



Faculté
de Médecine

Aix*Marseille Université

Ophthalmologie Pratique

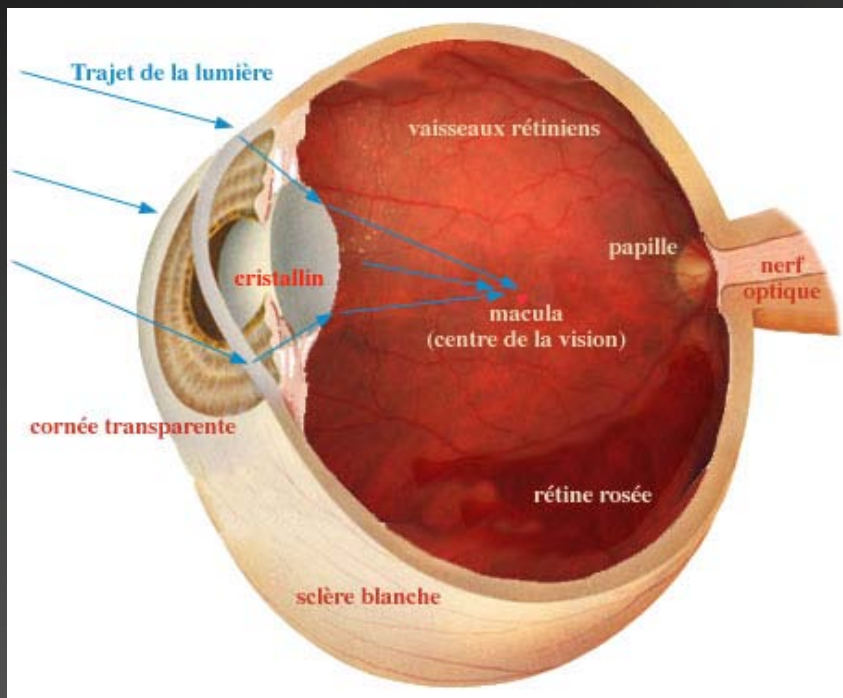
Pr. Louis Hoffart

**Service d'ophtalmologie
Centre hospitalier de la Timone
Marseille**

louis.hoffart@aphm.fr

Rappel anatomique

L'œil est formé d'un contenant (trois enveloppes) et d'un contenu (trois milieux transparents)

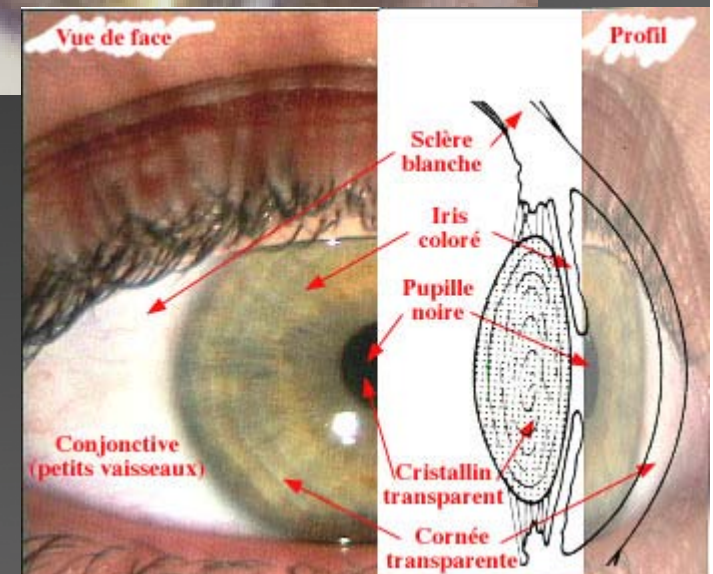


- - la **sclérotique**, tissu conjonctif prolongé en avant par la cornée sorte de hublot transparent;
- l'**uvéa**, sorte d'éponge vasculaire; En arrière, c'est la choroïde, en avant le corps ciliaire et l'iris;
- la **rétine**, membrane interne, qui associe les photorécepteurs et les neurones qui en se rassemblant vont former le nerf optique.
- Trois milieux transparents constituent le contenu:
- le **corps vitré** en arrière devant la rétine,
- le **cristallin** derrière l'iris,
- l'**humeur aqueuse** en avant du cristallin, derrière la cornée.

Le segment antérieur

Le *segment antérieur* formé d'avant en arrière par :

