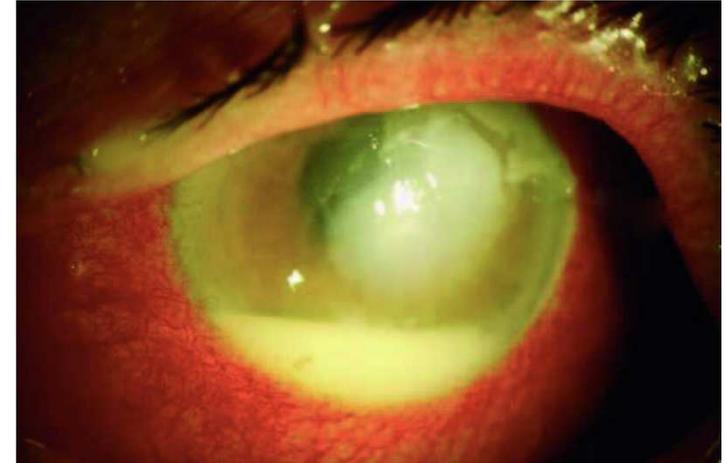


Infections oculaires

Audrey Giocanti, Lise Qu
Avicenne

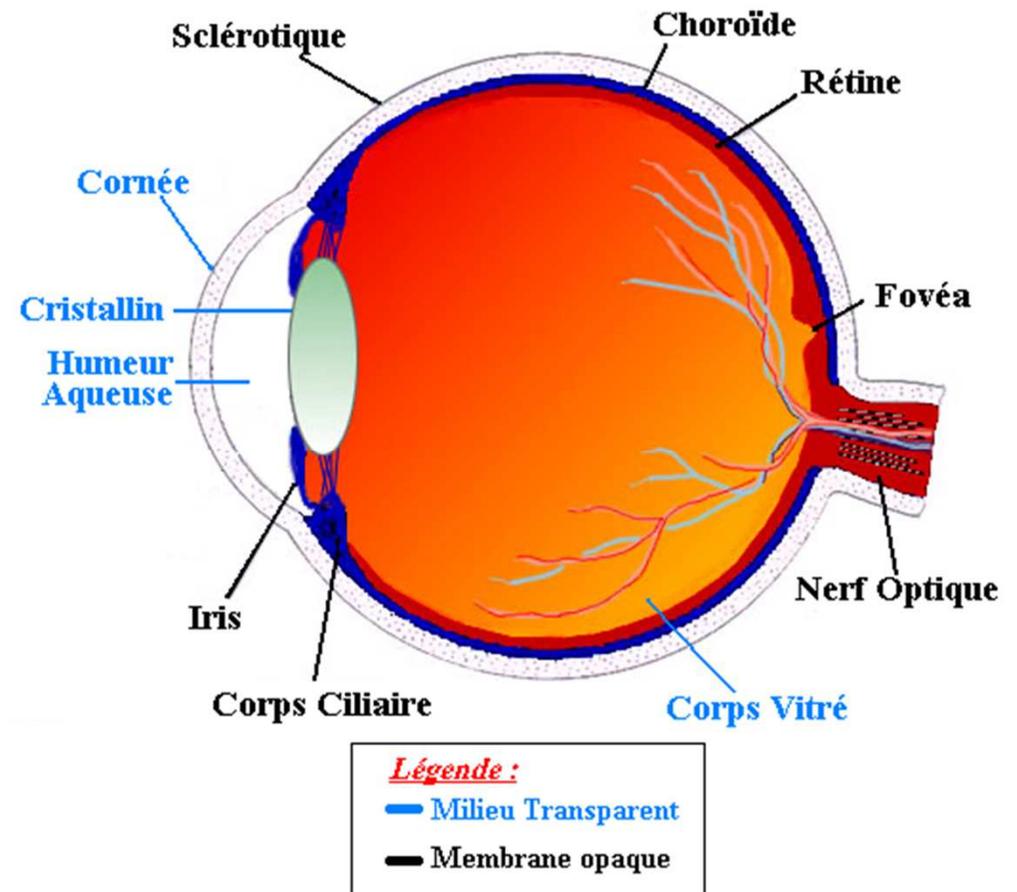
Signes d'alerte

- Baisse d'acuité visuelle (BAV)
- Hypopion
- Infiltrat blancs cornéen
- Douleur sous Lentilles
- Œdème palpébral avec BAV, Diplopie, fièvre



Plan

- Blépharites infectieuses
- Conjonctivites
- Kératites
- Endophtalmie
- Cellulite orbitaire
- Dacryocystite
- Uvéites infectieuses
- Rétinites virales



BLEPHARITES INFECTIEUSES

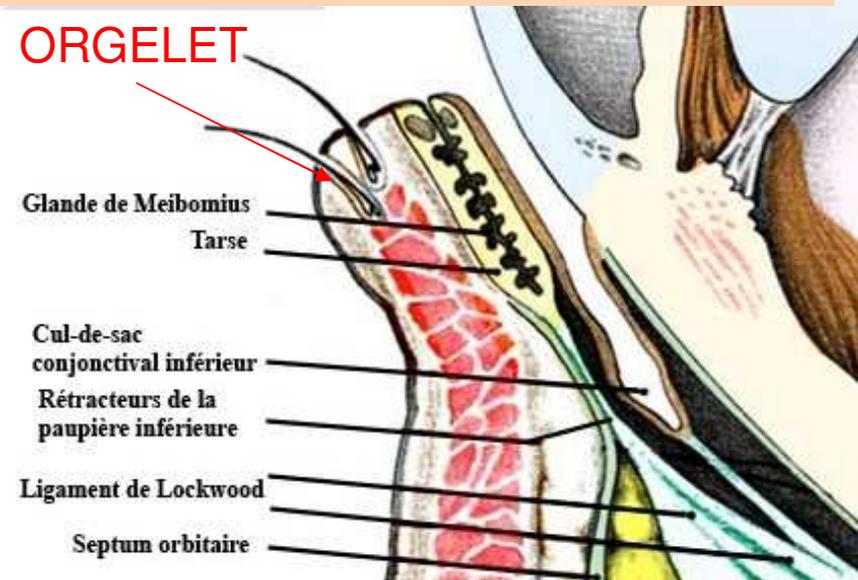
ORGELET :

