

# INFECTIONS en OPHTALMOLOGIE

DESC – Maladies infectieuses et tropicales – 26 mars 2026

*Dr ML LE LEZ – Service d’Ophtalmologie  
CHU TOURS*



# INFECTIONS OCULAIRES

1) Un peu d'anat

2) Particularités oculaires

3) Présentations cliniques OPH

4) Patient adressé par l'infectiologue

Pathologies de **surface**

≠

Pathologies **intra oculaires**

Sur le diagnostic microbiologique

&

Sur le traitement

Pathologies de **surface**

&

Pathologies **intra oculaires**

*Infections : parasitaires, bact, virales, mycotiques*



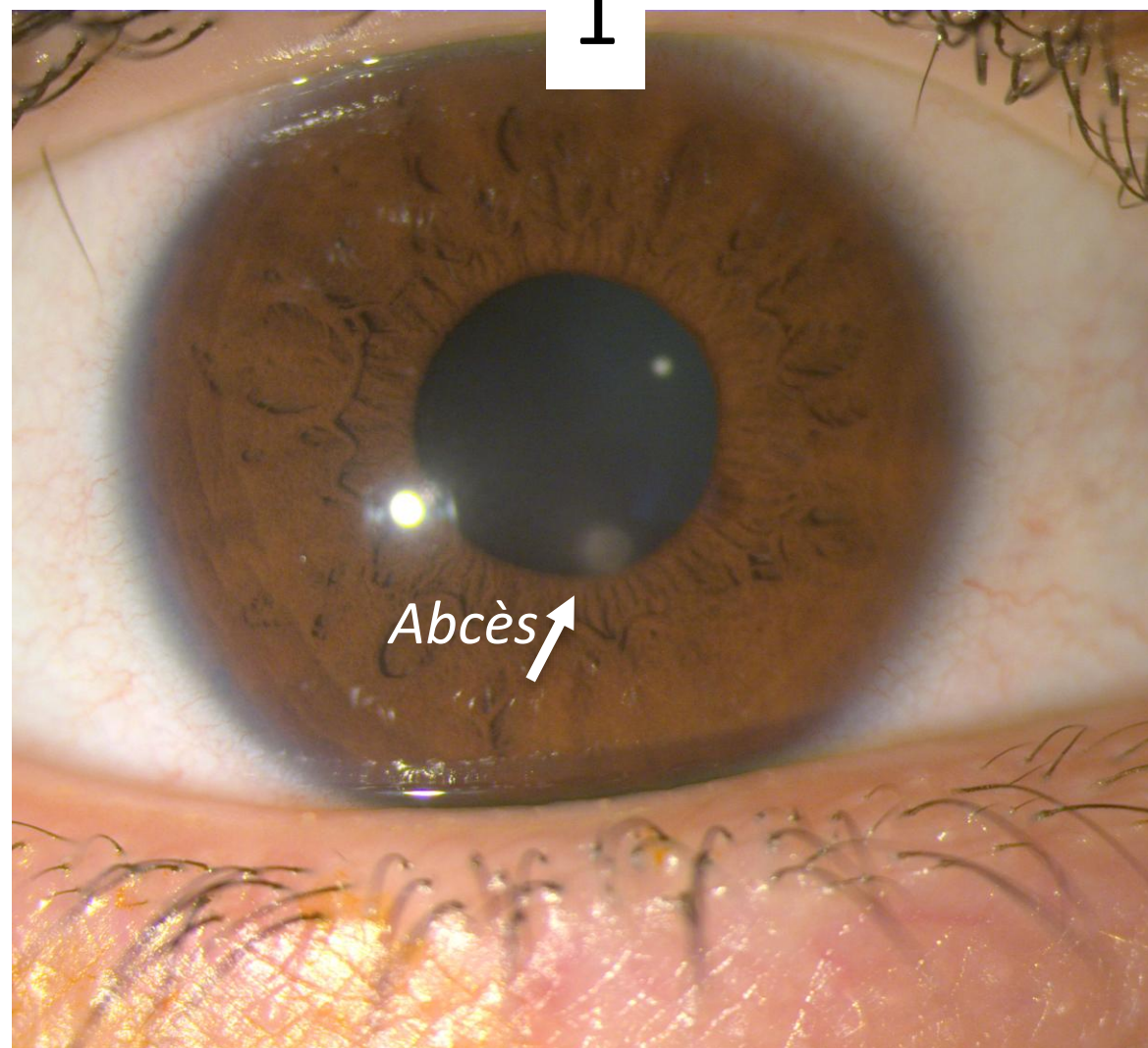
# Quels sont les yeux présentant une infection ?

INFECTIONS de SURFACE

Absence d'infection

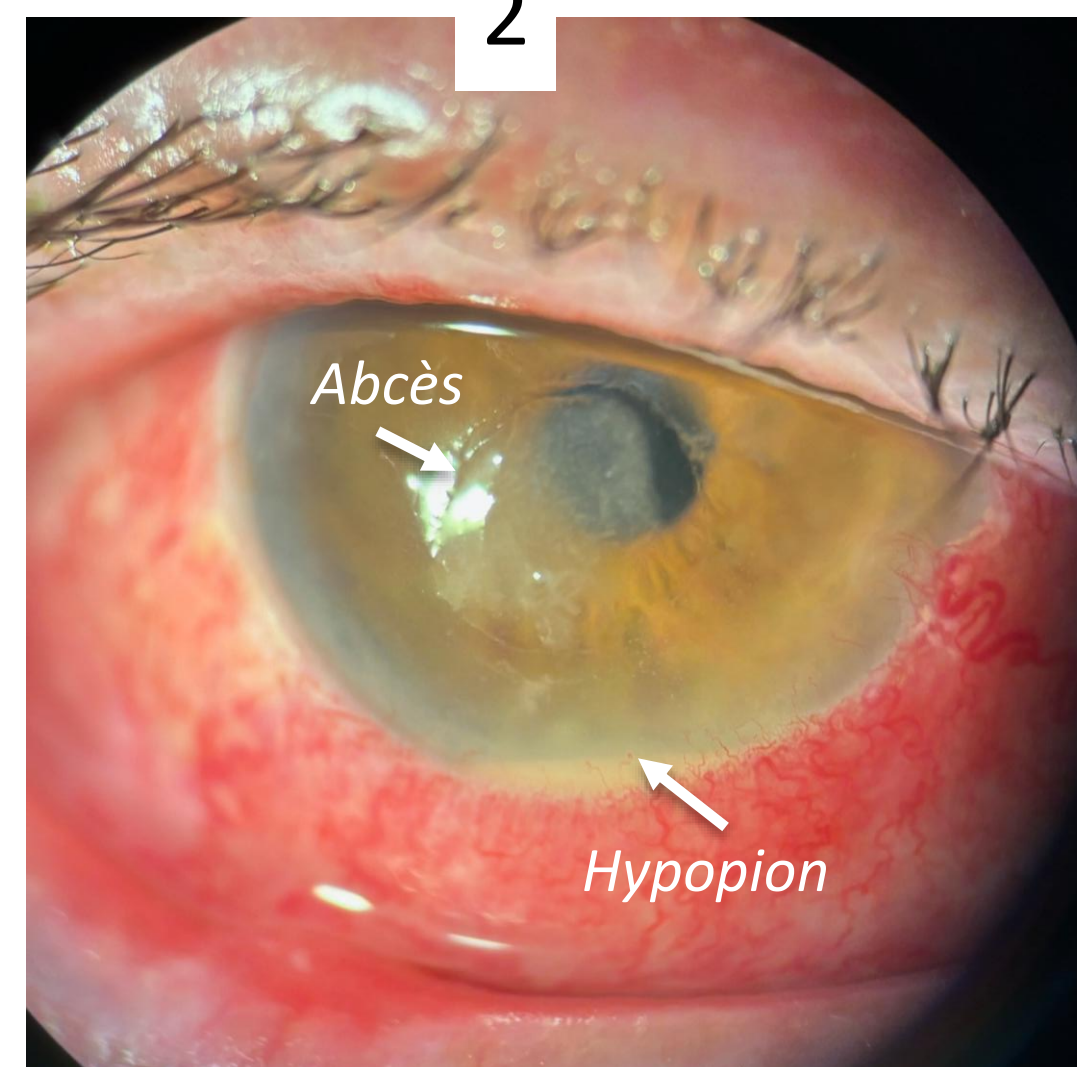
INFECTIONS INTRA OCULAIRES

1



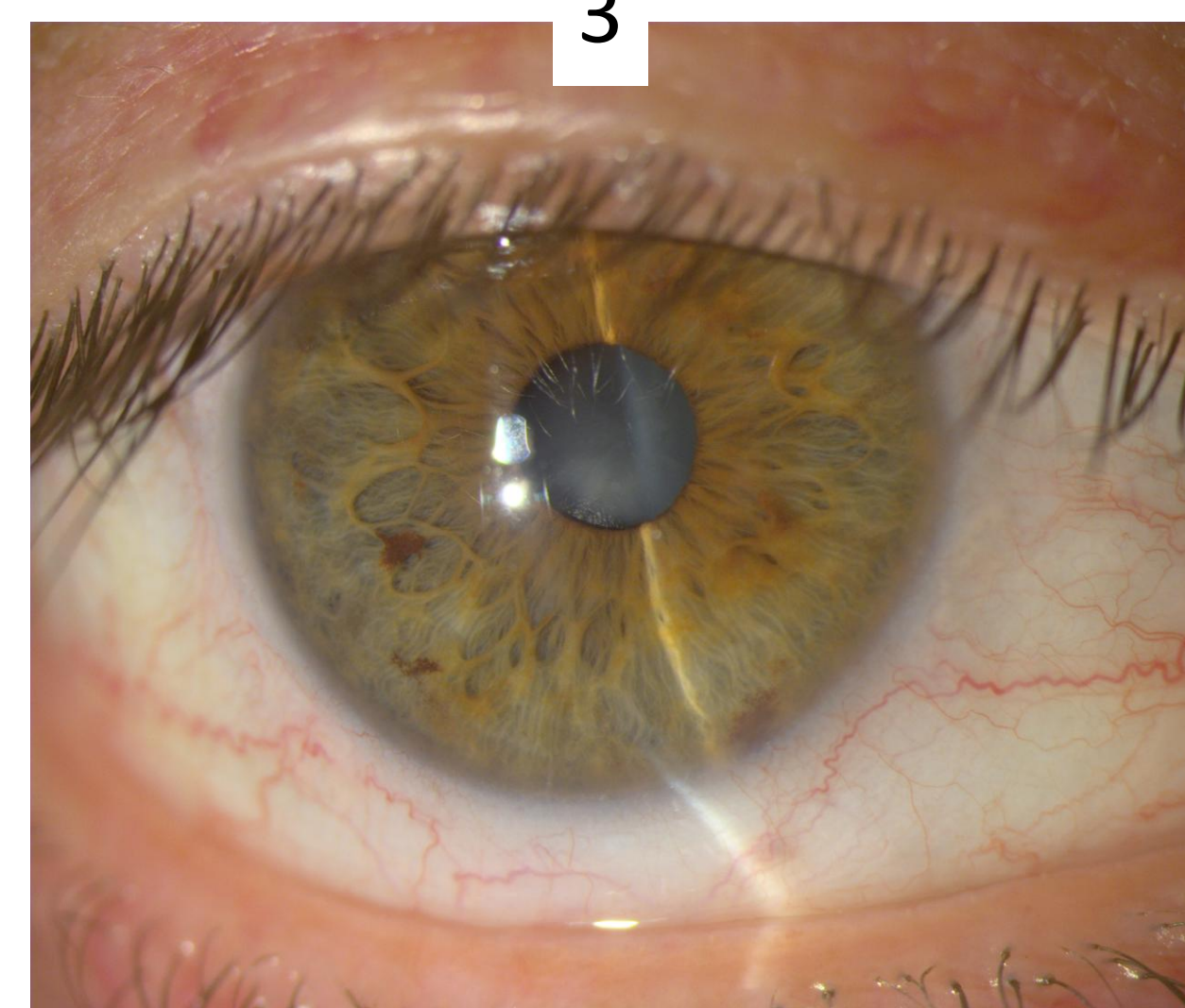
Abcès de cornée  
*Prélèvement négatif*

2

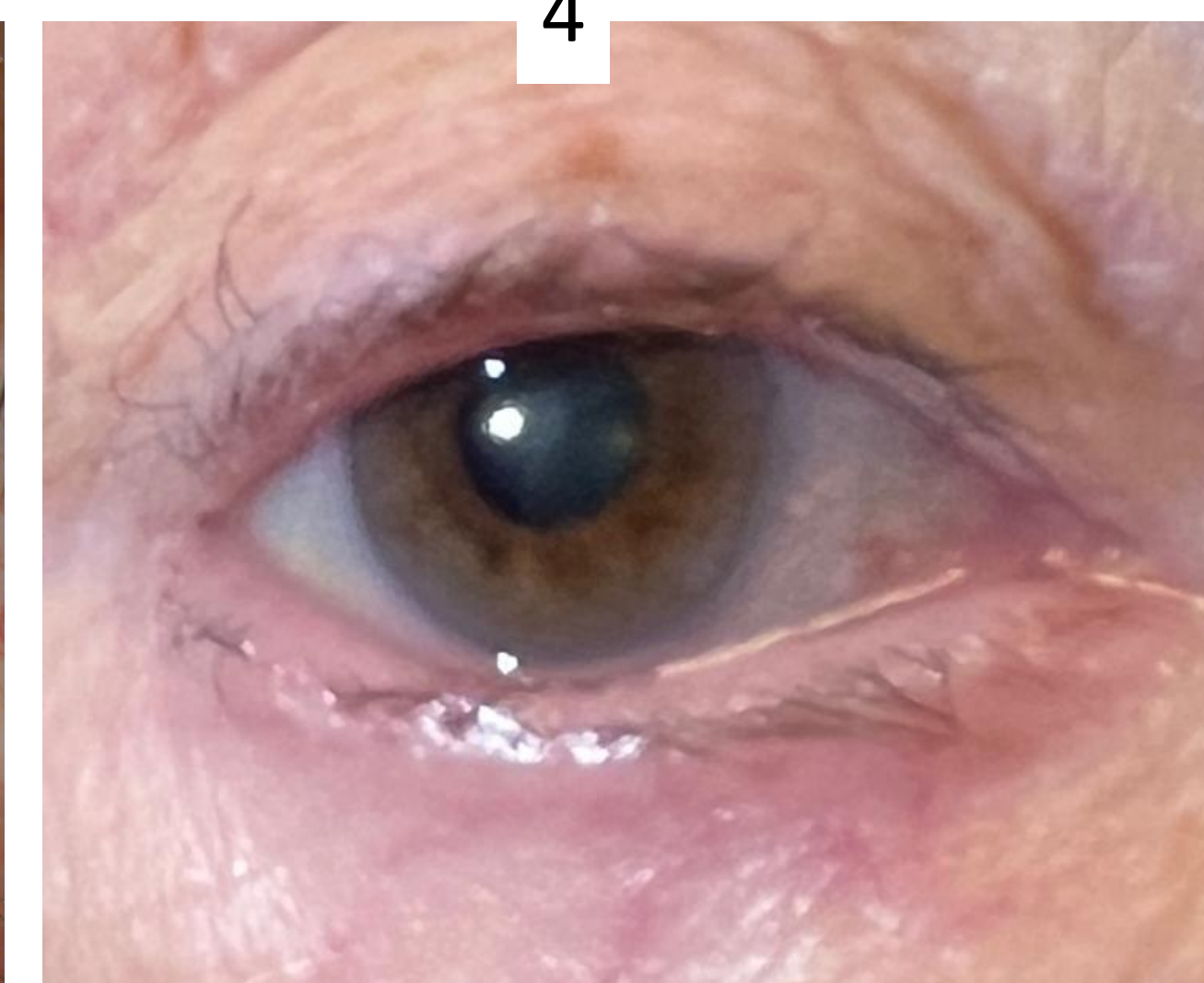


Abcès de cornée  
*moraxella non liquefaciens*

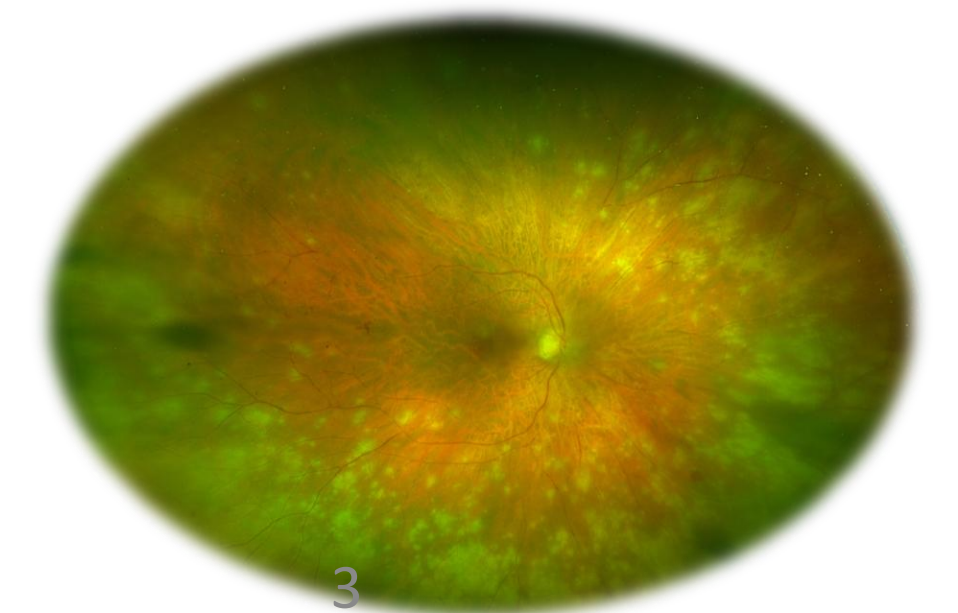
3



4



Nécrose rétinienne aigüe virale



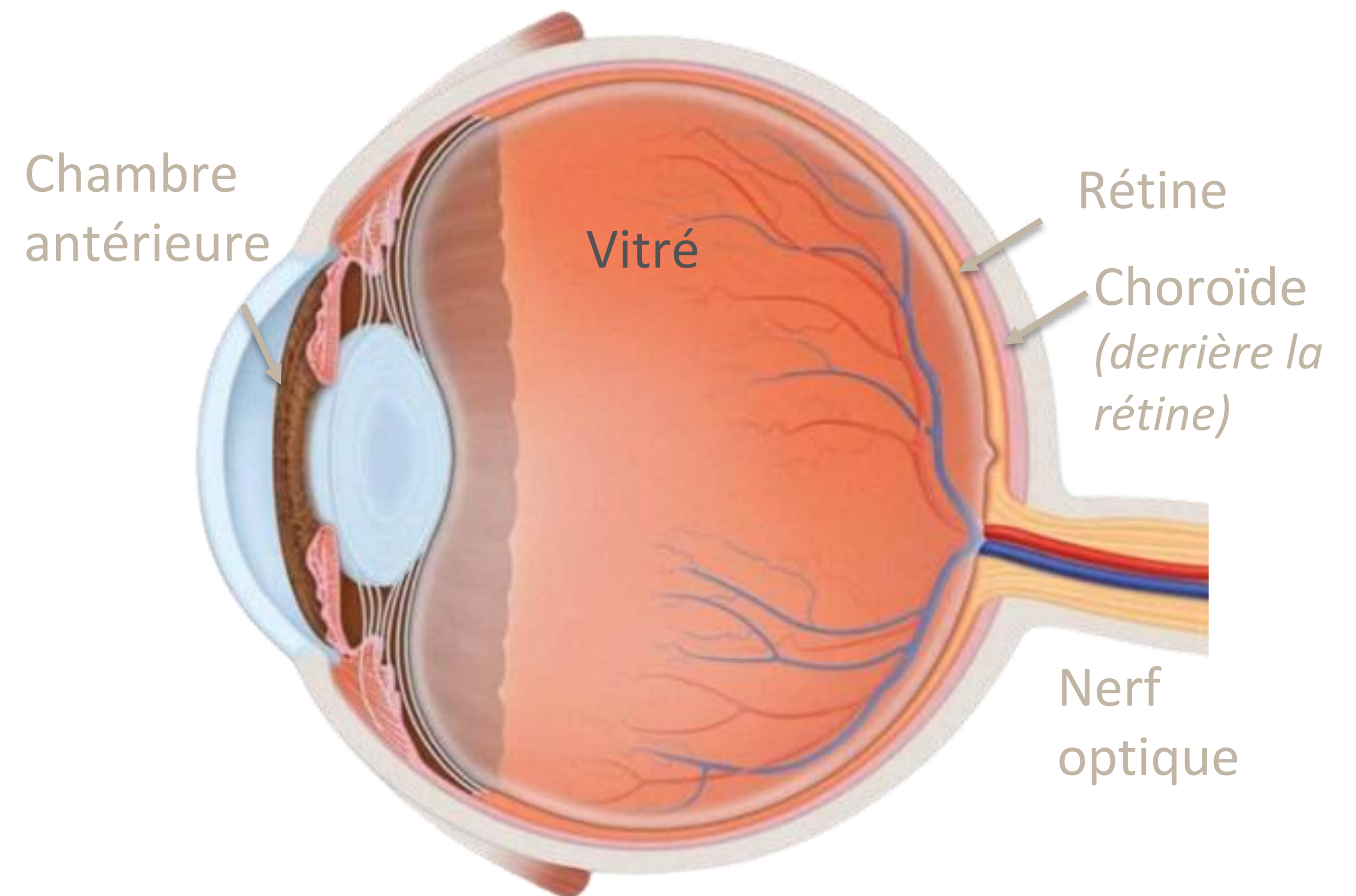
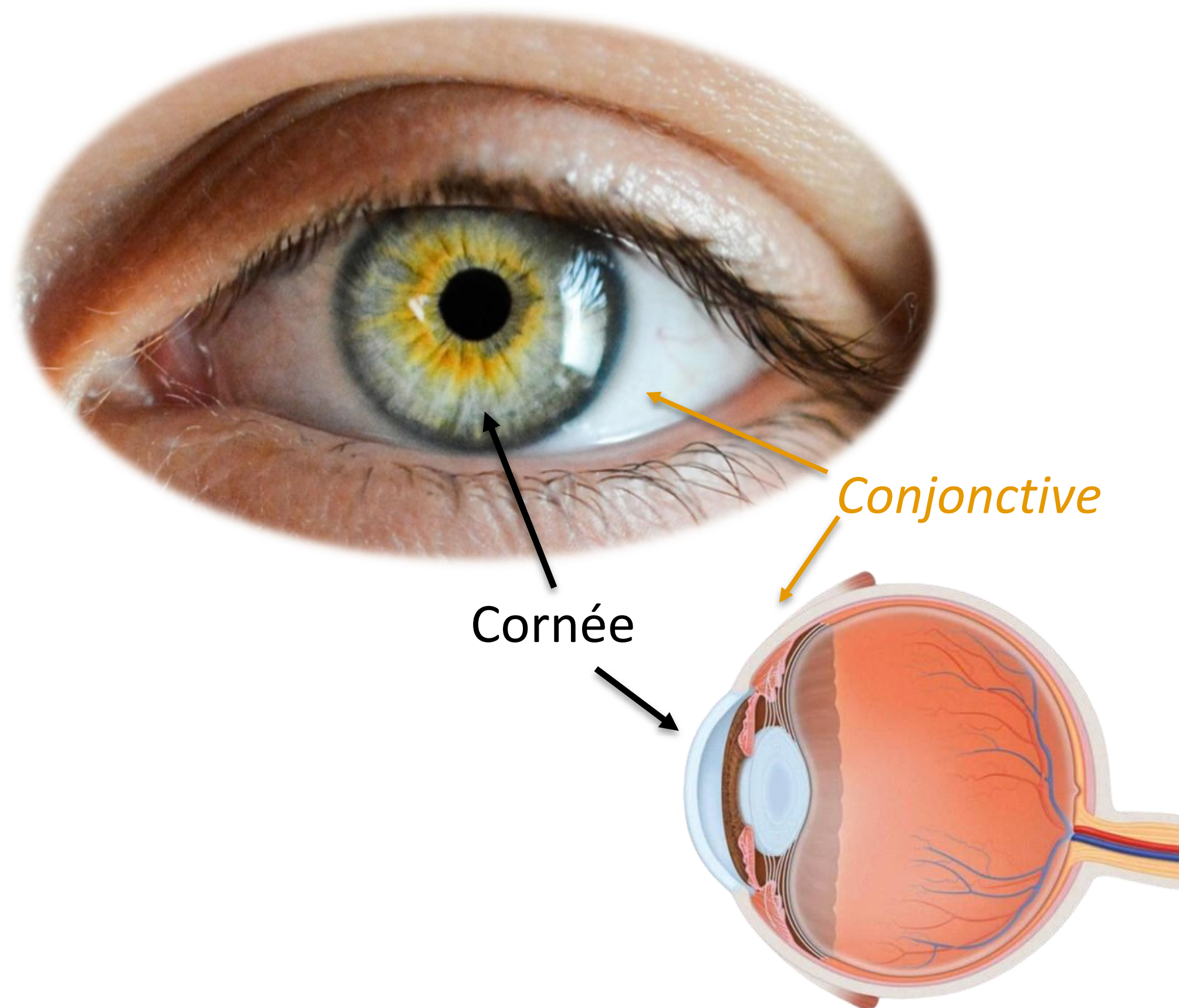
3

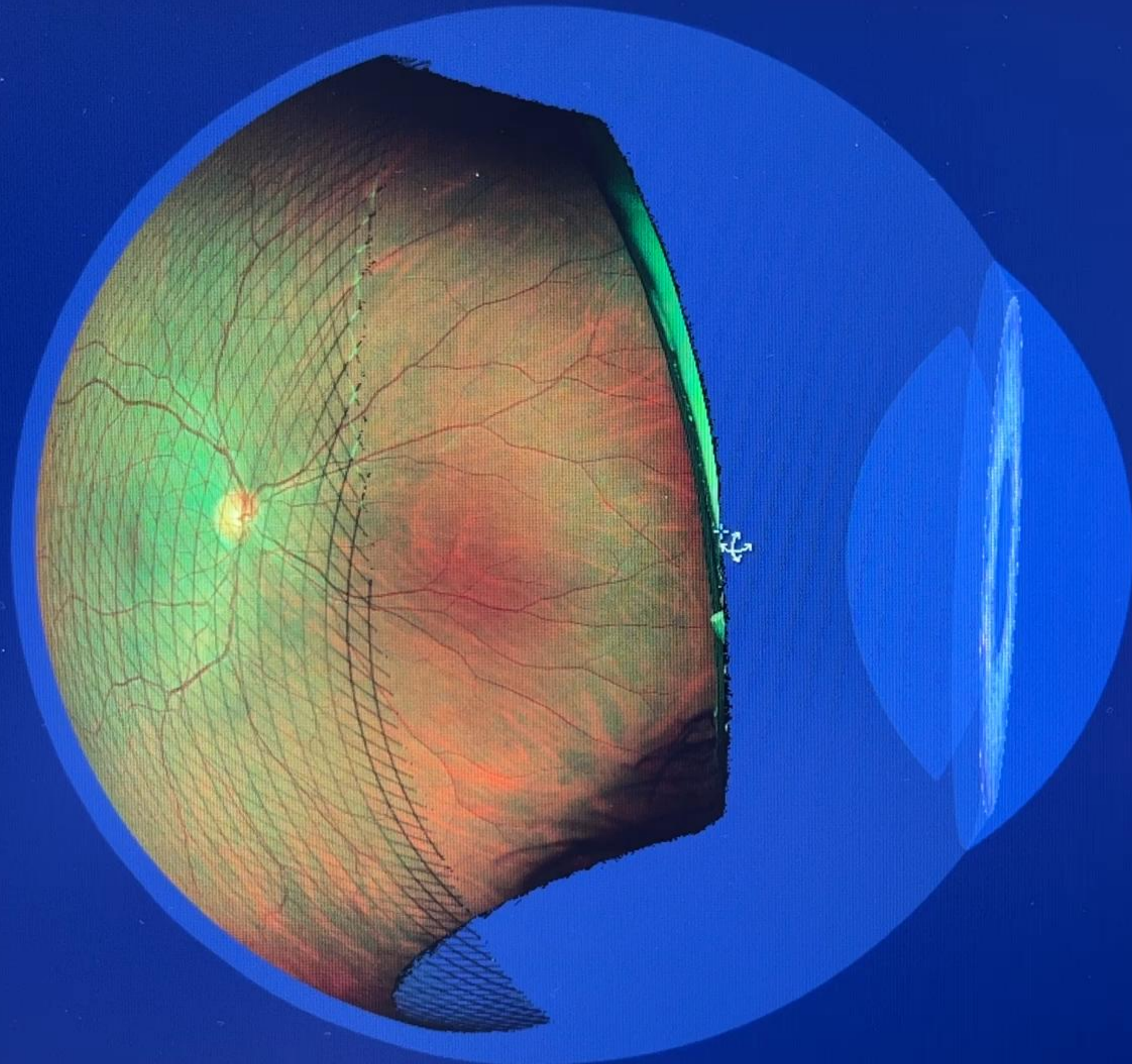
# UN PEU d'ANATOMIE OCULAIRE

Pathologies de **surface**

≠

Pathologies **intra oculaires**







# INFECTIONS OCULAIRES

1) Un peu d'anat

2) Particularités oculaires

3) Présentations cliniques OPH

4) Patient adressé par l'infectiologue

Pathologies de surface

≠

Pathologies intra oculaires

Sur le diagnostic microbiologique

&

Sur le traitement

Pathologies de surface

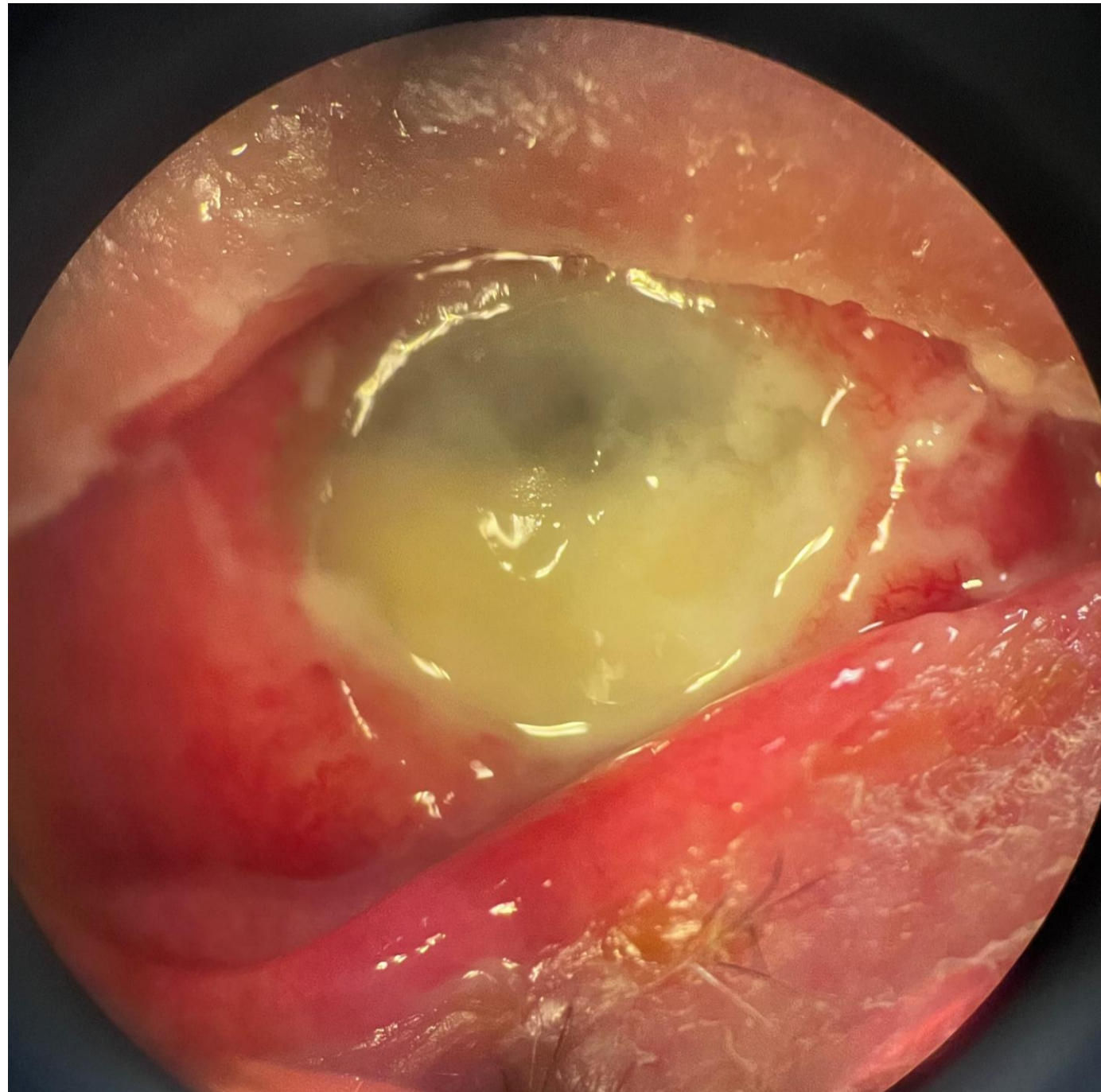
&

Pathologies intra oculaires

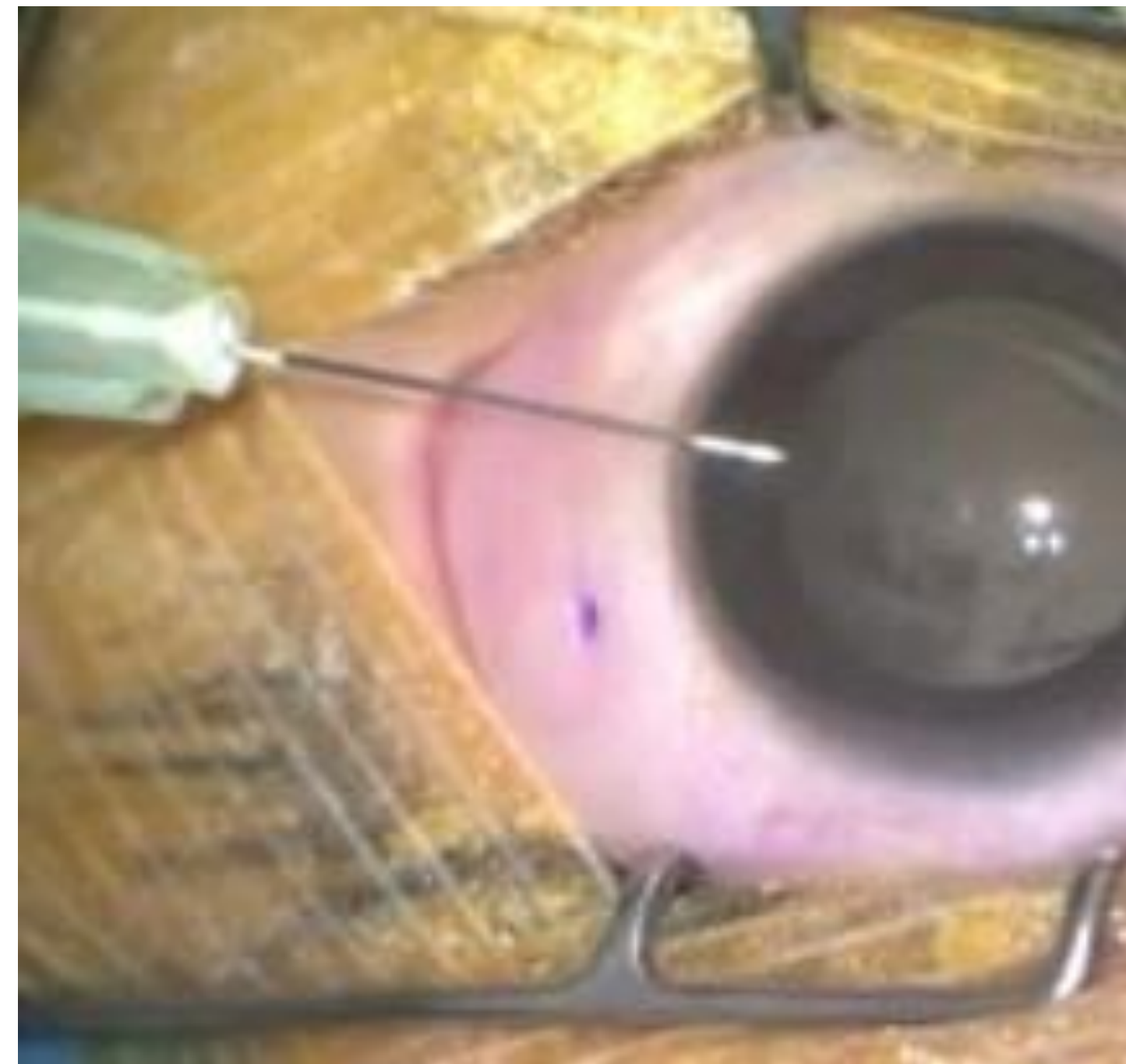
*Infections : parasitaires, bact, virales, mycotiques*

