

REPONSES au CAS CLINIQUE 5

1) Quel est le diagnostic à évoquer en premier lieu ? Justifier votre réponse

Réponse attendue (principaux mots clefs)

- Endophtalmie aiguë post-opératoire (infection nosocomiale)
- Œil rouge + douleur + baisse de vision sur œil opéré depuis moins d'1 an = endophtalmie jusqu'à preuve du contraire.
- Bonus si l'étudiant dit que chacun des signes du triptyque peu manquer (notamment la douleur, absente dans 30% des cas)

2) Quels autres diagnostics doivent être évoqués devant cet œil rouge avec douleur et vision abaissée ? Pourquoi ne pas retenir d'emblée ces autres diagnostics ?

Réponse attendue (principaux mots clefs)

- Crise aiguë de fermeture de l'angle irido-cornéen (ou glaucome aigu par fermeture ...)
 - o Pour : Hypermétropie
 - o Contre : Pas de CAFA (GFA) sur œil pseudophaque
- Kératite épithéliale aiguë
 - o Pour : Traitement par corticoïdes, favorisant les infections de surface (herpes ++) + prostaglandines (pour l'herpès)
 - o Contre : Pas de photophobie majeur, le FO reste normalement accessible
- Uvéite antérieure aiguë (autre l'endophtalmie)
 - o Pour : Rien, sauf les prostaglandines (éventuellement favorisantes)
 - o Contre : Pas d'antécédent d'uvéite préopératoire, donc très peu de risque de développer une uvéite en post-opératoire (autre une endophtalmie ...), FO inaccessible

3) Quel examen paraclinique pouvez vous réaliser si vous y avez accès immédiatement ? Quelle(s) information (s) seront utiles pour la prise en charge ?

Echographie B :

- Examen Rapide, indolore, peu coûteux
- Confirme l'existence d'une hyalite (nécessaire au dgn d'endophtalmie), utile si troubles des milieux antérieurs (cornée, sac capsulaire)
- Permet de coter l'inflammation vitréenne, recherche un DPV
- Elimine un DR associé

4) Quelle aurait pu être la prévention de l'épisode actuel chez ce patient ? Pourquoi était-il particulièrement exposé ?

Réponse attendue (principaux mots clefs)

- Modalités optimales et consensuelles de la prévention
 - o Lavage soigneux du site opératoire à la Bétadine® ophtalmique (a du être faite normalement par le chirurgien car systématique pour tous les patients)
 - o + Traitement antibiotique préventif

- 1 cp de levofloxacine per os la veille au soir puis 2 heure avant l'intervention ou 1 cp seulement le matin
- ou céfuroxime en injection intracaméculaire en fin d'intervention
- Prévention par antibiothérapie
 - Sur-risque d'endophtalmie car diabétique, BPCO
 - Et aussi probablement par problème de surface oculaire et/ou dynamique palpébrale
 - Conjonctivites à répétition

5) Quelles sont les grandes lignes du traitement curatif de l'épisode actuel ?

Quelles sont les grandes lignes du pronostic visuel dans son cas ?

Réponse attendue (principaux mots clefs)

- Prélèvement à visée bactériologique INDISPENSABLE
 - Soit humeur aqueuse
 - Soit vitré (plutôt dans ce cas, cf infra)+++ le vitré est plus rentable
- Vitrectomie (à visée optique et réduction de la charge bactérienne)
 - Discutée en fonction de la gravité des signes cliniques
 - Oui dans ce cas car vision très abaissé et fond d'œil inaccessible (+ reflet pupillaire faible)
 - Critère de l'EVS (non exigible, bonus)
- Injection intravitréenne d'antibiotiques INDISPENSABLE
 - Ceftazidime (Fortum®) + Vancomycine
 - Si Amikacine est mentionnée : acceptée
 - Au moins 2 à 3 injections distantes de 2 à 3 jours, en fonction de l'évolution
 - Sous anesthésie locale ou générale
- Antibiothérapie par voie générale
 - Bi-thérapie
 - Quinolone (Ofloxacine IV puis Lévofloxacine per os par exemple)
 - + Imipénème (Tienam®) ou Fosfomycine (Fosfocine®)
- Traitement topique en collyre
 - Mydriatiques + anti-inflammatoires (plutôt stéroïdiens)
- Bonus : Discussion sur corticothérapie en intravitréen ou en intraveineux, mais uniquement lorsque on a la preuve de l'efficacité de l'antibiothérapie
- Pronostic chez ce patient dépend :
 - Acuité visuelle initiale
 - Rapidité de la mise en route du traitement, vitrectomie initiale ou non
 - Germe incriminé (virulence)
 - Lésions oculaires associées initiales et complications (DR de mauvais pronostic)

6) En cas de mauvaise évolution de l'épisode actuel avec une acuité visuelle résiduelle à moins de 1/10^{ème} 6 mois après l'épisode initial, et en cas d'atteinte de l'autre œil par une dégénérescence maculaire liée à l'âge rapidement évolutive, quelles pourraient être les mesures para-médicales et sociales à envisager chez ce patient ?

Réponse attendue (principaux mots clefs)

- Ré-éducation de la basse vision

- Aides optiques
- Déclaration de cécité légale
- Aide à domicile pour la vie courante