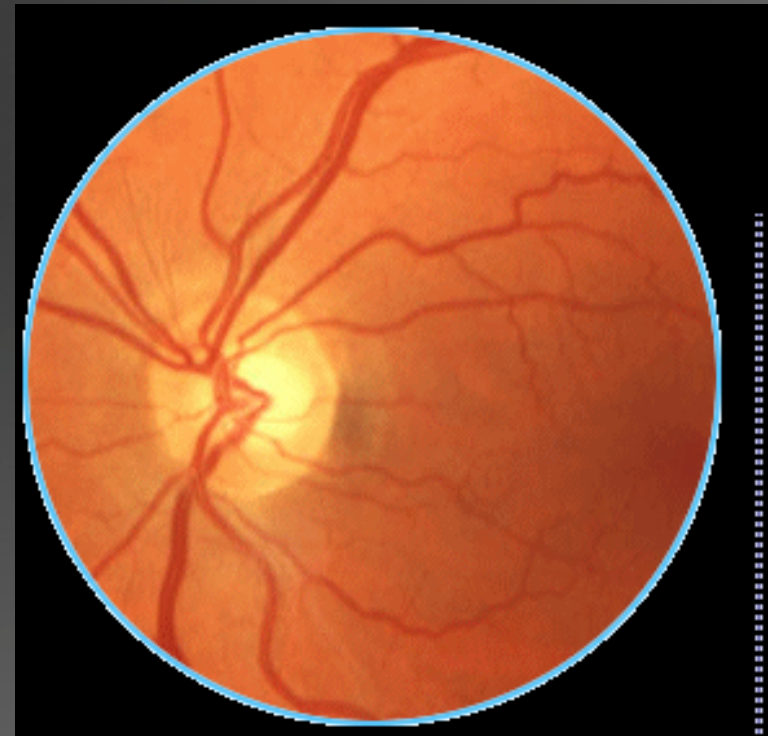
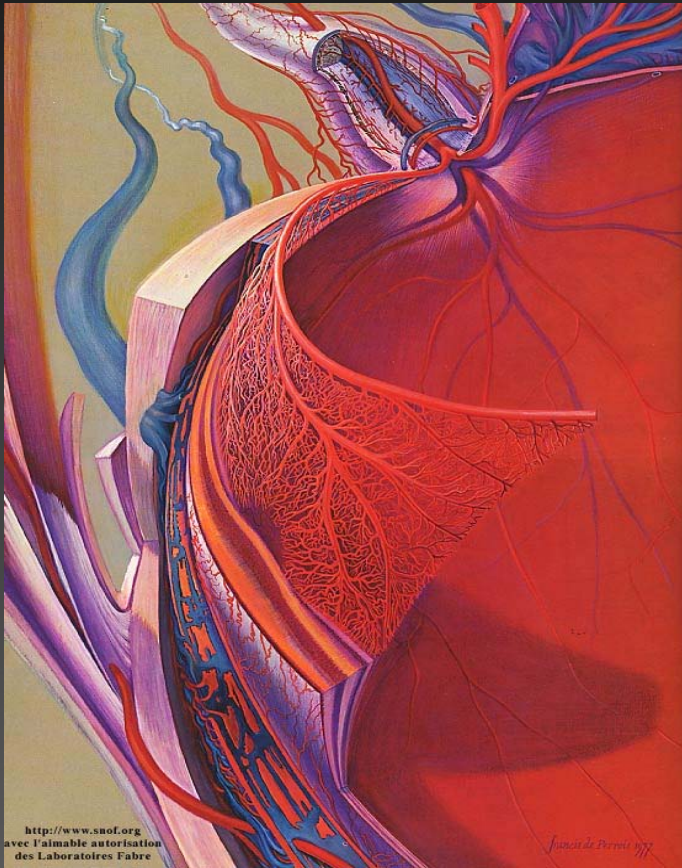
- la cornée
- le cristallin
- l'iris
- l'angle iridocornéen
- le corps ciliaire



Le segment postérieur

- Le *segment postérieur* est formé par :

- la sclérotique
- la choroïde
- la rétine
 - macula
 - papille
 - périphérie
- le corps vitré



Que rechercher par un examen clinique simple?

- Intégrité des paupières
- Apparence « normale » du globe oculaire
- Bien différencier une baisse de vision d'une vision trouble ou floue ou double
- Œil rouge? Œil sécrétant? douleurs?
- Bon reflet cornéen
- Bonne visibilité de l'iris
- Régularité de la pupille et jeu pupillaire
- Test à la fluoresceine

Objectifs ... et difficultés !

- Savoir traiter et prendre en charge des pathologies ophtalmologiques courantes
- Reconnaître les vraies urgences ophtalmologiques
- Savoir initier un premier traitement
- Reconnaître les cas à adresser rapidement

- Difficultés
 - Fréquence ++ des consultations pour œil rouge
 - Absence de LAF / pas de tonomètre...

Quels ATCD/signes ont une importance devant une urgence ?

■ Antécédents ophtalmologiques.

Il faut rechercher

- *la notion de port de lentilles de contact;*
- *de traumatisme;*
- *de chirurgie;*
- *d'inflammation oculaire ou de maladie suivie par un ophtalmologiste.*
- *une instillation de collyre.....*

■ Histoire actuelle.

- *Quels sont les symptômes actuels?*
- *Existe-t-il des troubles visuels, des douleurs, une rougeur oculaire ou une vision double?*
- *Quand ces symptômes sont-ils survenus?*
- *Existe-t-il des lésions ou des symptômes généraux associés?*