# PARTICULARITÉS OCULAIRES (1/2) : Diagnostic microbiologique

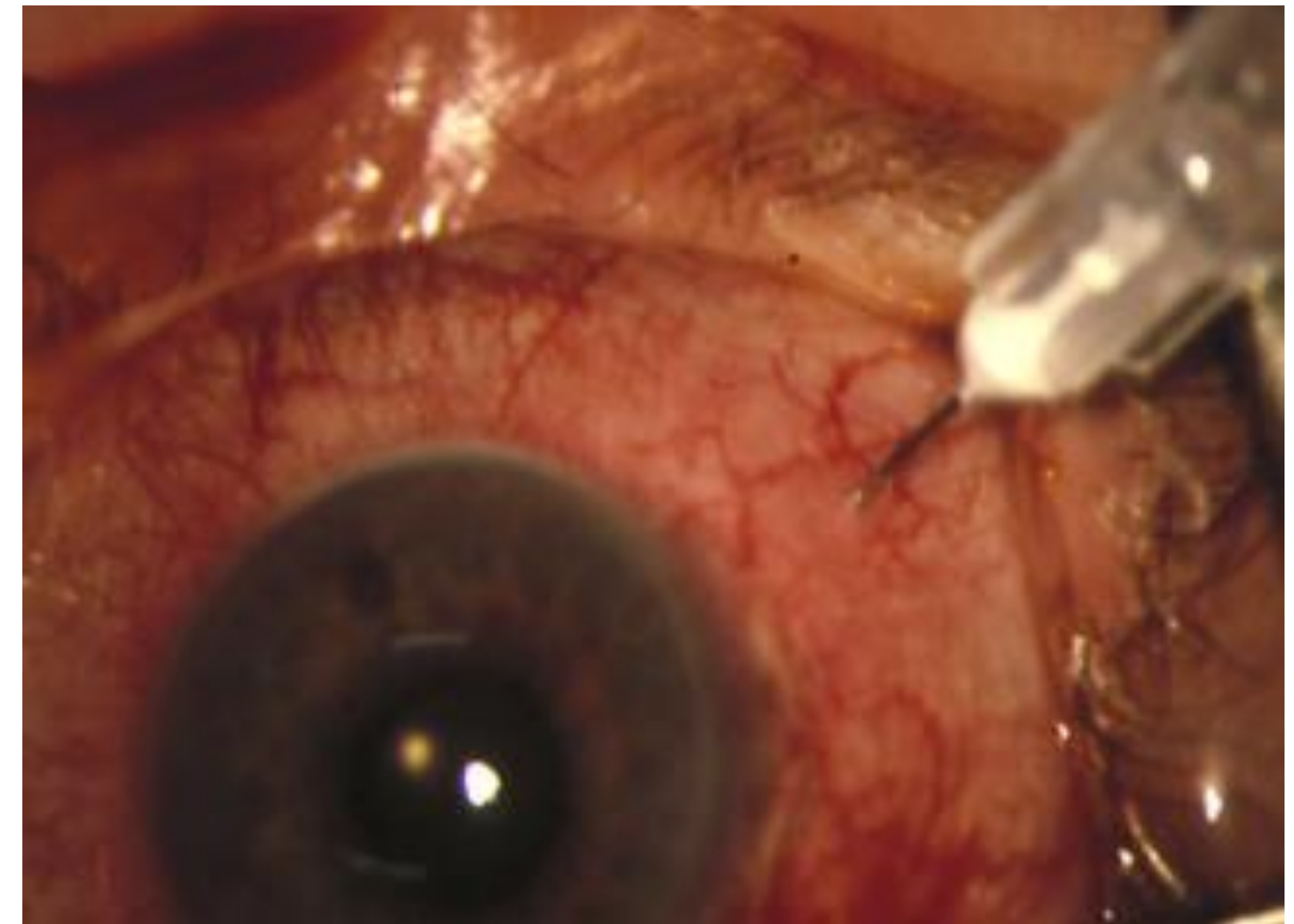
## PRÉLÈVEMENTS OCULAIRES



Prélèvement de  
CORNÉE

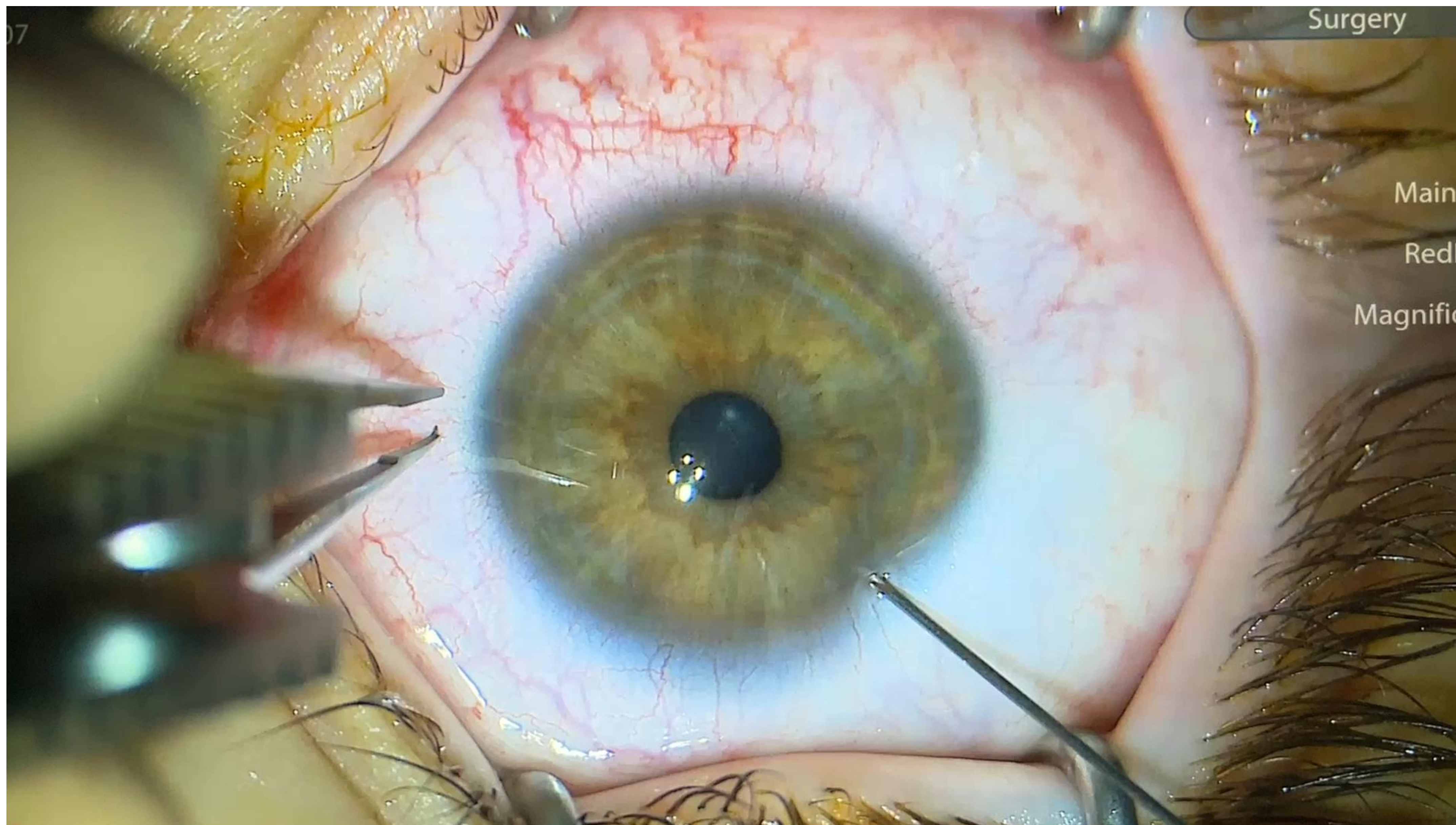


Prélèvement de  
l'HUMEUR AQUEUSE



Prélèvement du VITRÉ

# Prélèvement d'humeur aqueuse



# PARTICULARITÉS OCULAIRES (2/2) : Sur le traitement

TRAITEMENT  
**SYSTEMIQUE**

TRAITEMENT  
**INTRA**  
OCULAIRE

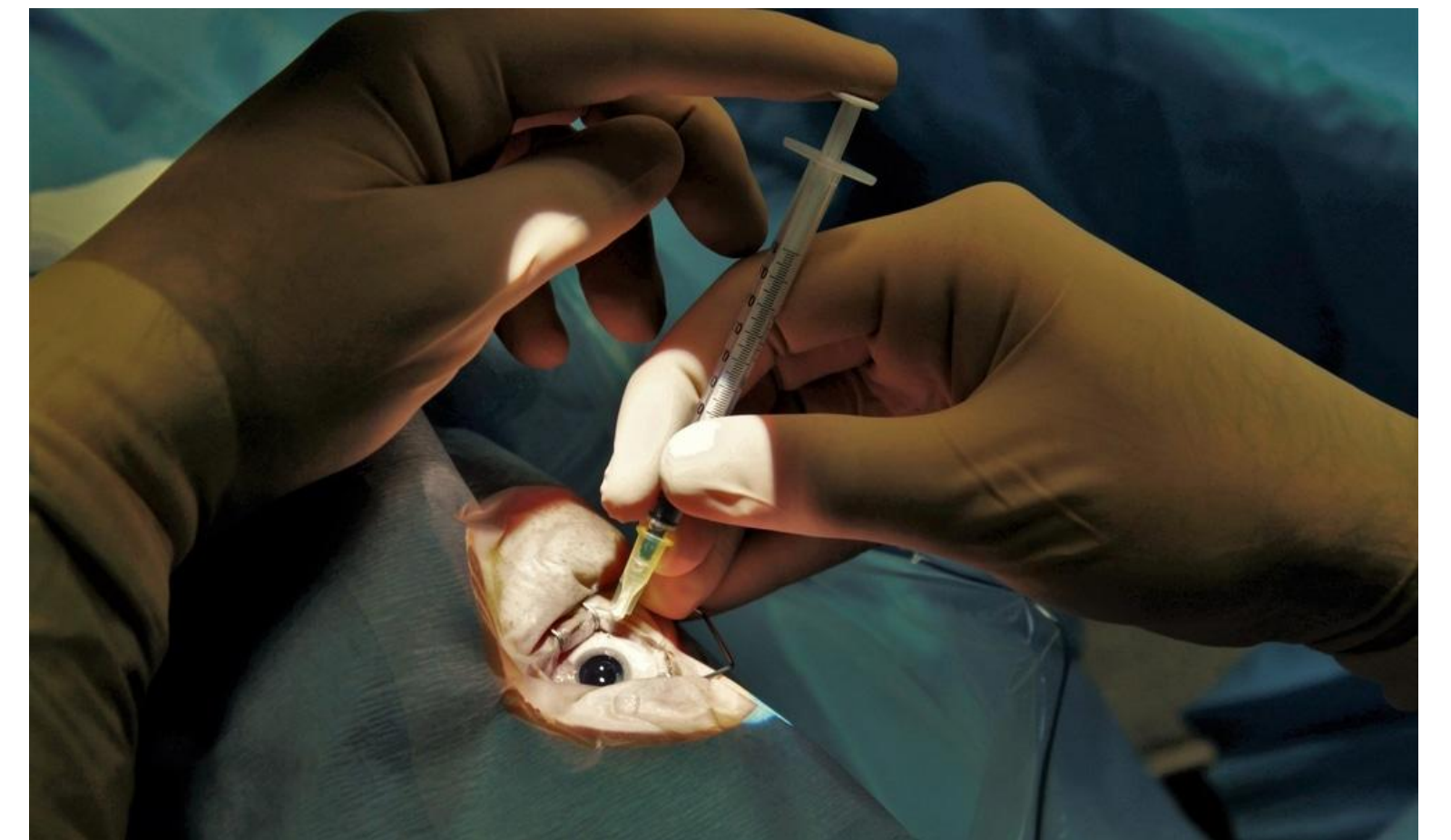
Problème de la pénétration intra oculaire

**Injections**  
intra vitréennes



ATB  
Anti viral  
Anti fongique

Anti VEGF  
Corticoïdes



# Injection intra vitréenne



1) Un peu d'anat

2) Particularités oculaires

3) Présentations cliniques OPH

4) Patient adressé par l'infectiologue

Pathologies de surface

≠

Pathologies intra oculaires

Sur le diagnostic microbiologique

&

Sur le traitement

Pathologies de surface : cornée

&

Pathologies intra oculaires

*Infections : parasitaires, bact, virales, mycotiques*

### 3 - Présentations cliniques : infections de la CORNÉE

#### Symptômes

ROUGEUR DOULEUR+/- photophobie - baisse visuelle ; parfois sécrétions

CONTEXTE  
Aucun

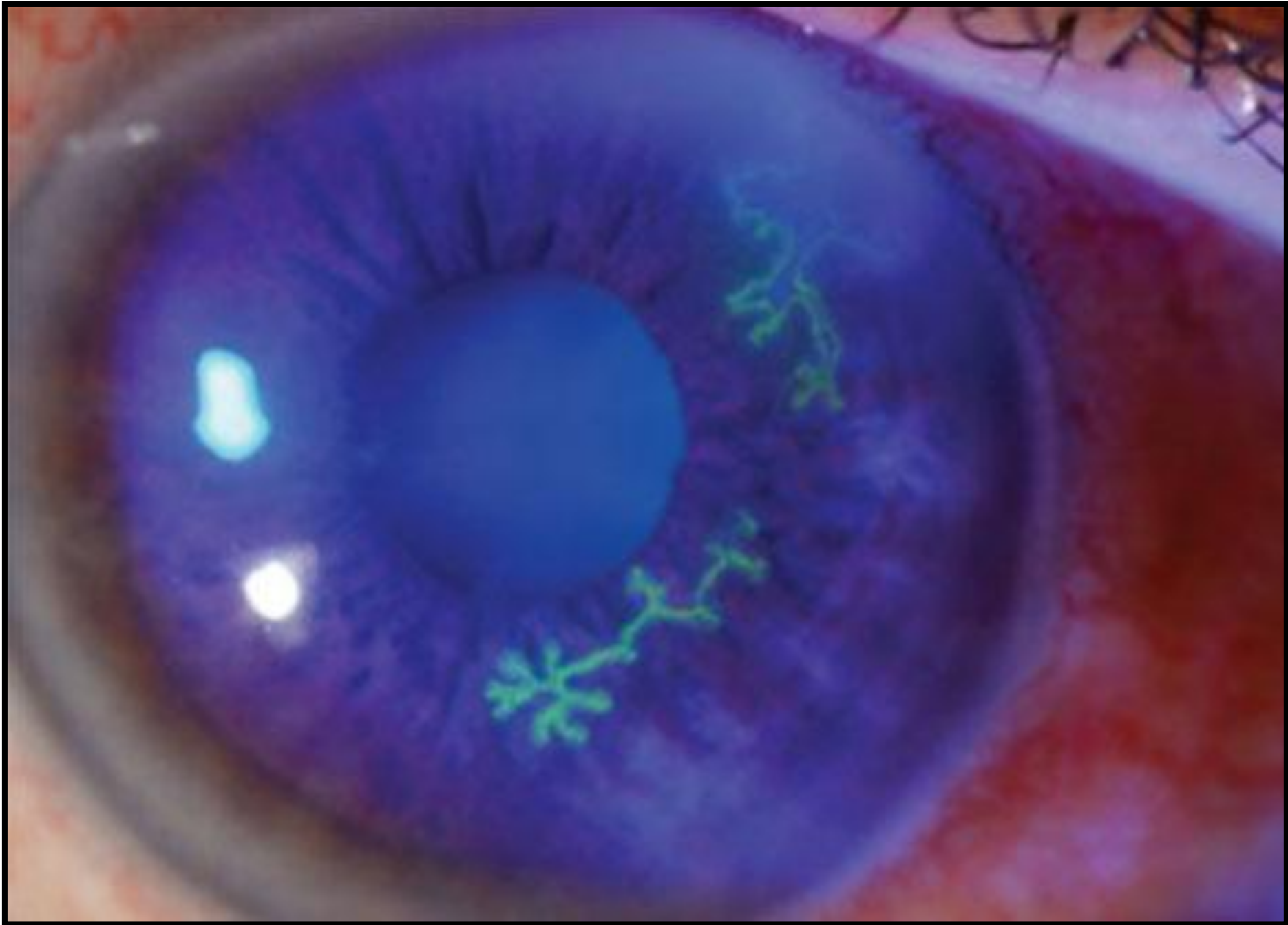
≠

CONTEXTE  
Port de lentille, traumatisme

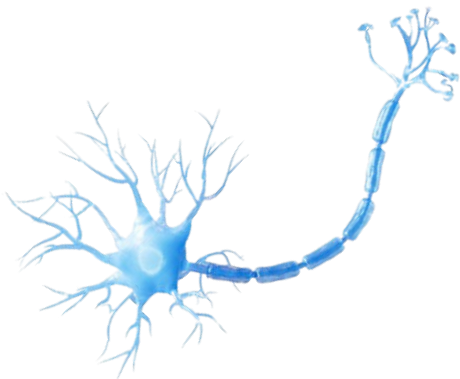


# Infections de la cornée (1/2) : VIRUS

## KÉRATITES HERPÉTIQUES



*Kératites épithéliales dendritiques en vert*



DG CLINIQUE

Lésions cornéennes dendritiques  
Récurrences (2 à 5 chez 40 % des patients)

	Voie systémique	Local
DG BIOLOGIQUE	-	Pas de prélèvement en général
TRAITEMENT	VALACICLOVIR <i>per os</i> 500 mg x 2/j 5 à 10 jours	Pommade ACICLOVIR Gel GANCICLOVIR

Prise en charge en infectiologie

NON

# Infections de la cornée (2/2) : ABCÈS bactériens, amibiens, mycotiques

Diagnostic

**Clinique** Prélèvement : formes sévères

Facteur de  
risque n°1

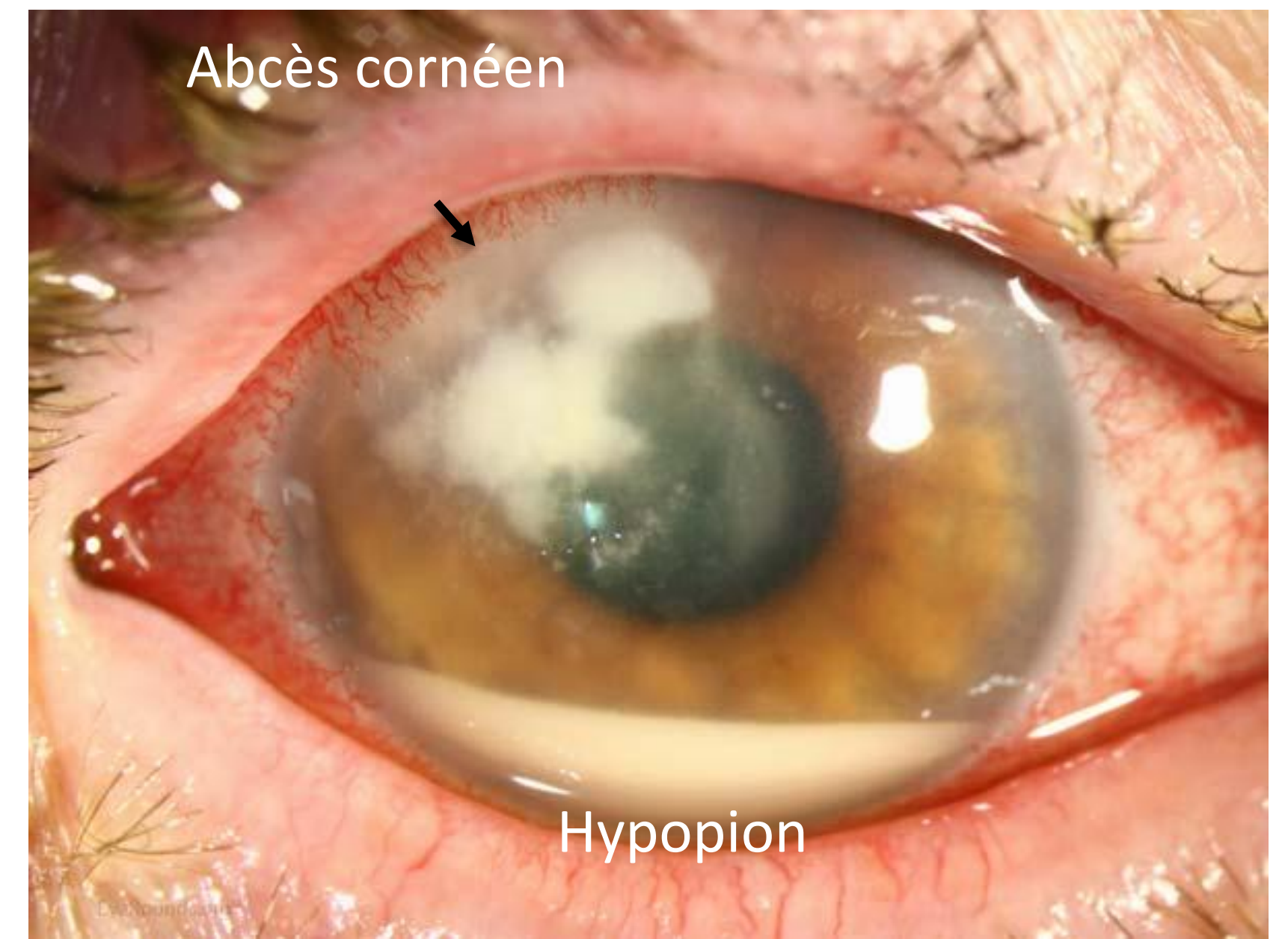
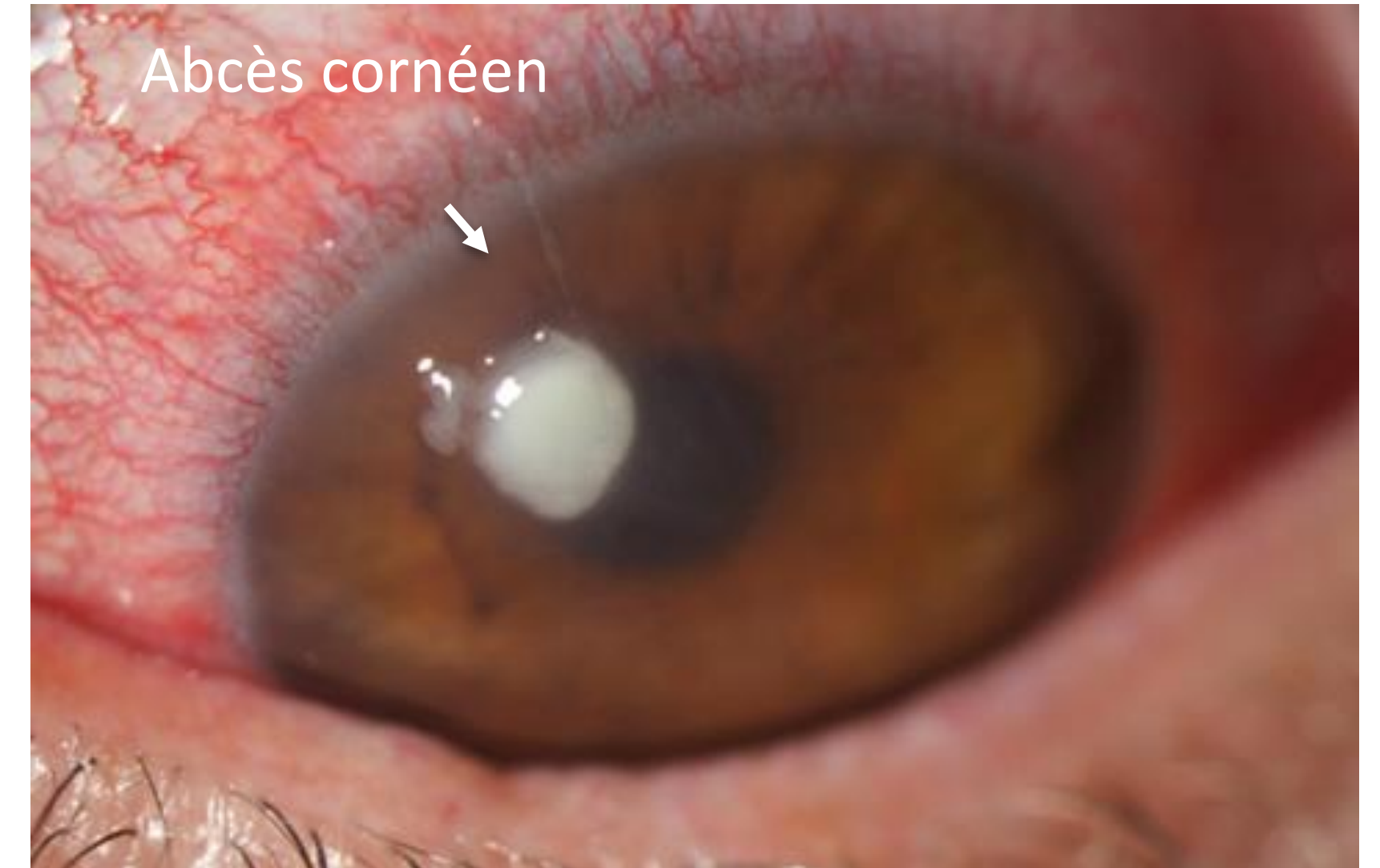
**Port de lentilles**

Étiologie

**Bactérienne : la plus fréquente** (Cocci G+ 80 %)  
Parfois : amibes - champignons

Traitement

- 1) Formes non sévères **ATB collyres classiques**
- 2) Formes sévères **préparations hospitalières** :  
ATB en collyres renforcés  
Antifongiques - Anti amibiens





Collyres ANTIBIOTIQUES

OFFICINE

AMINOSIDES

Tobramycine 3 mg/ml (TOBREX<sup>®</sup> 0,3 %)

QUINOLONES

Ciprofloxacin 3 mg/ml (CILOXAN<sup>®</sup> 0,3 %)

Ofloxacin unidose (QUINOFREE<sup>®</sup> 3 mg/ml)

RIFAMYCINE 1 MUI/100 ml

MACROLIDES

Azithromycine AZYTER<sup>®</sup> 15 mg/g (unidose)



Collyres ANTIBIOTIQUES

RENFORCÉS

Préparation hospitalière

AMINOSIDES

Amikacine 50 mg/ml

Tobramycine 20 mg/ml

CEPHALOSPORINE 3<sup>è</sup>G

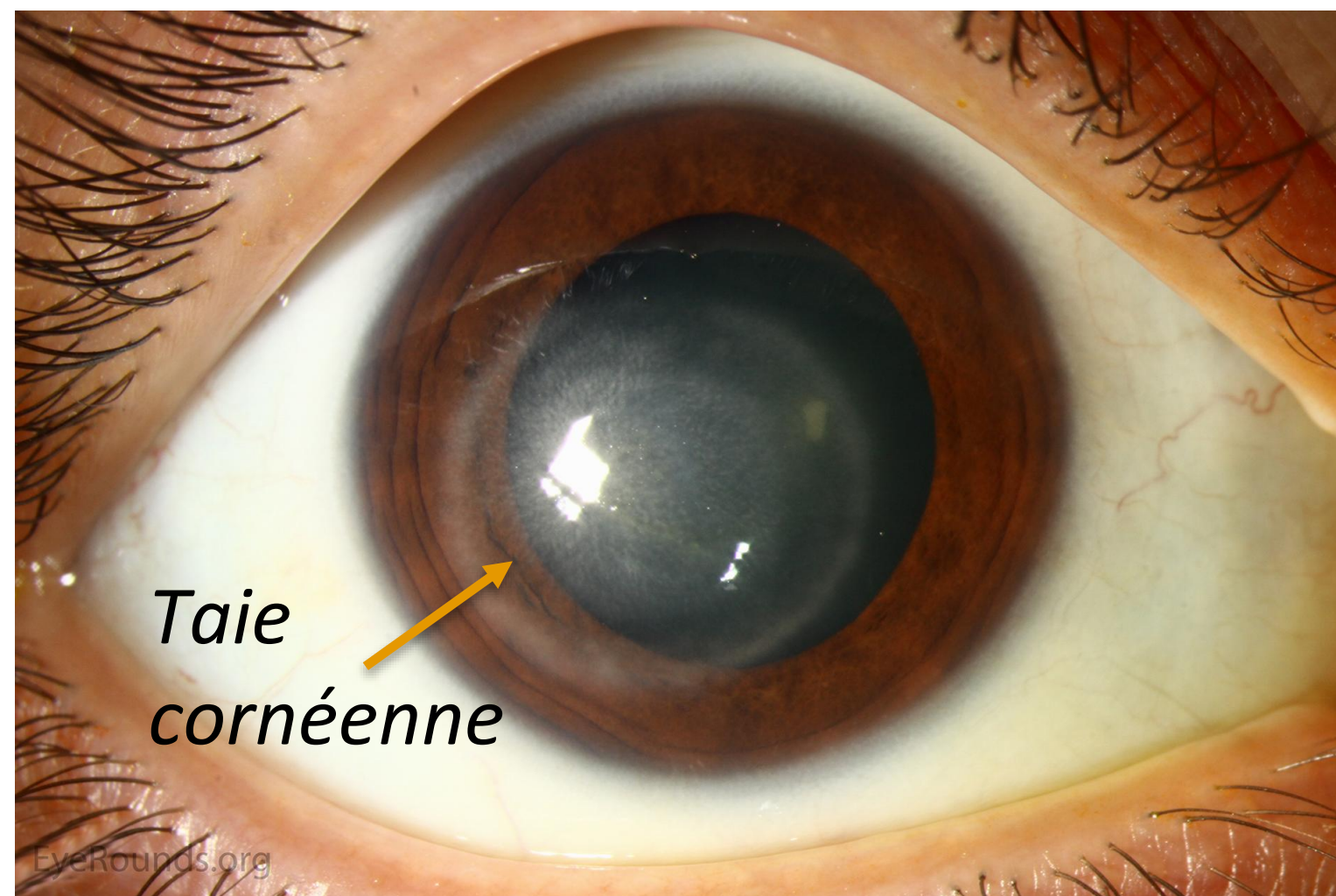
Ceftazidime : 50 mg/ml

VANCOMYCINE 50 mg/ml

## PRONOSTIC

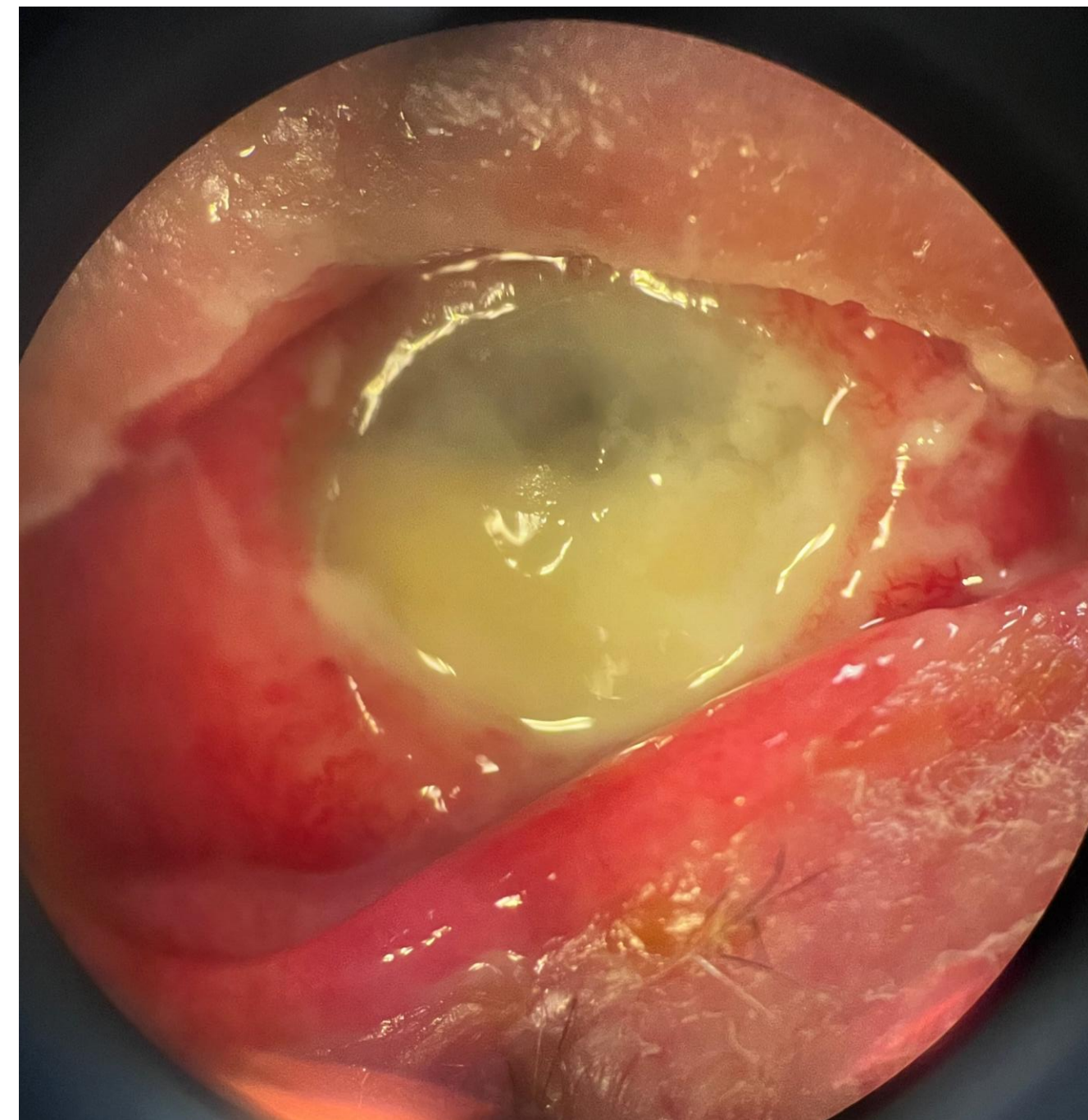
### Taie cornéenne

Perte de la transparence au niveau de l'abcès

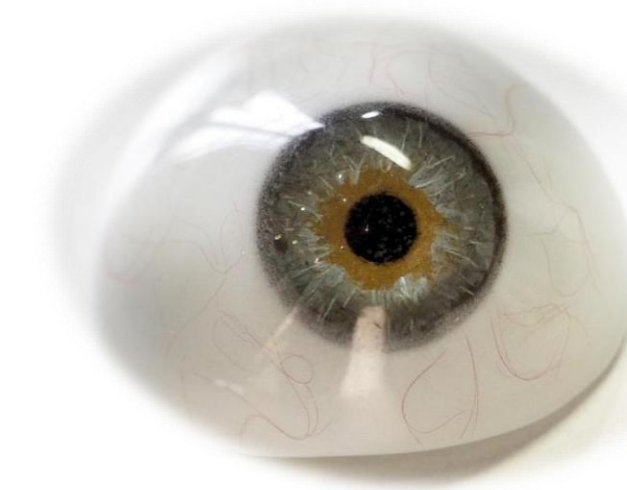


Si perte de transparence importante, avec perte visuelle : parfois **greffe de cornée**

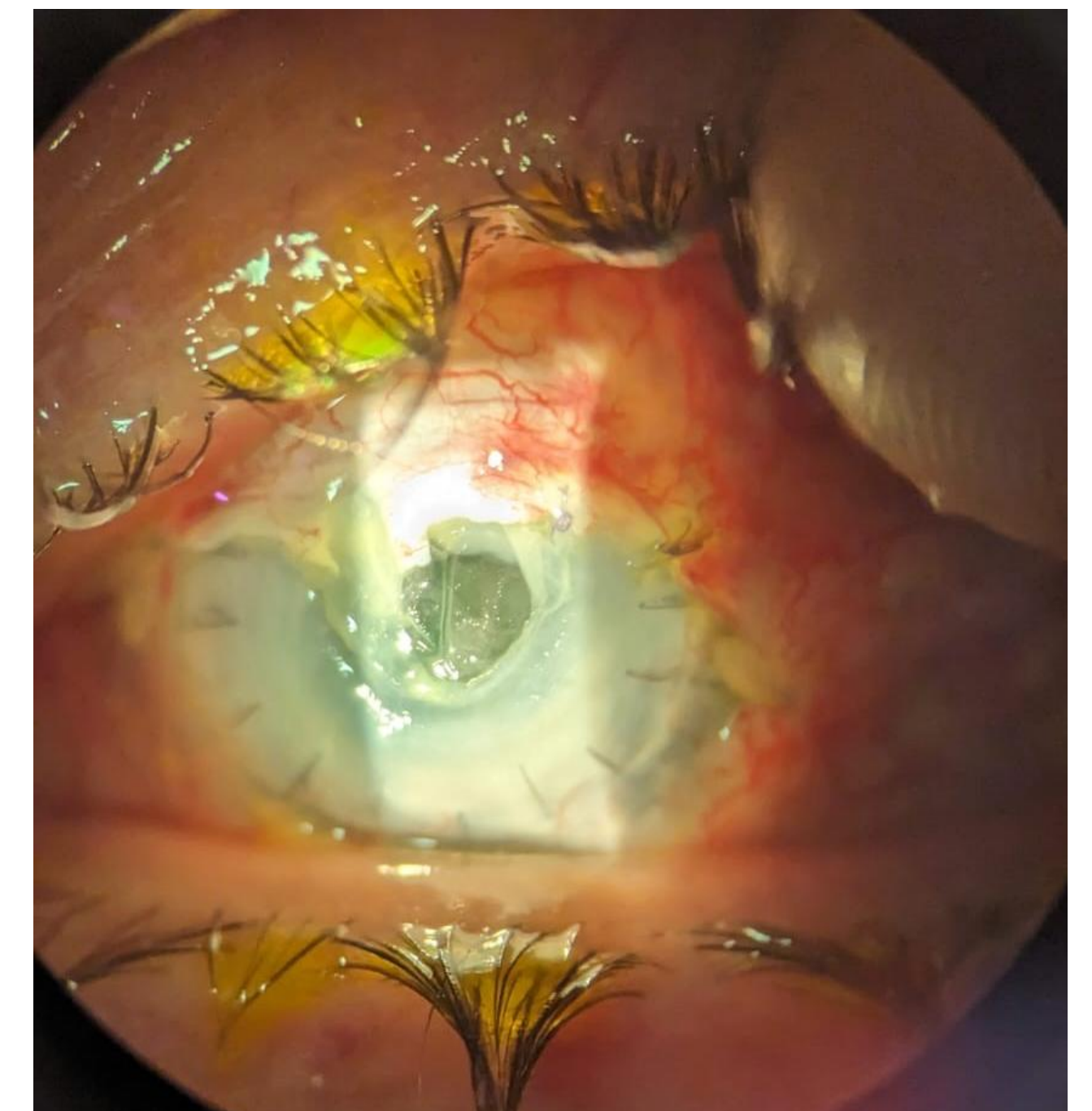
### Formes gravissime : éviscération



**Kératite à pseudomonas  
aeruginosa**  
↳ **Éviscération**



*Prothèse  
oculaire*



**Kératite amibienne** sous lentille  
de contact : 5 greffes de cornée,  
Evolution vers une perforation :  
échec tt ↳ **Éviscération**



## INFECTIONS de la CORNÉE :

Attention : porteur lentille  
Jamais de collyre corticoïde  
sans avis OPH



	Voie systémique	Local
DG BIOLOGIQUE	-	Prélèvement
TRAITEMENT	NON	Collyre : tt intensif Selon la sévérité
Prise en charge en infectiologie		NON



1) Un peu d'anat

2) Particularités oculaires

3) Présentations cliniques OPH

4) Patient adressé par l'infectiologue

Pathologies de **surface**

≠

Pathologies **intra oculaires**

Sur le diagnostic microbiologique

&

Sur le traitement

Infections de **surface**

&

Infections **intra oculaires**

*Infections : parasitaires, bact, virales, mycotiques*

# Infections INTRA oculaires

---

## Symptômes communs

Baisse visuelle +/- rougeur, douleur

### CONTEXTE d'EFFRACTION OCULAIRE

Post injection **I**ntra **V**iTréenne : **IVT**

Post chirurgie oculaire

Post plaie oculaire

≠

### Absence d'EFFRACTION OCULAIRE

Tableau d'inflammation oculaire : UVÉITE

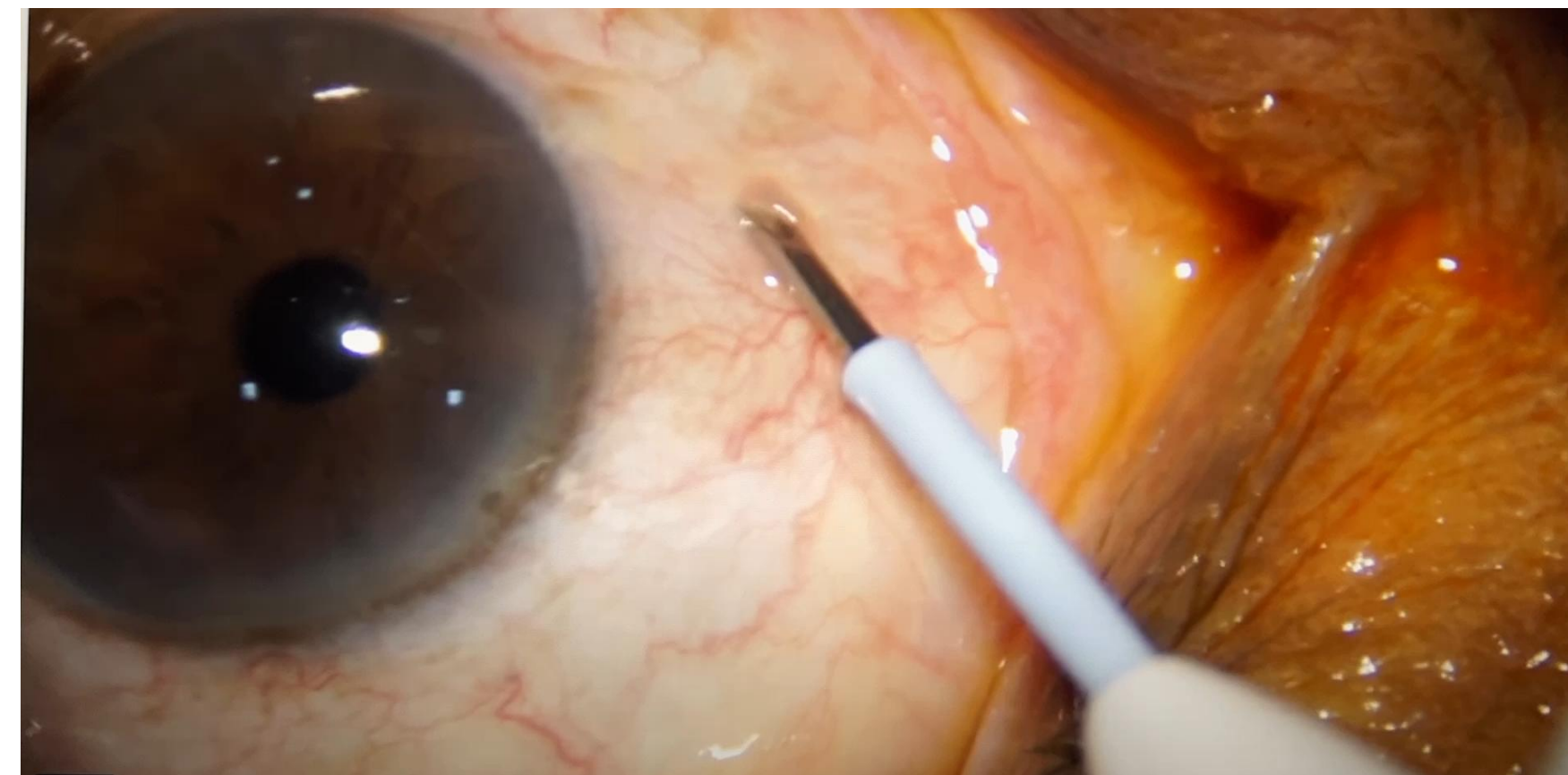
Est-ce une infection ?