- « Folliculite du cil » : infection d'une glande sébacée (glande de Zeiss)
- *Staphylococcus aureus* le plus souvent

TRAITEMENT :

- Rifamycine pommade ophtalmique 1 appl 3X/J 10 jours
- Incision si inefficace

ORGELET



Diagnostic différentiel :

CHALAZION :

- *INFLAMMATION* d' une glande de meobomius

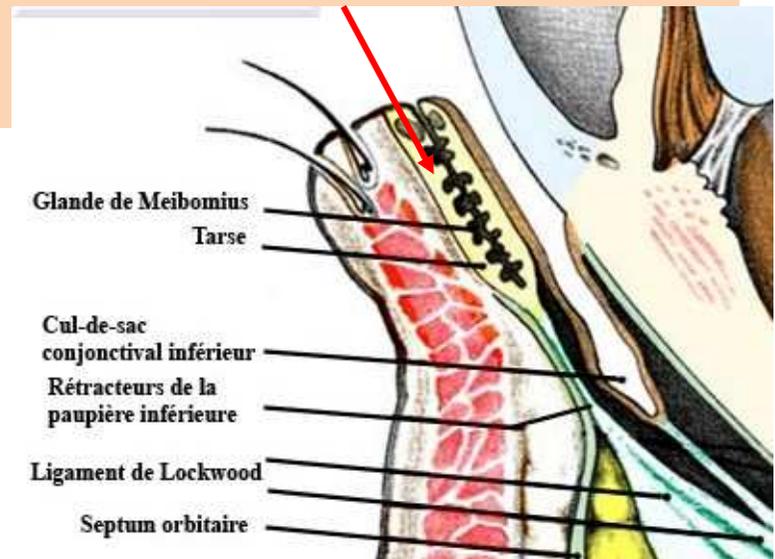
TRAITEMENT :

- Frakidex/ Sterdex 1 appl 2X/ jour 15 jours
(dexaméthasone + oxytétracycline)

+ SOINS DE PAUPIERES

- Incision si inefficace

CHALAZION



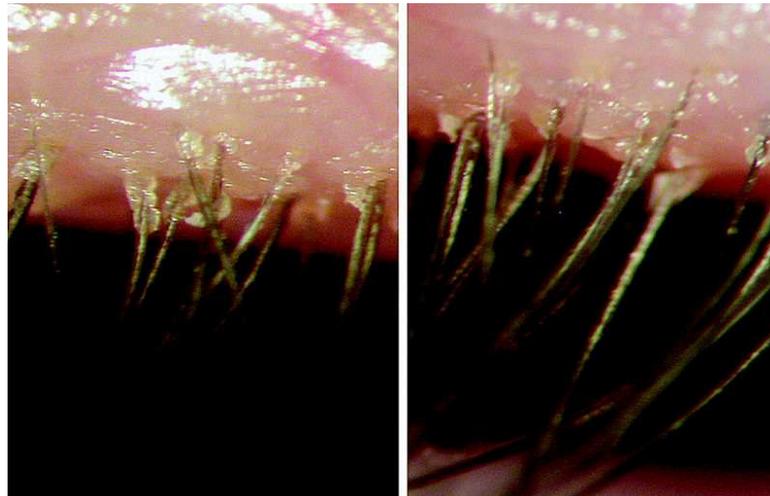
AUTRES BLEPHARITES INFECTIEUSES

Plus rares :

- Blépharite herpétique >



- Demodex >



- Pédiculose, phtiriase >



CONJONCTIVITES

CLINIQUE :

A l'examen : Œil Rouge, sécrétions, papilles ou follicules conjonctivaux

***Signes fonctionnels : sensation de grain de sable, de corps étranger, larmoiement
Pas de douleur ni BAV.***



CONJONCTIVITES

Virales : les + fréquentes:

- ***UNI ou Bilatérale***
- ***plutôt follicules/ pétéchies parfois fausses membranes***
- ***Sécrétions +/-***
- ***Adénopathie prétragienne ou sous angulo mandibulaire***
- ***contexte épidémique***
- ***peut être accompagnée d'une kératite (BAV/ photophobie)***
- ***Evolution lente (2 à 6 semaines)***

Adénovirus +++

TRAITEMENT

∅ TTT étiologique

Prévention de la contagiosité :

- ***Lavage des mains+++/ éviction crèche ou AT si profession de santé.***
- ***Nettoyage de la LAF après l'examen***

TTT symptomatique

- 1) ***Lavages oculaires au sérum phy***
- 2) ***Collyre antiseptique
(ex : Vitabact 1gtte 3X/ jour 7 jours)***
- 3) ***Agents mouillants***

CONJONCTIVITES

Bactériennes :

- **Bilatérales**
- **Sécrétions purulentes +++**
- **papilles ou follicules**
- **évolution rapide (Quelques jours)**



Bactérie : Staphylococcus aureus / epidermidis, Haemophilus Influenzae, Streptococcus pneumoniae

Plus rarement : Neisseria gonorrhoeae (attention risque de perforation !!!)