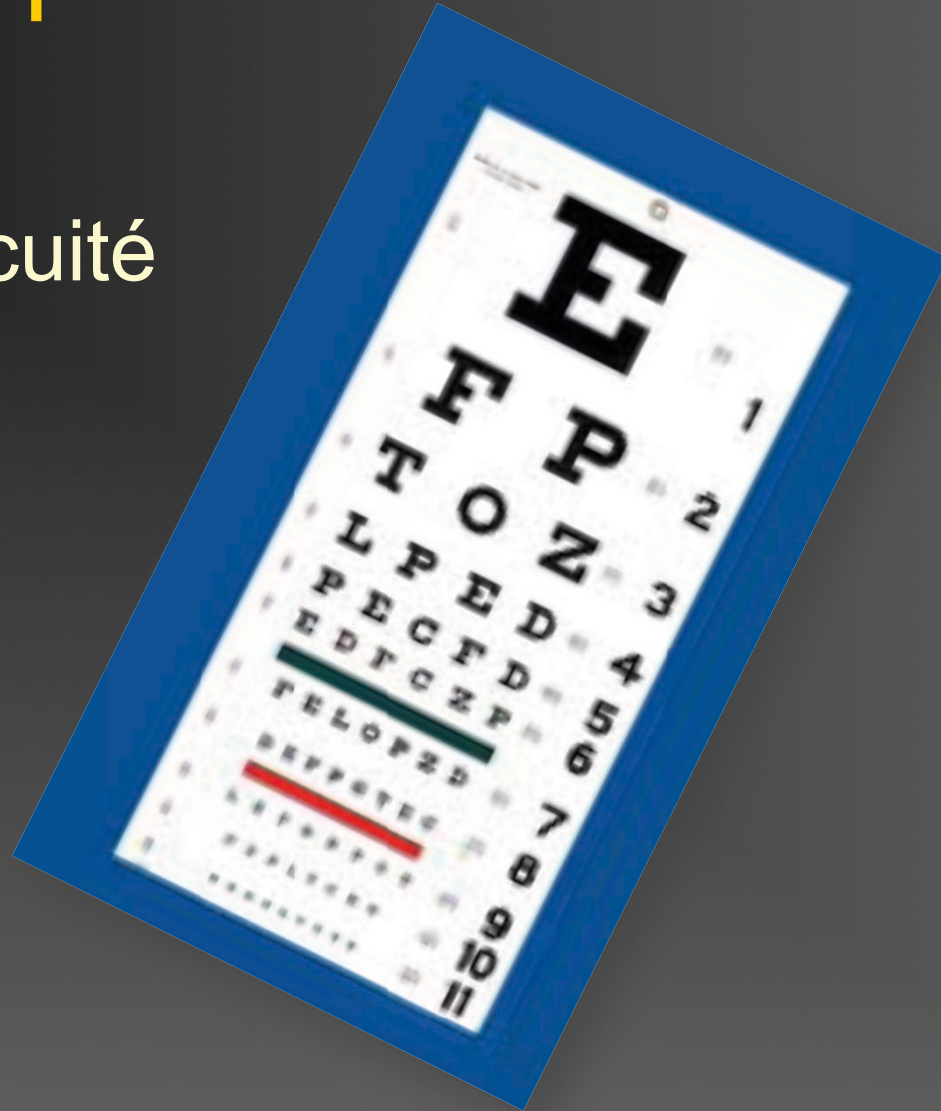
Quel matériel pour un examen ophtalmologique?

- Une source lumineuse, torche, ophtalmoscope ...



Quel matériel pour un examen ophtalmologique?

- Une échelle d'acuité



Quel matériel pour un examen ophtalmologique?

- Collyre anesthésique

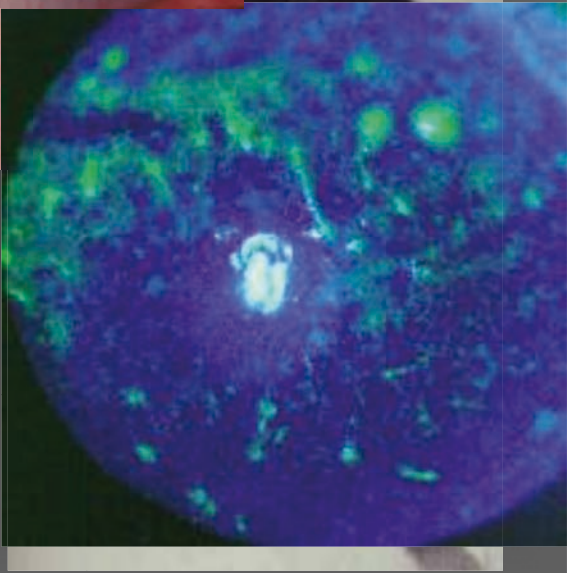
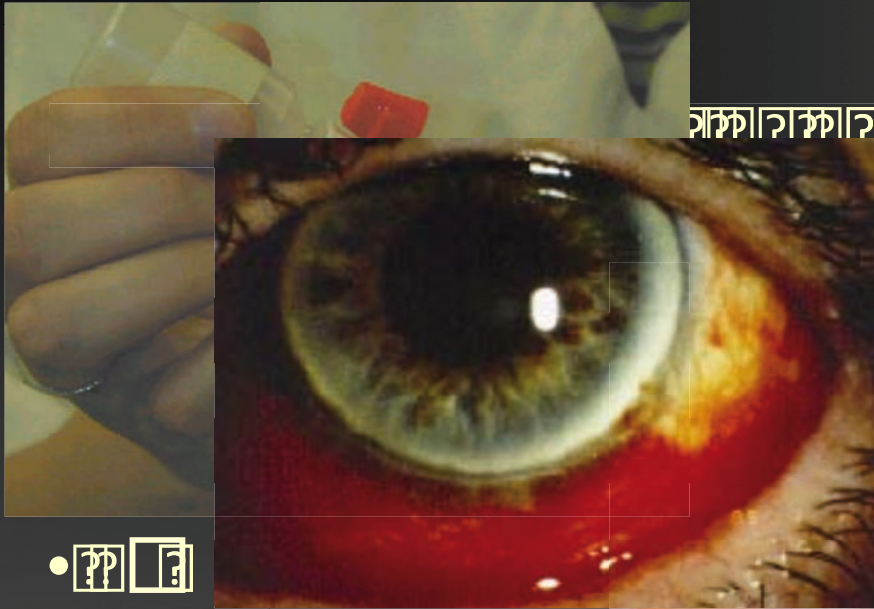


Quel matériel pour un examen ophtalmologique?