Anti VEGF : 0,02 % 1 endophtalmie pour 5000 IVT

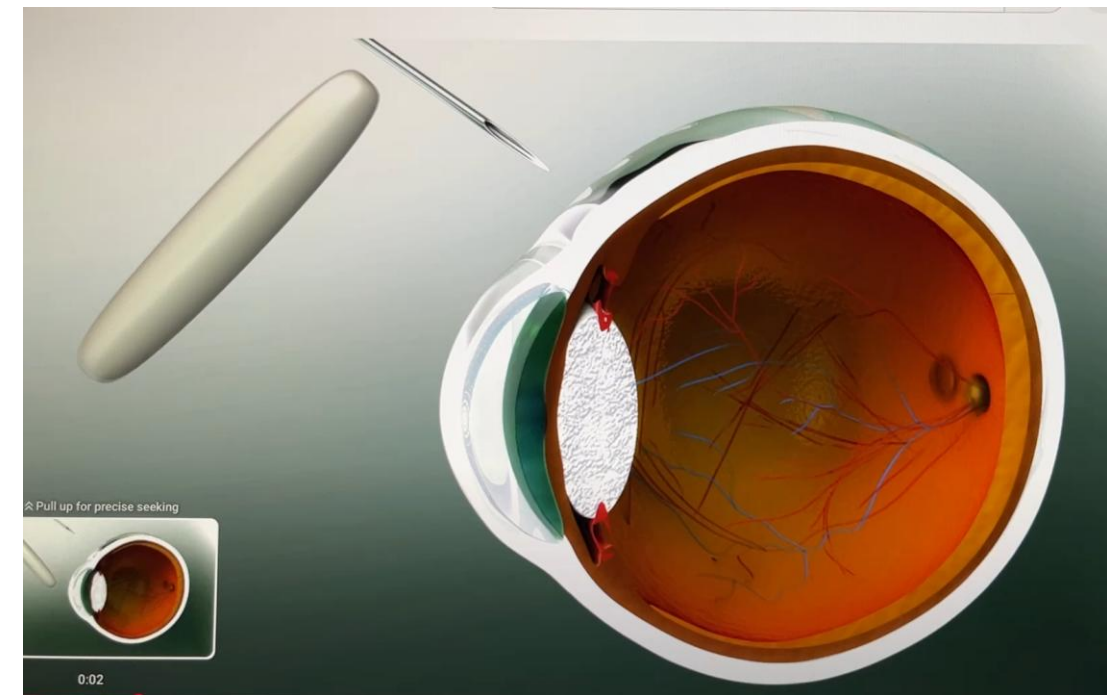


*Injections anti VEGF  
(aiguille de 30 Gauges, soit 0,25 mm)*

Implant cortisoné : 0,07 % 1 endophtalmie pour 1500 IVT



*Injecteur  
implant  
cortisoné  
(22 Gauges  
soit 0,64 mm)*

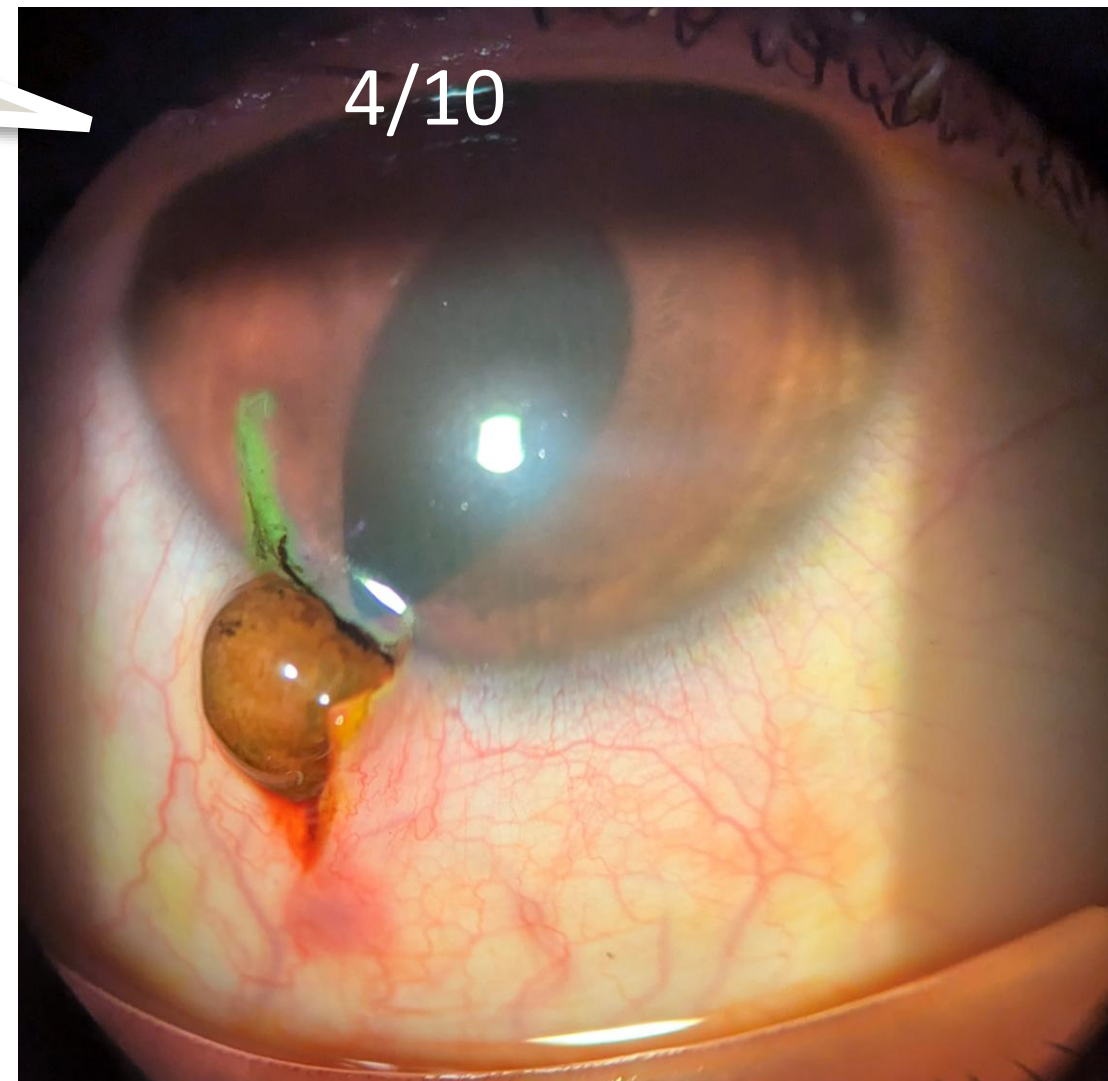


*Visualisation  
de l'implant dans le vitré*

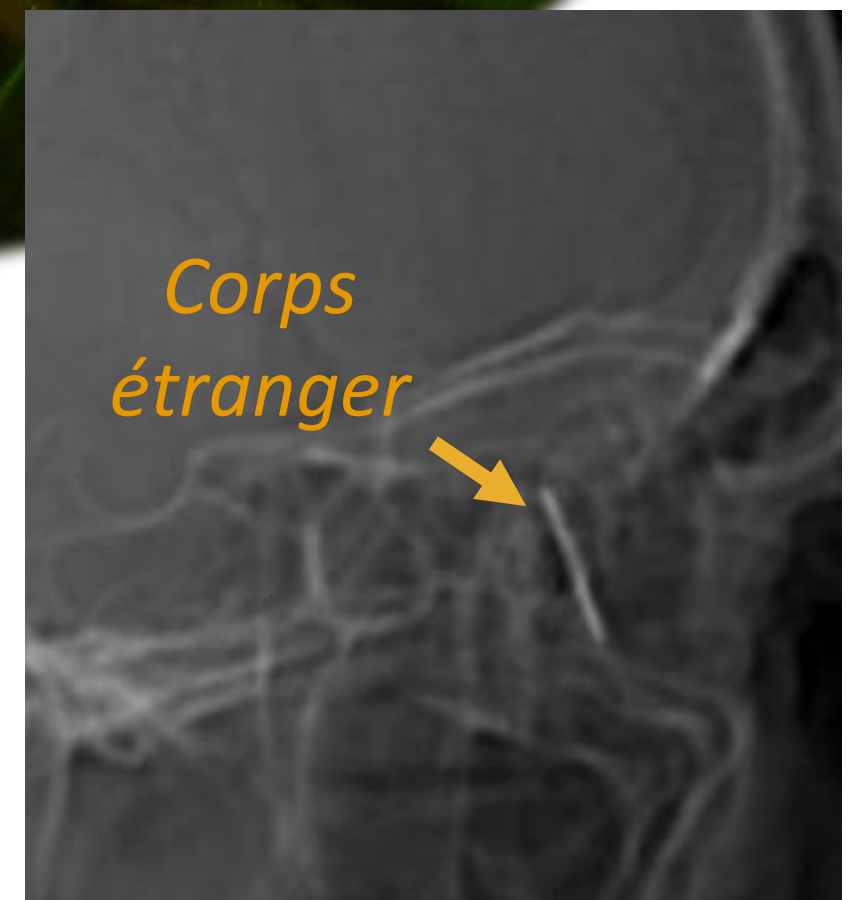
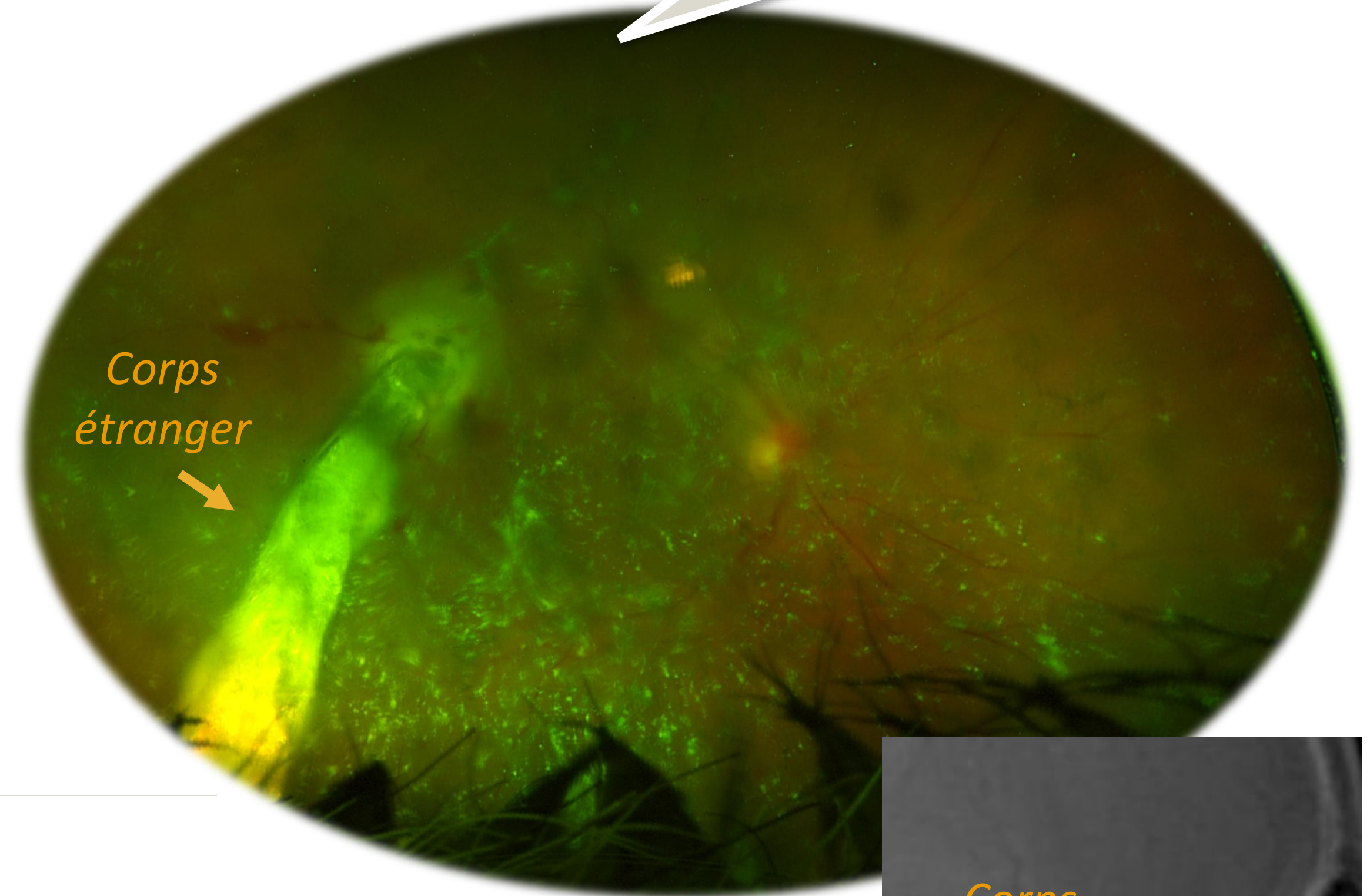
# EFFRACTION OCULAIRE (2/3) – Contexte post plaie

M. A - 17 ans,  
*Bout de verre*

*Match de foot : victoire  
de la France contre le  
Portugal (juillet 2024)*



M. B 65 ans,  
*Projection par  
débroussailleuse*

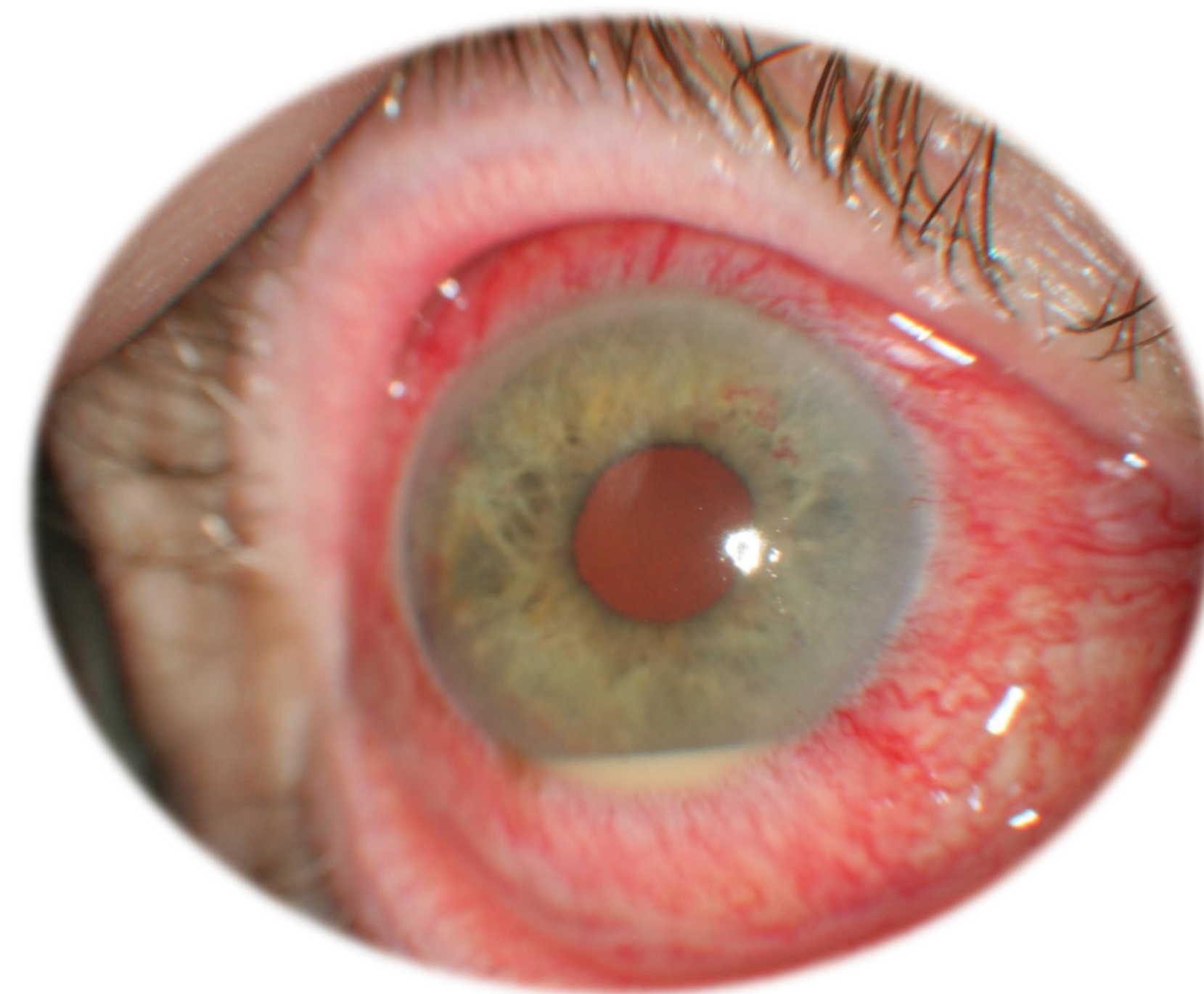
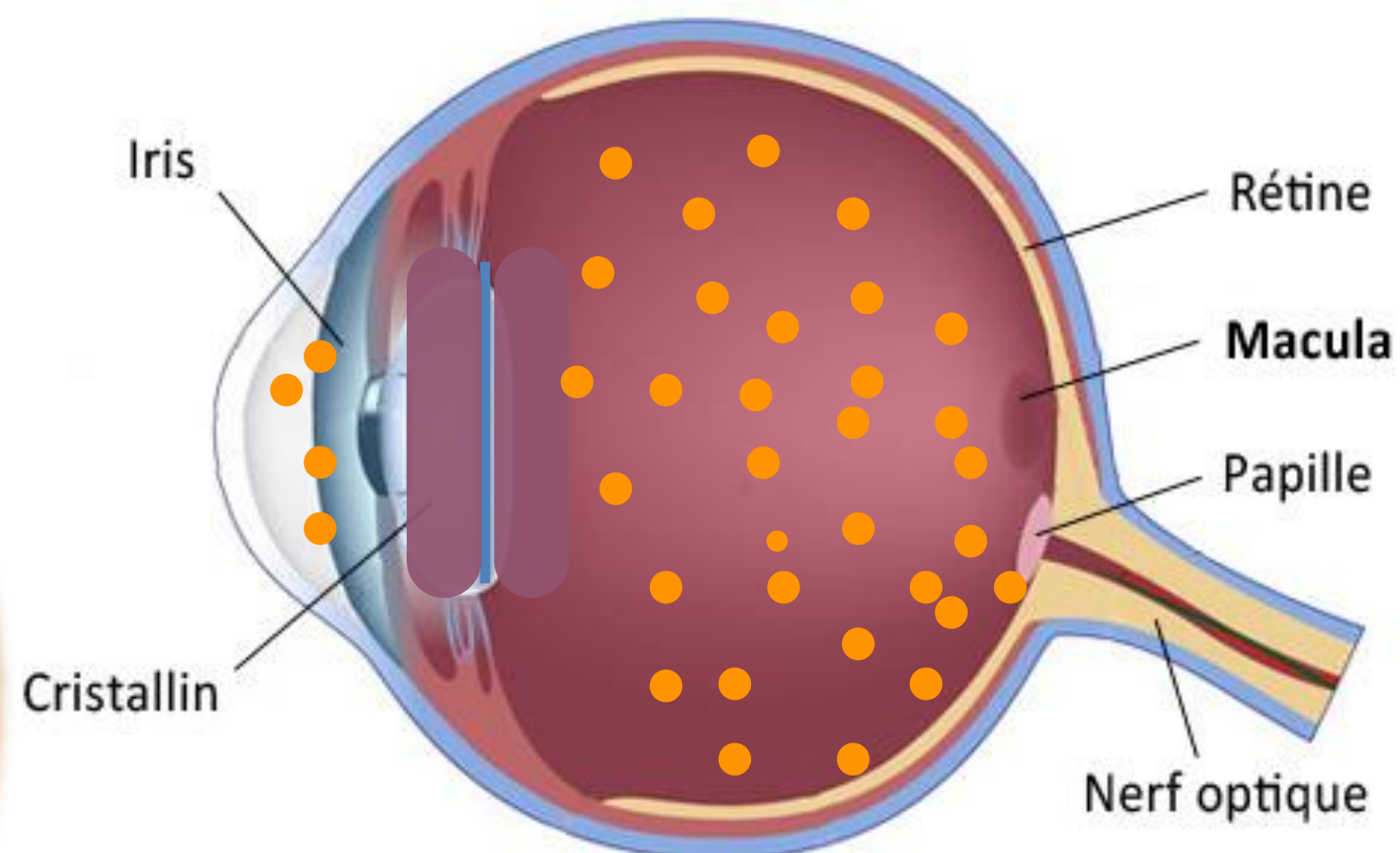
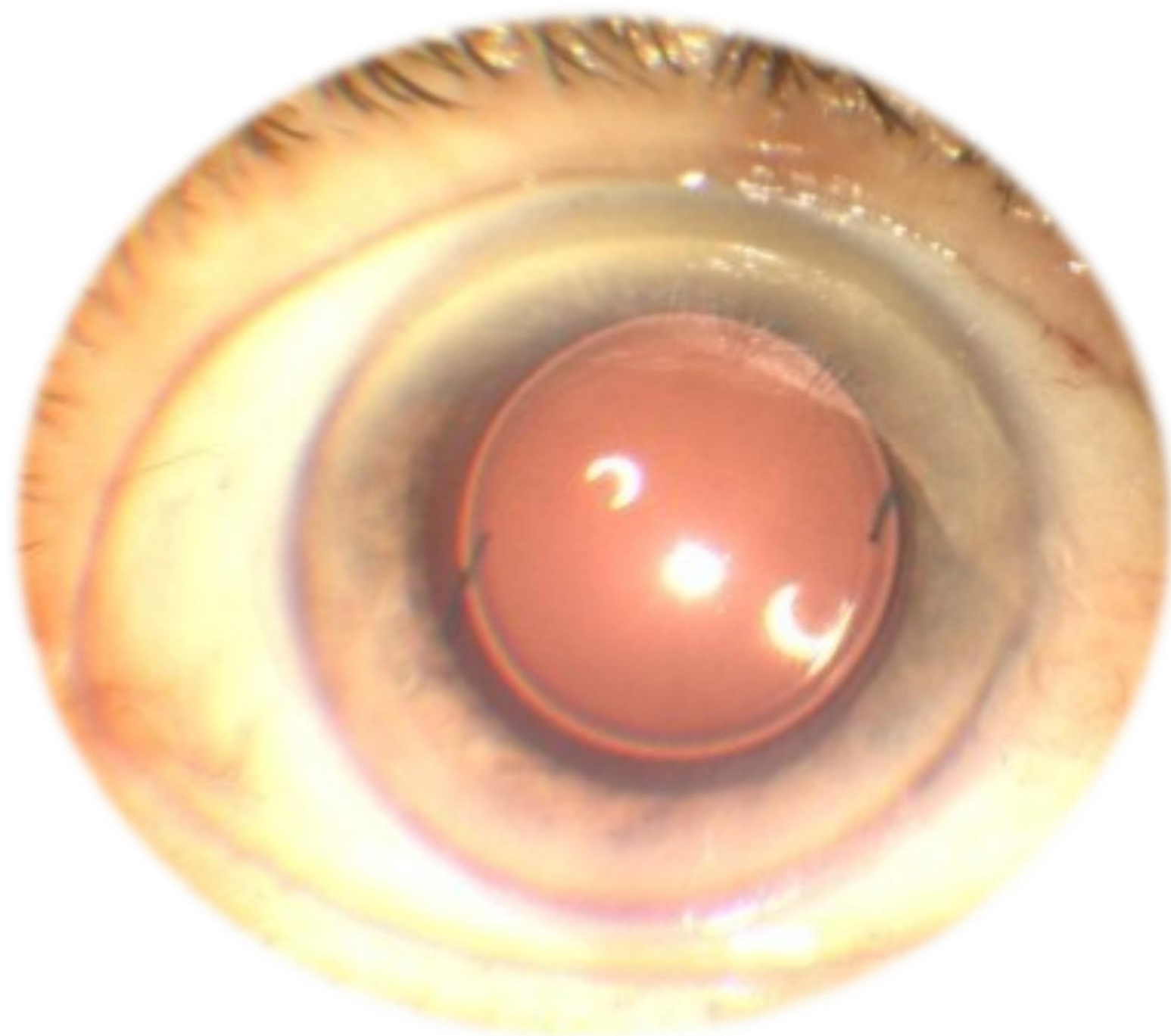


PROPHYLAXIE de l'INFECTION  
dans une PLAIE OCULAIRE ?

# EFFRACTION OCULAIRE (3/3) – Contexte post opératoire

Ex : chirurgie de la cataracte  
Fin d'intervention

J 5 post opératoire



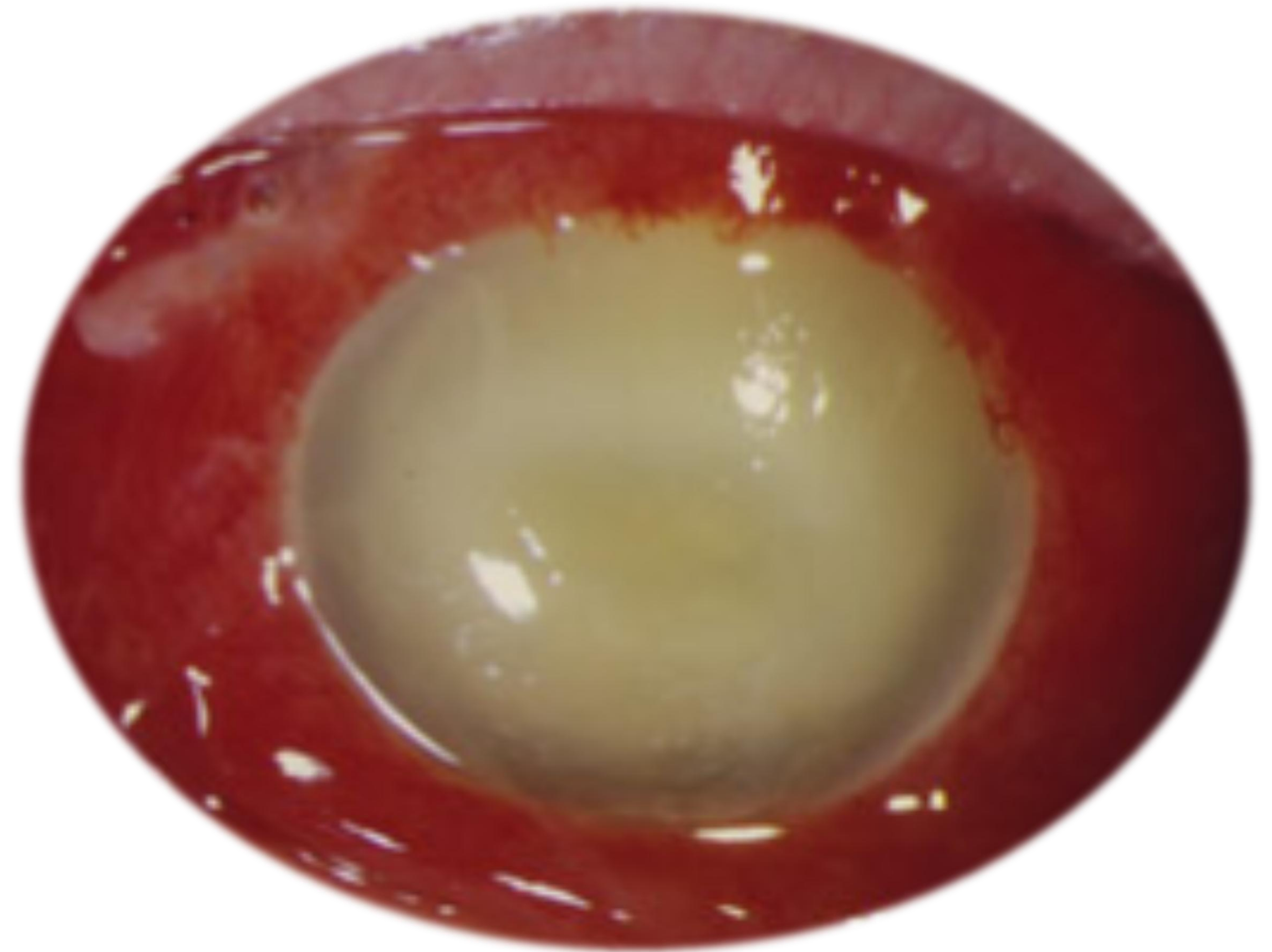
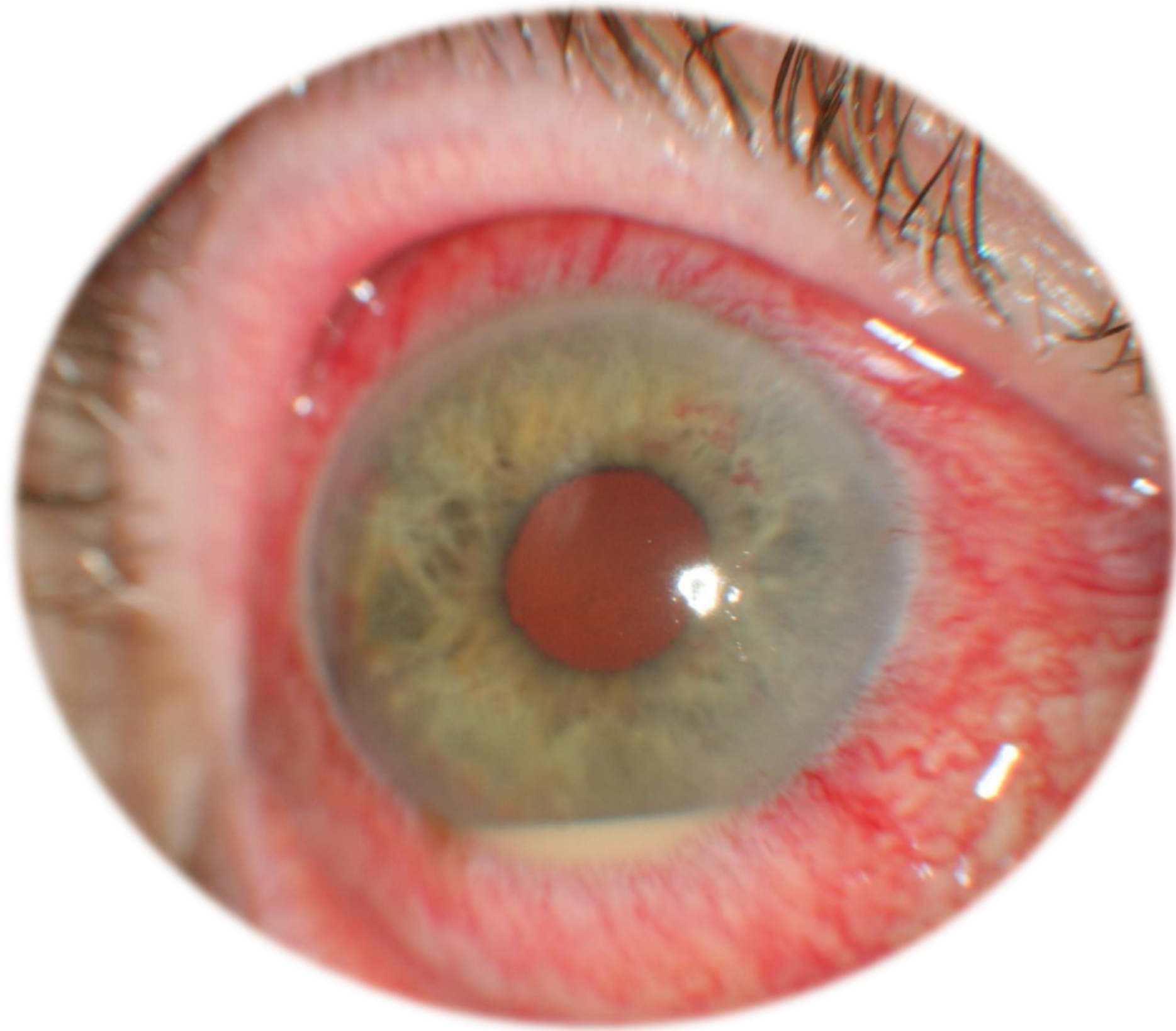
ENDOPHTALMIE POST OPÉRATOIRE

URGENCE  
Œil rouge, douloureux  
Baisse visuelle : perception des mouvements

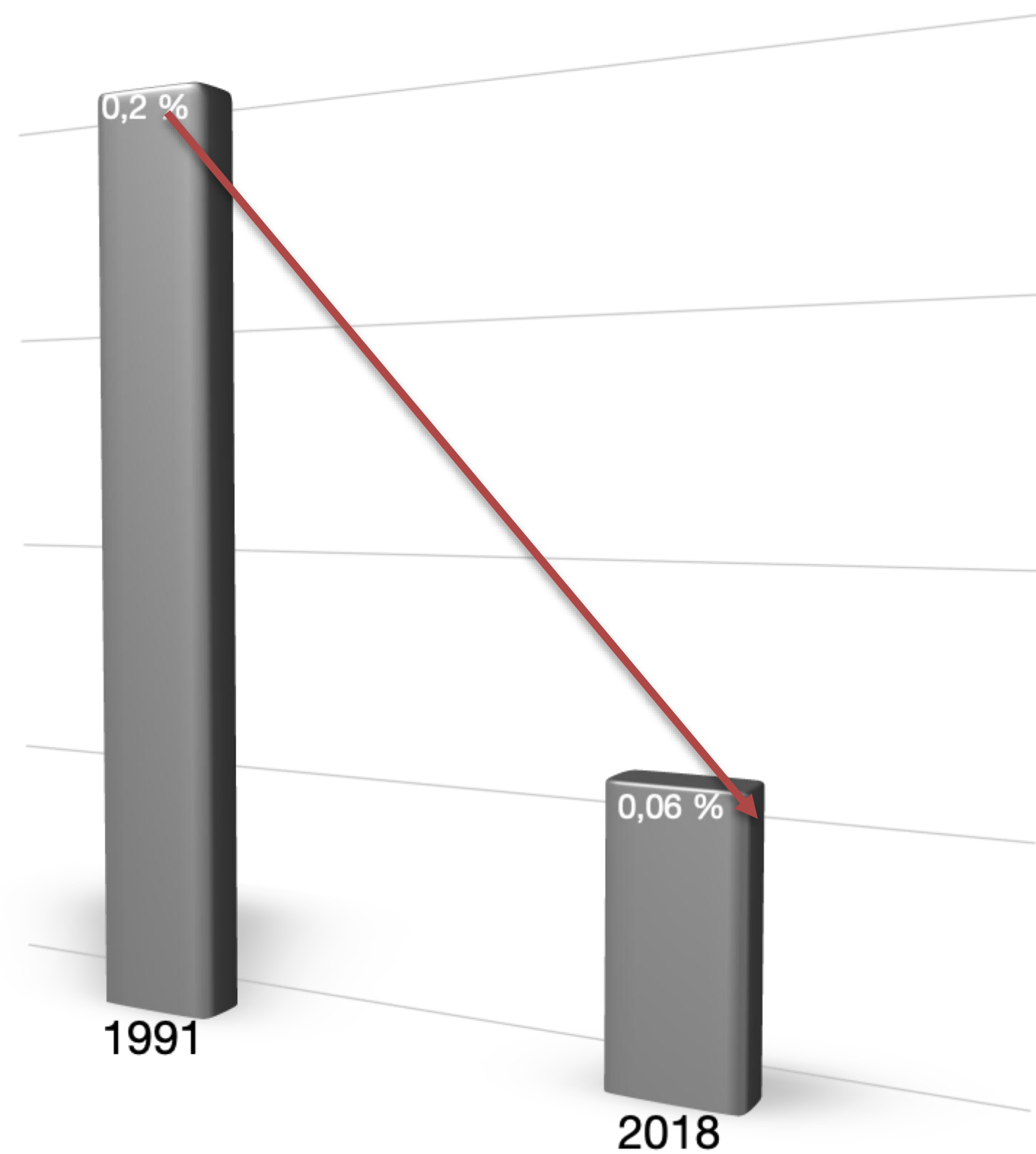
# Endophtalmie post chirurgie de la cataracte : URGENCE +++

Pronostic visuel 28 % < 1/10

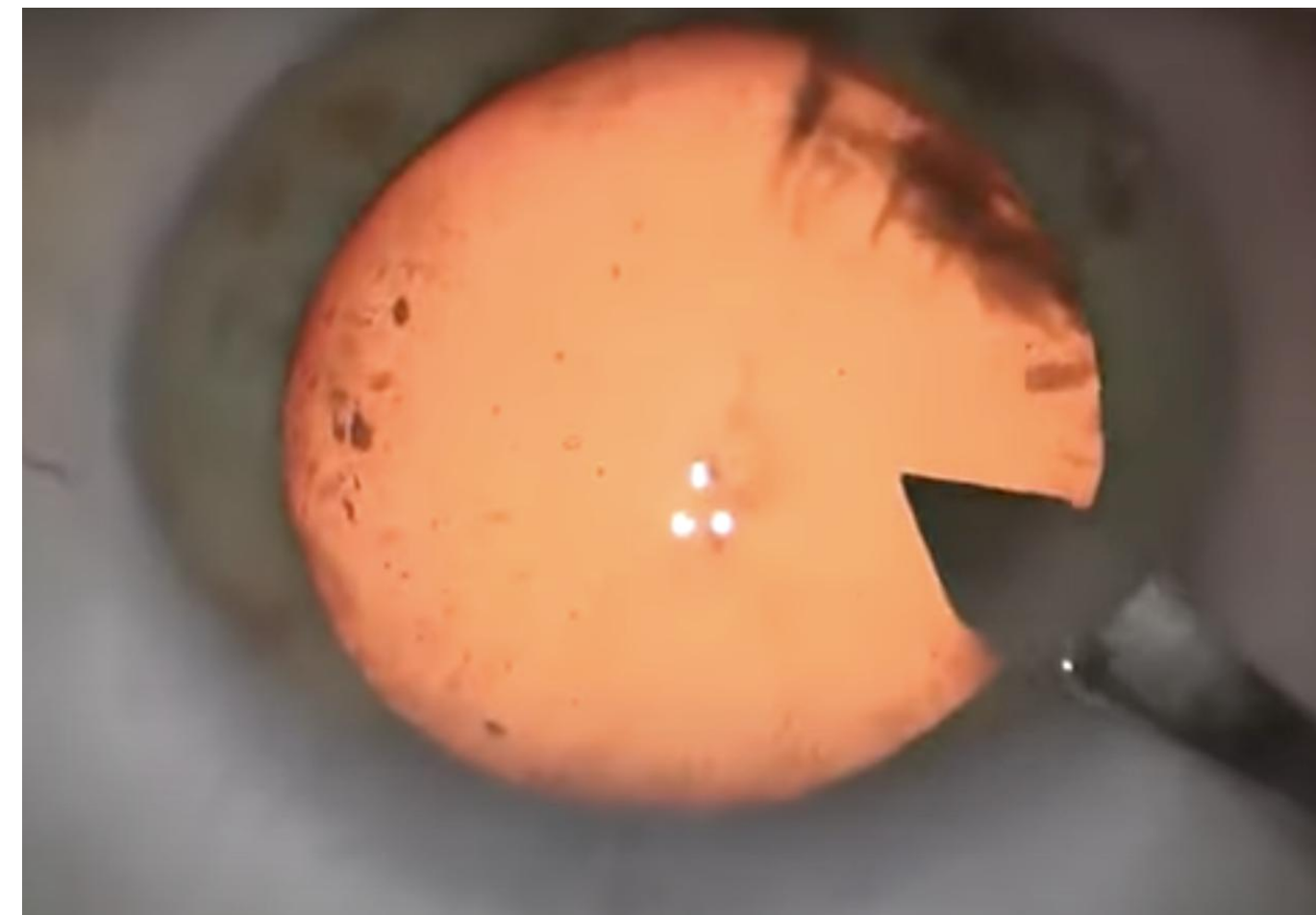
Parfois fonte purulente de l'oeil ⇨ Éviscération ...