TRAITEMENT :

- Lavages oculaires au sérum phy +++
- Collyre ATB large spectre ex : Tobrex (tobramycine) 1 gtte 3X/ jour 7 jour
- Lavages des mains

Conjonctivite : prise en charge en pratique

- Traitement initié par un généraliste
- Collyre antibiotique si signes de gravité de conjonctivite bactérienne
- Pas de collyre corticoïde
- Adresser en ophtalmologie si:
 - Symptômes persistant sous traitement (7-10j)
 - ou aggravation
 - Ou récurrence trop fréquente (diagnostic différentiel, pb de VL...)

Kératite infectieuse

Abcès de cornée

Bactérienne

Amibienne

Fongique

Viral

KERATITES

Clinique :

- **Signes fonctionnels :**

Début brutal / Douleur / Photophobie / larmoiement / BAV

- **Signes physiques :**

En LAF : Œil rouge, ulcère ou ponctuations fluo +/- opacité cornéenne, (dépend des étiologies +++)

Uni ou bilatéral selon les étiologies

Terrain :

Port de lentilles de contact ?

Traumatisme oculaire / Corps étranger ?

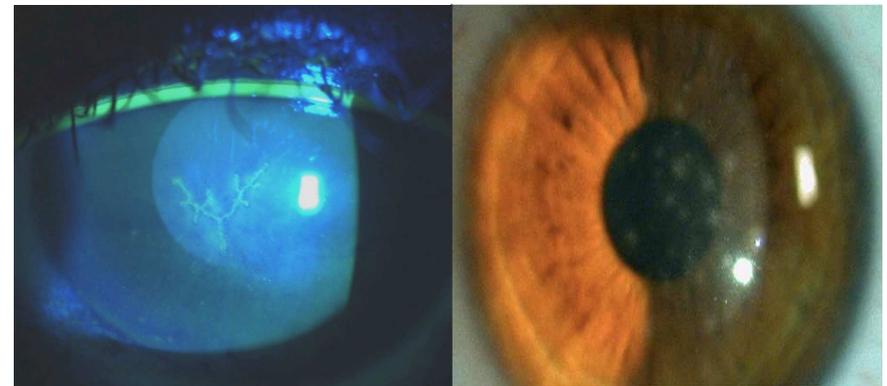
Chirurgie oculaire ?

Antécédent récent de « conjonctivite » ?

Antécédent d'herpes oculaire ?

Immunodépression ?

Paralysie faciale ?



ABCES DE CORNEE

Définition :

Infiltrat cornéen sous jacent à un ulcère épithélial

Physiopathologie :

Rupture de l'intégrité de l'épithélium cornéen

prolifération de microorganismes dans la cornée + composante inflammatoire

→ Destruction tissulaire

Facteurs favorisants :

Sujet jeune

- *Port de lentilles de contact +++*
- *Traumatisme*
(*corps étranger, brûlures*)

Sujet Agé

- *Œil sec*
- *Anomalies palpébrales*
- *Pathologie cornéenne chronique*

A tout age

- *Chirurgie cornéenne*
- *Chirurgie réfractive*
- *Grefe de cornée*
- *Immunodépression locale (collyre corticoïdes) ou générale*

ABCES DE CORNEE

Bactérien

- Porteur de LC
- Sécrétions +++
- Début brutal

CGP : 75% (Staph, strepto)

BGN : 20% (Pyo)

Fongique

- Rarissime en France
- Traumatisme végétal +++
- Collyres corticoïdes au long cours
- Immunodépression
- Début insidieux

Filamenteux :

Aspergillus/ fusarium

Levures :

candida

Amibien

- Rare
- Lentilles de contact
(mauvaise hygiène/ eau du robinet, baignade en piscine, boîtiers sales)
- Débute par une kératite superficielle
- Douleurs +++
- *Acanthamoeba*



Abcès à pyocyanique avec perforation chez un immunodéprimé



Abcès bactérien sous lentilles

ABCES DE CORNEE

Conduite à tenir

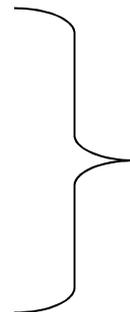
Urgence ophtalmologique !!!

Prélèvements : Cornée + lentilles + boîtier des lentilles :
bactério / myco / recherche d'amibes / virologie
PAS DE PCA

Traitement en fonction de la sévérité :

Règle 1-2-3 :

- 1+ de tyndall
- Et / ou > 2 mm de diamètre
- Et /ou < 3mm du centre



Hospitalisation

Collyres horaires ATB fortifiés

(Ticarcilline/amikacine/vancomycine)

Sinon, en fonction du tableau : bithérapie à large spectre en collyre

Tobramycine + Ciprofloxacine

TTT anti-amibien et antifongique probabiliste en fonction des cas.

Dans TS les cas : **ARRET DES LENTILLES** / Collyres cicatrisants/ Collyres cycloplégiques

KERATITES HERPETIQUES

Formes cliniques : HSV1/ variées

Formes épithéliales :

➔ réplication virale dans l' épithélium +++

- *Kératite dendritique*

- *Kératite géographique*

(Anesthésie cornéenne)

Prise en charge :