- De la fluorescéine



L'examen ophtalmologique au cabinet



• [?][?]

• [?][?][?][?][?][?][?][?][?][?]

• [?][?][?][?][?][?][?][?]

[?]



[?]



Image de fond de l'œil en couleur

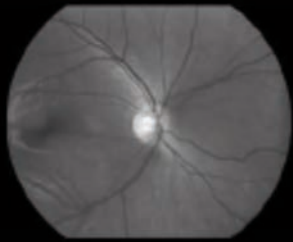


Image sans rouge



Image bleu cobalt



Image antérieure de l'œil



PRO - Un outil polyvalent pour vous

per fond d'œil
 ex locaux les plus compacts
 les patients âgés et les patients
 ortée des soins médicaux
 ec une mobilité limitée
 pide des yeux des enfants
 nt à l'examen RDP (rétinopathie
 our bébés jusqu'à 2,5 kg
 de neuropathies et suivi de la
 pique post neuro chirurgie
 aux opérations de dépistage
 érant et dans véhicules
 de la rétinopathie diabétique à

mpre à fente permettant une mise
 poste lampe à fente
 des données du patient
 nsultation à distance

- Idéal pour les cabinets de ville, maison de santé municipale, ou permanence ophtalmologique d'Antenne Médicale d'Urgence, EHPAD...
- Terminal d'acquisition pour tous projets de Télémédecine associés à l'ophtalmologie



Adaptateur pour lampe à fente



Image segment antérieur

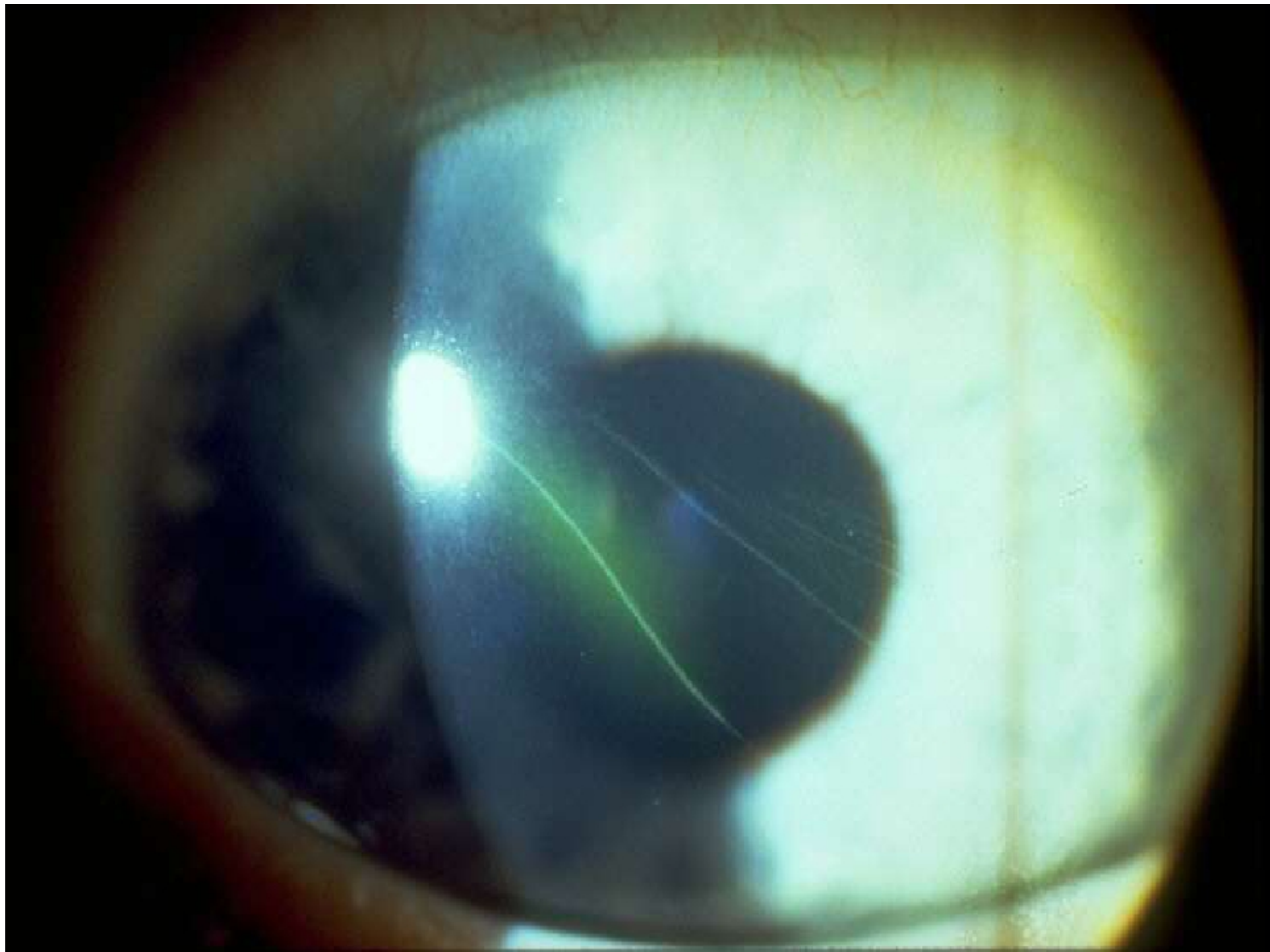
Smartscope PRO - Caractéristiques clés

- La qualité supérieure de l'image est conforme à la norme pour rétinographes ISO 10940.
- Examen de fond de l'œil non mydriatique à travers une pupille non dilatée
- Champ de vue 40 degrés
- Réseaux de fixation interne pour des images périphériques
- Autofocus et prise de vue silencieux et précis
- WIFI pour un transfert aisé d'images vers un PC, ordinateur portable, tablette ou appareil mobile
- Adaptateur pour lampe à fente pour toute lampe à fente avec appui-tête patient
- Logiciel de station de travail Optomed avec DICOM pour la visualisation, le partage et l'archivage des images
- Flash faible intensité
- Module ES2 Smartscope pour des images de cornée de haute qualité