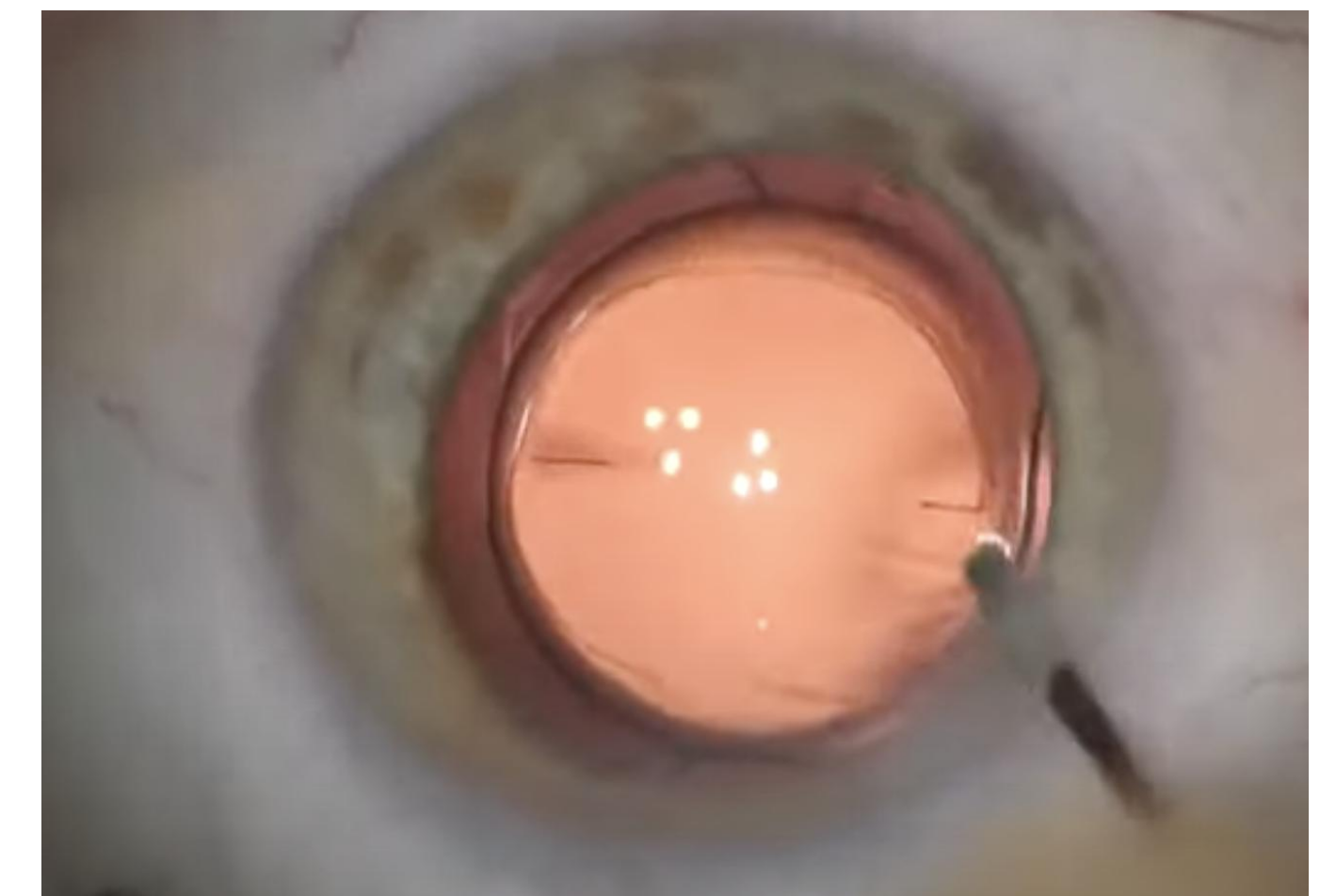
# Endophtalmie post chirurgie de la cataracte – Incidence : 0,06 % <sup>(1)</sup>



De 1991 à 2018 : √√ Incidence grâce ...



*Petite incision 1,8 mm*



*Injection intra oculaire de 1 mg de cefuroxime en fin d'intervention*

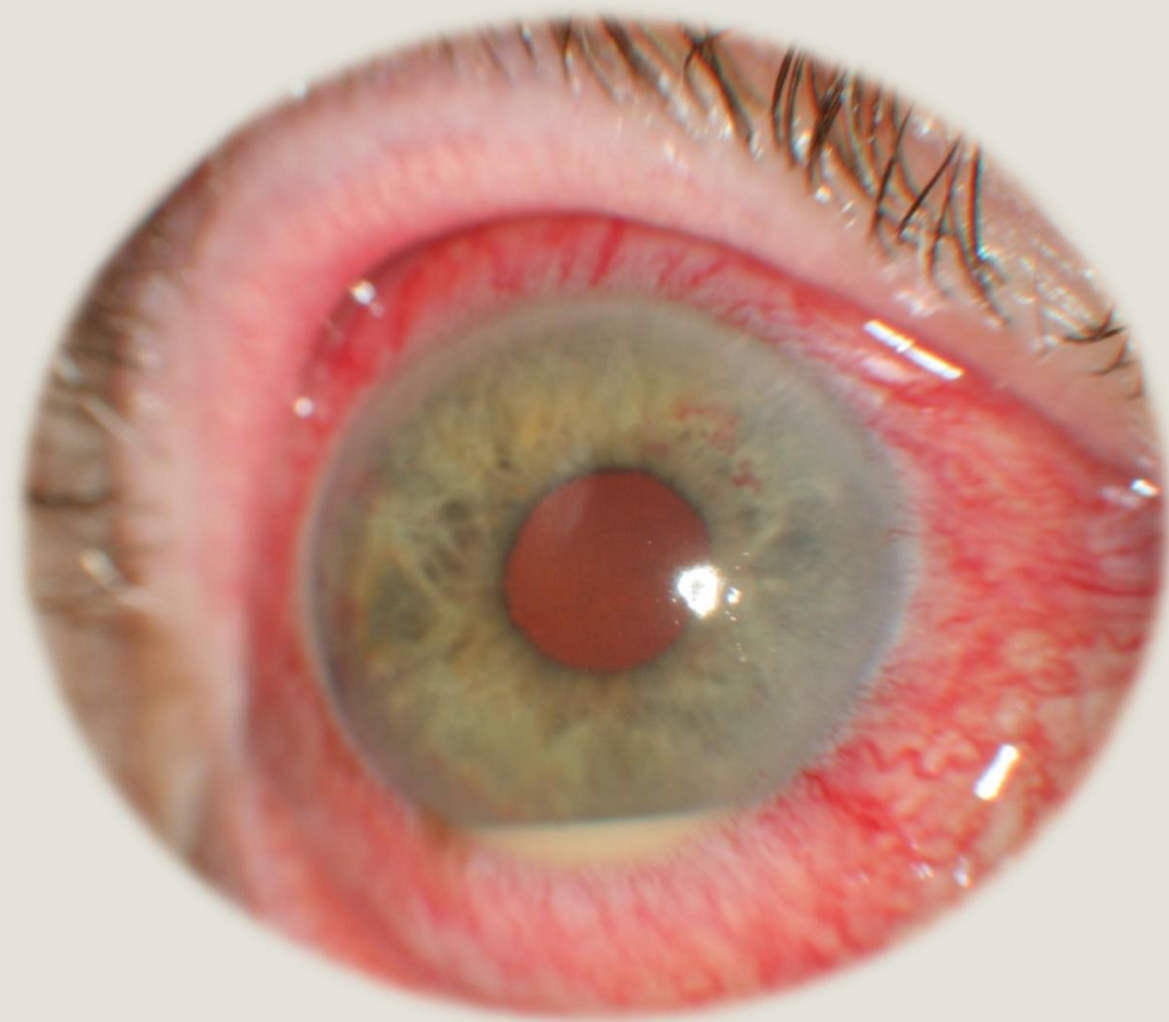
Risque endophtalmie √ par 5

Recommandations sur l'antibioprophylaxie en chirurgie :  
De la **Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR)**  
Et de la **Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF)**

(1) Étude sur 7 316 077 chirurgies de la cataracte en France, entre 2009 et 2018 (Étude big-data de Dijon, Baudin et al. 2018)




## ENDOPHTALMIE Après effraction oculaire



### CG + dans 94 %

- Le plus souvent Staph coag – (70 %)
- Puis Staph aureus (9,9 %) et streptocoque

	Voie systémique	Local
DG BIOLOGIQUE		Prélèvement humeur aqueuse et vitré
TRAITEMENT	Systémique selon les cas IMIPÉNEM	IVT Vancomycine + ceftazidime 
Prise en charge en infectiologie		NON

IVT : Injection intra Vitréenne

# Infections INTRA oculaires

---

## Symptômes communs

Baisse visuelle +/- rougeur, douleur

### CONTEXTE d'EFFRACTION OCULAIRE

Post injection Intra **Vi**Tréenne : **IVT**

Post chirurgie oculaire

Post plaie oculaire

≠

### Absence d'EFFRACTION OCULAIRE

Tableau d'inflammation oculaire : UVÉITE

Est-ce une infection ?

*Infections : parasitaires, bact, virales, mycotiques*

# Infection INTRA oculaire

## Symptômes communs

Baisse visuelle +/- rougeur, douleur

### CONTEXTE d'EFFRACTION OCULAIRE

Post injection Intra **Vi**Tréenne : **IVT**

Post chirurgie oculaire

Post plaie oculaire

≠

### Absence d'EFFRACTION OCULAIRE

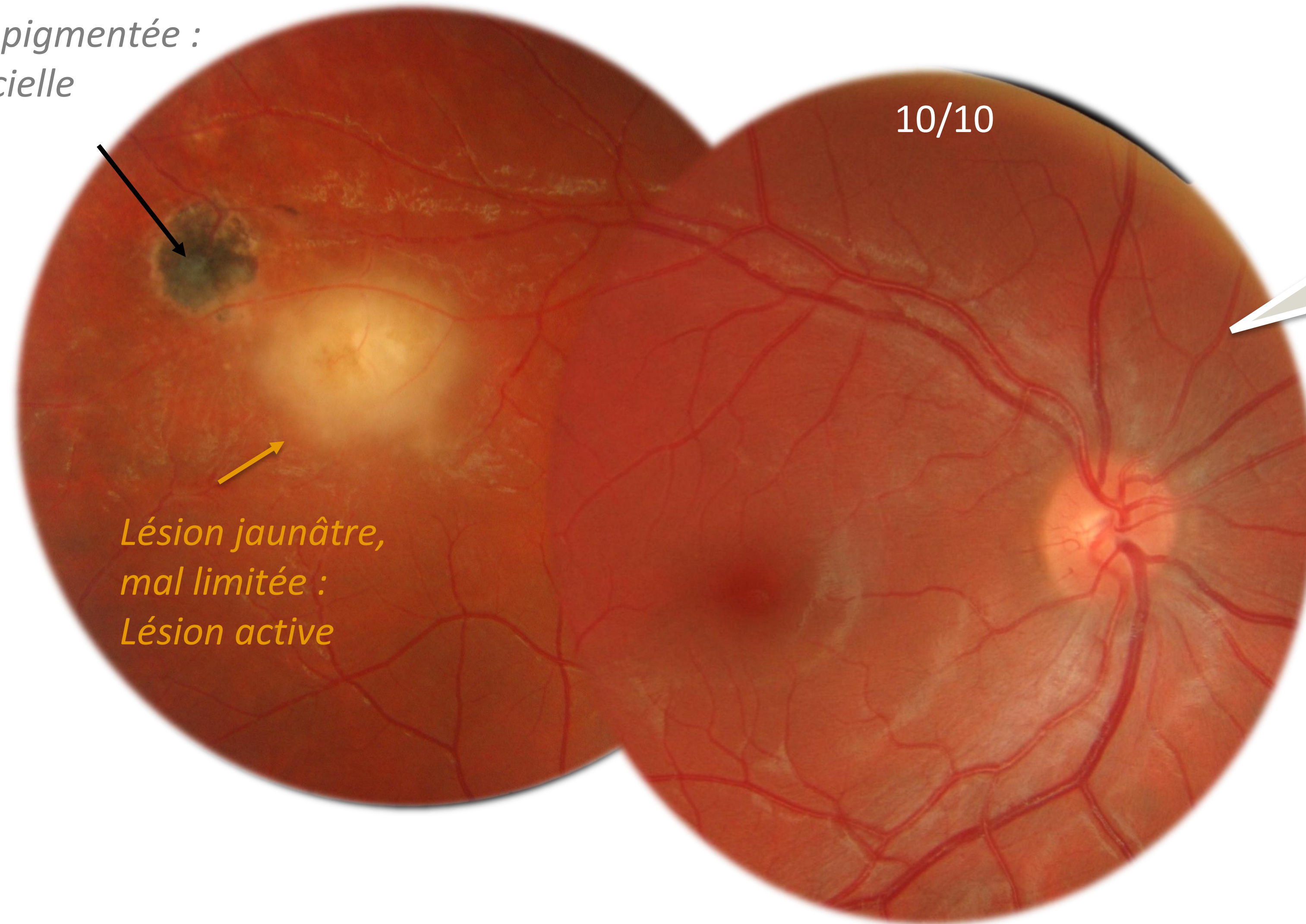
Tableau d'inflammation oculaire : UVÉITE

Est-ce une infection ?

Infections : **PARASITAIRES**, bact, virales, mycotiques

# TOXOPLASMOSE chorio rétinienne

Lésion pigmentée :  
cicatricielle



Lésion jaunâtre,  
mal limitée :  
Lésion active

10/10

Mme M, 20 ans  
Aucun ATCD  
Cs en urgence pour  
myodésopsies

- Pathologie de l'immuno  
compétent ou de  
l'immunodéprimé ?

IMMUNO COMPÉTENT  
Pas de recherche de déficit  
immunitaire

- Pathologie **acquise**  
dans 2/3 des cas

## TRAITEMENT

AZITHROMYCINE 250 mg/j

Ou SULFADIAZINE 2 cp x 4/j

+

PYRIMÉTHAMINE 50 mg/j

(Malocide<sup>®</sup> en rupture de stock depuis 2023)

ou DARAPRIM 25 mg/j

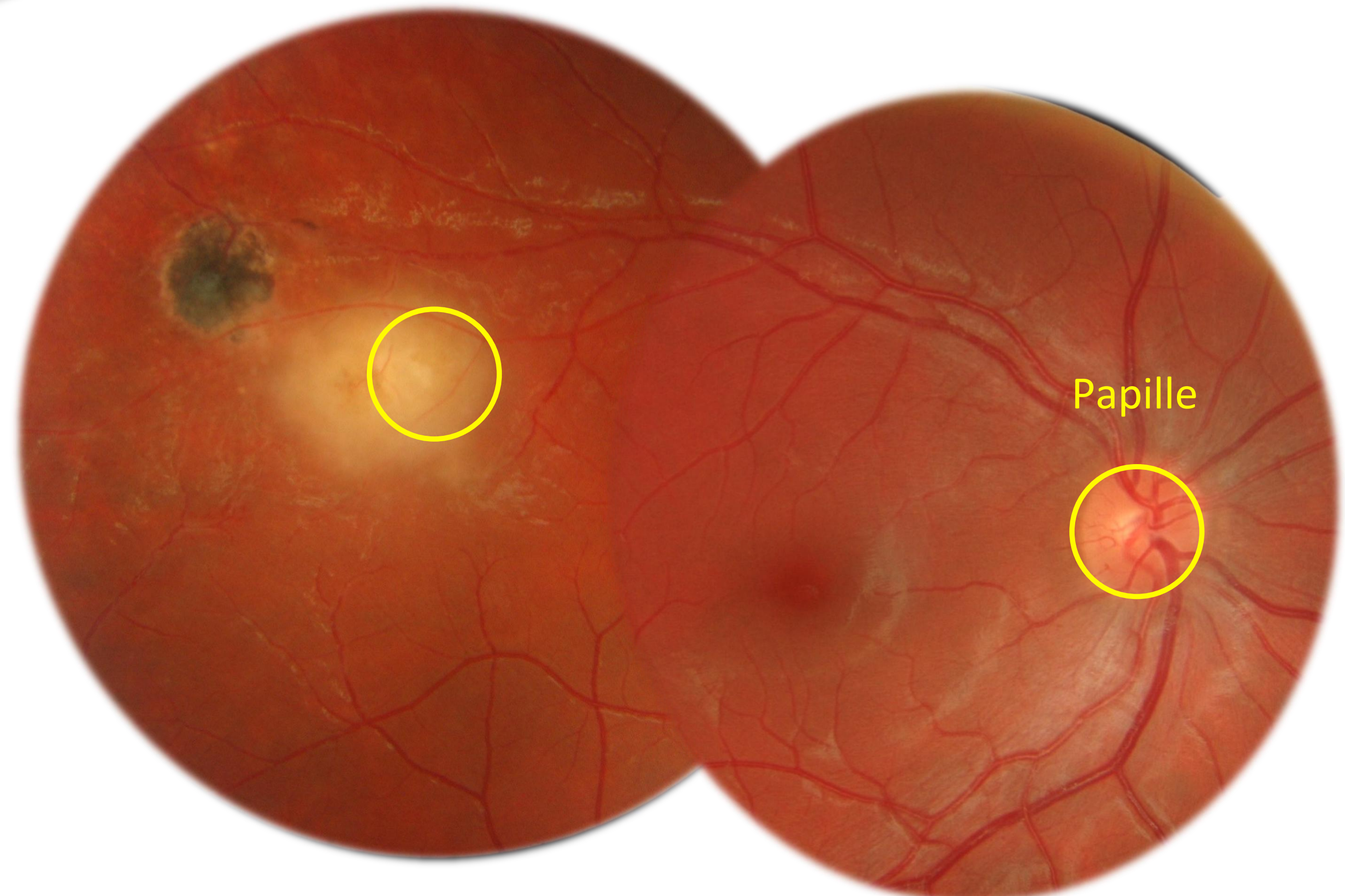
+

+ Acide folinique 5 mg/j

3 à 4 sem de traitement  
par surface papillaire

Toxidermie, Sd Lyell - Anémie, thombopénie, neutropénie

Anémie, thombopénie, neutropénie



Sous ce traitement :

AZITHROMYCINE 250 mg/j  
PYRIMÉTHAMINE 50 mg/j  
Acide folinique 5 mg/j



Évolution favorable



*Examen initial*



*A 3 semaines du traitement*  
*Lésion cicatricielle*  
*Thrombopénie*

Quels sont les 2 facteurs de sévérité ?

# Sévérité fonction de la LOCALISATION de la lésion par rapport ...

## La MACULA

---

Foyer proche de la macula

10/10



Foyer dans la macula

< 1/10



## Au NERF OPTIQUE

---

Foyer papillaire : nerf optique

< 1/10



FOYER PÉRIPHÉRIQUE : de la macula, loin du nerf optique

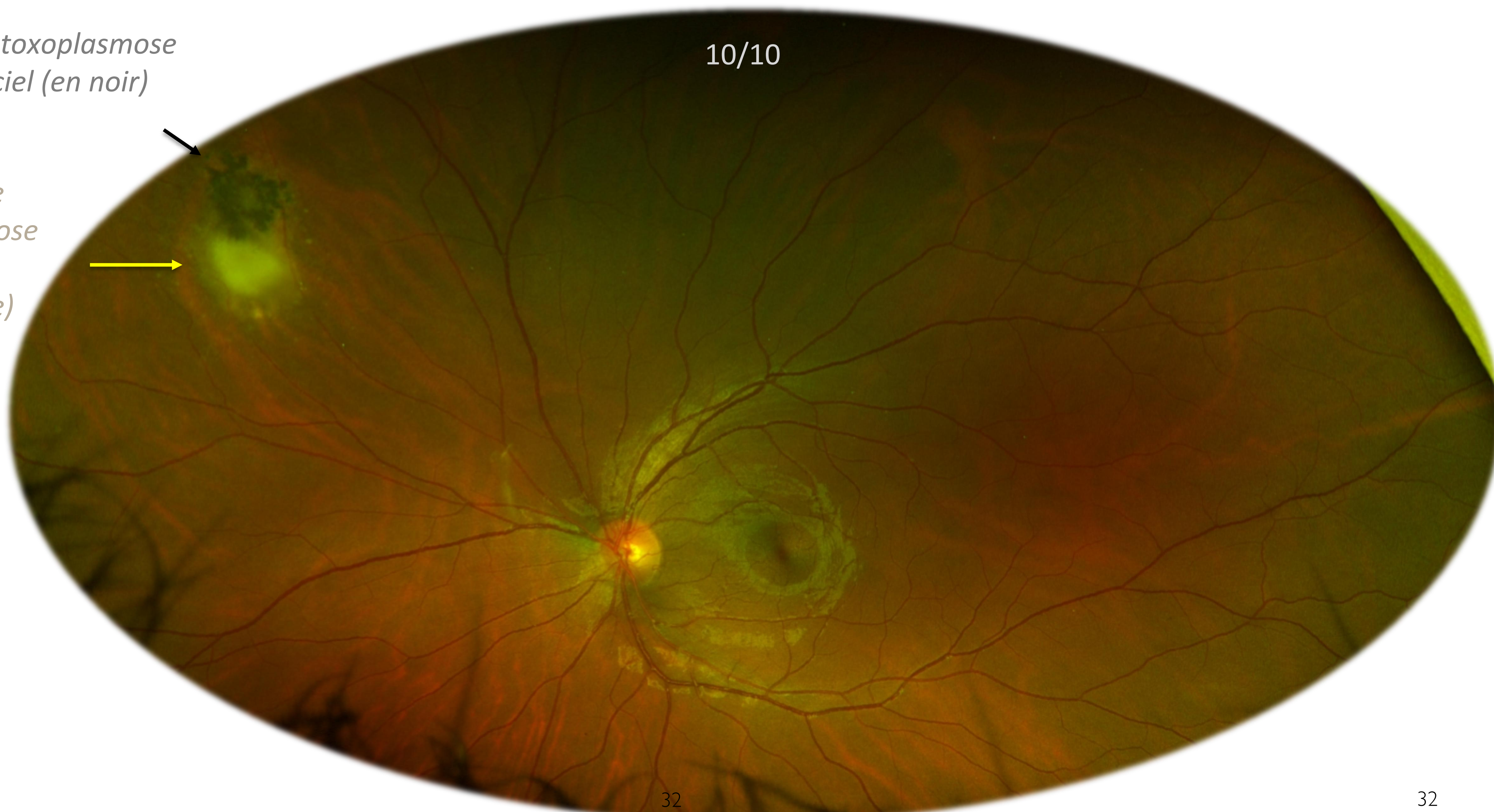
*Foyer de toxoplasmose  
cicatriciel (en noir)*



*Foyer de  
toxoplasmose  
actif  
(en jaune)*



10/10



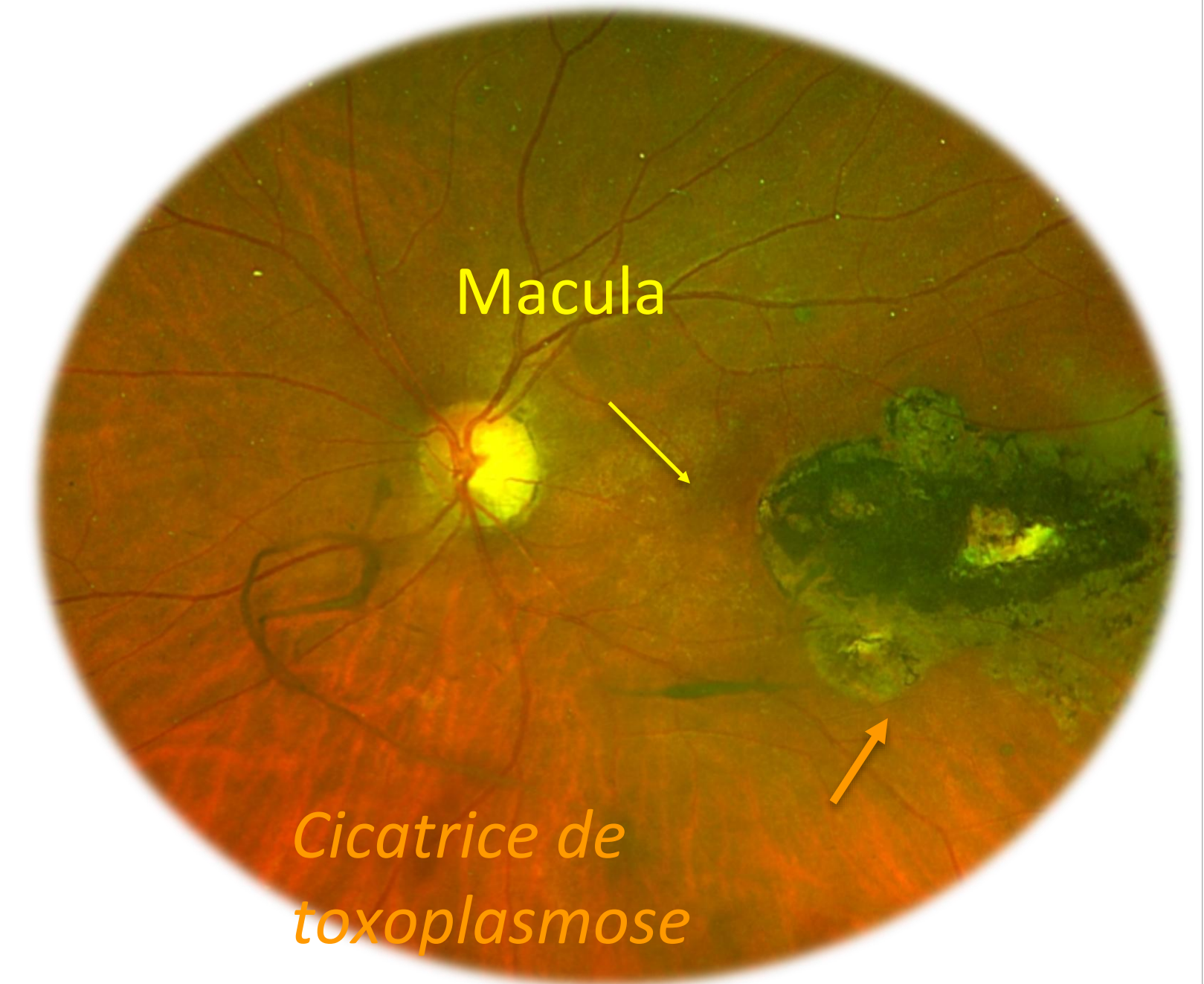
# Sévérité fonction de l'état immunitaire

Mme G, 50 ans  
Sd Ac antio phospholipide,  
lupus, purpura thrombopénique  
ATCD toxoplasmose oculaire

Vision normale



Vision de la patiente



Lésion cicatricielle de toxoplasmose de grande taille ➡ atteinte du champ visuel

Traitement

HYDROXYCHLOROQUINE

AZATHIOPRINE

PREDNISONNE 5 mg

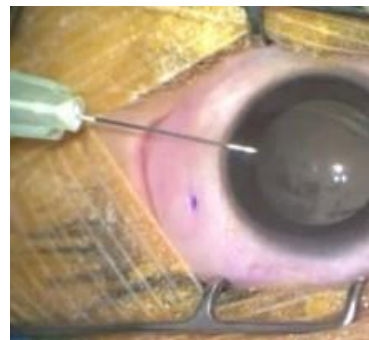
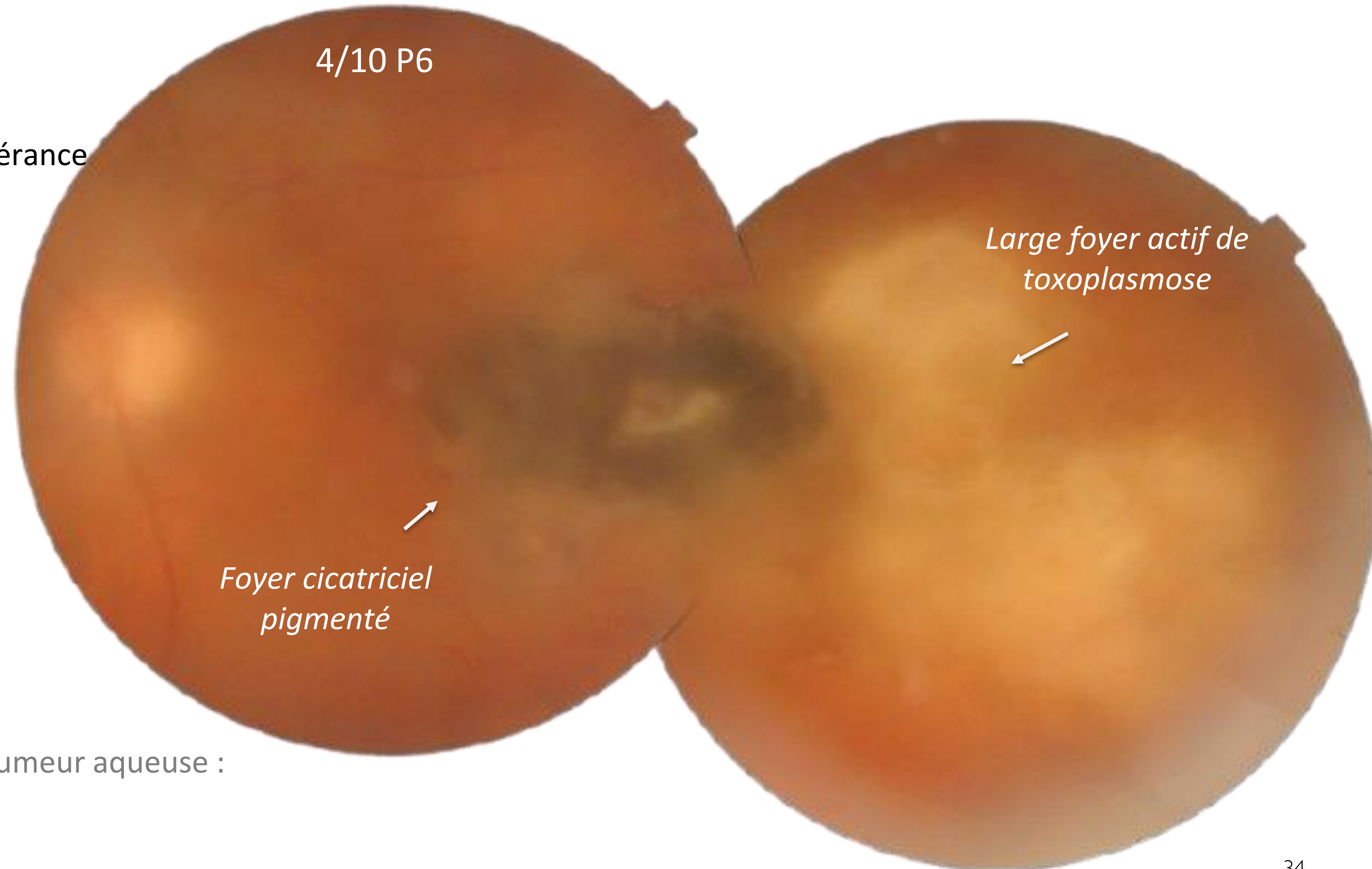
Allergie

MACROLIDES

SULFADIAZINE

PYRIMÉTHAMINE

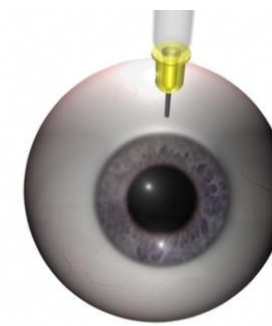
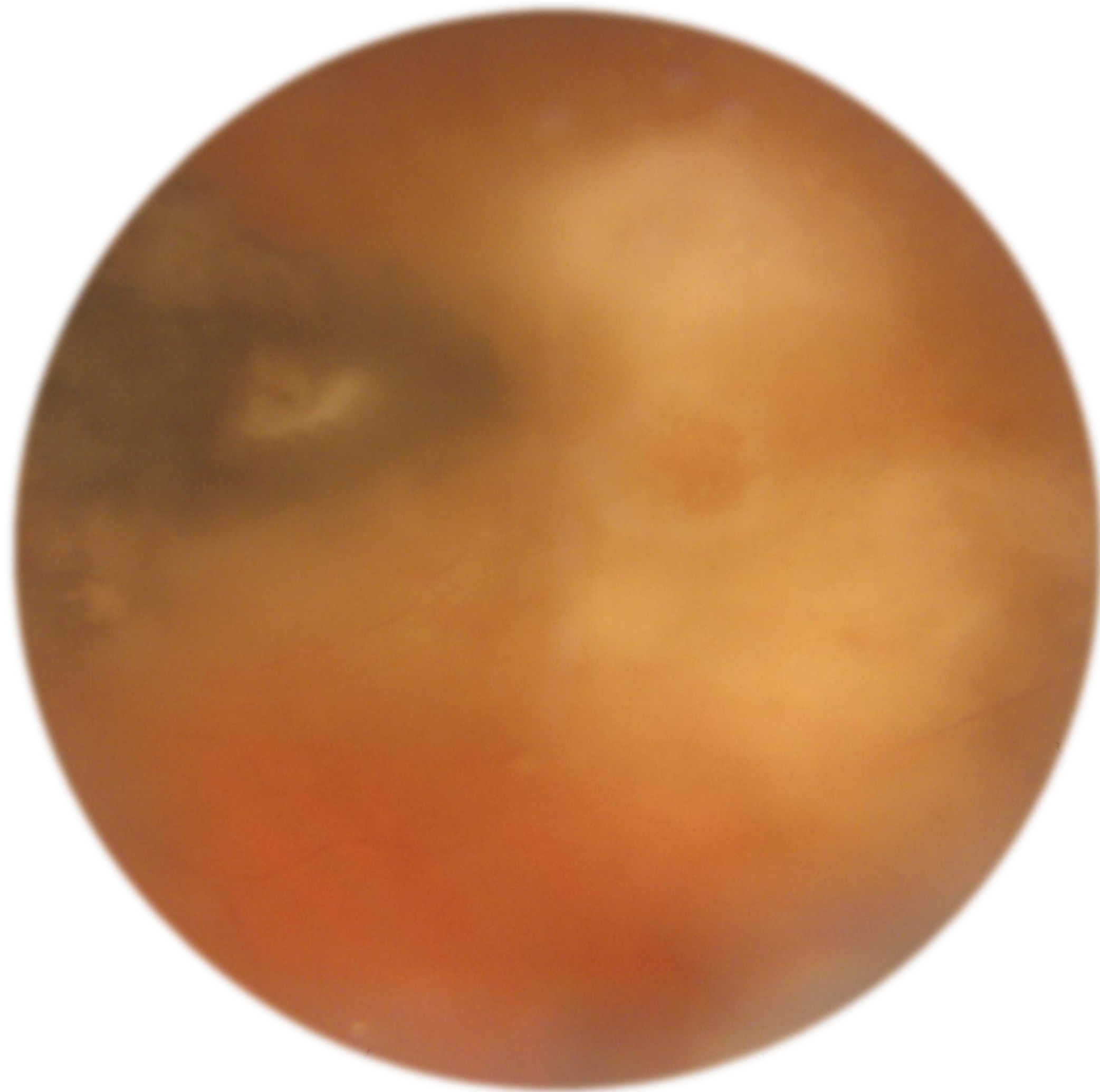
CLINDAMYCINE per os :  
échec thérapeutique, intolérance