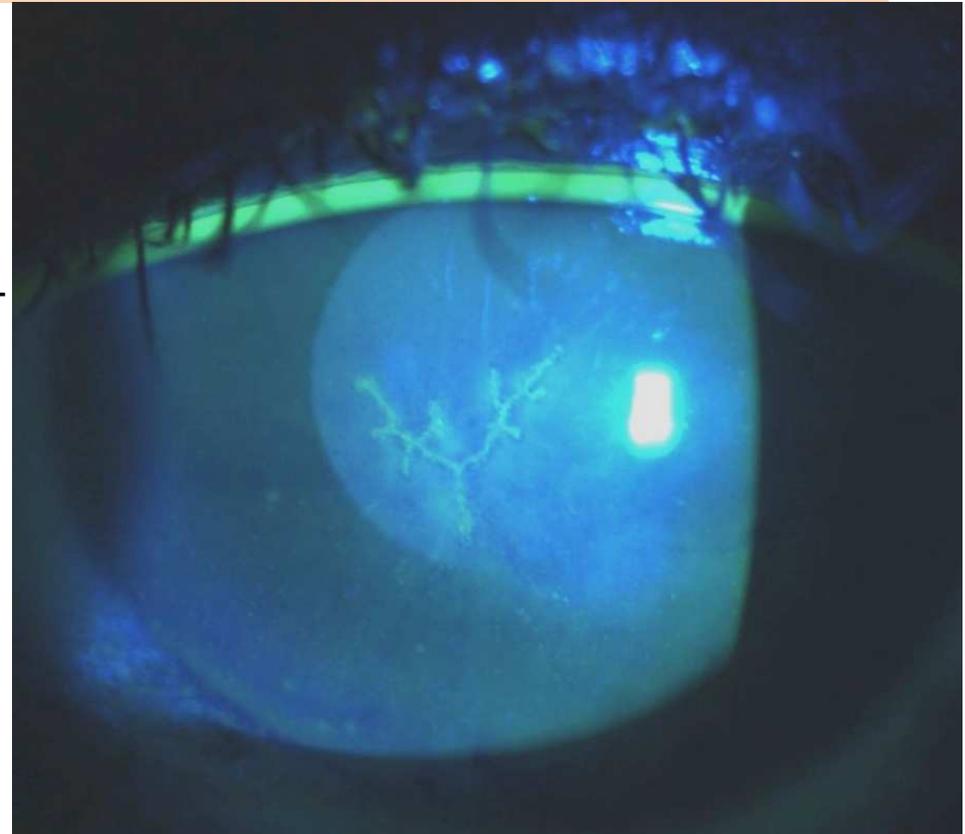
Ttt antiviral :

topique : Aciclovir (Zovirax) 1 appl 5X/ jour 7J puis 3X/ jour 7J

+/- débridement épithélial

Collyres cicatrisants et antiseptiques

Collyres corticoïdes : CONTRE-INDIQUES +++



KERATITES HERPETIQUES

Formes cliniques :

Formes stromales :

Réplication virale + importante réaction inflammatoire dans le stroma cornéen

- *Kératite disciforme :*

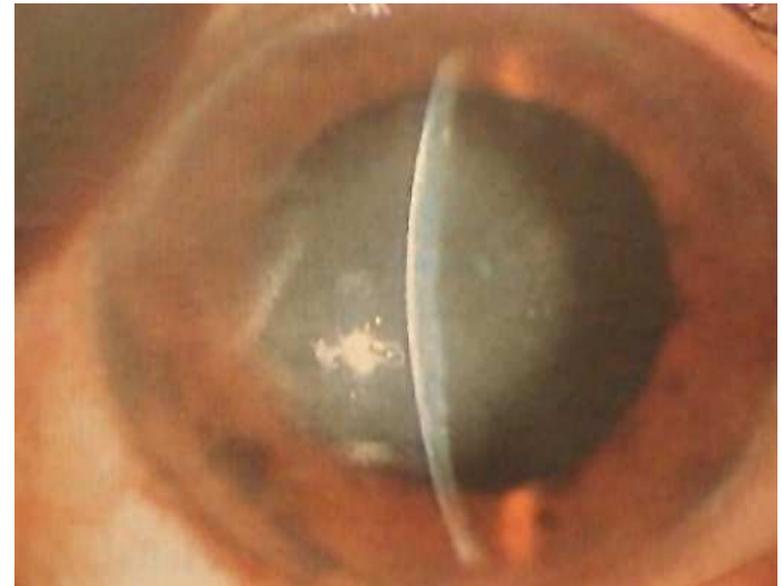
→ Cornée fluo – œdème central + opacification

→ anesthésie cornéenne

- *Kérato-uvéite herpétique*

Prise en charge :

- Ttt antiviral : par voie générale : valaciclovir : zelitrex : 2cp 3X/ jour
- Durée en fonction de l' évolution
- Collyres corticoïdes après 48h de ttt antiviral, contrôles réguliers.



Kératite AMIBIENNE

- Prélèvements spécifiques+++
 - Scrapping de la couche de l'épithélium malade
 - Coloration Giensa ou Wright ou technique PCR
- Evolution : perforation (en 72H), extension neuro-encéphalique.
Greffe de cornéen à chaud, cicatrisation en une taie cornéenne
- Traitement: maximal d'emblé, associer 2 principes actifs différents: Collyres horaire 2 jrs puis décroissance
- Plusieurs mois (6-12 mois)

Agent cathionique	Diamidines aromatiques	autres
Chlorexidine 0,02%	Brolène	Amino-glycoside
PHMB 0,02%	Hexamidine (Désoméidine)	Imidazolé



Kératite FONGIQUE: clinique

Y penser devant tout abcès résistant aux ATB: infiltrat peut ressembler à un abcès bactérien, Peu douloureux

