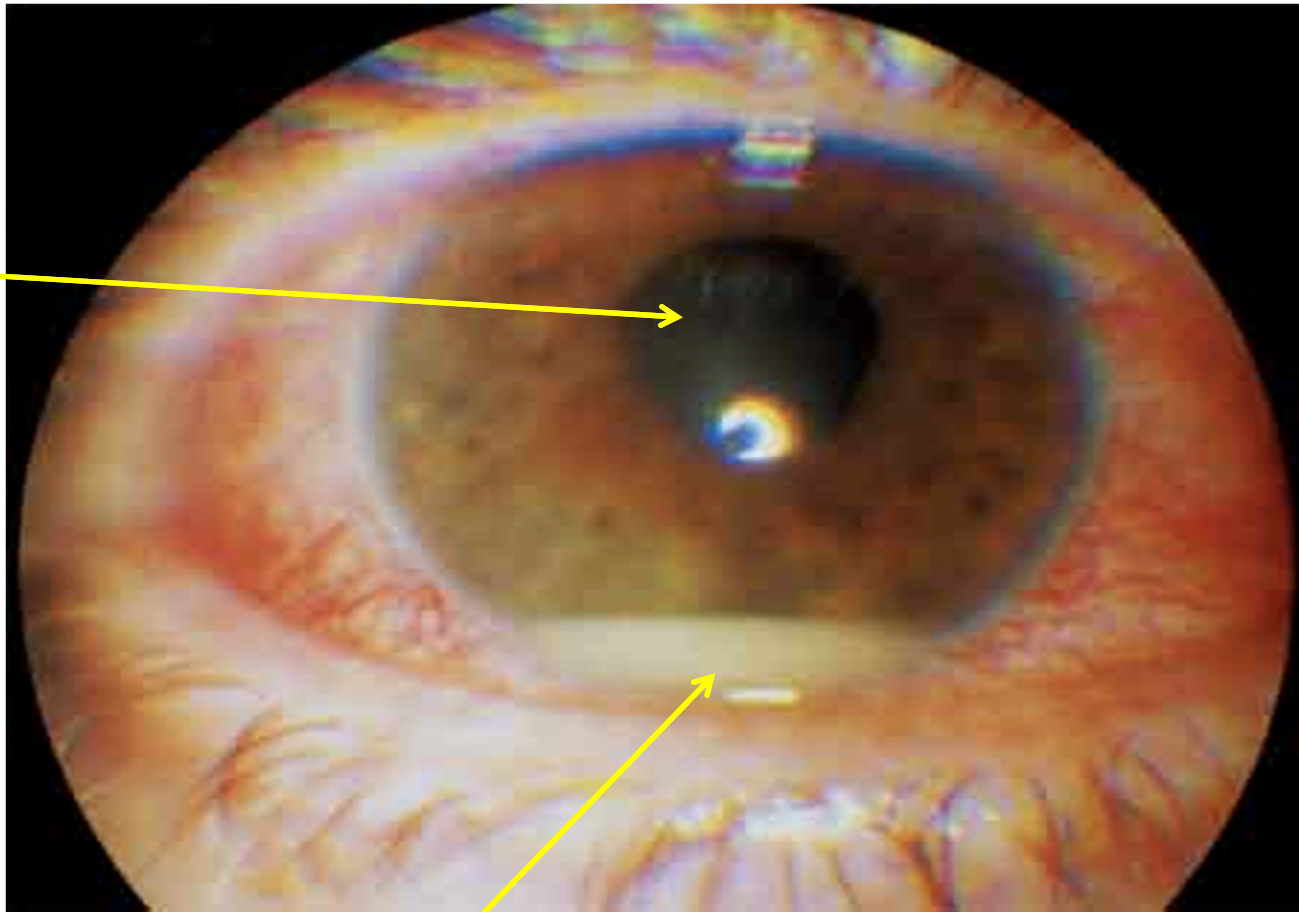
Douleur chez porteur de lentilles

Œdème palpébrale avec BAV, Diplopie, fièvre



2. Quel signe clinique est visible sur la photographie de l'œil droit de ce patient (ci-dessus) ?

Œdème
de
cornée



Hypopyon

3. Quels diagnostics évoquez-vous devant la photo de l'œil droit ?

- Uvéite antérieure aiguë sur rhumatisme psoriasique
- Endophtalmie

4. Quels éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique ophtalmologique permettent de s'orienter vers le diagnostic correct ?

- A l'interrogatoire :
 - Antécédent de chirurgie oculaire récent ou plaie du globe
 - Antécédent d'uvéite antérieure aiguë
- A l'examen clinique :
 - Hyalite à l'examen ophtalmologique
 - Foyers rétiniens (rétinite virale ou toxoplasmose)

5. Ce patient n'a pas été opéré récemment de son œil droit, ni eu de traumatisme et n'a jamais eu d'épisode similaire antérieur.

L'examen à la lampe à fente (LAF) retrouve à l'œil droit : une hyalite très importante 3+ et une rétine difficilement analysable, mais aucun foyer rétinien n'est identifié. L'examen de l'œil gauche est sans particularité hormis l'existence d'une cataracte.

Quel diagnostic redoutez vous ?

- Endophtalmie endogène OD

6. Comment confirmez vous ce diagnostic ?

Confirmation : par ponction de chambre antérieure aux urgences ophtalmologiques+++ (plus rarement prélèvement du vitré, réalisé au bloc opératoire)
Examen bactériologique direct et culture.