Prélèvement humeur aqueuse :

- PCR Virale -
- PCR Toxo +

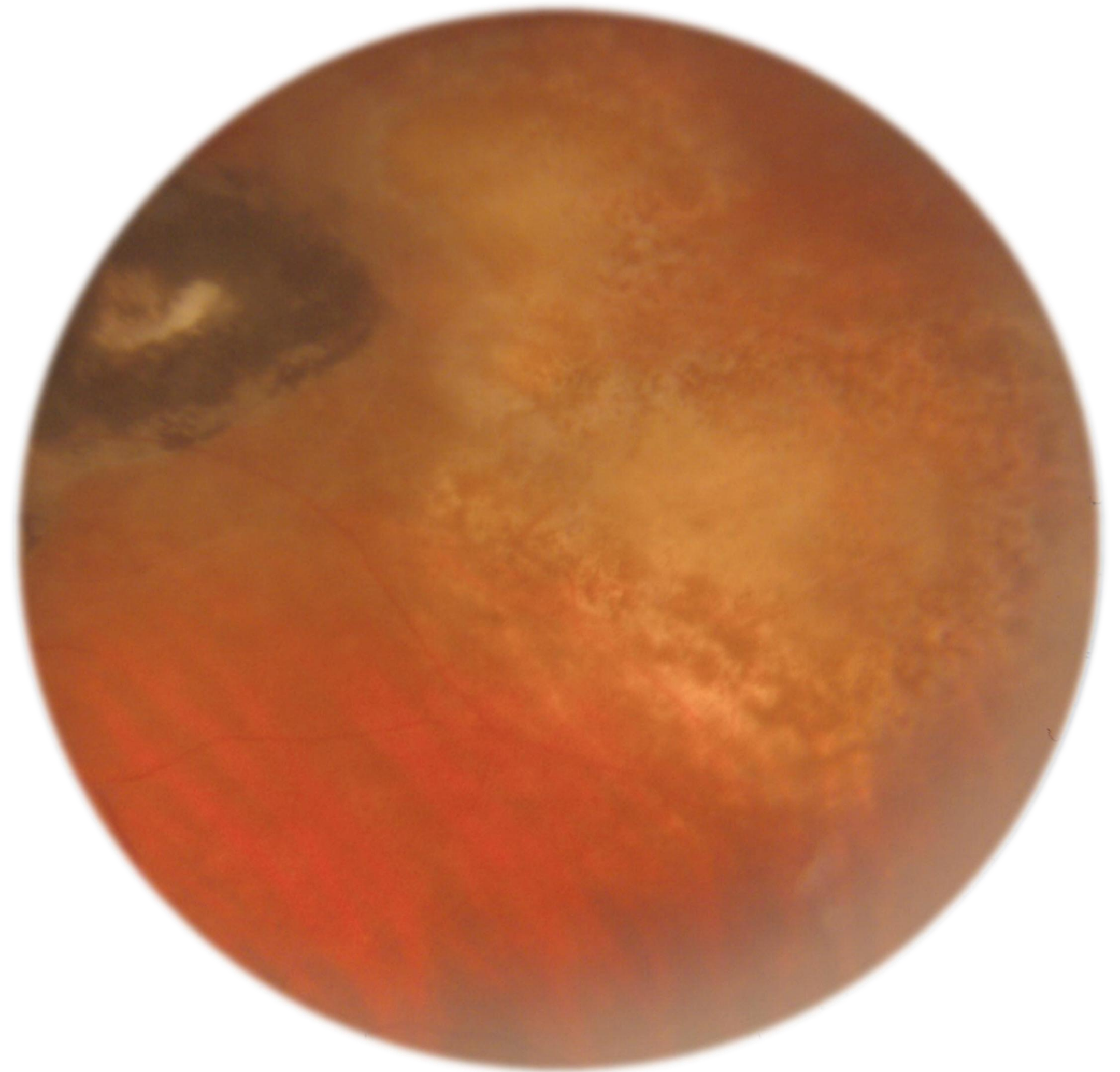
Avant injection intra vitrénne



*Clindamycine*  
1 mg / 0,1 ml  
3 injections

*Bétaméthasone*  
(Célestène®)  
2 injections

Après injection intra vitrénne



# TOXOPLASMOSE CHORIO RÉTINIENNE – Traitement général ou local ?



# TOXOPLASMOSE CHORIO RÉTINIENNE – Problème des récurrences

M. D, 21 ans  
Aucun ATCD  
Cs en urgence pour  
myodésopsies

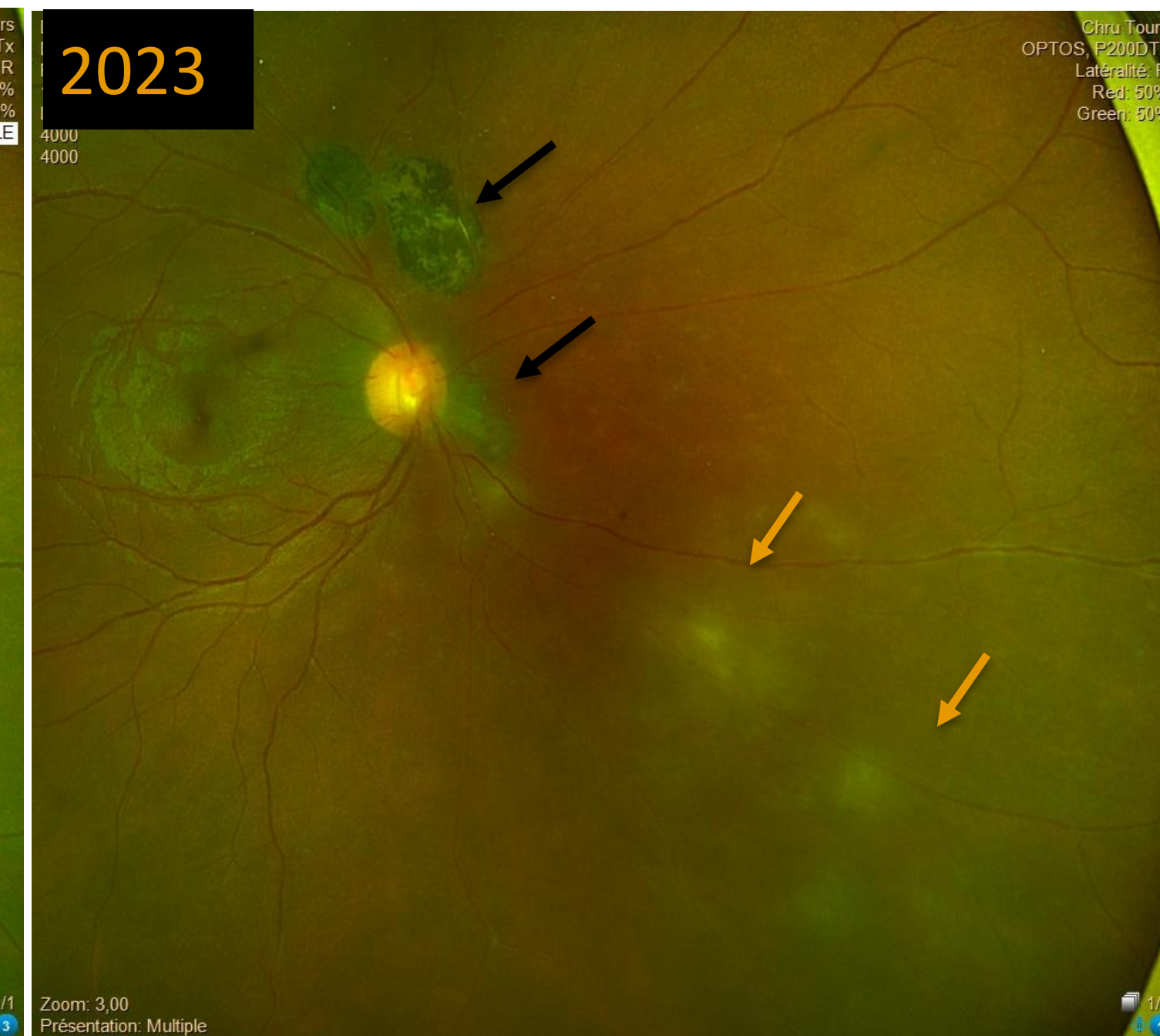
Lésion active ↙

Cicatrices ↙

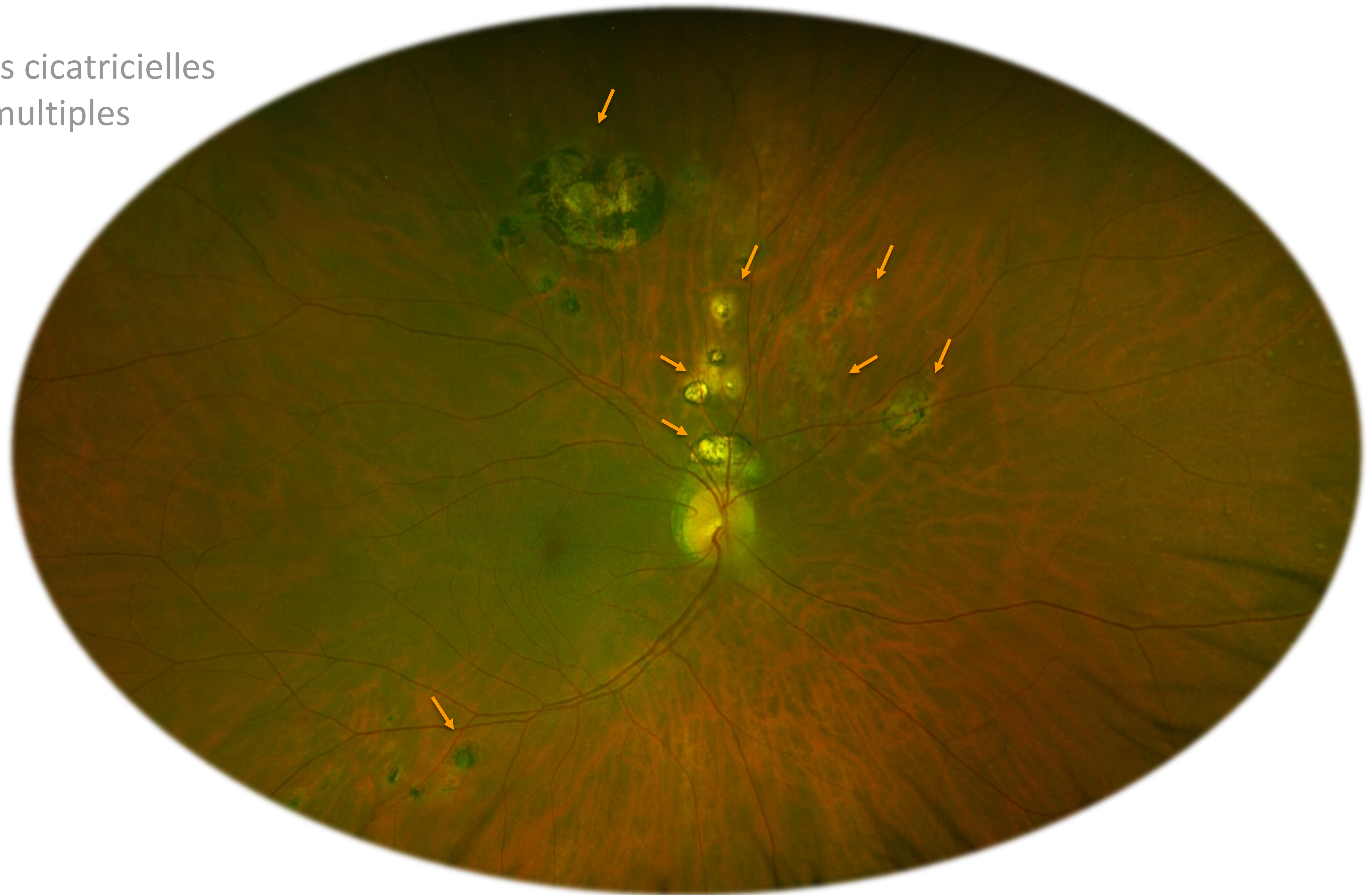
## RÉCIDIVES

- Risque maximal : 26 % dans l'année suivant la dernière poussée
- Diminution du risque ensuite

Chaque nouvelle lésion ⇔ cicatrice

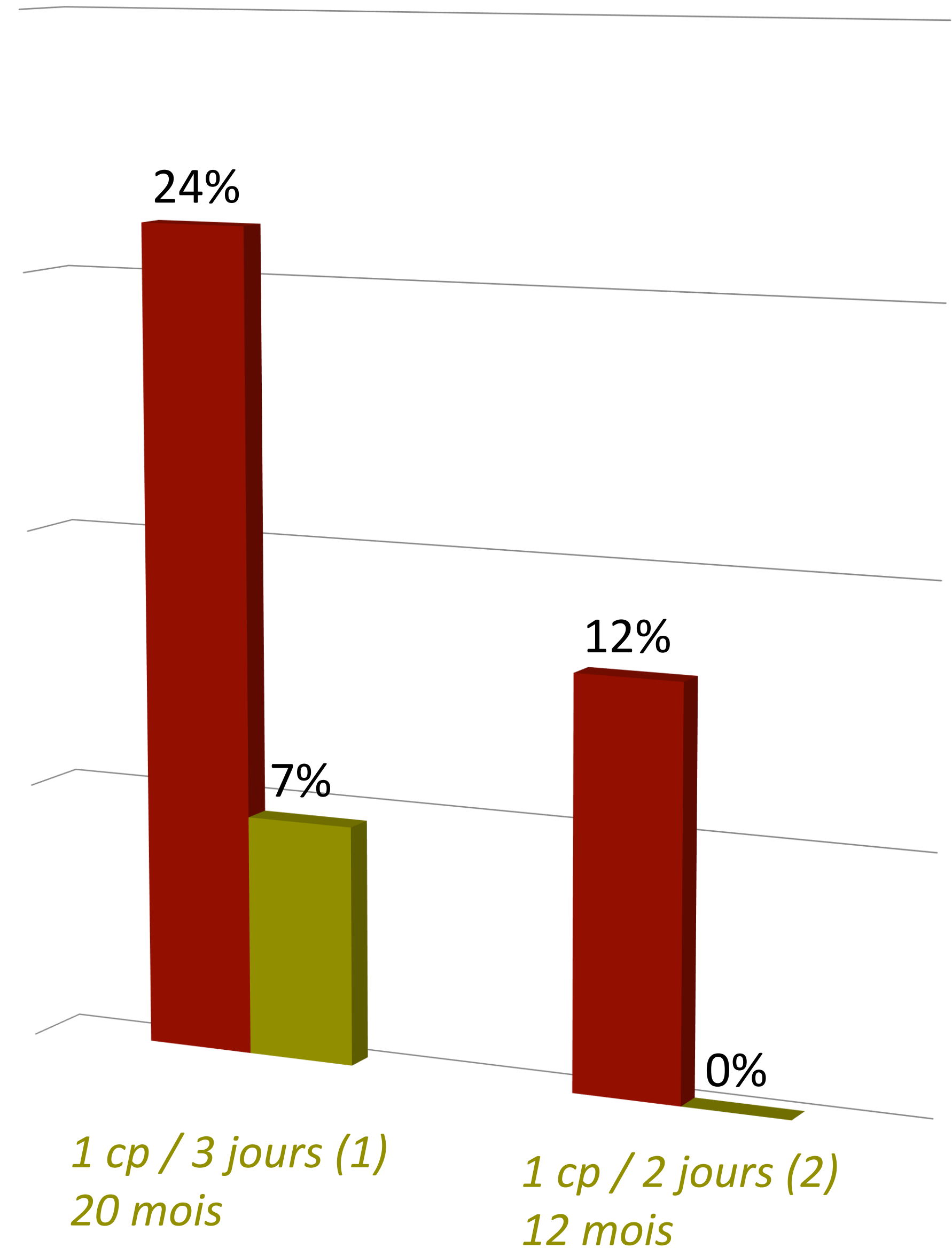
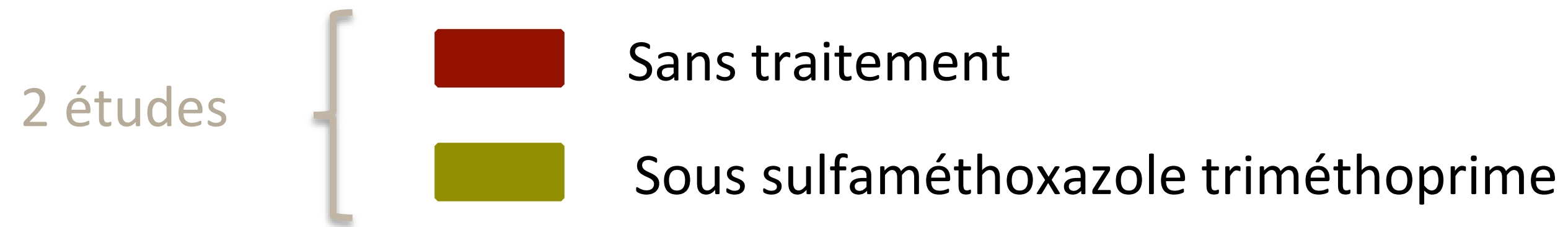


Lésions cicatricielles multiples



# Traitement préventif des récurrences de toxoplasmose choro rétinienne ?

Sulfaméthoxazole + Triméthoprime



(1) Silveira et al. Am J Ophthalmol 2002

(2) Felix et al. Am J Ophthalmol 2014



## TOXOPLASMOSE CHORIO RÉTINIENNE



	Voie systémique	Local
DG BIOLOGIQUE	Sérologie : éventuelle	PCA : si doute
TRAITEMENT Non systématique	Systemique - AZITHROMYCINE - PYRIMETHAMINE	IVT selon les cas CLINDAMICINE
Prise en charge en infectiologie		NON



PCA : Prélèvement d'humeur aqueuse  
IVT : Injection intra Vitréenne

# Infection INTRA oculaire

## Symptômes communs

Baisse visuelle +/- rougeur, douleur

### CONTEXTE d'EFFRACTION OCULAIRE

Post injection Intra **Vi**Tréenne : **IVT**

Post chirurgie oculaire

Post plaie oculaire

≠

### Absence d'EFFRACTION OCULAIRE

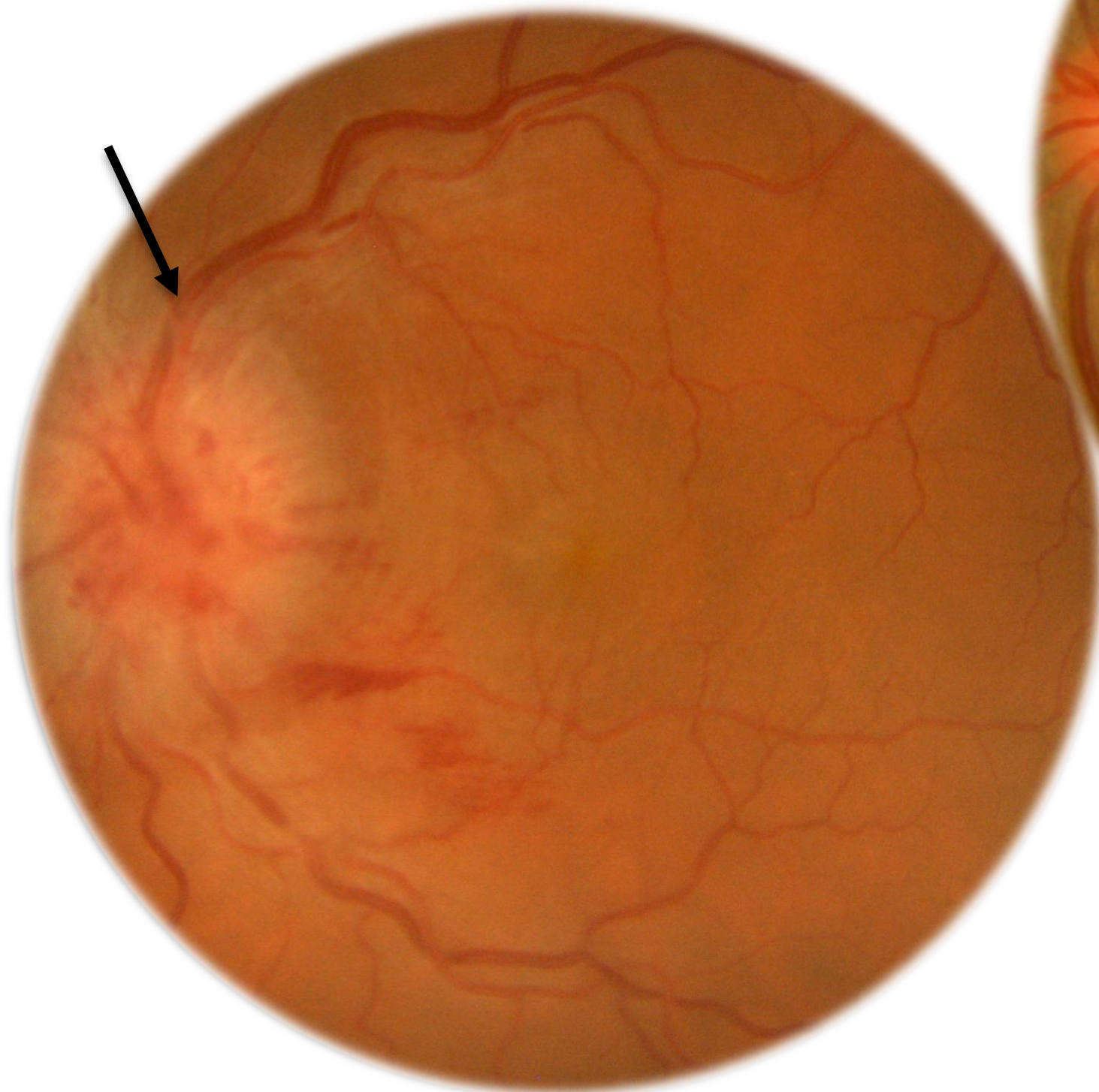
Tableau d'inflammation oculaire : UVÉITE

Est-ce une infection ?

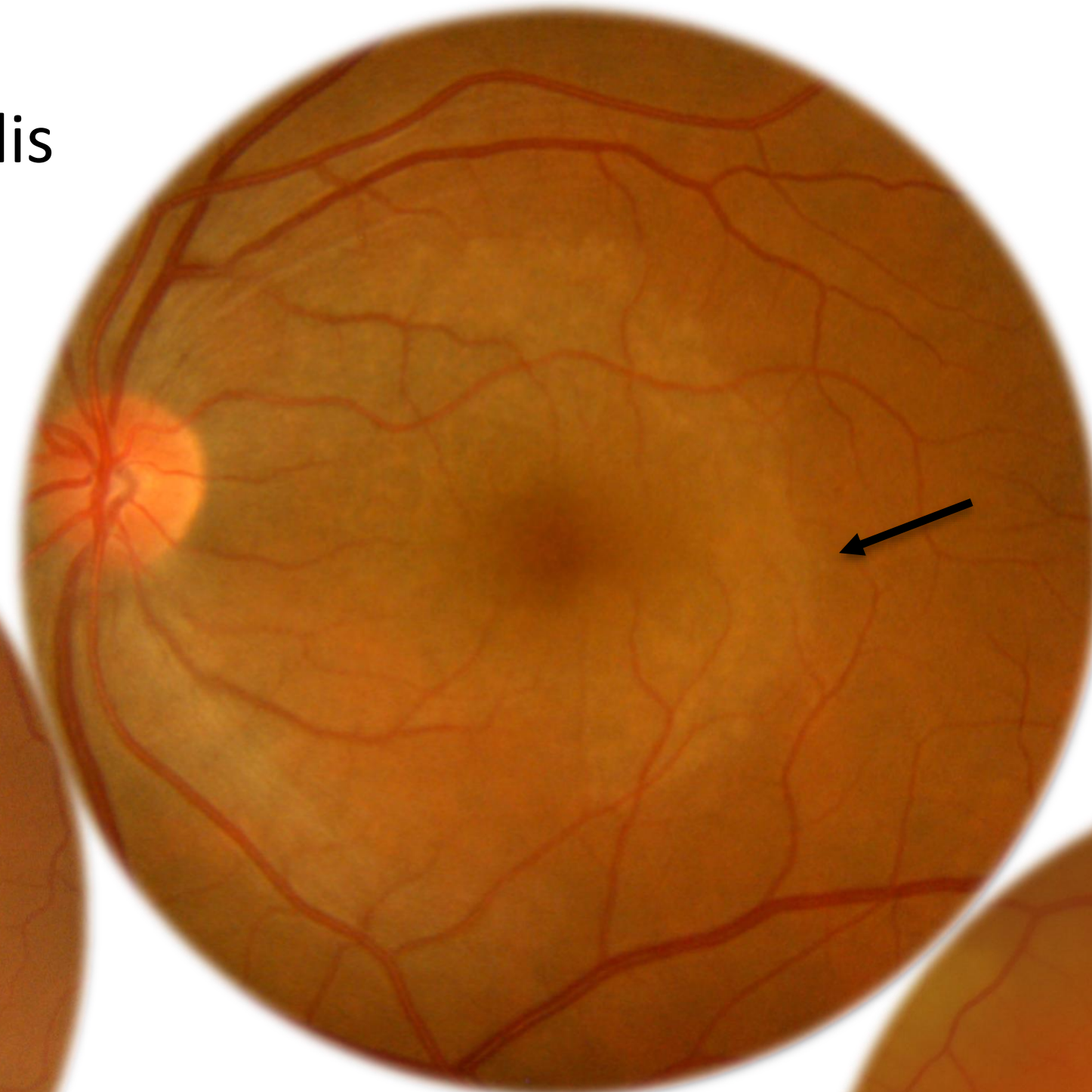
*Infections : parasitaires, **BACT**, virales, mycotiques*

# Infections intra oculaires bactériennes (1/3) : SYPHILIS

Prise en charge conjointe avec les infectiologues : neuro syphilis



*M. M -30 ans*



*M. M - 44 ans*



*M. M - 38 ans*



*M. P - 58 ans*

# Infections intra oculaires bactériennes (2/3) : TUBERCULOSE – 3 tableaux

## TUBERCULOSE confirmée : 1<sup>er</sup> tableau

Inflammation TB oculaire  
avec du BK dans l'œil

Tubercules choroidiens de Bouchut

Manifestation la plus caractéristique des  
uvéites postérieures tuberculeuse  
Contexte tuberculose miliaire, généralisée

Rare en France



*Gupta et al. Intra ocular tuberculosis-an  
update.  
Surv Ophthalmol 2007.*

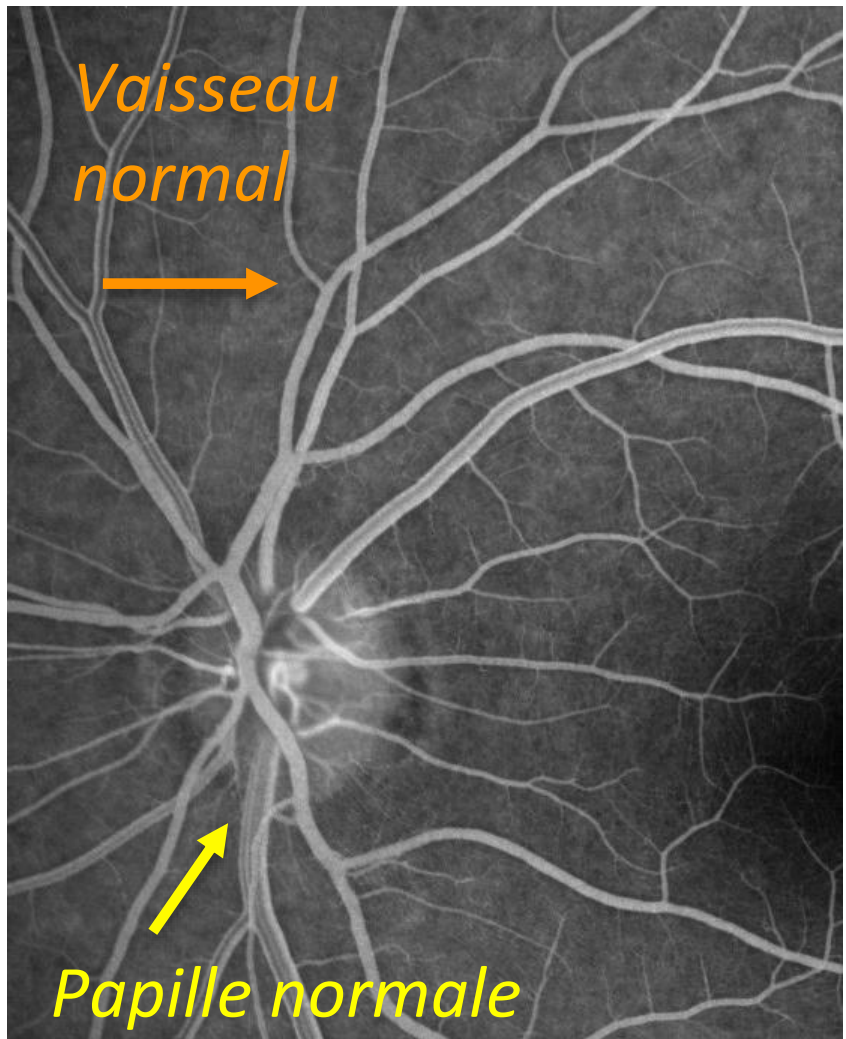
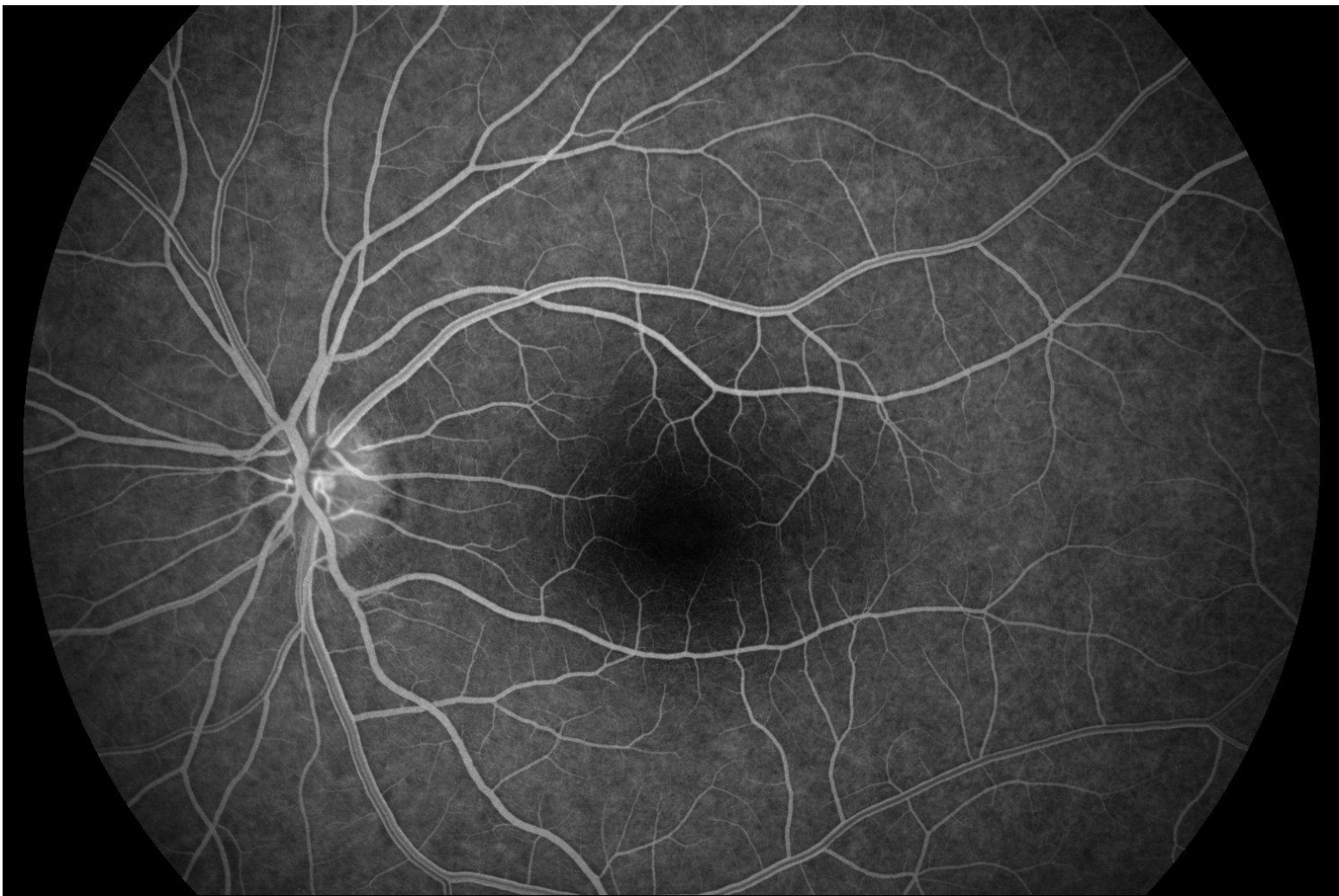
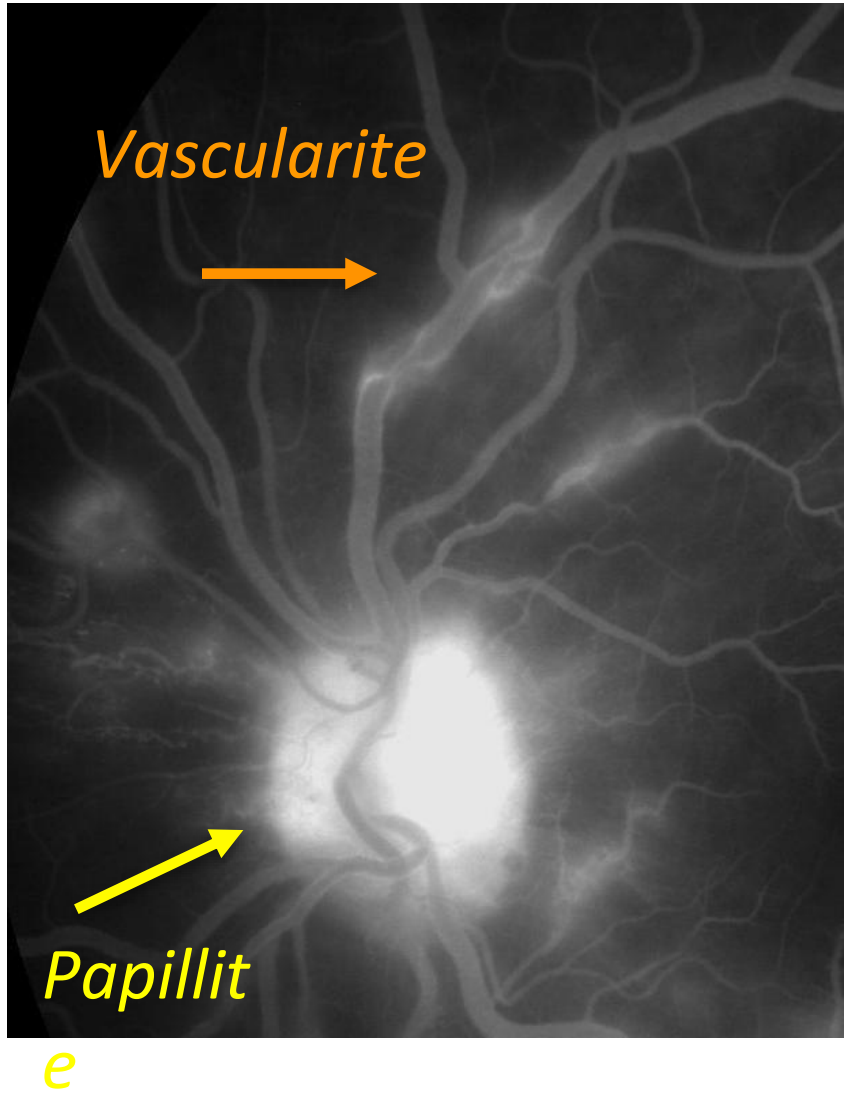
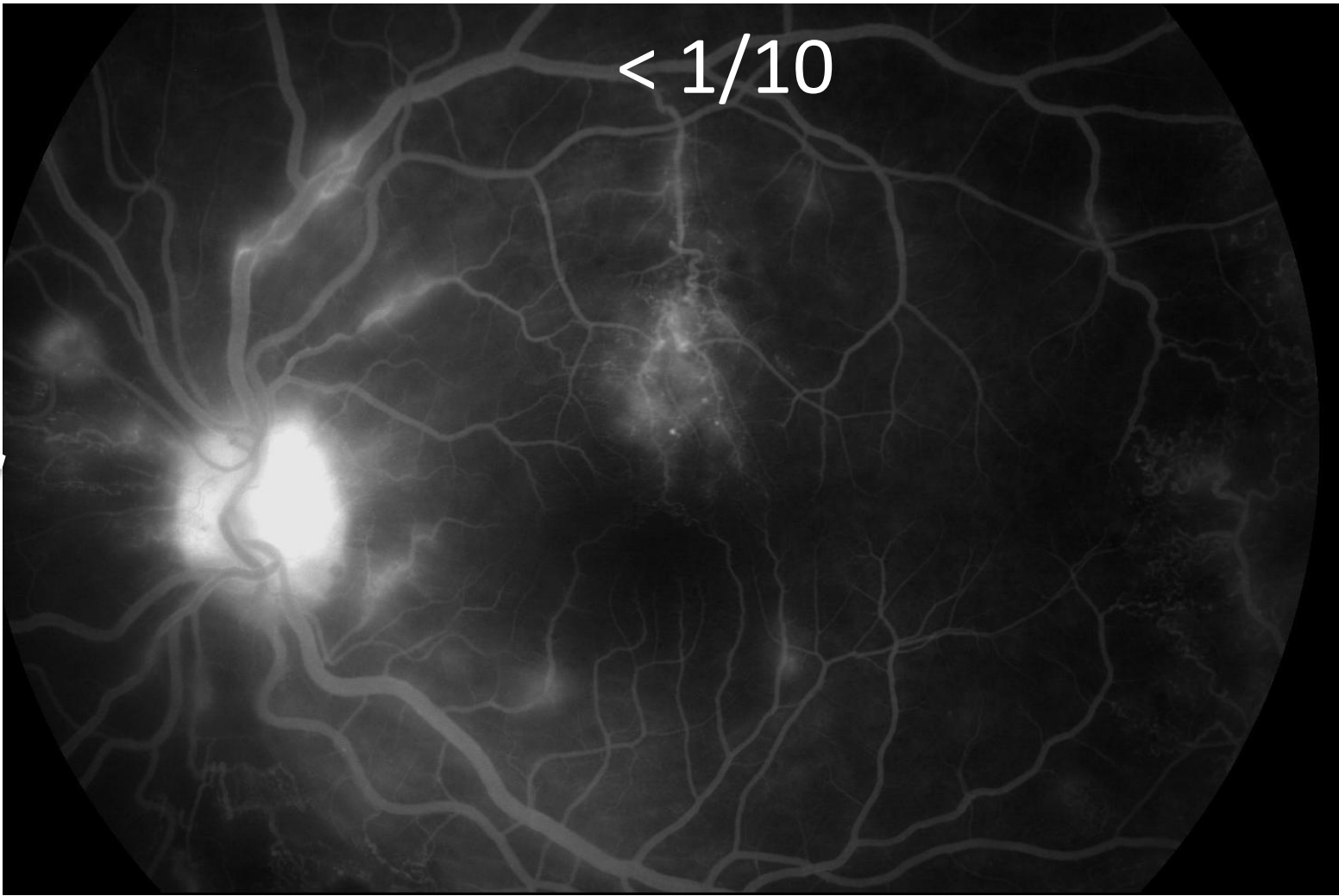
# TUBERCULOSE probable : 2è tableau