- **Champignons**

- Filamenteux (75%): Fusarium, Aspergillus
- Levure (25%): Candida

- **Facteurs de risques**

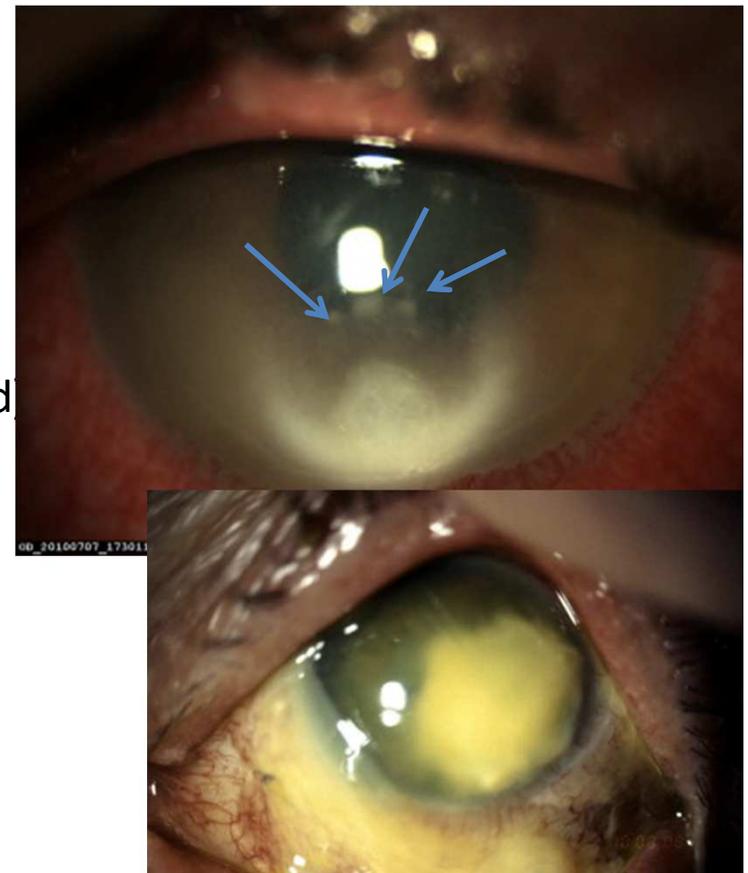
- Traumatisme cornéen végétal (filamenteux)
- Corticothérapie/ ATB locale ou général
- Lentilles de contacts (levure ou filamenteux)
- Immunodépression

- **Prélèvement cornéen**: frottis (Culture : sang, Sabouraud)

- **Traitement** : pas d'antifongique topique commercialisé

- Collyre renforcé: Amphotéricine B 0,15% goutte, Fluconazole, Voriconazole collyre
- Traitement per os: Voriconazole , Fluconazole
- Traitement local long 12 mois.

→ CONTRE INDICATION de la CORTICOTHERAPIE+++ pendant au moins 1 an



KERATITE

- FDR: porteur de lentilles+++ , lésions de l'épithélium
- BAV, oeil rouge/douloureux
- Cs ophtalmo rapide
- Traitement initié par l'ophtalmologiste+++
- Si abcès: traitement local long
- Pronostic visuel variable selon gravité

ENDOPHTALMIE

Post-chirurgie ou IVT

Endogène

Endophtalmies

EXOGENES

Pénétration des microorganismes à partir d' une porte d' entrée oculaire

Postopératoire : Incidence : 0,05 à 0,1% (flore conjonctivale +++)

Après Traumatisme perforant :

Sans CEIO : 5,2%

Avec CEIO : 10%.

Toute inflammation oculaire postopératoire doit être considérée comme une endophtalmie jusqu' à preuve du contraire.

Bactériologie :

- CGP : 75% des cas : *Staph coag neg, Streptococcus.***
- BGP : 20% des cas *Propioniacterium Acnes***
- BGN : rare**

Endophtalmies

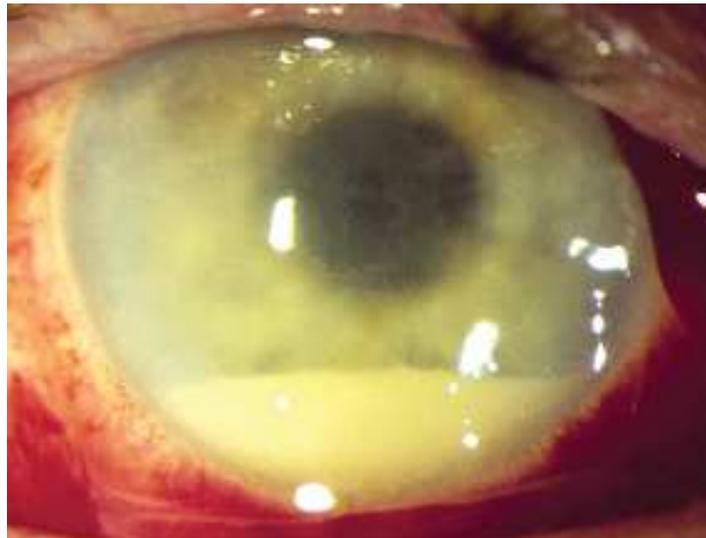
Clinique :

Terrain : Antécédent récent de chirurgie (y compris injection intra-vitréenne) ou de traumatisme oculaire.

Signes fonctionnels : Œil rouge, douloureux, BAV

Signes physiques : Oedème palpébral, sécrétions, cercle périkératique, Tyndall
+++ avec Hypopion, oedème cornéen

FO : Hyalite +++



Endophtalmies

ENDOGENE

Infection intraoculaire issue d'une dissémination bactérienne systémique à partir d'un foyer extra-oculaire, par l'intermédiaire des vx rétiniens ou choroidiens.

Rare : 2 à 10% de toutes les endophtalmies.

Terrain :

Facteurs de risque :

Immunodépression « au sens large »,

Toxicomanie intraveineuse.

Infections systémiques avec septicémie.