Image rétinale

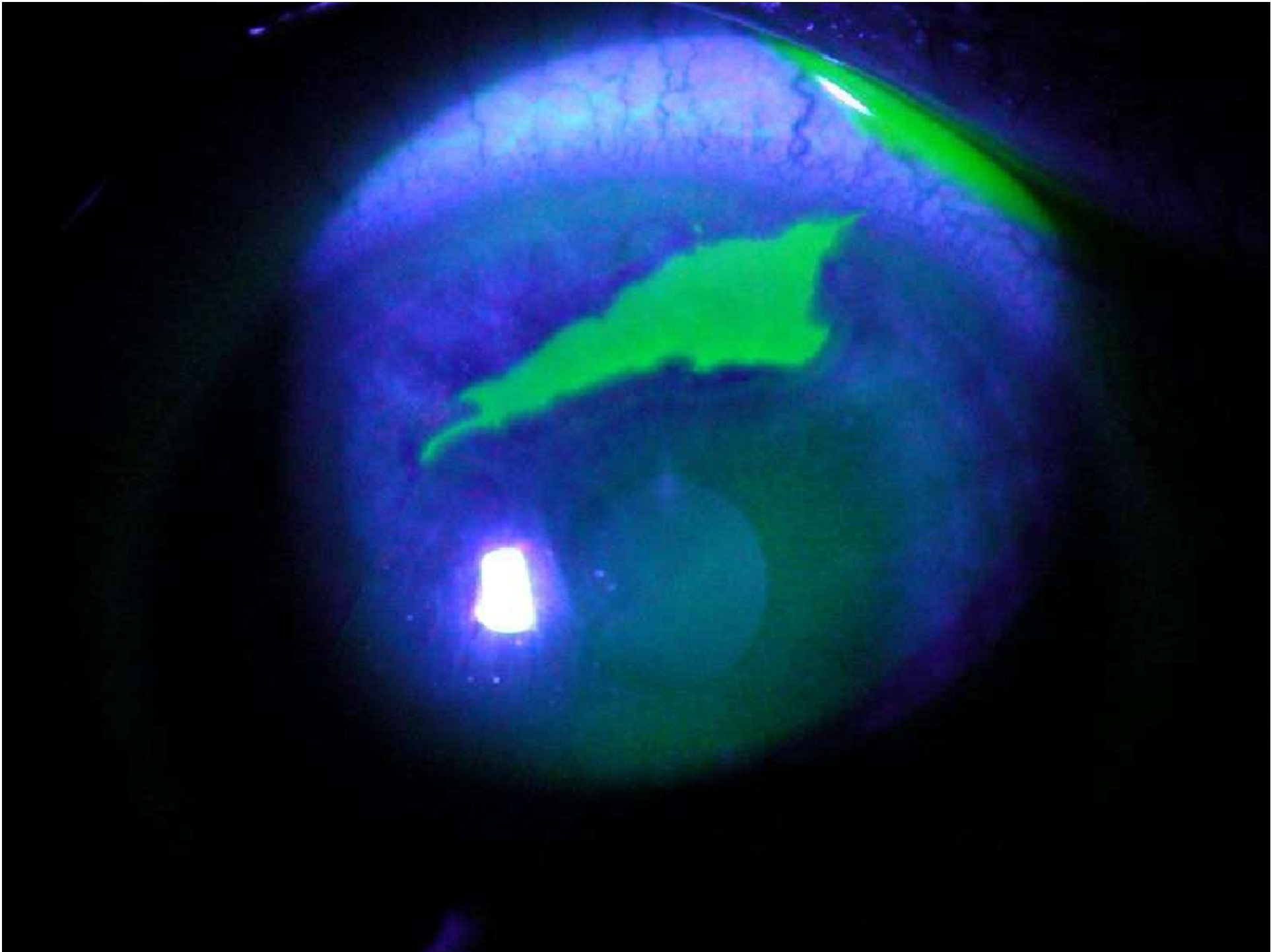


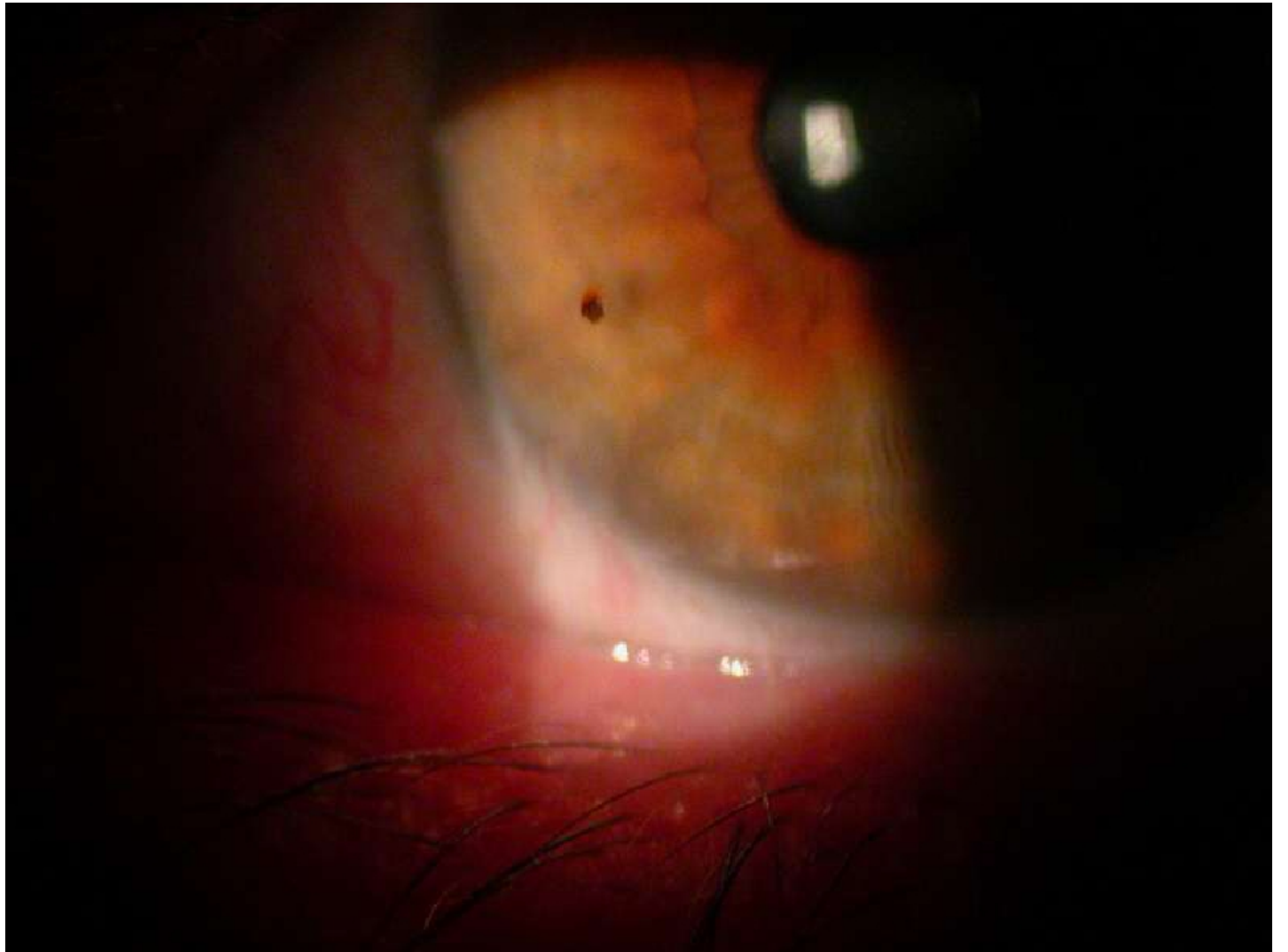
ŒIL ROUGE et TRAUMATISME

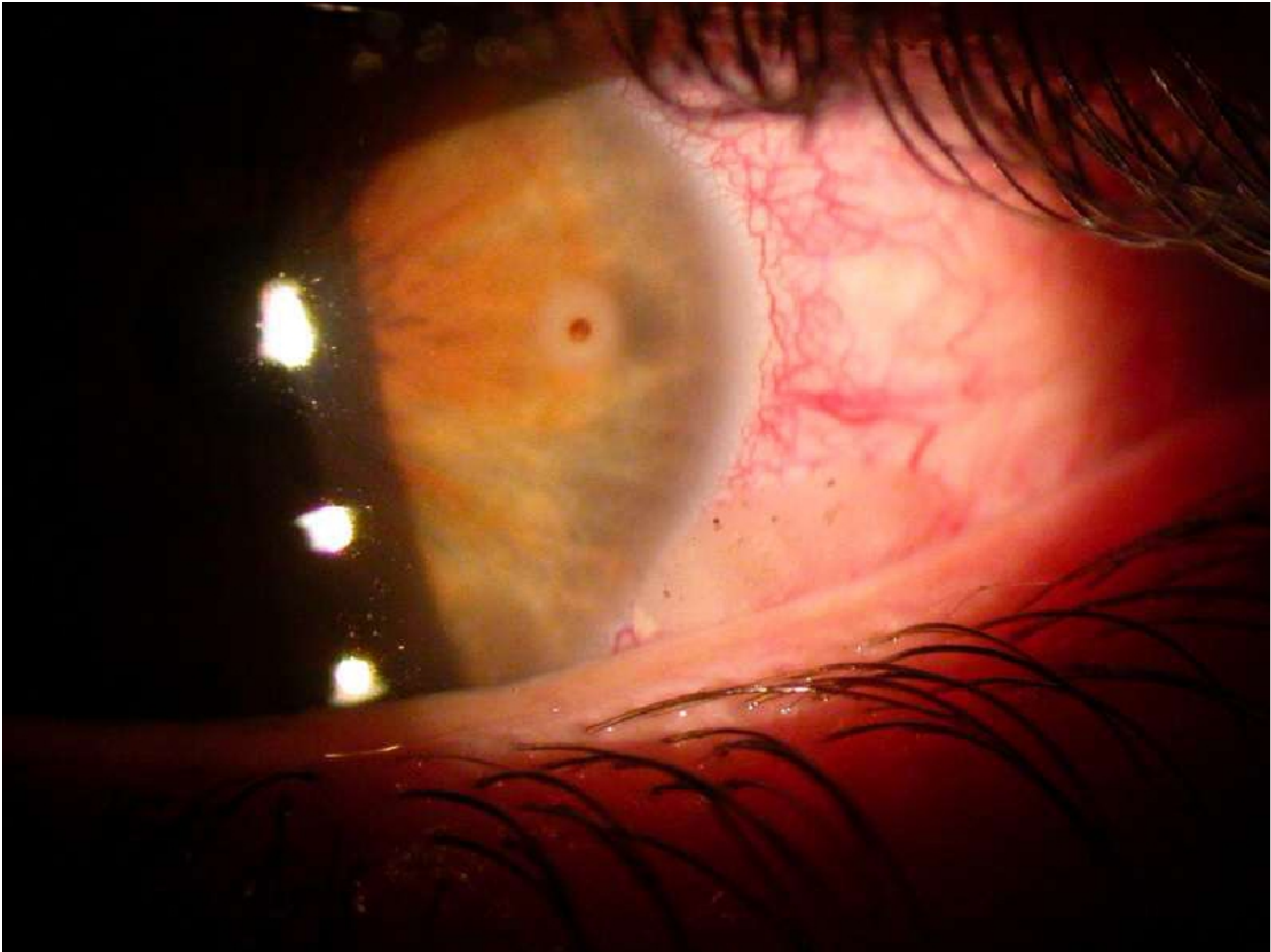


L'érosion de l'épithélium cornéen

- **Traumatisme minime (coup d'ongle ou page de livre)**