Mme N, 20 ans  
Urgence : baisse visuelle depuis 2 mois  
Amaigrissement récent 10 kg

En France depuis 5 ans, Originaire du Gabon  
Père : Tuberculose il y a 3 ans

**TUBERCULOSE**  
**GANGLIONNAIRE et URINAIRE**  
Révélée par une PAN UVÉITE BILATÉRALE

Inflammation TB oculaire  
SANS BK dans l'œil



Angiographie normale

TUBERCULOSE présumée : 3è tableau

M B, 35 ans  
*Cs en urgence :  
baisse visuelle  
bilatérale*

3/10 – Examen initial

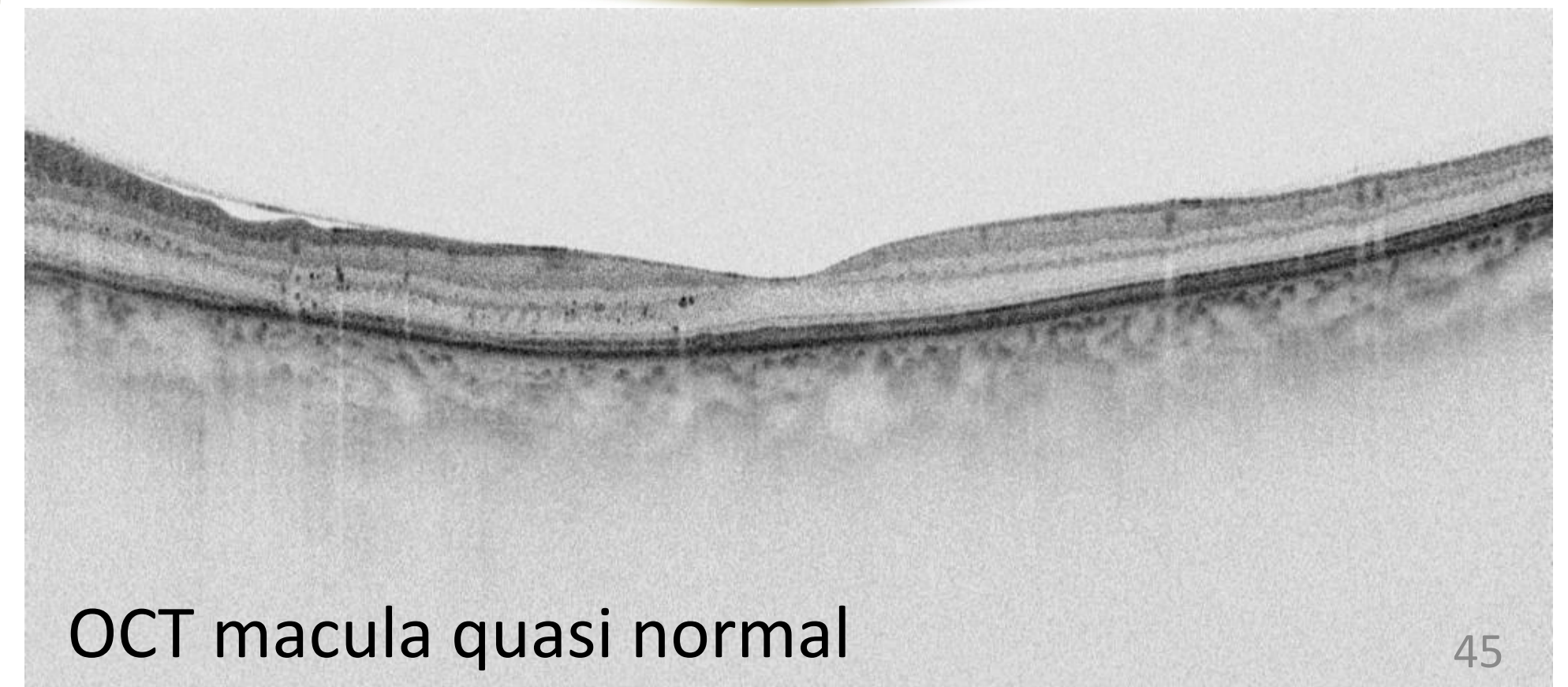
À 3 mois 10/10

Bilan  
Quantiféron +  
Absence de BK

TUBERCULOSE  
oculaire PRÉSUMÉE

TT anti BK  
+ CTC

Puis  
METHOTREXATE





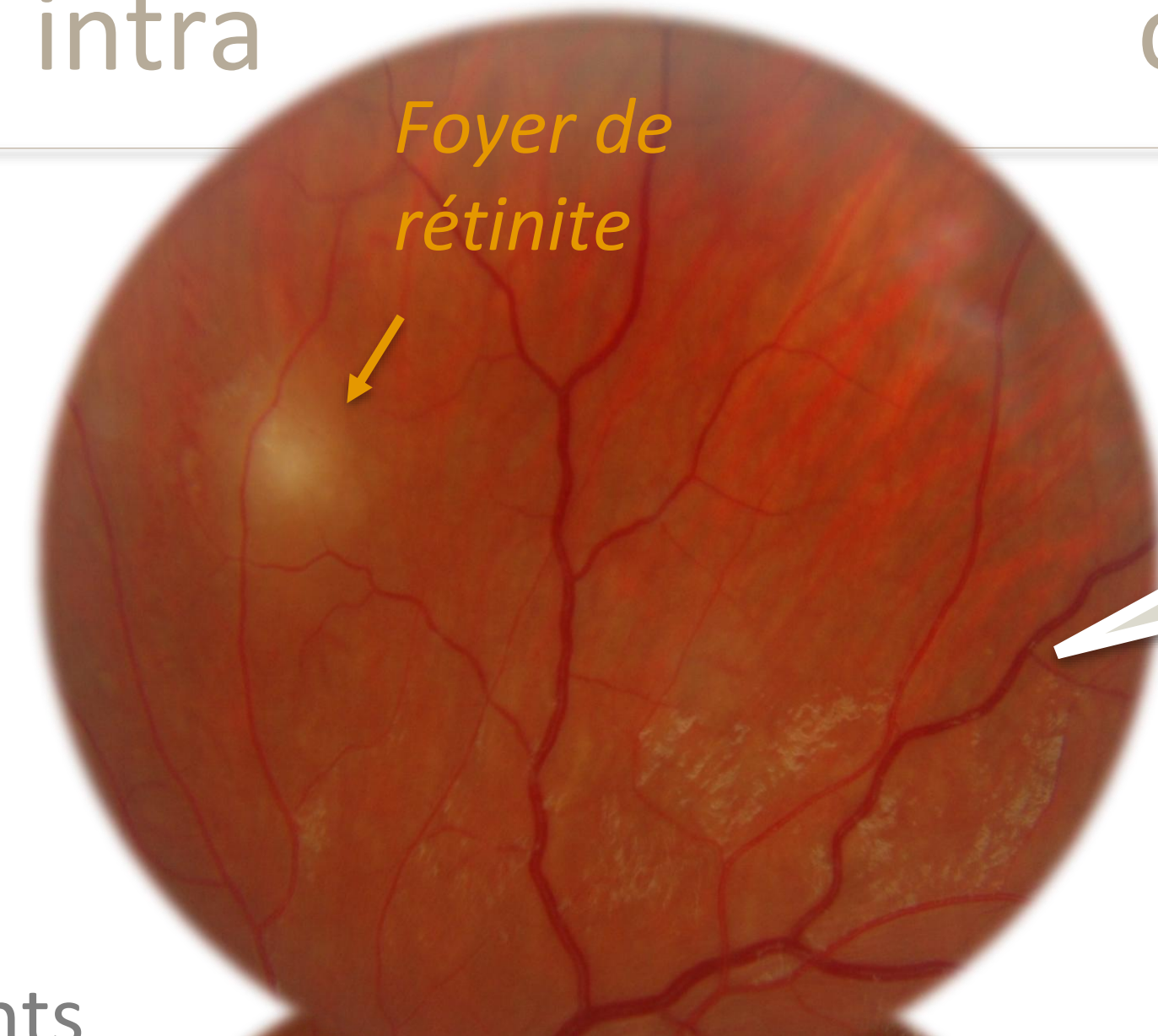
## TUBERCULOSE

Uvéite et Quantiféron +



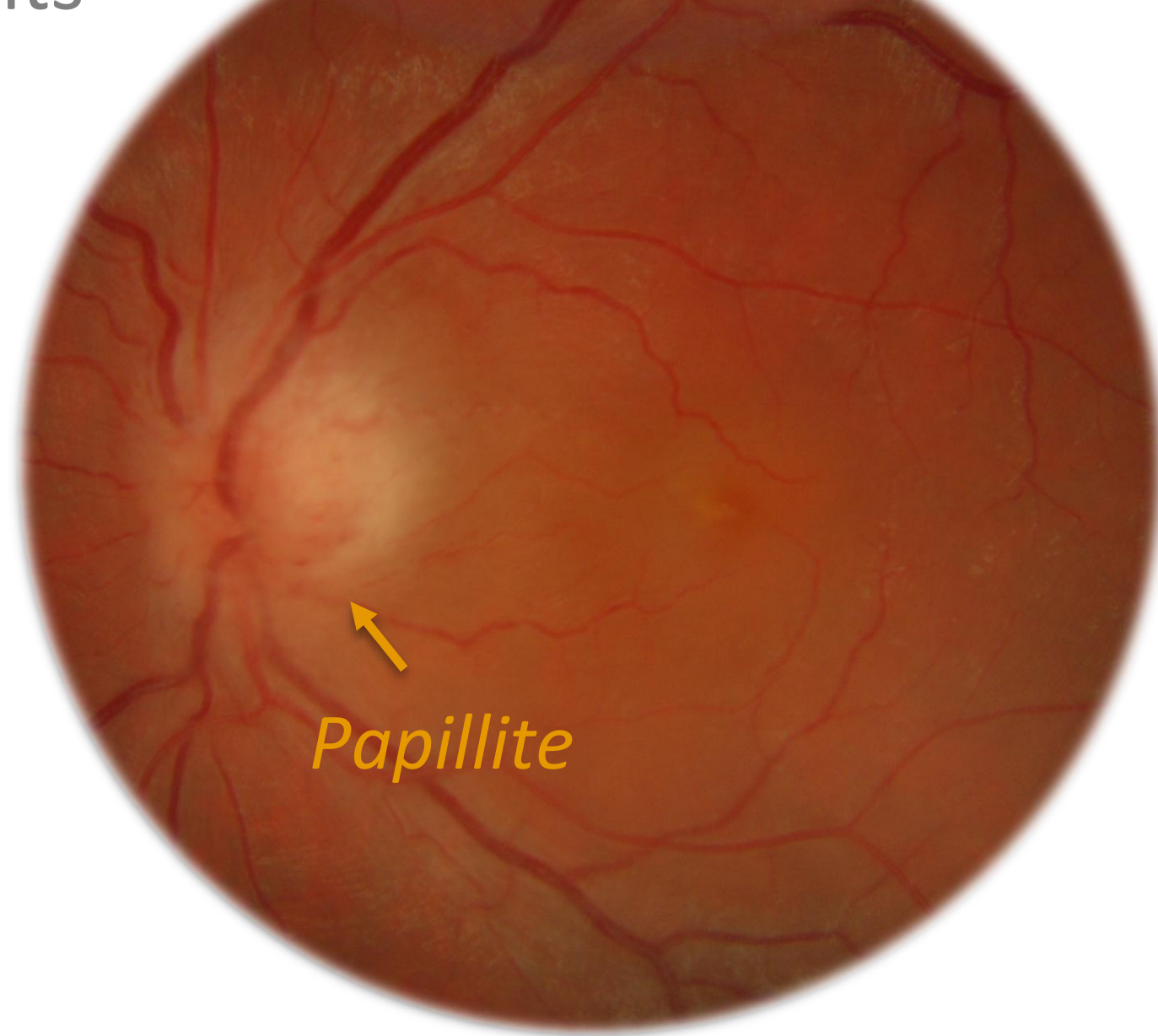
TB confirmée	TB probable	TB possible
BK ds l'œil	Pas de BK ds l'œil	Pas de BK ds l'œil
Atteinte prouvée extra oculaire	Atteinte prouvée extra oculaire	Absence d'atteinte extra oculaire
TT anti BK (év CTC)	TT anti BK (év CTC)	TT anti BK à discuter (CTC ; voir IS)

Prise en charge conjointe avec infectiologue



M B, 24 ans  
Cs en urgence :  
baisse visuelle  
gauche

**NEURO RETINITE**  
Atteinte du nerf optique  
ET de la rétine



Examen initial

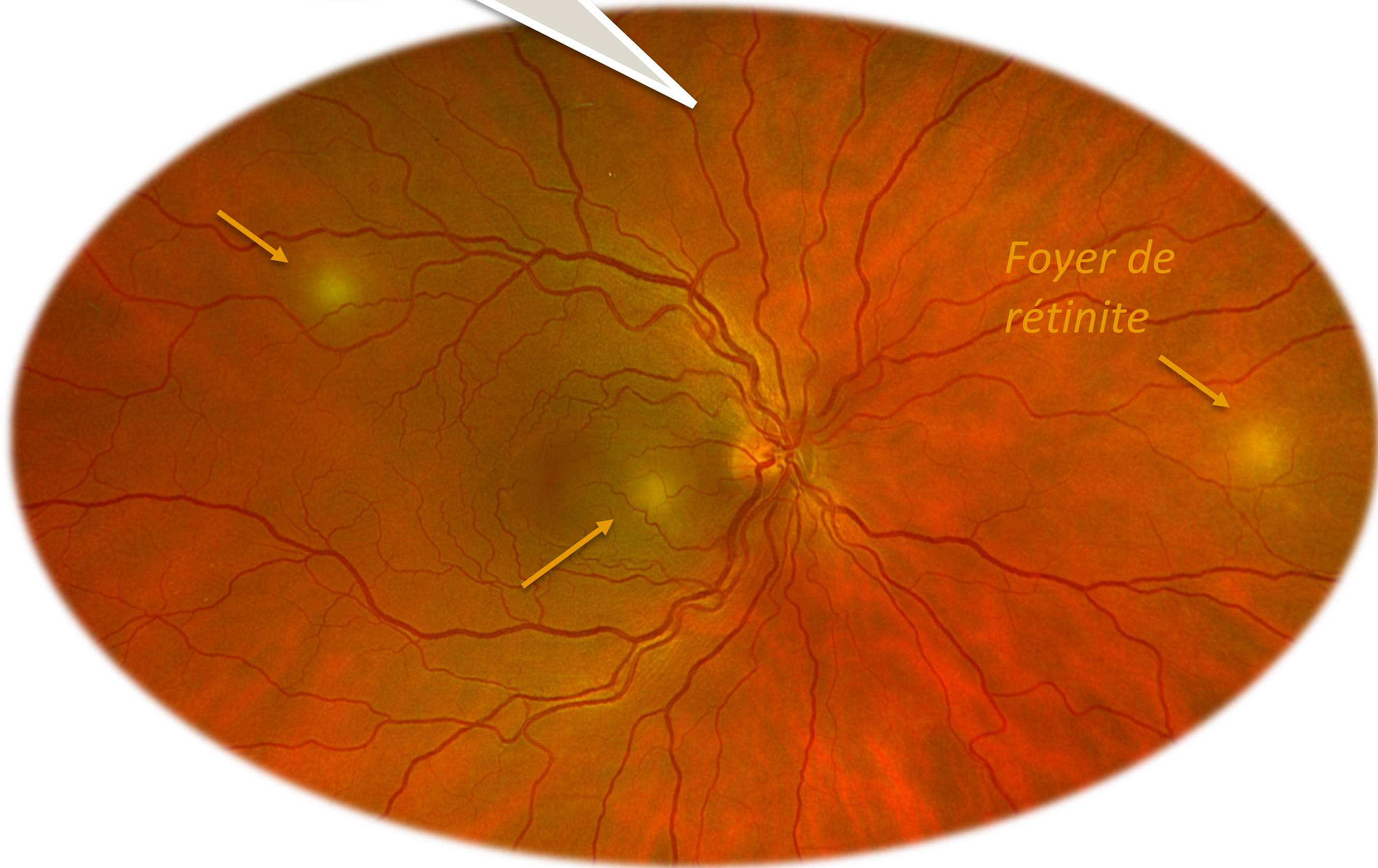
A 1 mois

A 6 mois

# BARTONELLOSE

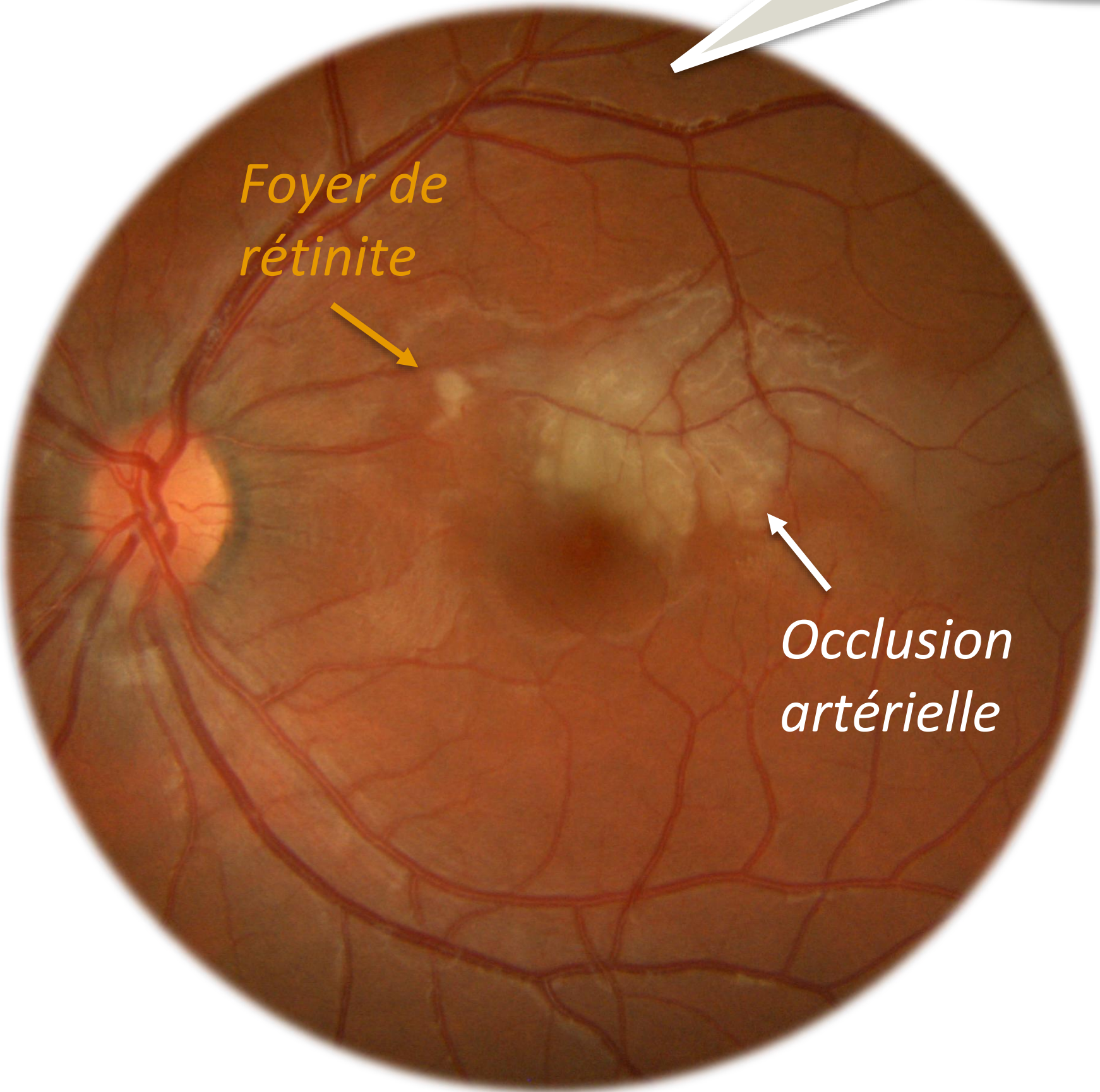
M H, 45 ans  
Cs en urgence :  
baisse visuelle droite

RÉTINITE



RÉTINITE avec  
occlusion artérielle

Mme V, 34 ans  
Cs en urgence :  
baisse visuelle gauche



Traitement non consensuel : *Macrolides Azithromycine - Fluoroquinolones - Cyclines (doxycycline)*

# Infection INTRA oculaire

## Symptômes communs

Baisse visuelle +/- rougeur, douleur

### CONTEXTE d'EFFRACTION OCULAIRE

Post injection Intra **Vi**Tréenne : **IVT**

Post chirurgie oculaire

Post plaie oculaire

≠

### Absence d'EFFRACTION OCULAIRE

Tableau d'inflammation oculaire : UVÉITE

Est-ce une infection ?

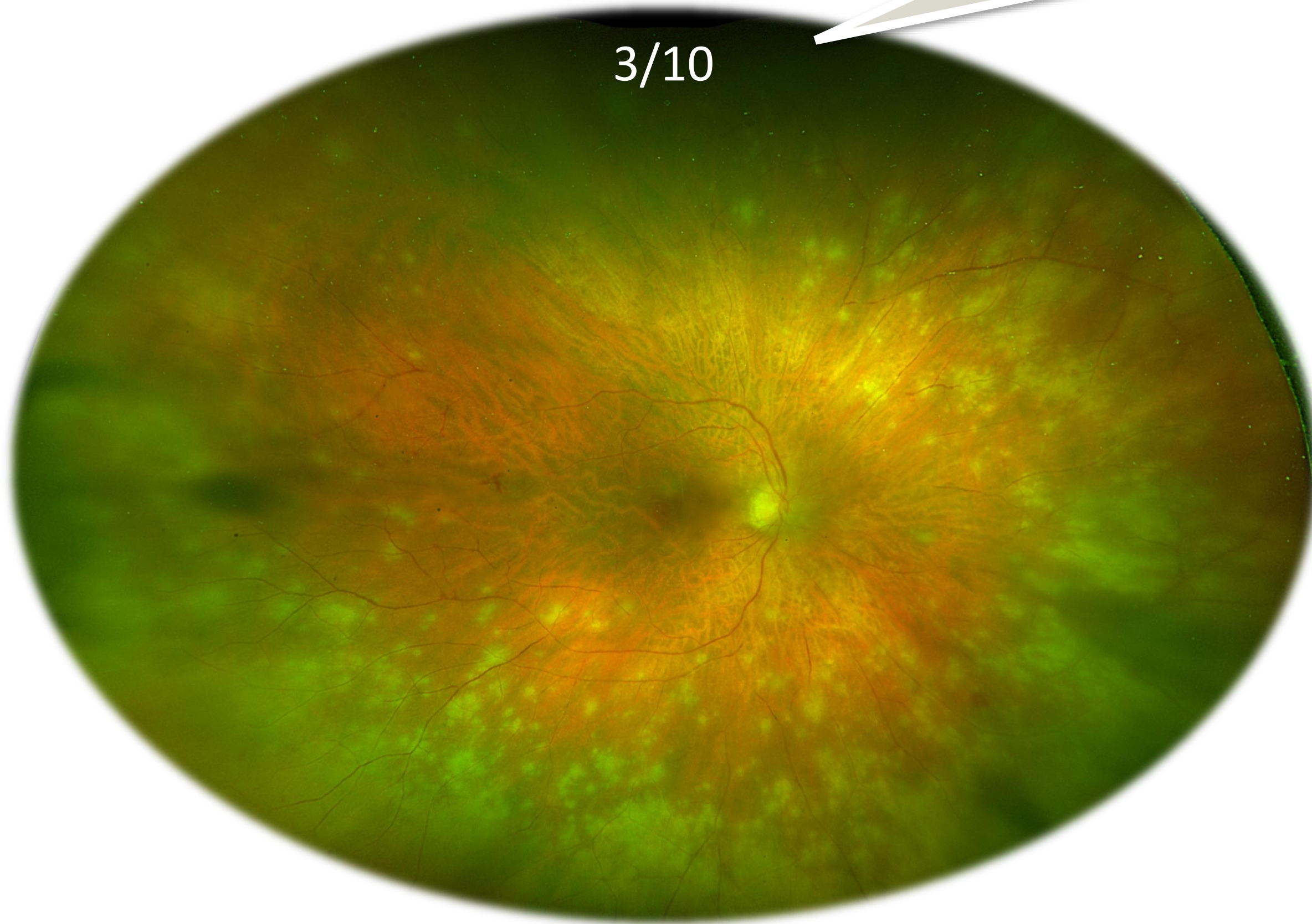
*Infections : parasitaires, bact, **VIRALES** mycotiques*

# Infections intra oculaires VIRALES (1/2) : HSV, VZV immuno compétent et ID

ARN Acute Retinal Necrosis

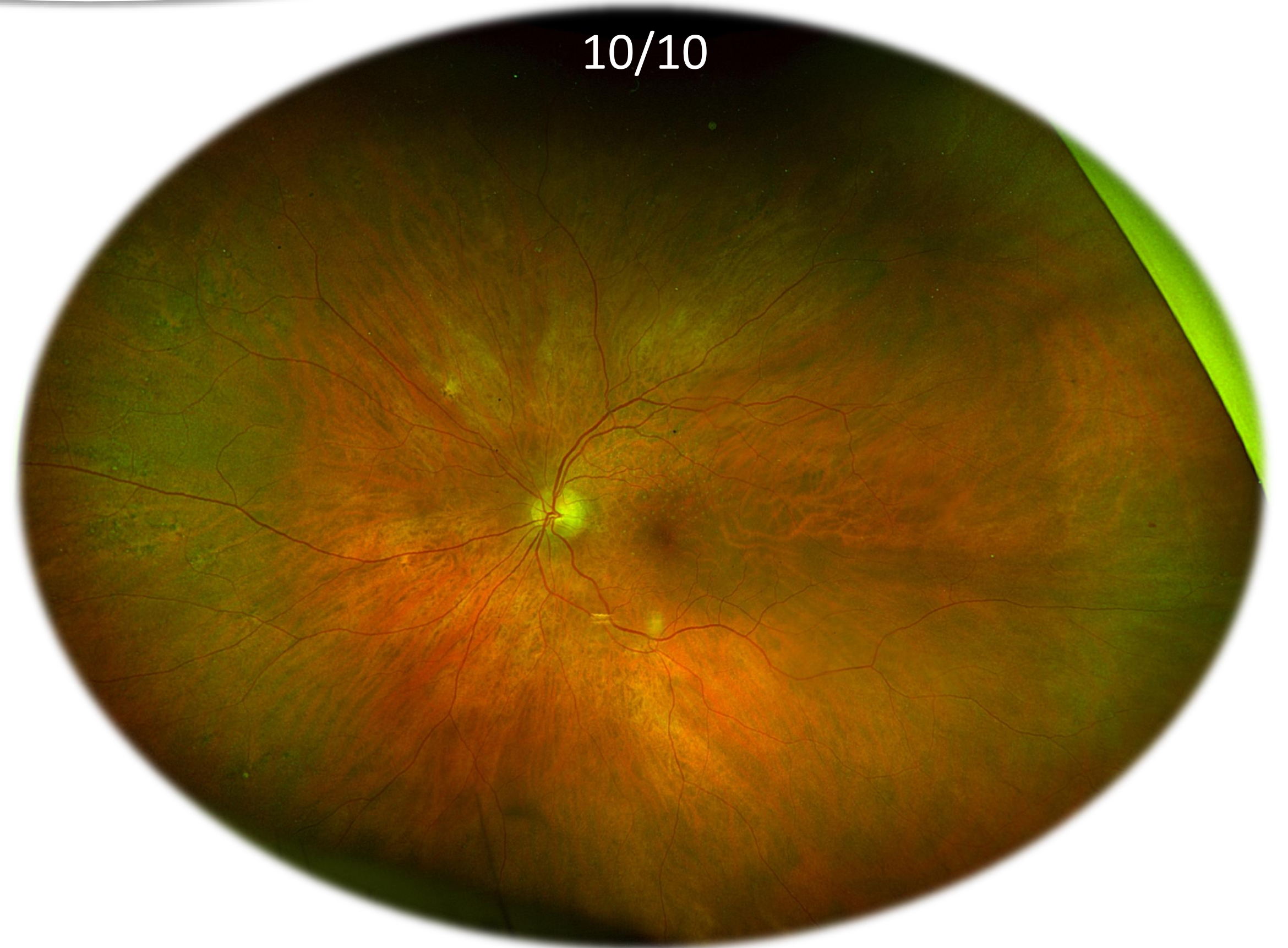
Mme B, 78 ans  
*Cs en urgence : baisse visuelle  
gauche  
Greffée rénale*

3/10

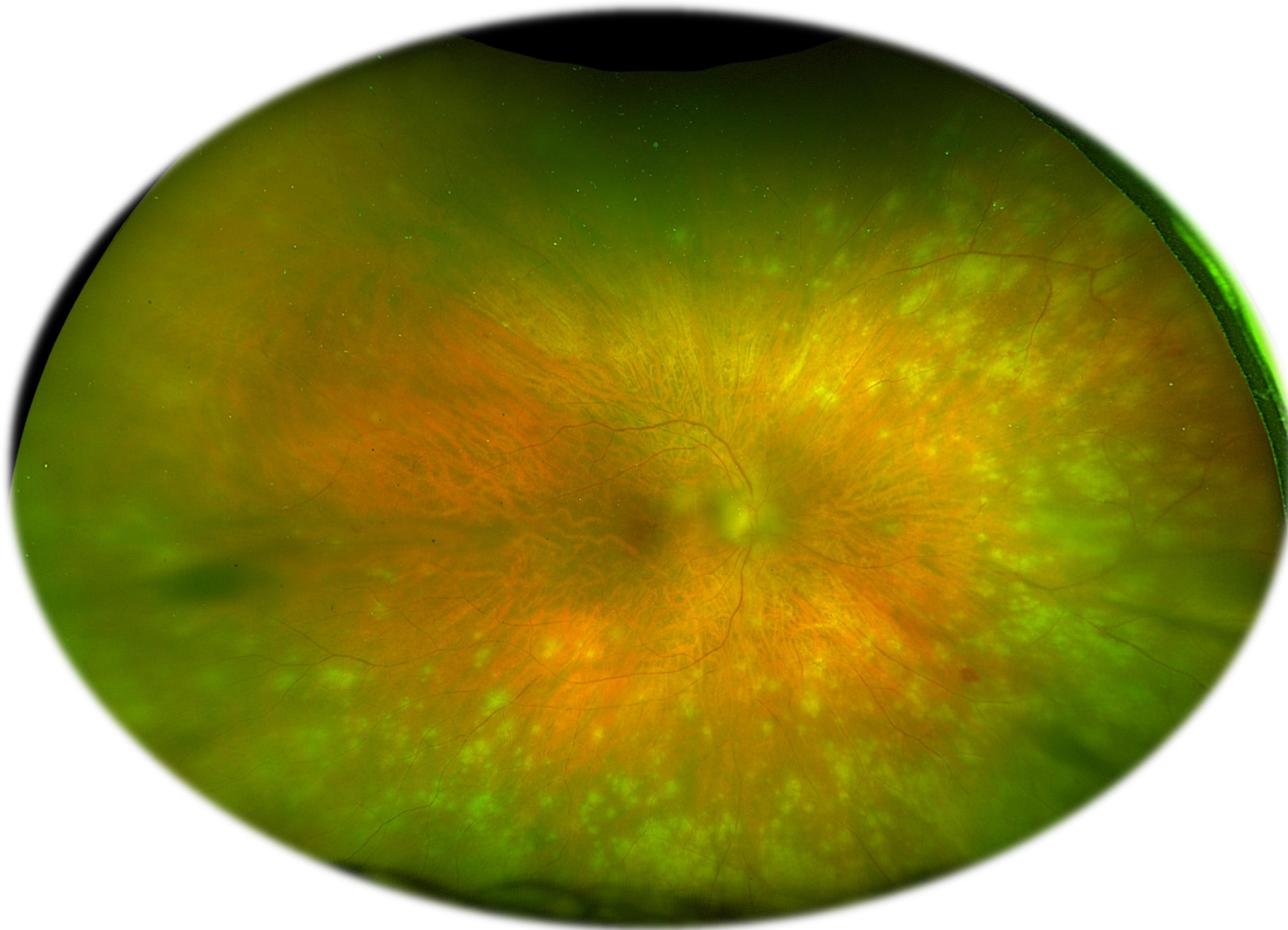


ŒIL DROIT - Lésions de nécrose rétinienne

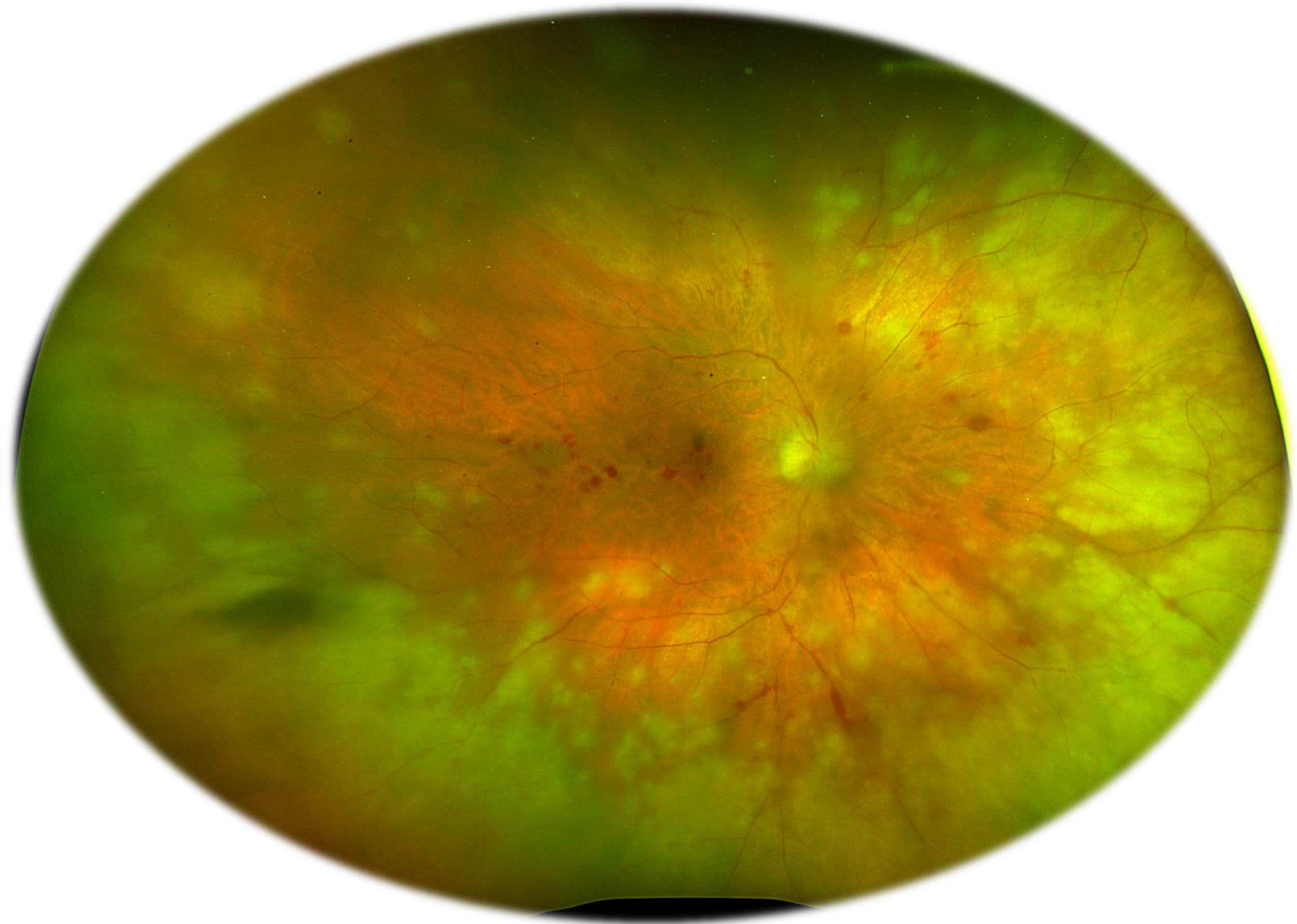
10/10



ŒIL GAUCHE - Normal



13 mars

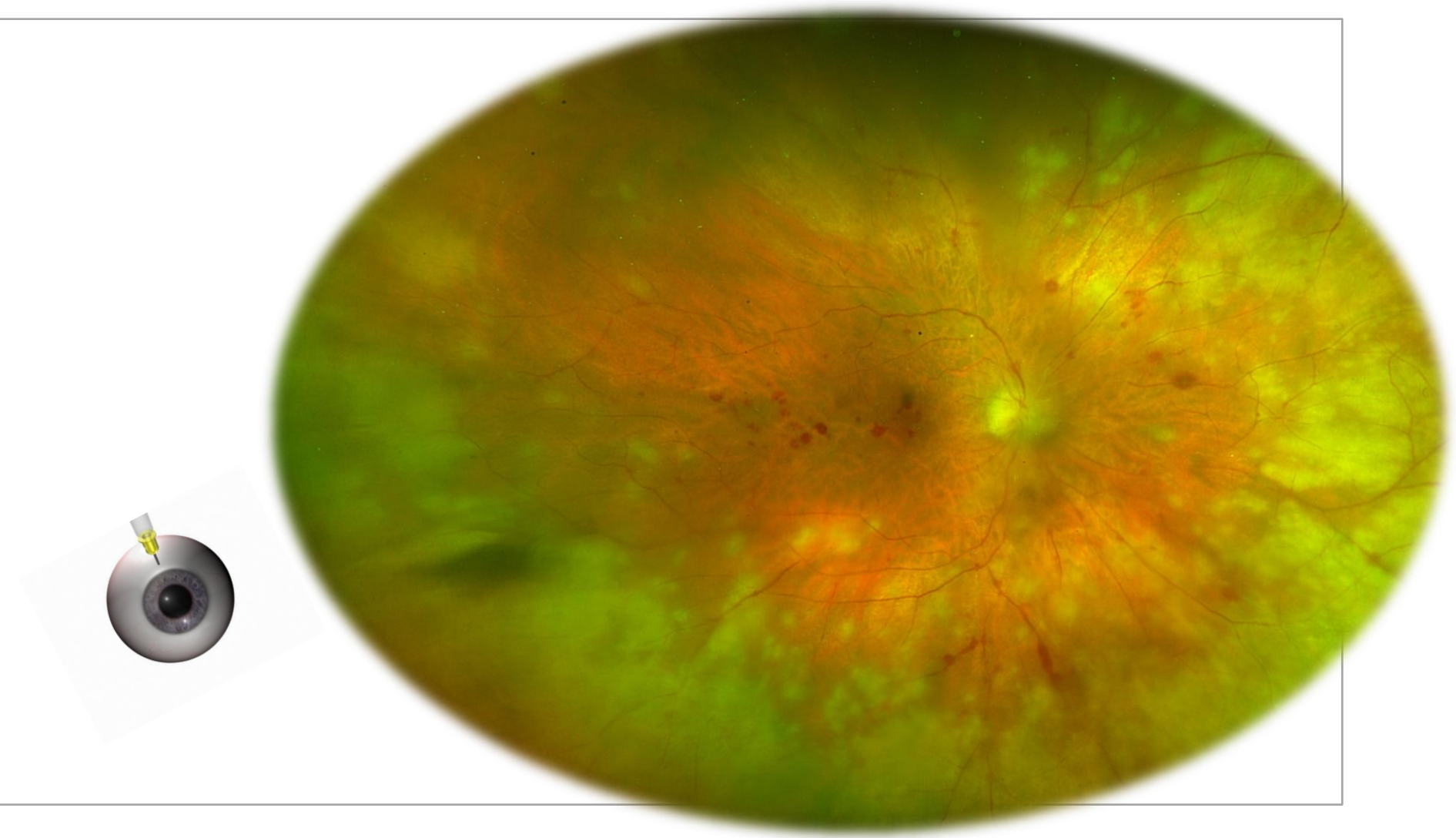


22 mars – Aggravation

# Nécrose rétinienne virale : HSV, VZV immuno compétent et immunodéprimé

## IMMUNO COMPÉTENT HSV / VZV

- Confirmation : Prélèvement humeur aqueuse (PCR virale)
- Traitement : Anti viral IV ACICLOVIR 10 mg/kg/8 h  
**ET** injections intra vitréennes GANCICLOVIR