Bactério :

CGP : Staph aureus +++, pneumocoques (aspléniques)

tous les germes sont possibles

Endophtalmies fongiques : candida +++ (toxico IV)

Endophtalmies

Prise en charge :

URGENCE OPHTALMOLOGIQUE :

Hospitalisation

Au bloc en urgence :

Ponction de chambre antérieure ou de vitré (après avoir éliminé un DR) avec examen bactériologique (+/- myco selon contexte)

	Endophtalmie exogène	Endophtalmie endogène
Injection intra-vitréenne	Ceftazidime + vancomycine	Selon contexte
ATB IV probabiliste	Imipénème + levofloxacin	Selon contexte

Traitement local :

***Collyres antibio-corticoïde
Collyres Mydriatiques
Antalgiques***

Take home message Endophtalmie

Dans le doute:

examen ophtalmologique en urgence+++

FO devant toute fongémie.

Il vaut mieux injecter IVT trop que pas assez...

Pronostic : mauvais (BAV définitive)

INFECTIONS ORBITAIRES et ANNEXES

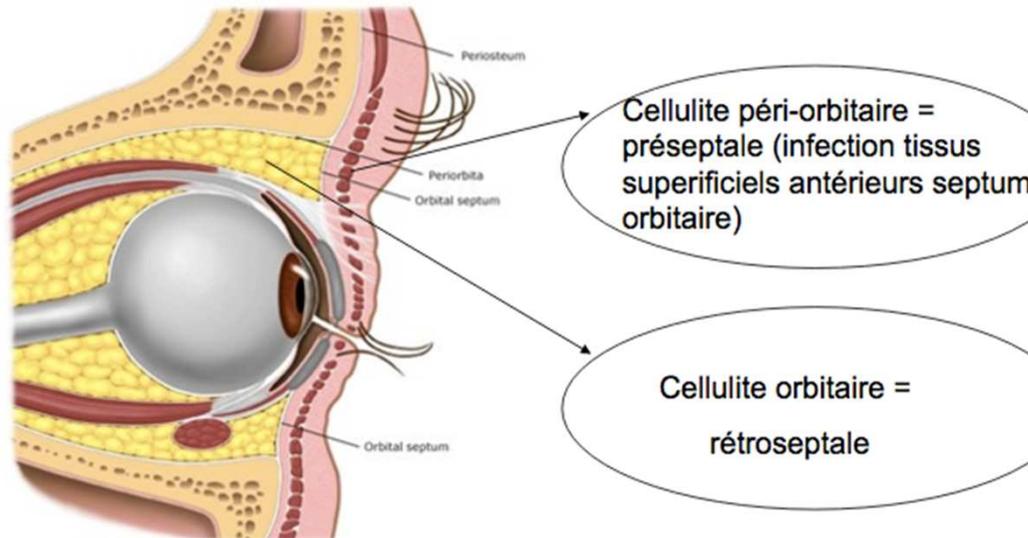
Cellulites orbitaires

Dacryoadénite

CELLULITE ORBITAIRE

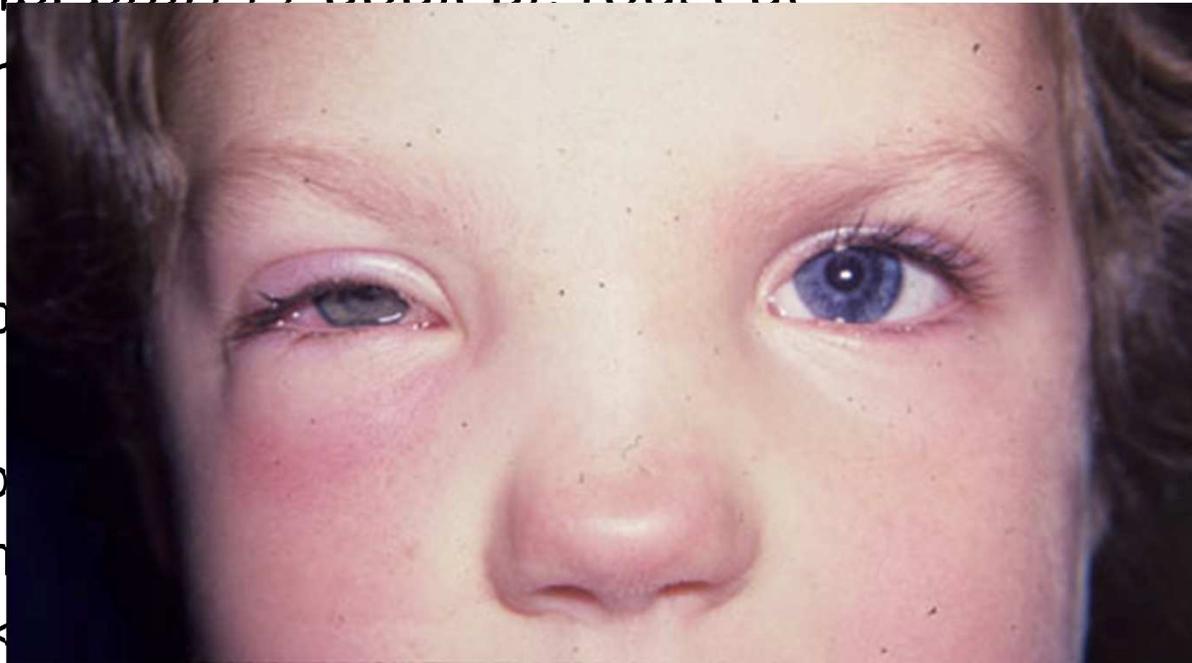
1. Cellulite préseptale
2. Cellulite orbitaire (rétroseptale)
3. Abscès sous périoste
4. Abscès intra-orbitaire
5. Thrombose du sinus Canerbeux