- **Plus facile à examiner après instillation d'oxybuprocaine**
- **Peut mener à une pathologie très ennuyeuse : la kératalgie récidivante.**

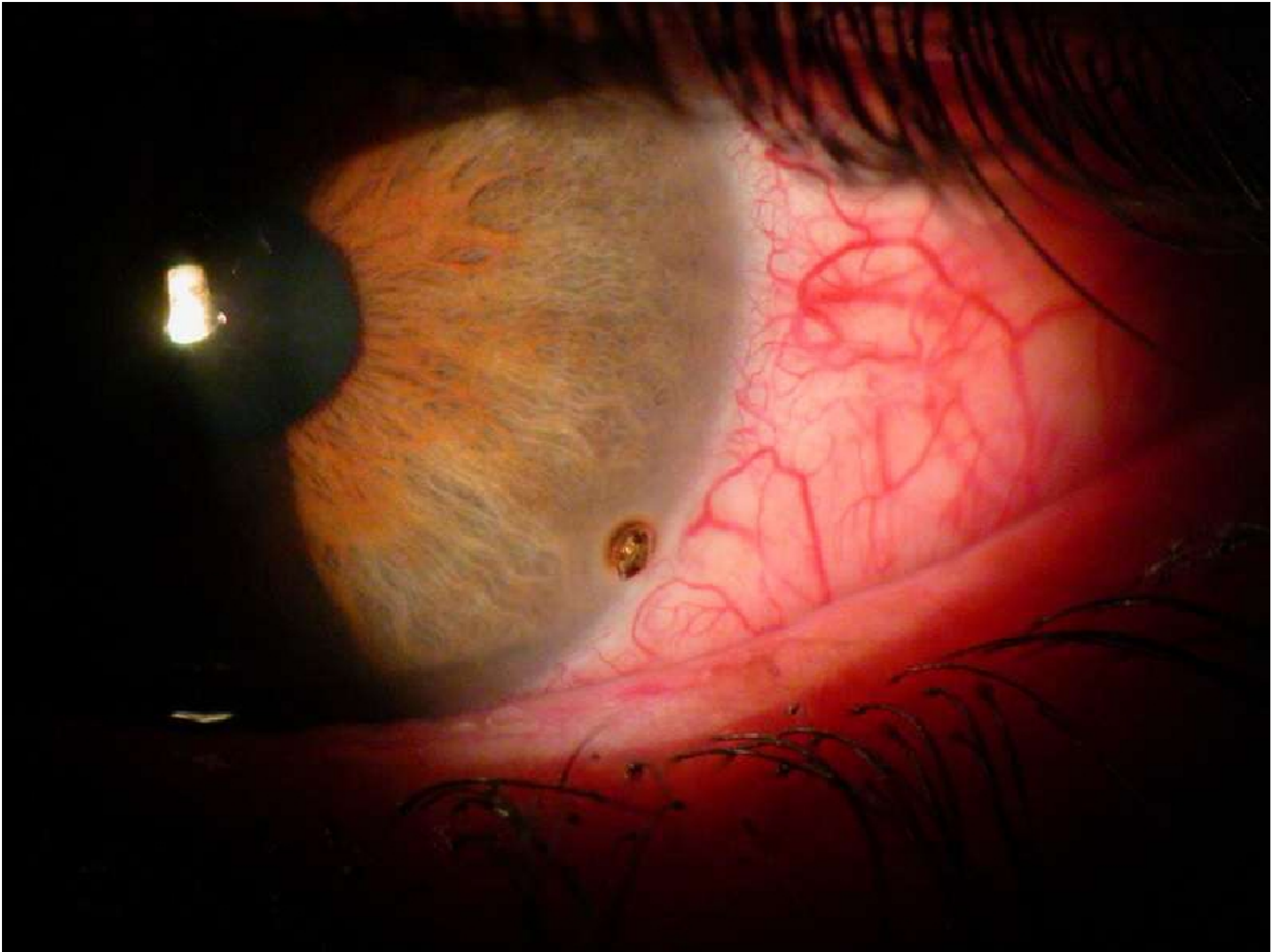






Le corps étranger

- **Superficiel, souvent suite à un meulage, la douleur est très vive, associée à une photophobie et un larmoiement. (anneau de rouille = brûlure).**
- **Parfois la gêne ne survient que 24 à 48 heures plus tard.**
- **Le corps étranger superficiel doit être recherché à 3 endroits :**









Corps étranger sous palpébral: que faire ?