## PRONOSTIC

Acuité visuelle < 1/10 : 50%

Décollement rétine : 50 à 75 %

Atrophie optique : 24 %

## BILATÉRALISATION

Initiale : 9 – 30 %

A 1 an : sans traitement anti viral 69%

A 1 an : avec traitement anti viral 13%

# Infections intra oculaires virales (2/2) : CMV - Immunodéprimé

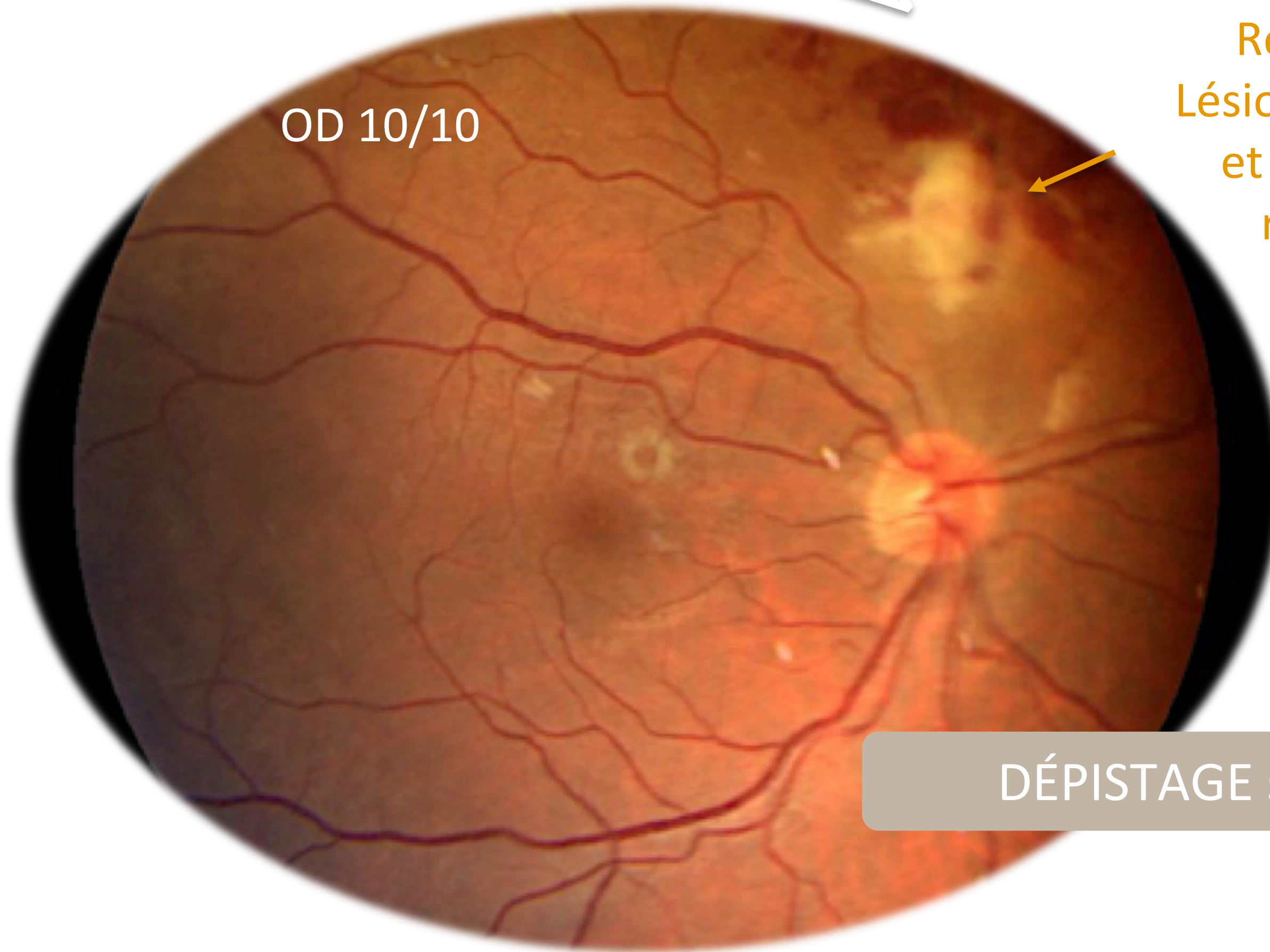
M T, 56 ans  
Hiv – Pas de tt anti viral – CD 4 à  
57/mm<sup>3</sup>  
FO systématique :  
absence de symptôme oculaire

RÉTINITE CMV  
BILATÉRALE



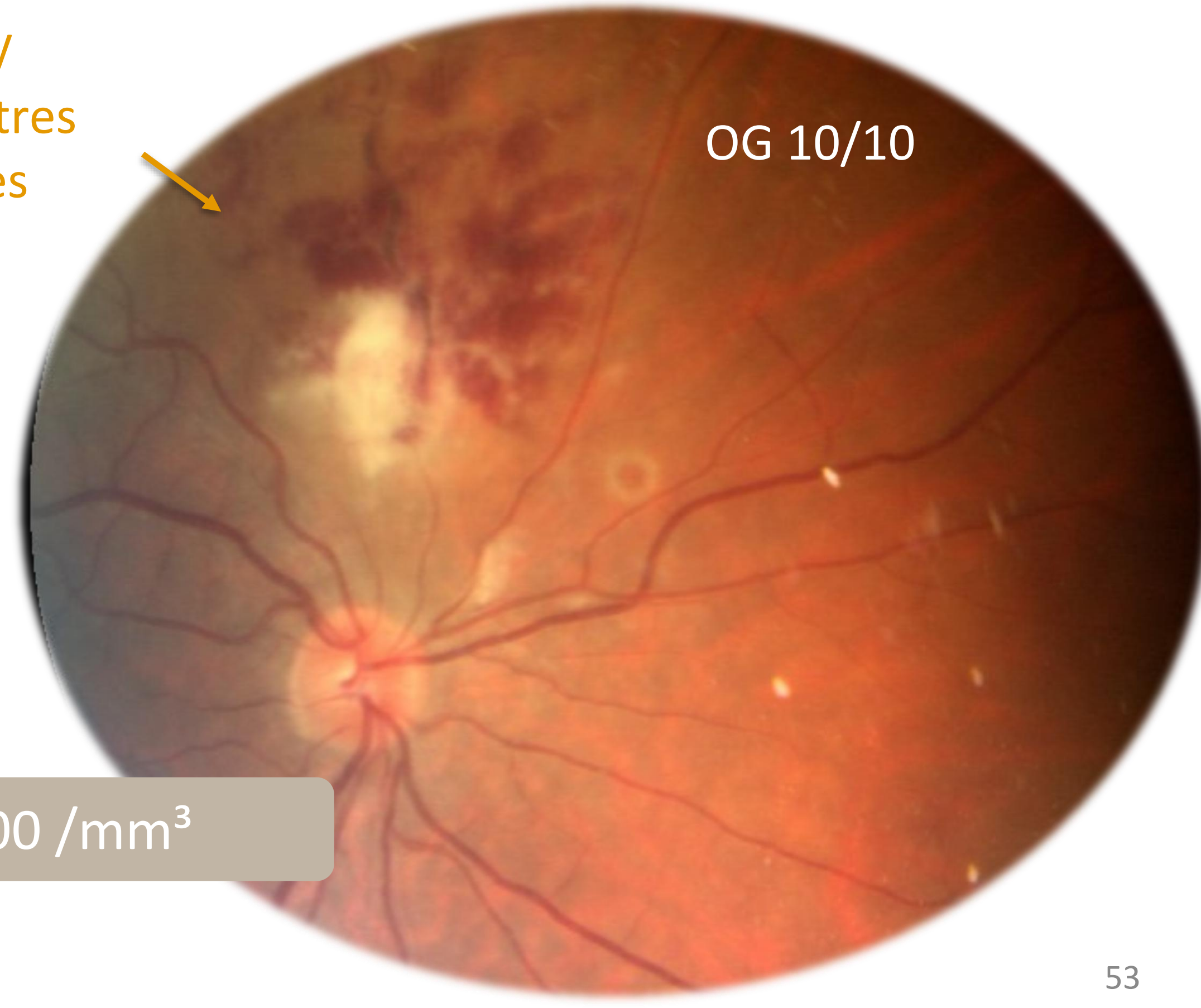
Preuve du diagnostic :  
Prélèvement humeur aqueuse

OD 10/10



Rétinite CMV  
Lésions blanchâtres  
et hémorragies  
rétiniennes

OG 10/10



DÉPISTAGE si CD4 < 100 /mm<sup>3</sup>

# Rétinite à CMV – Immunodéprimé – Contexte : SIDA



M. D - 37 ans – Fond d’œil en décembre 2001 : CD 4 : 10 - Décès en mai 2002

## RETINITE CMV : patient au stade SIDA

CÉCITÉ

1986 SURVIE < 6 MOIS

# Rétinite à CMV – Immunodéprimé – Contexte néoplasie

M D, 45 ans

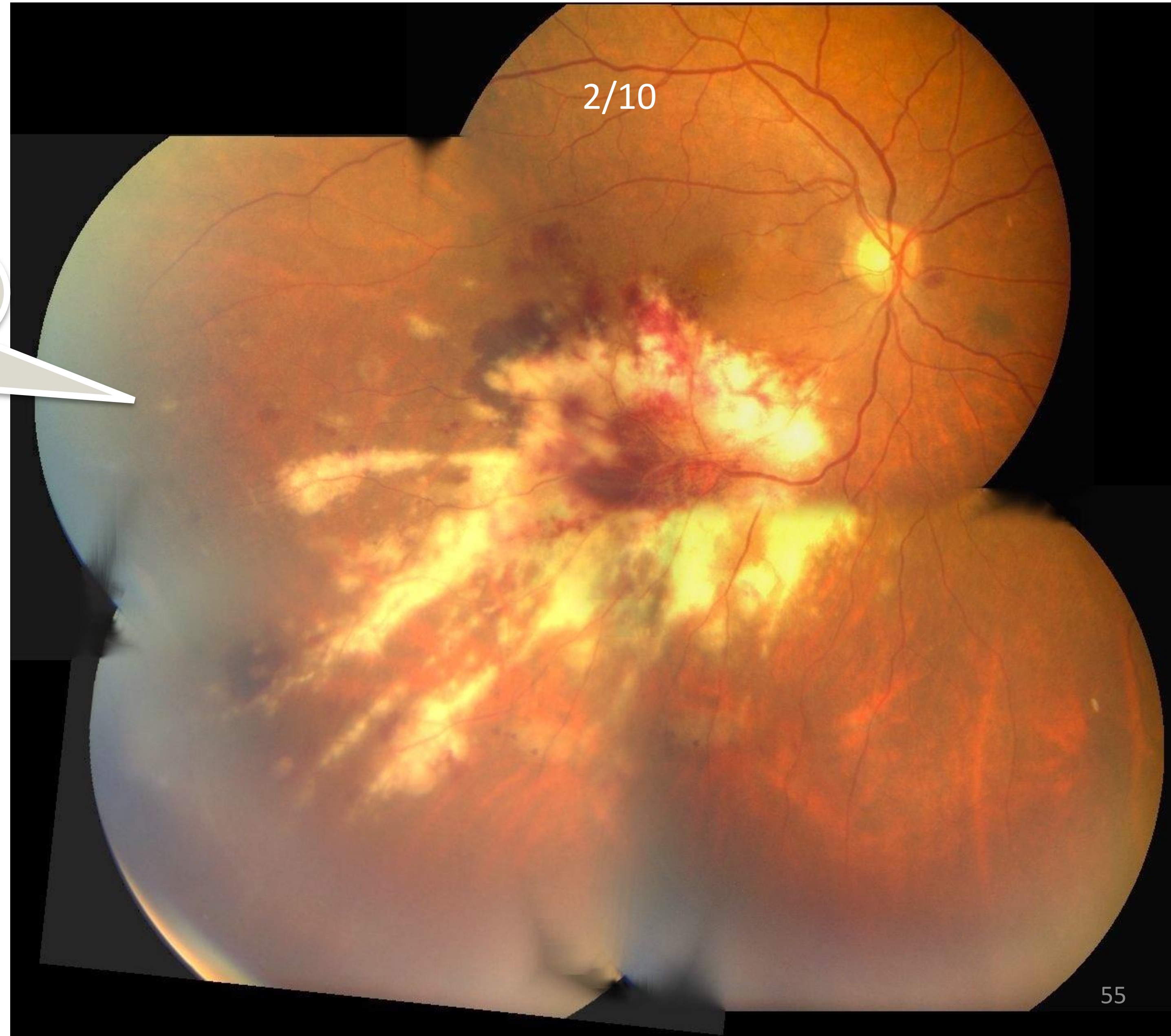
*Cs en urgence pour baisse visuelle*

*OG*

*Lymphome non hodgkinien*

Lésions de rétinite à CMV

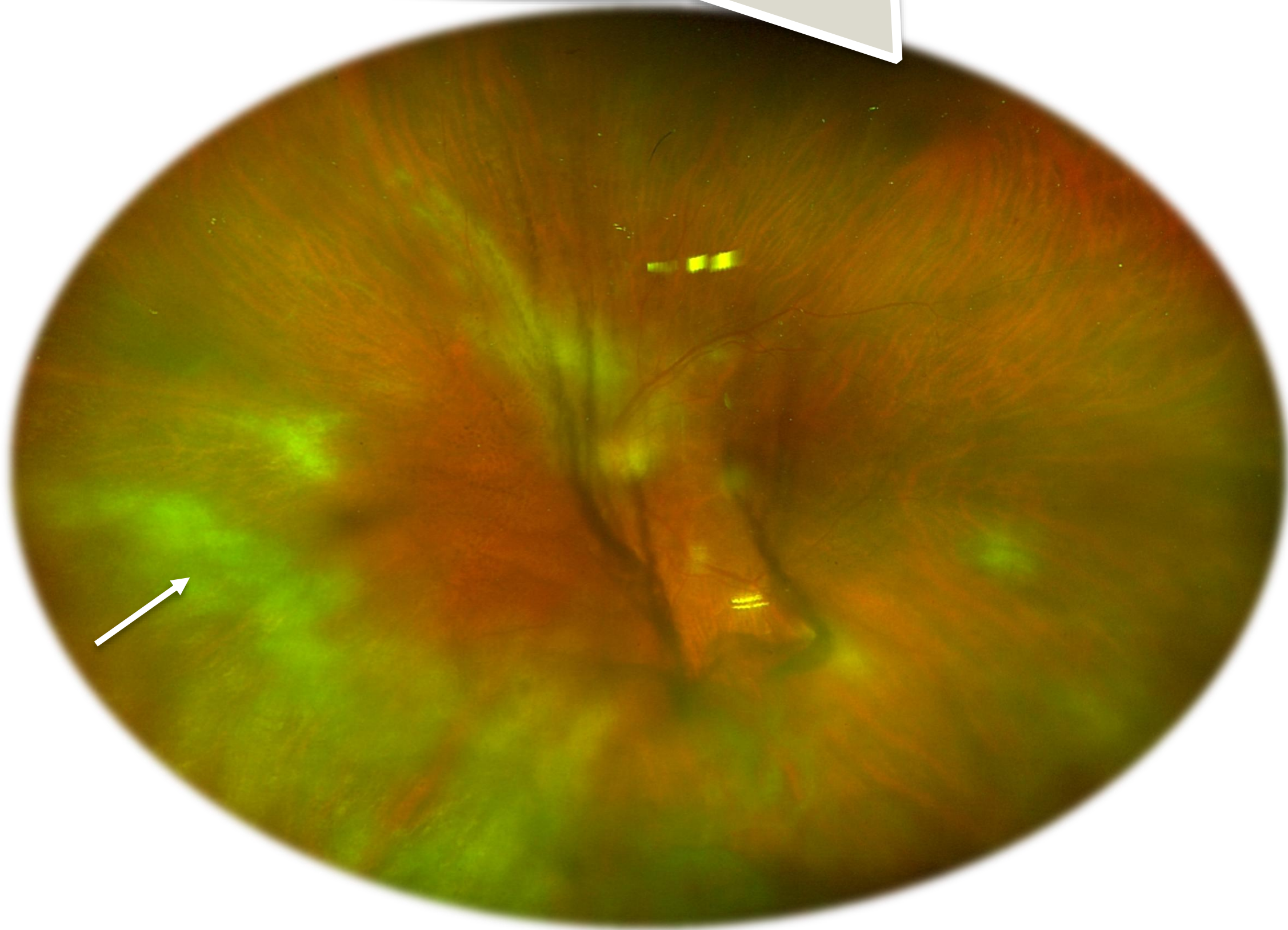
Prélèvement humeur aqueuse : CMV +



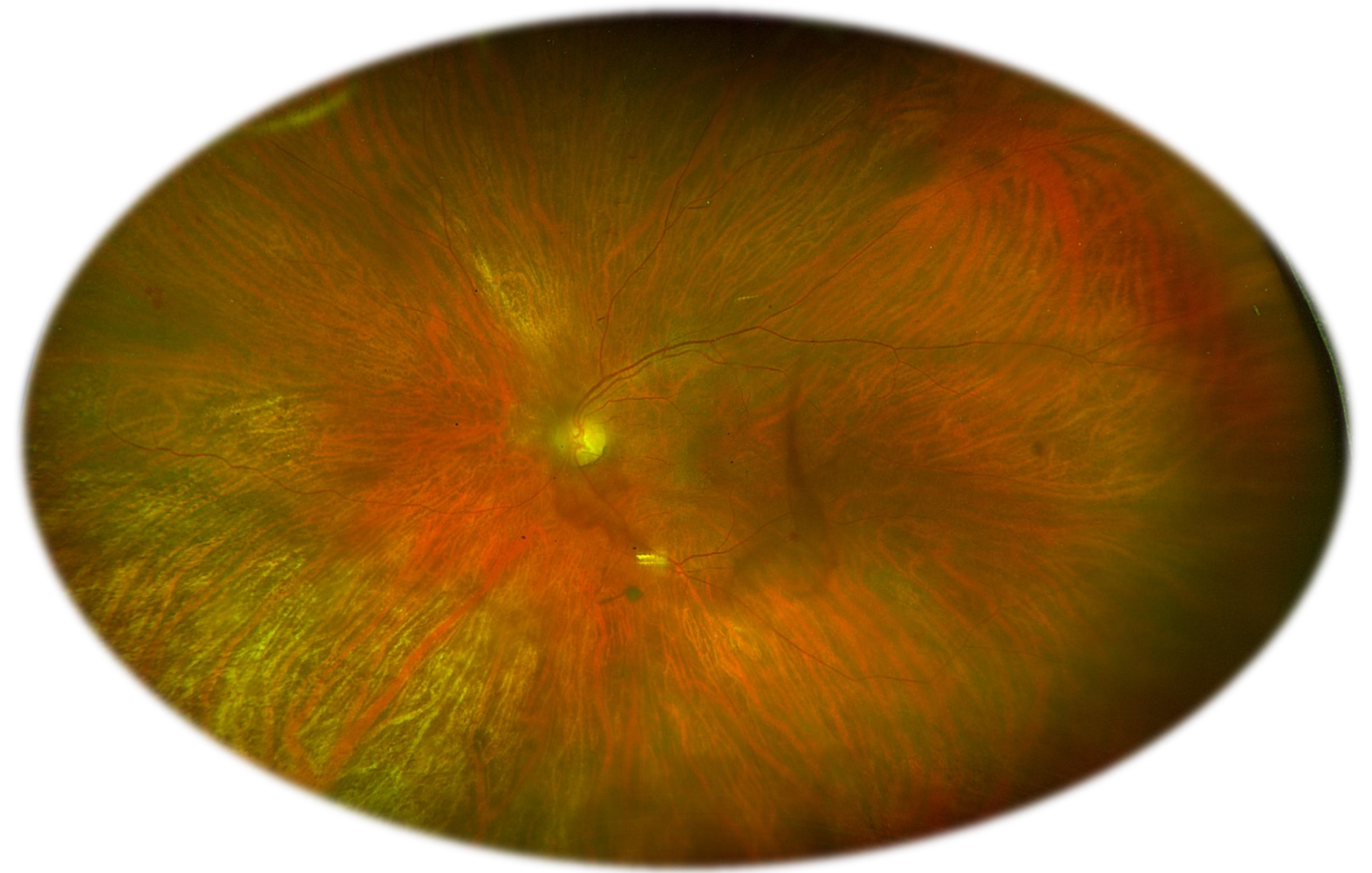
# Rétinite à CMV – Immunodéprimé – Contexte néoplasie

M M, 69 ans

*18<sup>e</sup> ligne de traitement  
pour un myélome - Baisse visuelle  
OG*



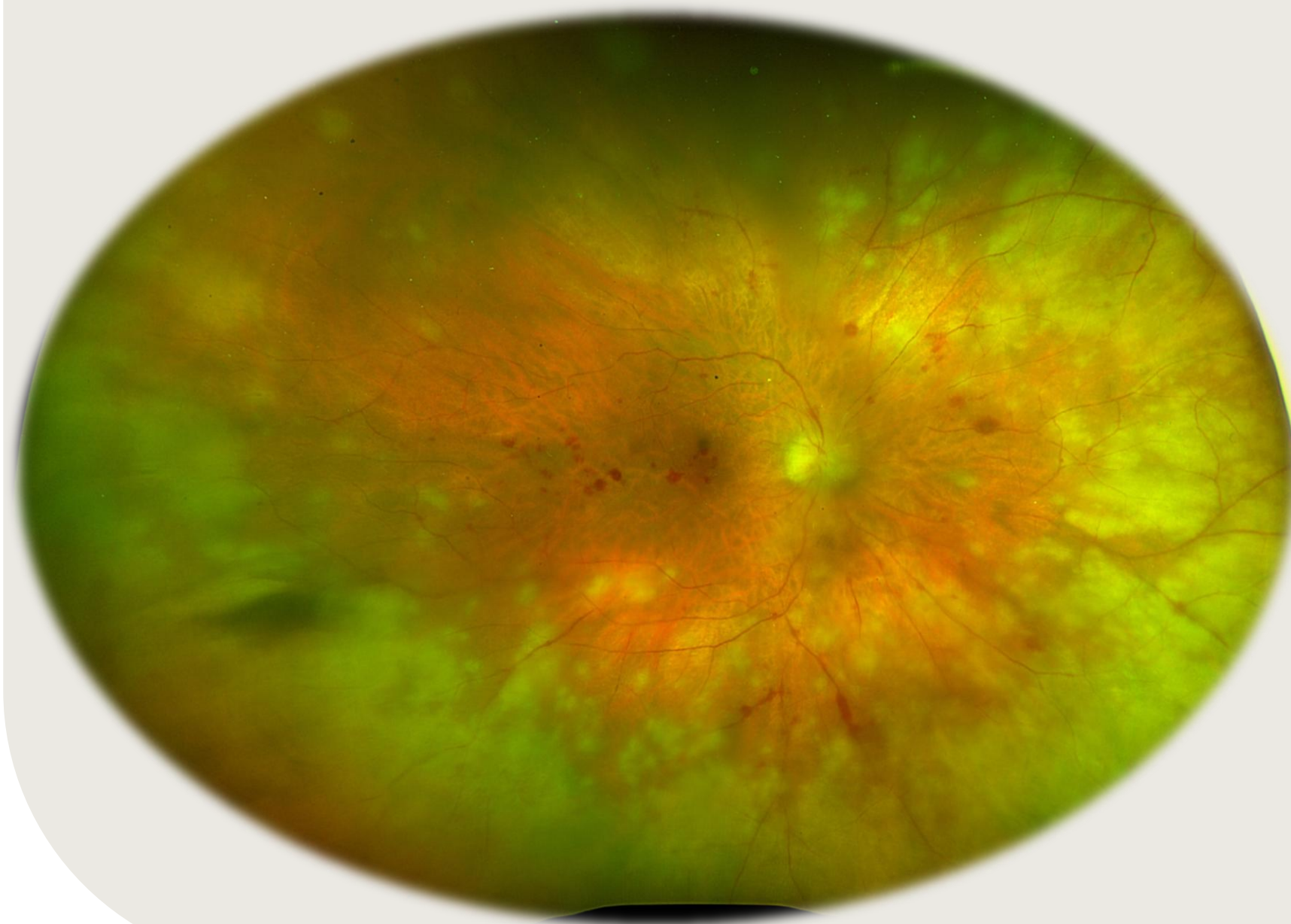
Lésions de rétinite à CMV  
Prélèvement humeur aqueuse : CMV +



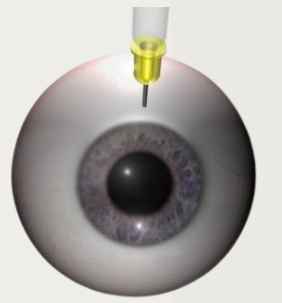
Après traitement : lésions cicatricielles rétiniennes



## NÉCROSE RÉTINIENNE VIRALE



	Voie systémique	Local
DG BIOLOGIQUE		PCA : OUI
TRAITEMENT Selon virus	Anti viral IV  <u>VZV – HSV</u> ACICLOVIR 2è intention GANCICLOVIR FOSCAVIR  Ou per os <u>CMV</u> VALGANCICLOVIR	IVT GANCICLOVIR  2è intention FOSCAVIR



Prise en charge en infectiologie

Parfois, selon état général du patient

# Infection INTRA oculaire

## Symptômes communs

Baisse visuelle +/- rougeur, douleur

### CONTEXTE d'EFFRACTION OCULAIRE

Post injection Intra **Vi**Tréenne : **IVT**

Post chirurgie oculaire

Post plaie oculaire

≠

### Absence d'EFFRACTION OCULAIRE

Tableau d'inflammation oculaire : UVÉITE

Est-ce une infection ?

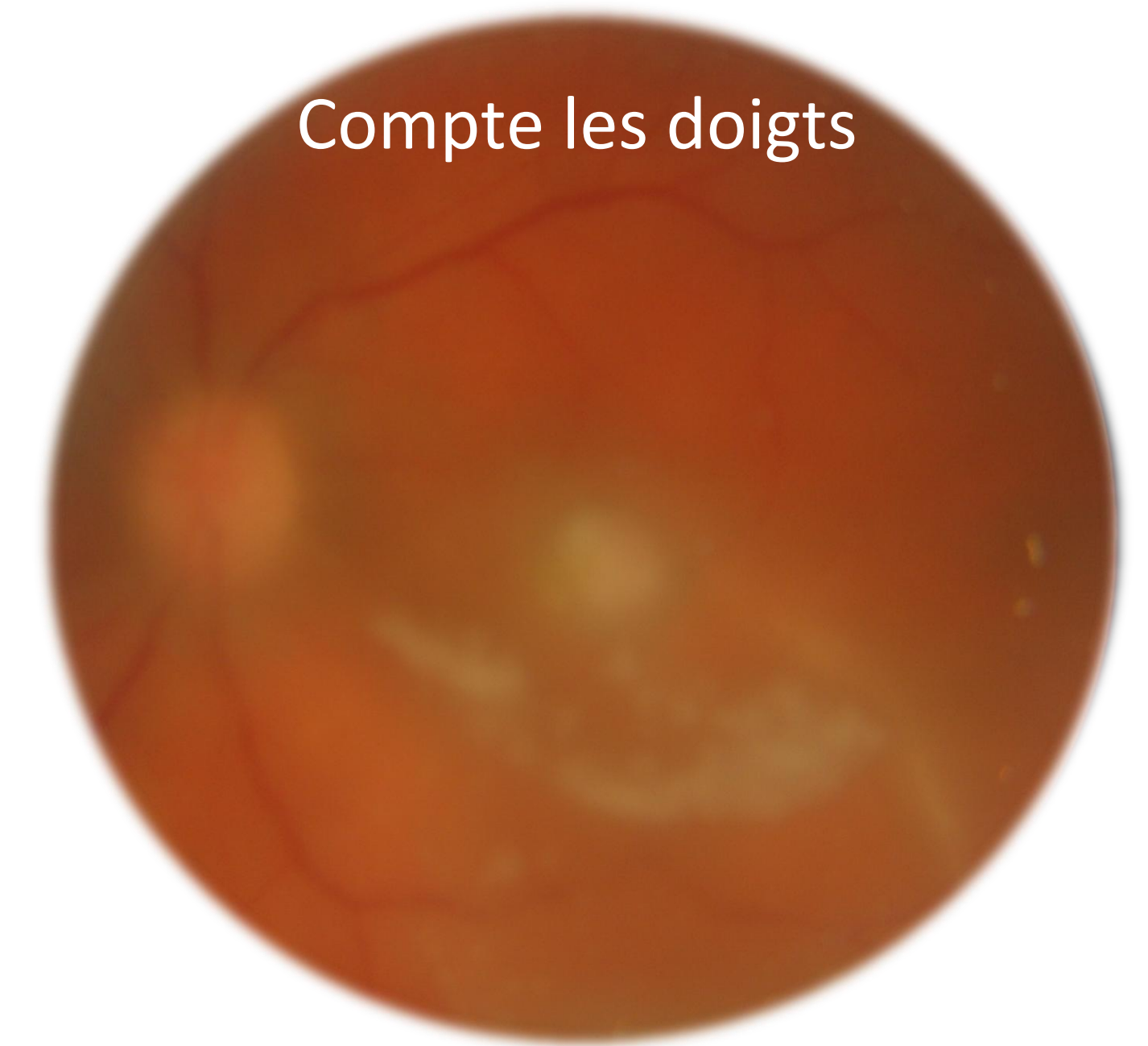
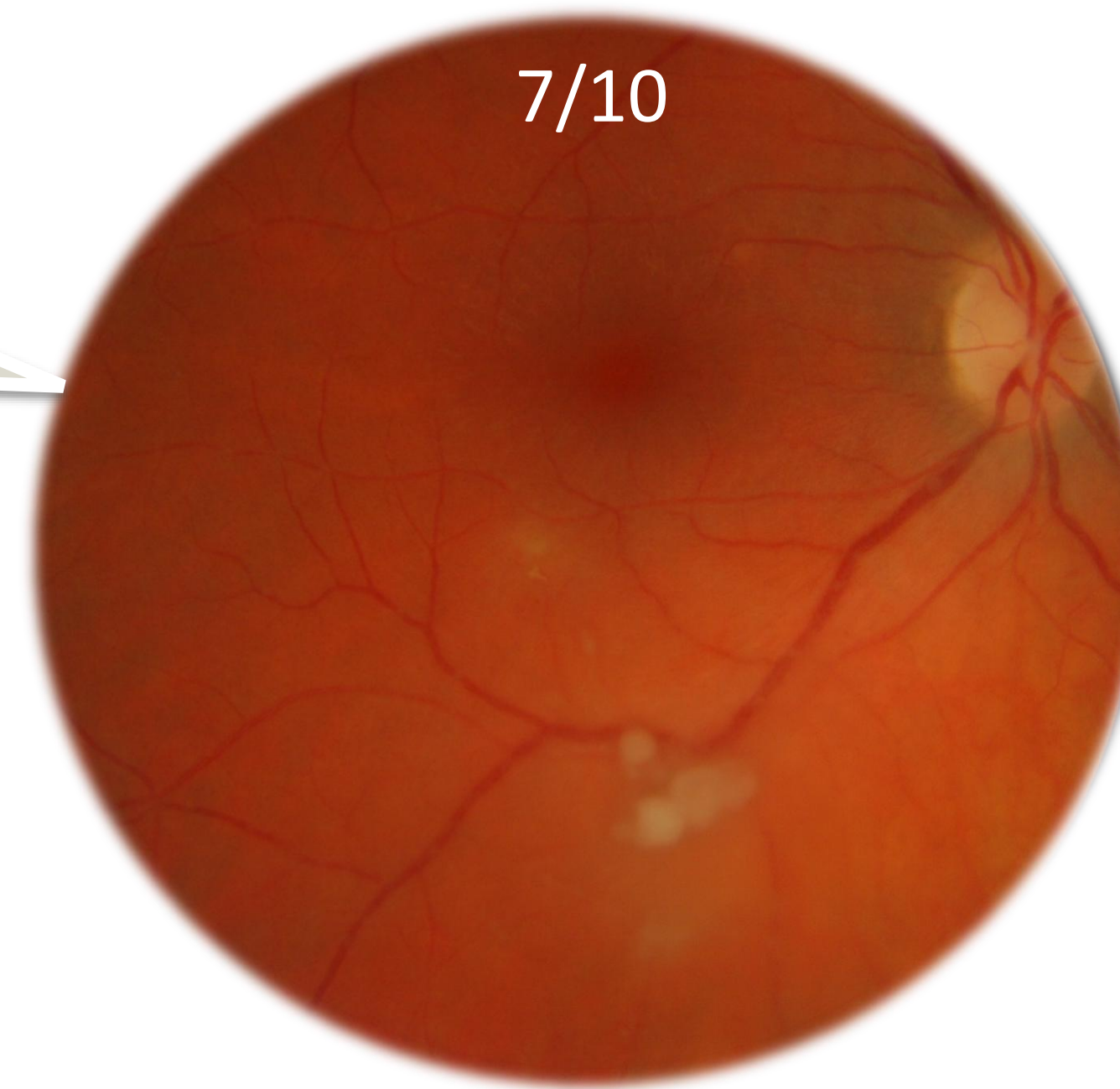
*Infections : parasitaires, bact, virales, MYCOTIQUES*

# Infections intra oculaires mycotiques (1/2) : contexte toxicomanie

M C - 26 ans  
IV héroïne, cocaïne  
Baisse visuelle  
bilatérale

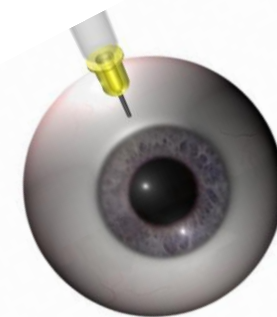
Prise en charge conjointe  
avec les infectiologues

Le plus fréquent : *Candida albicans*, suivi *Candida glabrata*,  
*Candida tropicalis*, *Candida parapsilosis*, *Candida krusei*



TT LOCAL OPH Injection intra vitréenne

1<sup>ère</sup> intention AMPHO B  
Alternative : VORICONAZOLE



+

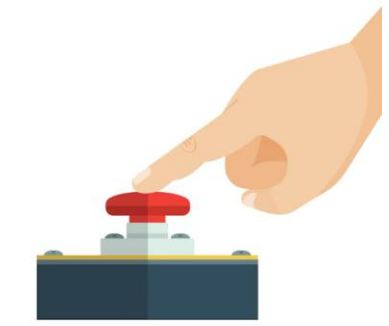
TT SYSTÉMIQUE

1<sup>ère</sup> intention : FLUCONAZOLE  
2<sup>è</sup> intention : VORICONAZOLE OU AMPHO B