Cellulite orbitaire/périorbitaire



Cellulite préseptale

- Porte d'entrée cutanée (trauma, plaie) ou sinusite
 - Staph doré
 - Strepto groupe A
- Œdème palpébral+++ douleur rougeur
- Pas d'exophthalmos normale
- Bilan
 - TDM: hyp
- Traitement
 - ATB per o
 - Ajout Clin
 - ATB iv si <



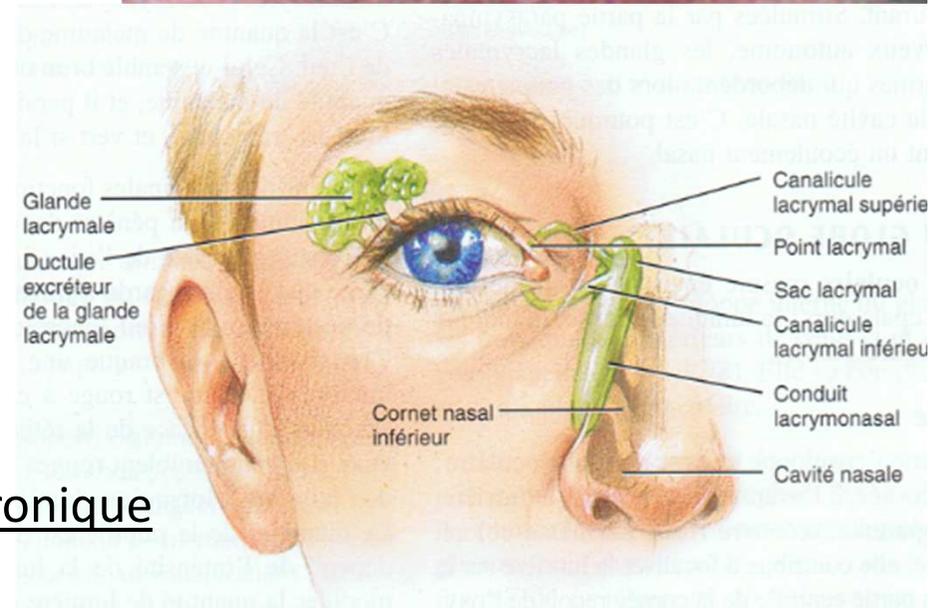
Cellulite Orbitaire

- Clinique
 - Œdème palpébrale+++ , douleur, rougeur
 - Exophtalmie et chémosis
 - Baisse d'acuité visuelle
 - Mobilité réduite
 - Pupille normale parfois OP
- Bilan: TDM
- Traitement: Hospitalisation
 - ATB IV large spectre 7-10j
 - Corticothérapie dès contrôle de l'infection (après 7j ATB) pour éviter séquelles de POM/fibrose
- Complications: abcès intra-orbitaire/ cérébral: Risque de thrombose du sinus caverneux: 80% de mortalité



Dacryocystite aigue

- FDR
 - Obstruction: imperforation congénitale , Chir ORL
 - Inflammation: ORL; sinusite
- Germe (cutané+ ORL) : Staph coag - , pneumocoque, pyo, anaérobie
- Traitement D. Aigue
 - Pas de massage externe
 - **ATB per os visée Gram + 7j** (betalactamase, aminoside)
- D. Aigue récidivante ou larmoiement chronique
 - Chirurgie à froid: DCR