7. Quelle prise en charge est préconisée pour son œil droit ?

Traitement local :

- Traitement intravitréen : injection intra-vitréenne (IVT) vancomycine 1mg/0,1cc (bactérie CG+), IVT ceftazidime 2,25mg/0,1cc (bactérie G-)
- Traitement topique :
 - anti-inflammatoire : Collyre cortisone local (dexafree 6 gouttes/jour)
 - Atropine 1% : cicloplégique et dilatateur (évite synéchies irido-cristalliniennes)

Traitement général :

- Antibiothérapie avec bonne pénétration intraoculaire (Tiénam + Tavanic) + antalgique + traitement du sepsis (vancomycine IV),
- Puis après 48h de traitement antibiotique en l'absence de contre-indication générale : Bolus solumédrol 500mg/jour 3jours de suite (sous couverture ATB). Sinon injection sous-conjonctivale de dexaméthasone 4mg/jour.

ATB et oeil

- ATB bonne pénétration oculaire par voie systémique
 - Imipénème
 - Ceftazidime
 - Fosfomycine
 - Quinolones
 - Rifampicine
- ATB en injection intravitréenne *car ne passe pas la barrière hémato-oculaire*
 - Aminoside: gentamycine, néomycine, amikacine
 - Glycopeptide: vancomycine, teicoplanine

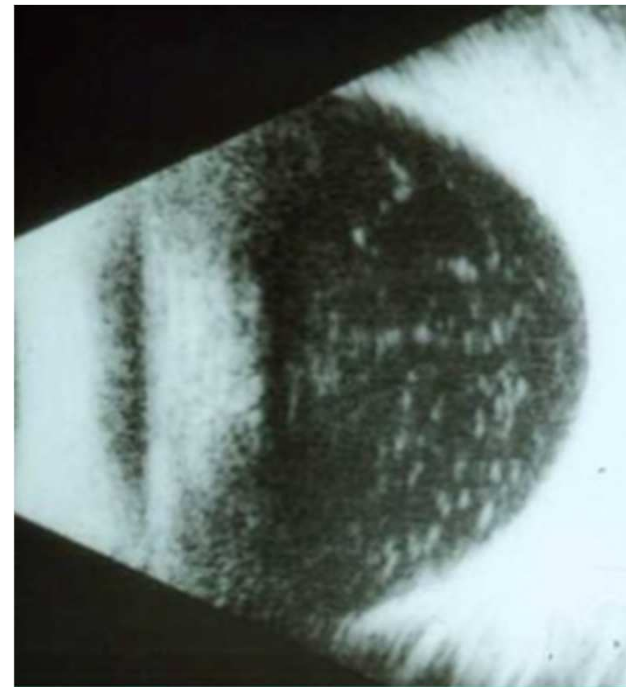
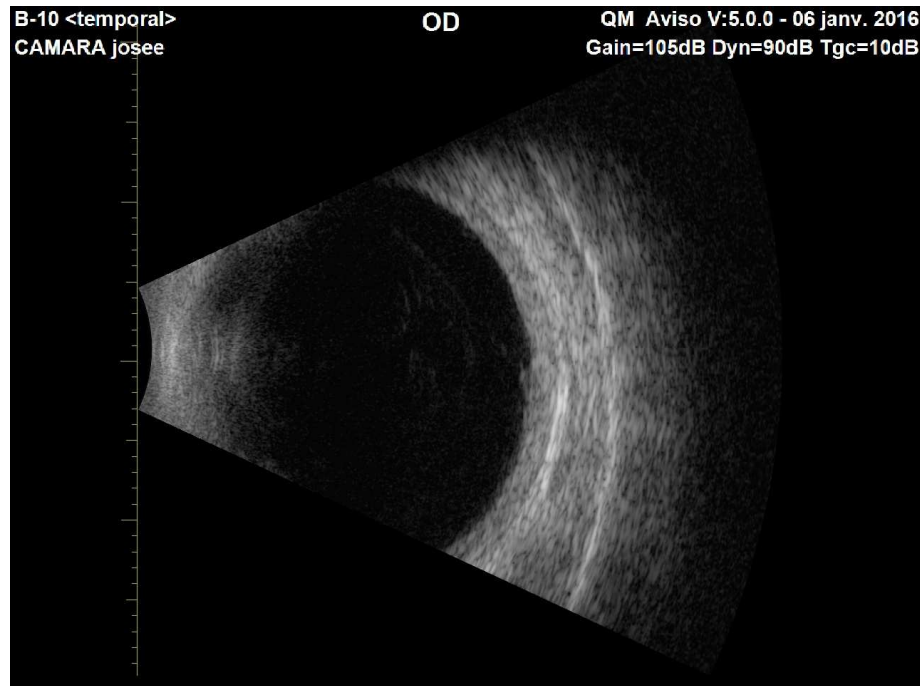
8. Quel est le pronostic visuel pour son OD ?

- Mauvais :
 - AV < 2/10^e 40% dont 30% < CLD
 - Risque de Phtyose à long terme (fonte du globe)

(Jackson TL. Surv Ophthalmol.2014 revue endophtalmie endogène USA)

9. Si le fond d'œil avait été complètement inaccessible, quel examen complémentaire aurait pu confirmer l'existence d'une hyalite ?

- Echographie mode B



Take home message Endophtalmie

Dans le doute:

Examen ophtalmologique en urgence+++

Mieux vaut faire PCA/ IVT par excès que tardivement

Pronostic : mauvais le plus souvent (BAV définitive).
Dépend de la rapidité de mise en route du traitement