# Infections intra oculaires mycotiques (2/2) : contexte immunodépression

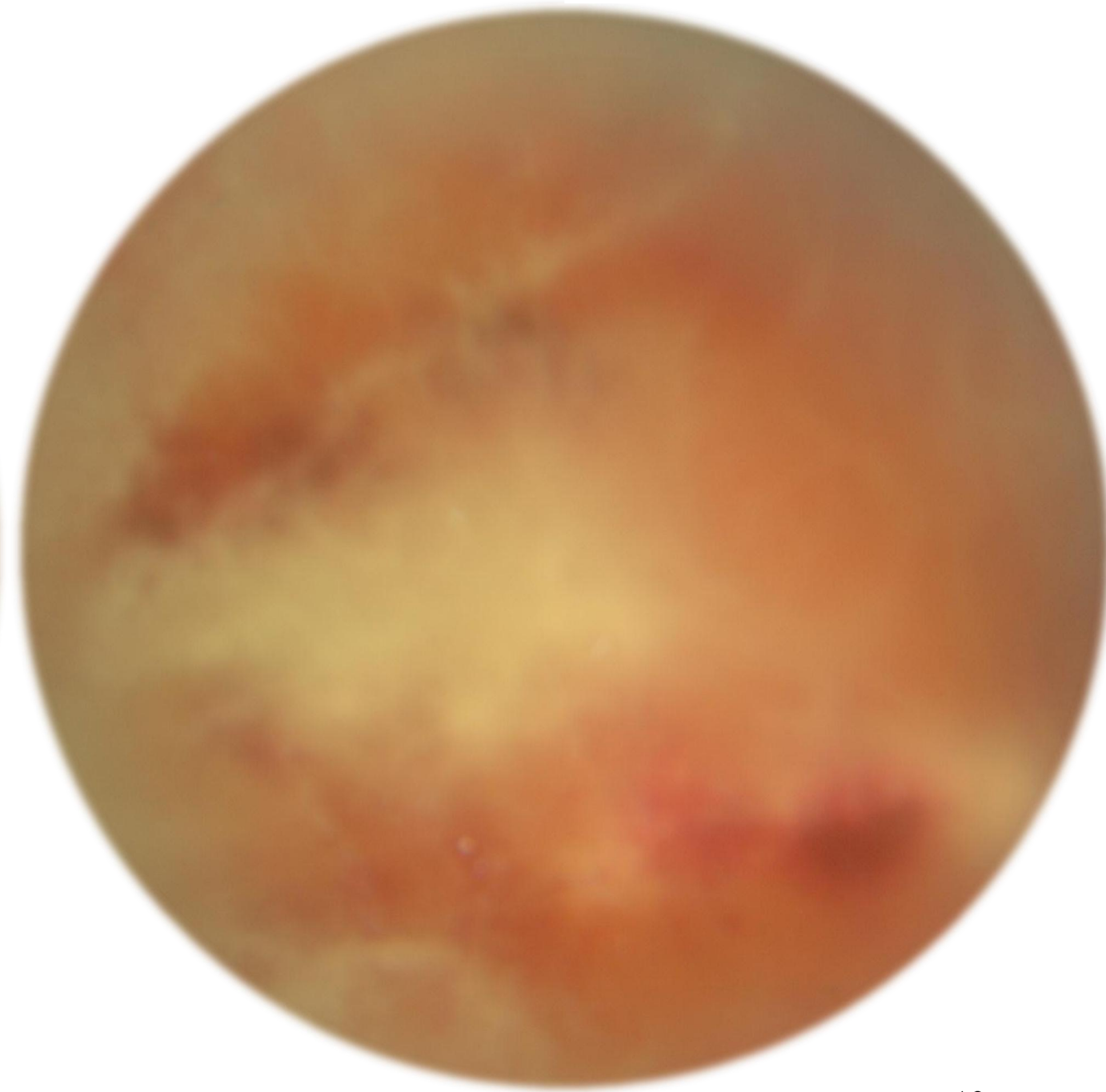
Mme C - 23 ans  
*Baisse visuelle OD*  
*Aucun autre symptôme*

Prélèvement humeur aqueuse : **Aspergillus**



Greffe pulmonaire  
Mucoviscidose

TT  
Mycophénolate mofétil  
Tacrolimus  
Prednisone 5 mg

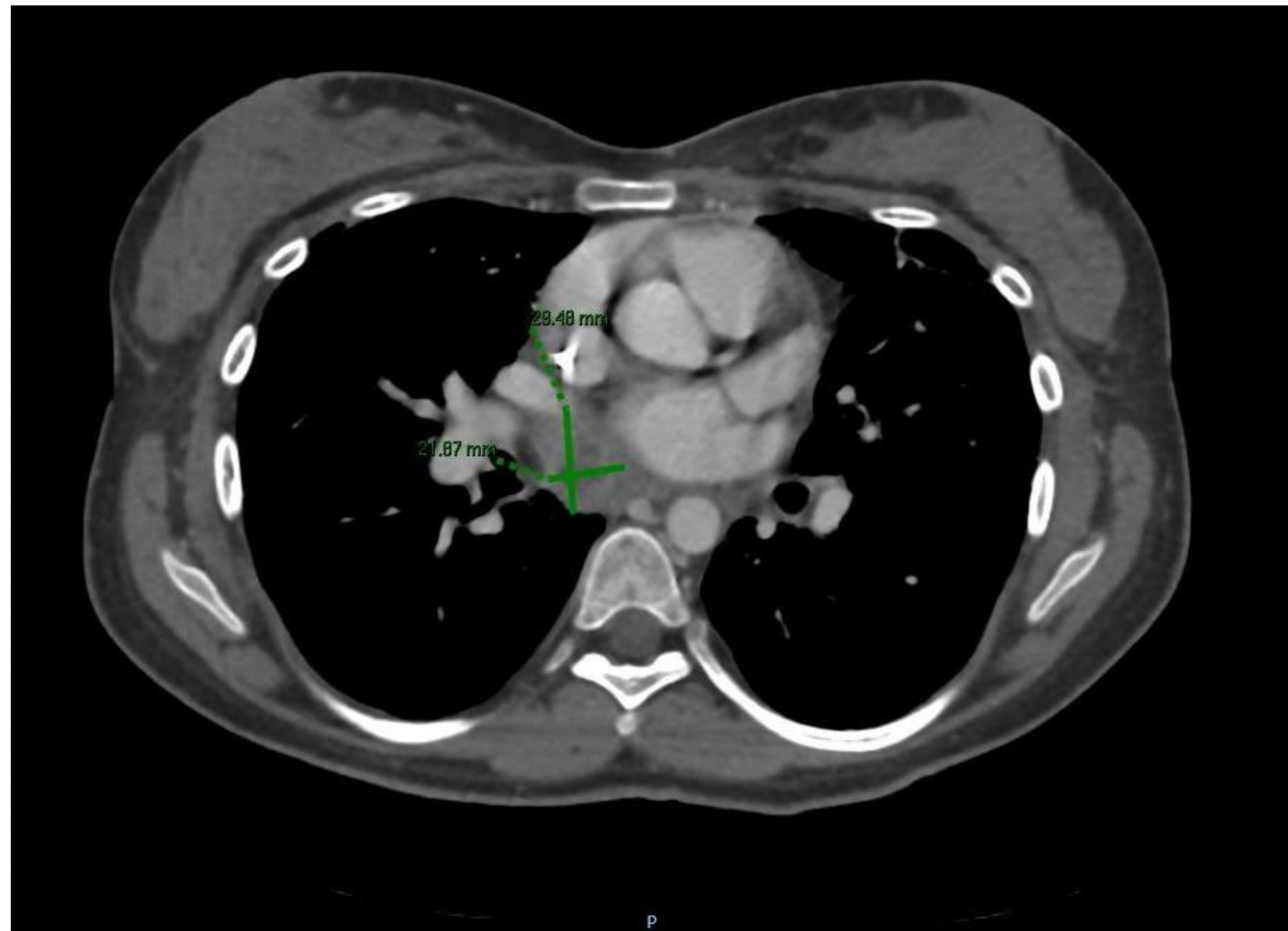


# Endophtalmie endogène à aspergillus

Antigénémie aspergillaire : négative

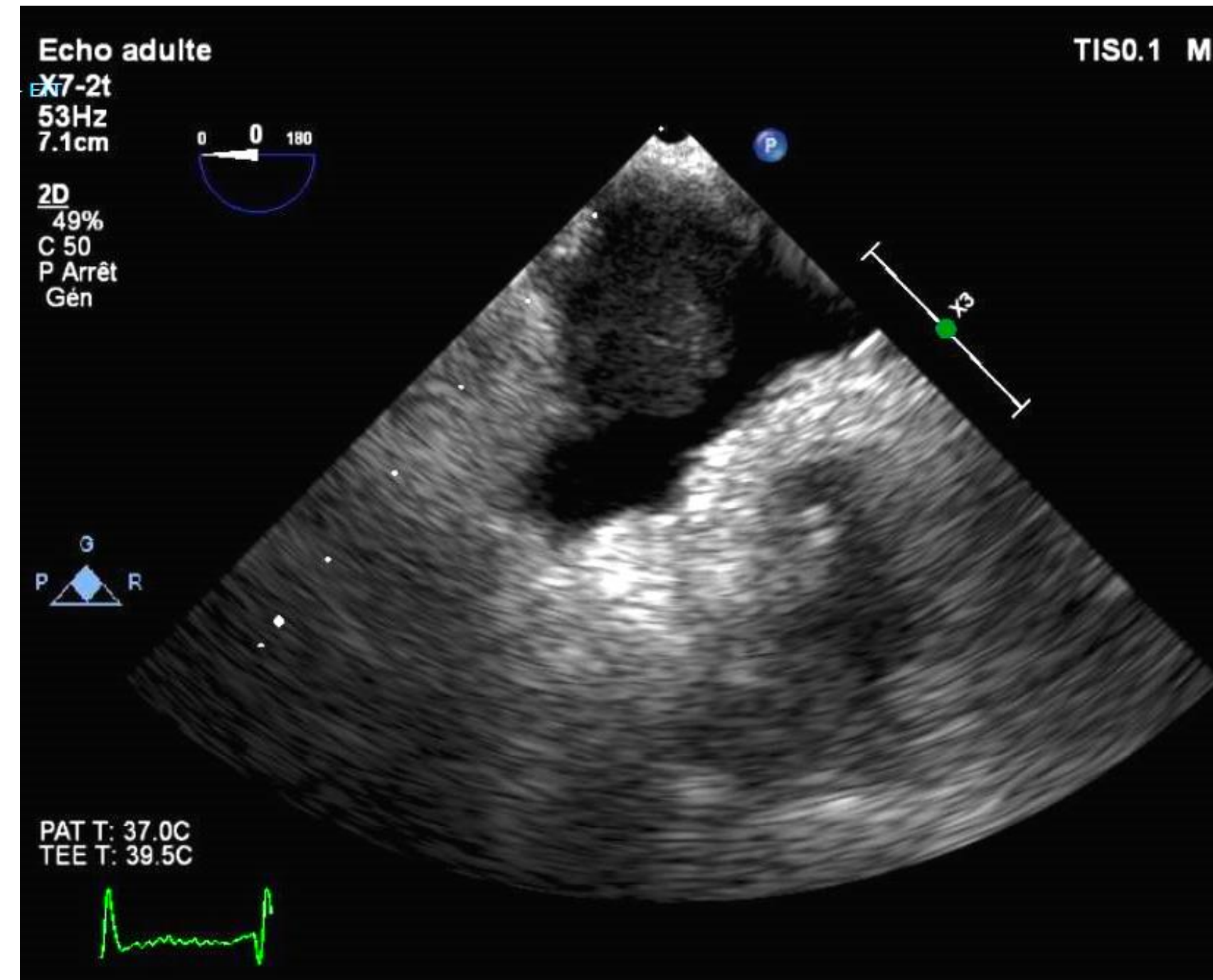
## Scanner thoracique

Lésion médiastinale abcédée de 20 mm envahissant les veines pulmonaires et l'oreillette gauche



## Echo cœur trans oesophagienne

Lésion envahissant la paroi de l'oreille gauche, éléments mobiles dans la lumière de l'oreillette gauche



## TRAITEMENT

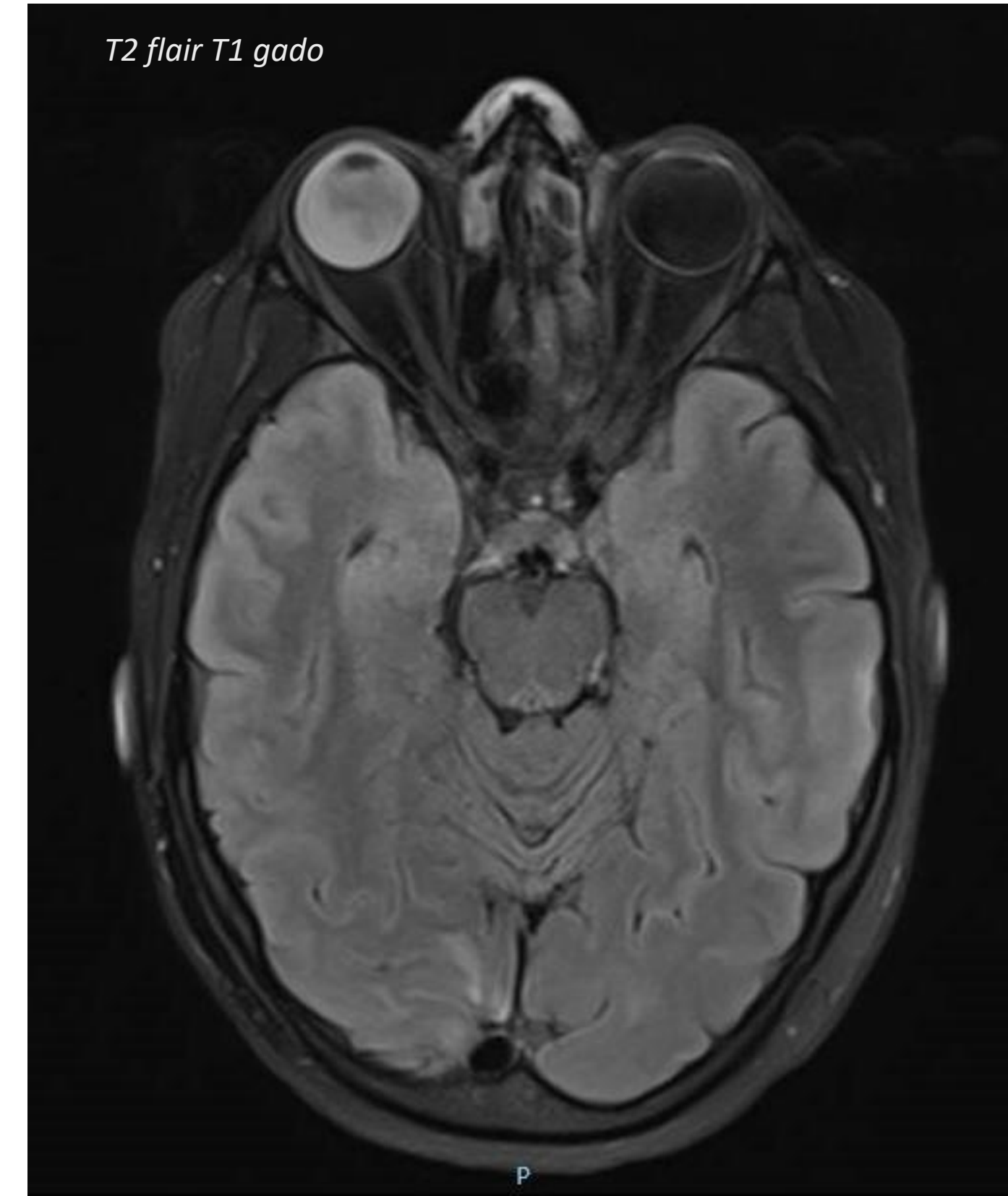
*Systémique*  
VORICONAZOLE  
CASPOFUNGIN

*Local IVT*

J 2 mois de VORICONAZOLE



Aggravation malgré  
tt systémique



- Douleurs : morphine
- Perception lumineuse (-)
- Contrôle infection ???



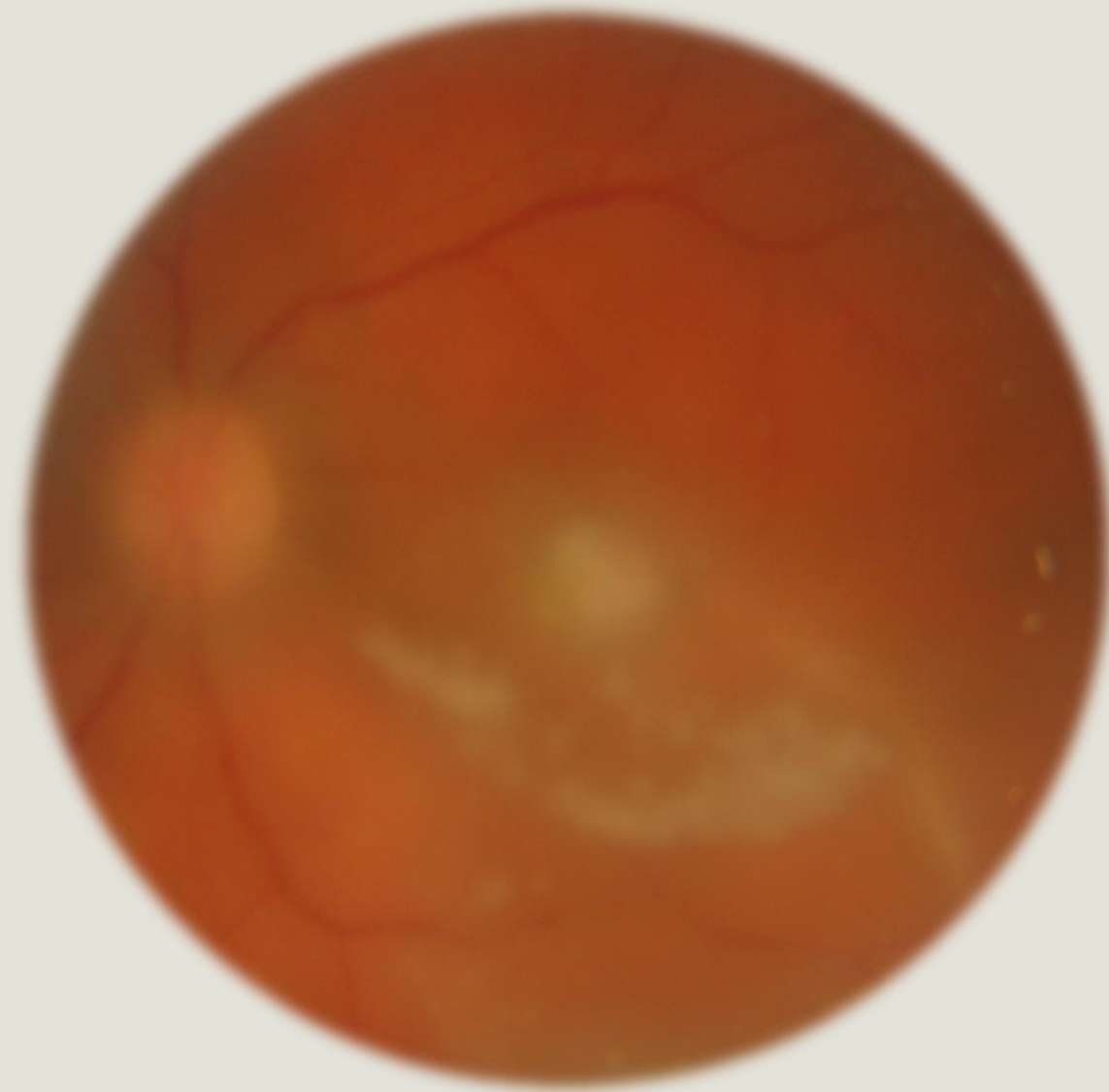
ÉVISCÉRATION


Prélèvement du vitré : mycologie négative

Biopsie de rétine : présence de filament  
d'aspergillus



## INFECTIONS FONGIQUES



	Voie systémique	Local
DG BIOLOGIQUE		PCA : OUI Prélèvement VITRÉ, parfois vitrectomie
TRAITEMENT	Anti fongique IV	IVT : OUI 
Prise en charge en infectiologie		OUI



# INFECTIONS OCULAIRES

1) Un peu d'anat

Pathologies de surface

≠

Pathologies intra oculaires

2) Particularités oculaires

Sur le diagnostic microbiologique

&

Sur le traitement

3) Présentations cliniques OPH

Pathologies de surface

&

Pathologies intra oculaires

*Infections : parasitaires, bact, virales, mycotiques*

4) Patient adressé par l'infectiologue

Pour quelles infections extra oculaires ?

&

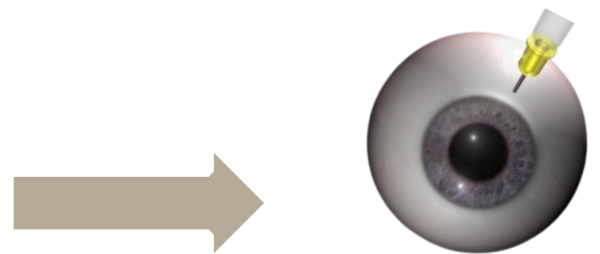
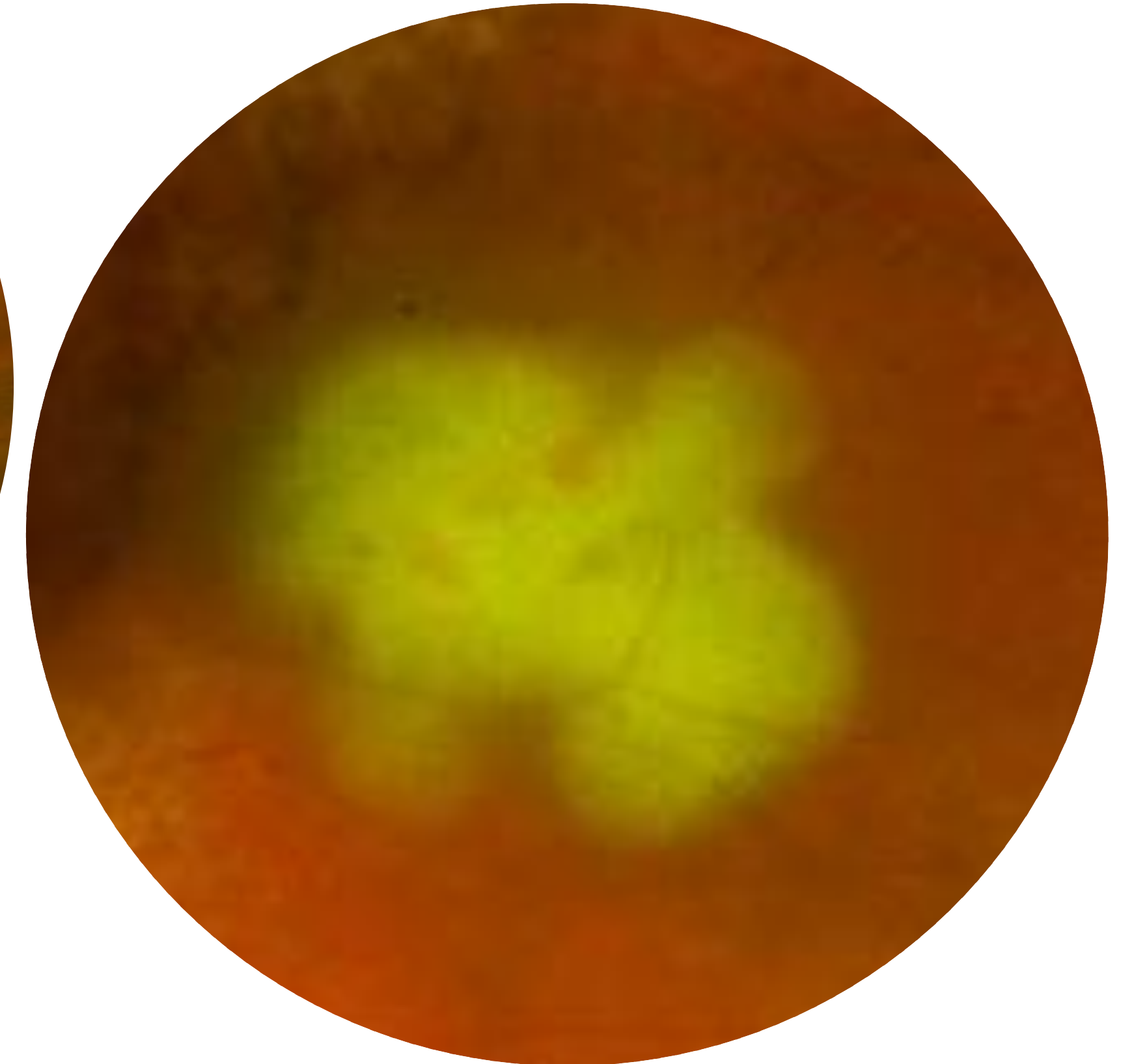
iatrogénie

Patiente de 81 ans hospi en Méd Infectieuse pour NOCARDIOSE disséminée avec atteinte pulmonaire  
IMIPENEM / CILASTATINE - TRIMÉTHOPRIME / SULFAMÉTHOXAZOLE

A J 7 du traitement  
ATB Baisse visuelle  
OG

0,5/10 P14

Œil gauche : abcès sous rétinien  
à Nocardia s'aggravant sous traitement systémique



4 IVT AMIKACINE

Patiente de 73 ans hospitalisée en méd infectieuse pour candidose  
Adénocarcinome bronchique – Sepsis : fongémie à candida albicans - TT : FLUCONAZOLE

*Absence de  
symptômes*

*Œil droit et gauche : petits foyers  
de rétinite à candida*



**CANDIDÉMIE : Fond d'œil préconisé après 7 jours – 6 % de chorioretinite candidosique présumée, 44 % asymptomatique**  
*Lehman et al. Do patients with candidemia need an ophthalmologic examination ? Open Forum Infectious Disease, 2024*



# INFECTIONS OCULAIRES

1) Un peu d'anat

Pathologies de surface

≠

Pathologies intra oculaires

2) Particularités oculaires

Sur le diagnostic microbiologique

&

Sur le traitement

3) Présentations cliniques OPH

Pathologies de surface

&

Pathologies intra oculaires

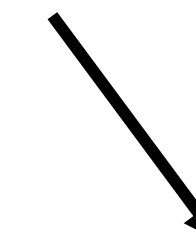
*Infections : parasitaires, bact, virales, mycotiques*

4) Patient adressé par l'infectiologue

Pour quelles infections extra oculaires ?

&

iatrogénie

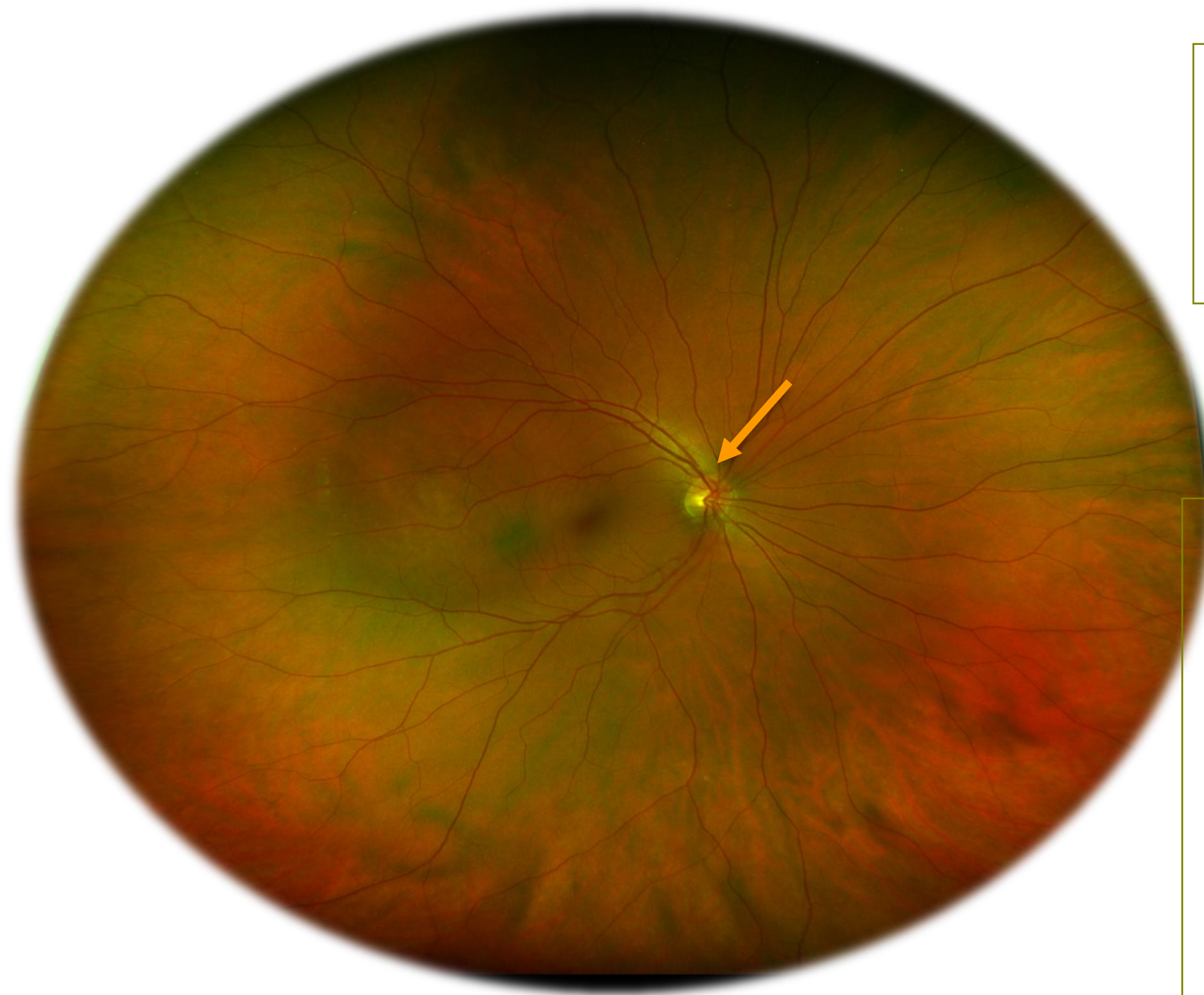


# Patient adressé par l'infectiologue – Surveillance iatrogénicité

## NEUROPATHIE OPTIQUE

Symptômes : au début aucun, baisse visuelle bilatérale, troubles de la vision des couleurs

Champ visuel : scotome bilatéral



### LINEZOLIDE - ISONIAZIDE

Neuropathie périphérique concomitante  
Bilan de référence avant début du tt puis mensuel

### ETHAMBUTOL

Toxicité : **dose dépendante**

< 15 mg/kg/j 1 - 2 %

25 mg/kg/j 5 %

35 mg/kg/j 18 %

**Durée d'exposition**

entre qq jours et 1 an

Moyenne 4 mois

Surtout si tt > 2 mois

Parasites



*Toxoplasmose*

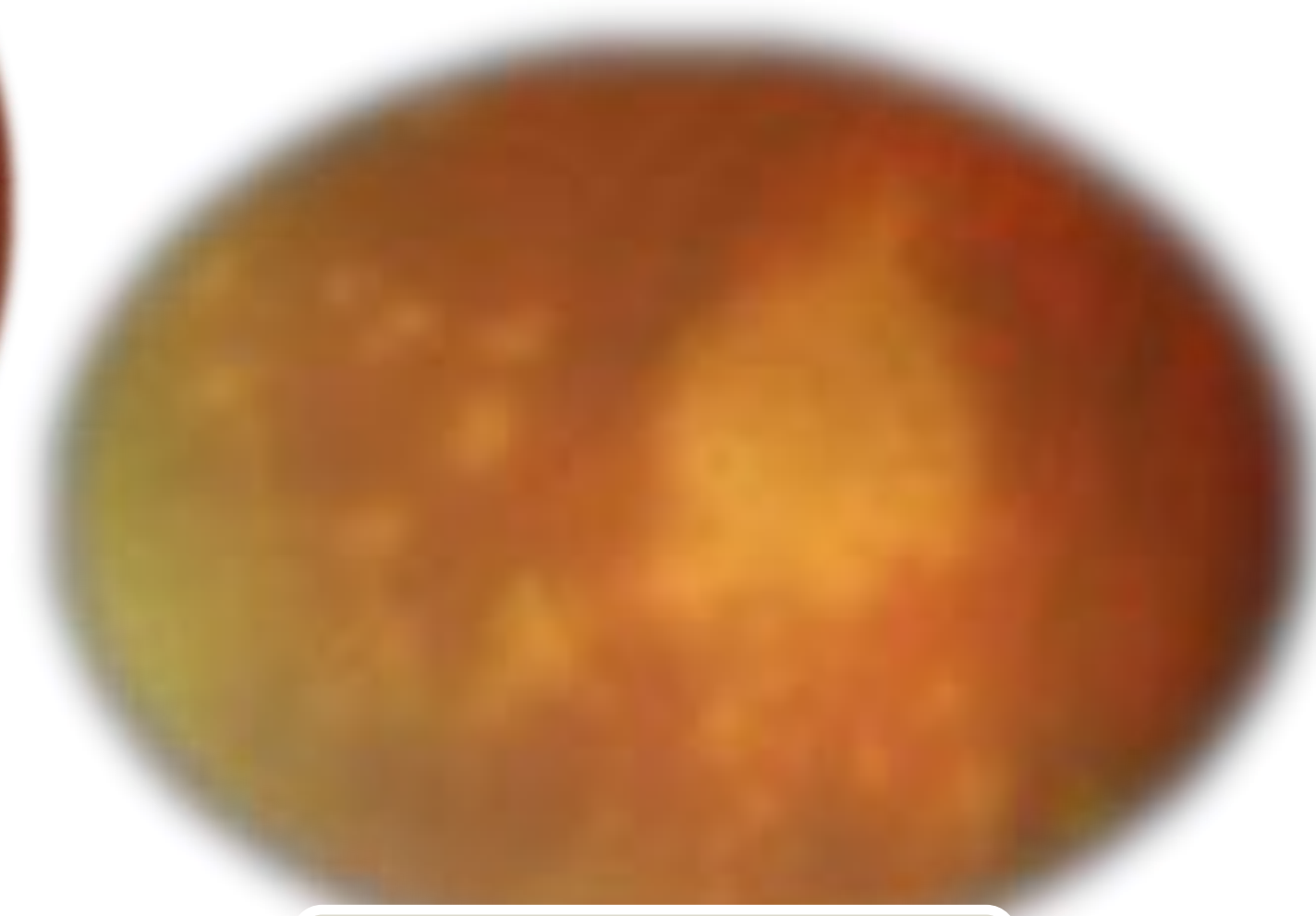
Bactéries



*Syphilis*

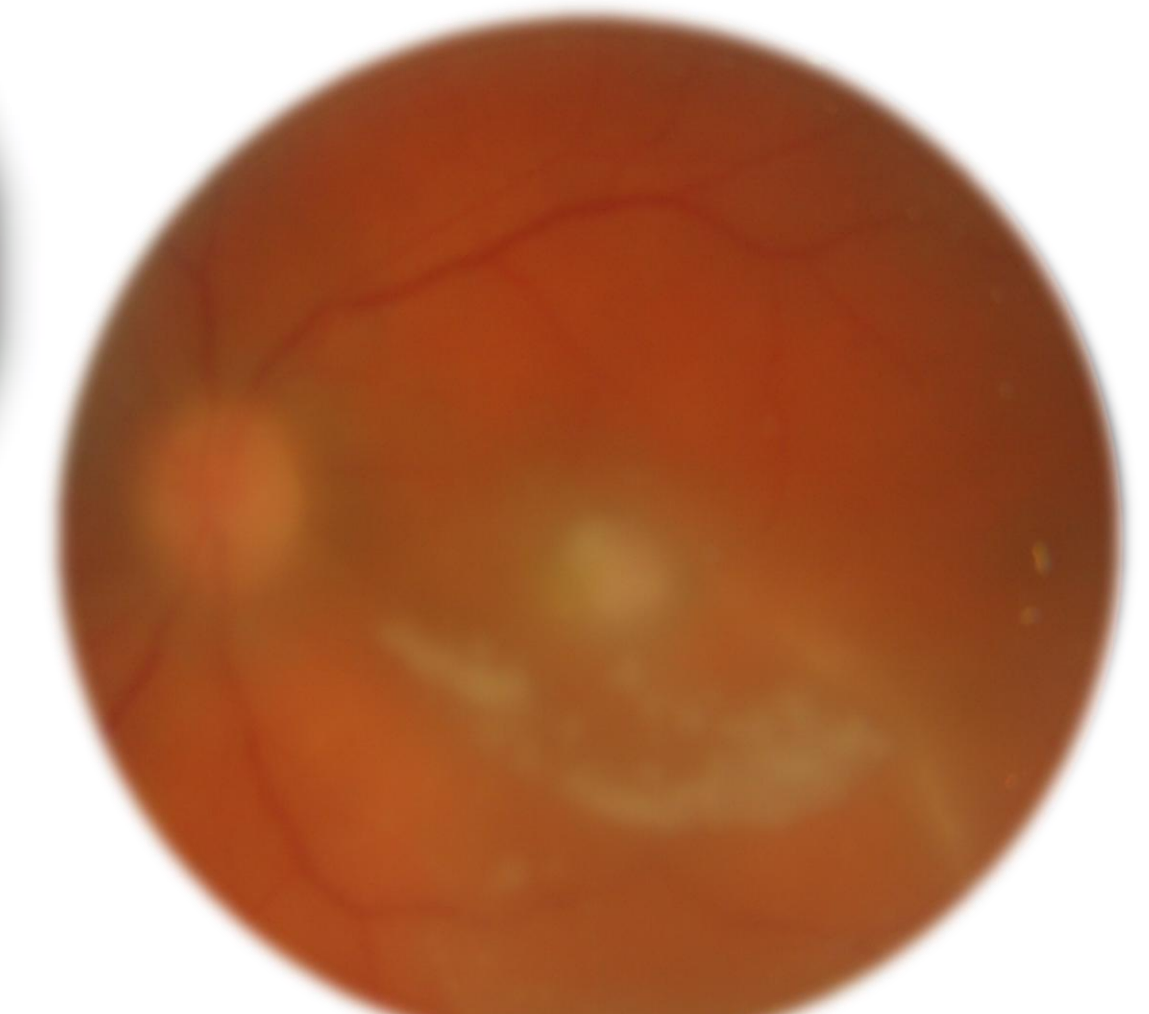
*Pour conclure ...*

Virus



*ARN VZV*

Champignons



*Candidose*

Atteinte oculaire parfois 1ère manifestation  
d'une infection systémique

Collaboration ophtalmologiste - Médecine  
infectieuse

*Merci pour votre attention !*