Uvéite infectieuses

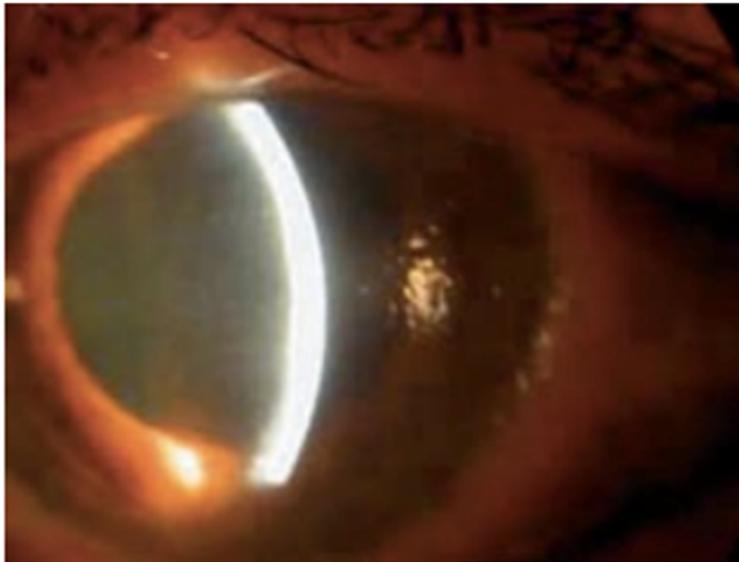
Uvéite antérieurs

Uvéite intermédiaire

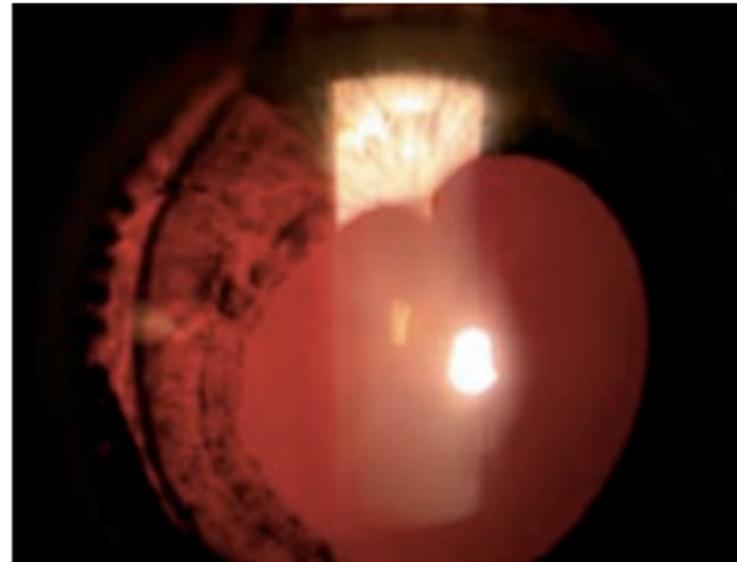
Uvéite postérieure

Uvéite antérieure virale

- Clinique
 - Œil rouge, douloureux, BAV, pupille peu déformée
- Virus: HSV1 (adulte), HSV2 (enfant), CMV, VZV, EBV
- 8-30% des causes d'UAA
 - 2^e cause d'UAA après les causes inflammatoires



1|2

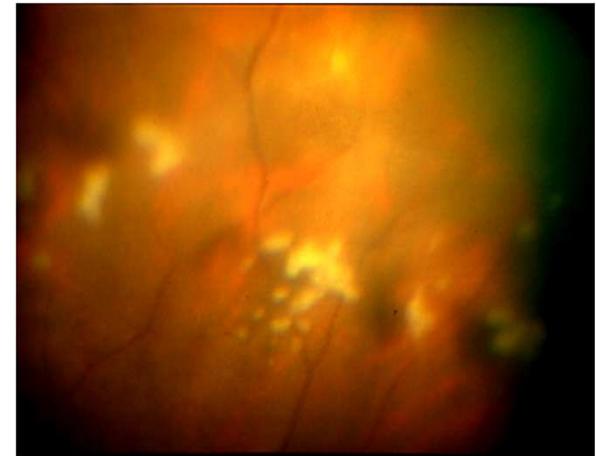


Etiologies des UAA

- Inflammatoires
 - Spondylarthropathie, HLAB27
 - Crohn, RCH
 - Sarcoidose
 - Bechet
 - Arthrite juvénile
 - Fuchs
 - **Infectieuses**
 - **Virale**
 - **Syphilis**
 - **Hypersensibilité au BK**
 - Idiopathique (50% des cas)
- Interrogatoire et bilan standard +++

Uvéite intermédiaire

- Atteinte vitrénne
 - Hyalite, œuf de fourmis, snowballs, banquise
 - Vascularite périphériques
 - Complications: œdème papillaire ou maculaire
- Etiologies
 - Sarcoidose
 - SEP
 - **Lyme**
 - **BK**
 - Idiopathique



Uvéite postérieure

- Peuvent être associée à une UAA
- FO
 - Foyers rétiniens/ choroïdiens: taches blanches, vascularites, hémorragies
 - Œdème: papille, macula, rétine
- Etiologies Infectieuses
 - Parasite: **Toxoplasmose+++**, toxocarose
 - Virale: HSV, VZV, CMV
 - Bactérienne: Syphilis, BK, Lyme, bartonellose, rickettsiose
 - Fongique: **Candidose**, aspergillose

Toxoplasmose oculaire



Toxoplasmose oculaire: traitement non systématique

- Indications:
 - Immunodépression
 - Foyer dans les arcades temporales (Zone 1)
 - Toxo acquise: diminue fréquence récursive
- Associations 2 antiparasitaires
 - Malocide, Azithromycine, sulfadiazine, bactrim...
 - Corticothérapie après 48h si nécessaire

RETINITE nécrosante aiguë (ARN syndrome)

- Immunocompétent (HSV, VZV) ou immunodéprimé
- ATCD de zona souvent associé
- Clinique:
 - Unilatéral/ bilatéralisation secondaire 30% HSV, 70% si VZV
 - Hyalite+ foyers de rétinites blancs+ vascularite avec des hémorragies+ œdème papillaire
 - Extension vers le pôle postérieur
 - risque de décollement de rétine



Prise en charge

- En urgence
 - Examens complémentaires **ne doivent pas retarder** la PEC: rechercher une méningoencéphalite , VIH etc...
 - PCA: coefficient de charge + PCR virale
 - Aciclovir iv 10mg/kg/8h.
 - Si VZV: Foscarnet +ganciclovir iv
 - IVT de ganciclovir si menace visuelle ou monophtalme
 - Bolus solumédrol dès contrôle de l'infection
- Pronostic: mauvais (30% des patients ont une AV > 5/10^e)

Rétinite à CMV chez le VIH

- En nette diminution depuis l'ère des antirétroviraux (ARV)
- Survient:
 - $CD4 < 50/mm^3$
 - dans les 3 mois du traitement ARV
 - Echappement aux ARV
- Asymptomatique++

TAKE HOME MESSAGES

- Conjonctivite: pas de douleur, pas de BAV, traitement initial par non ophtalmologiste
- Kératite infectieuse: douleur intense, photophobie, œil rouge (lentilles): Cs OPH en urgence, HSV ou abcès (infiltrat visible à l'œil nu) : **urgence +++**
- Endophtalmie: toute douleur/ œil rouge et BAV en post-opératoire OPH: **urgence +++**
- Cellulite: éliminer atteinte orbitaire
- Uvéite: ant (virale), intermédiaire (BK/ Lyme), post (Toxo/ candidose si contexte)
- Rétinite virale: (tableau UAA+ foyer rétinien de nécrose) HSV/VZV+++ (CMV plus rare) **urgence +++**
- **JAMAIS DE CORTICOIDES LOCAUX SANS EXAMEN OPH**