- Instiller une goutte de collyre anesthésique
- Rincer l'œil en soulevant la paupière supérieure
- Luxer le tarse sup. et enlever le corps étranger avec une compresse ou un coton tige
- pansement compressif avec une pommade ATB
- Antalgiques
- *on note parfois une incrustation ou un anneau de rouille*

**Consultation opht : Ablation de la paille et fraisage de la rouille sous collyre à la LAF
(cela peut attendre 12 H!!)**

CAT devant une PAILLE DE CORNEE

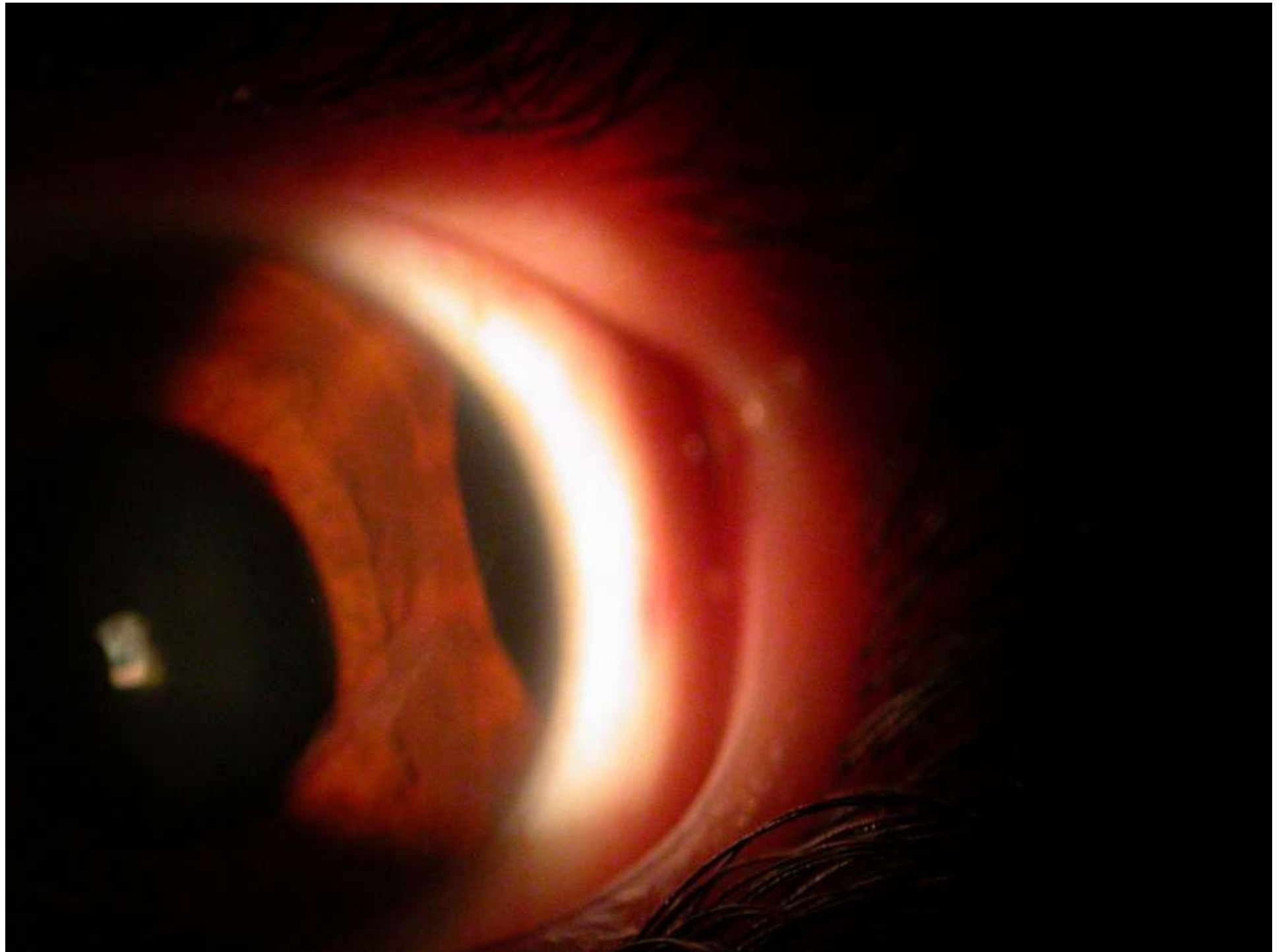
- *sensation de corps étranger à chaque clignement de l'œil*
- *larmolement*
- *Blépharospasme, douleurs*
- *injection conjonctivale ou ciliaire*
- *on note parfois une incrustation ou un anneau de rouille*



Consultation opht : Ablation de la paille et fraisage de la rouille sous collyre à la LAF (cela peut attendre 12 H!!)







Les contusions oculaires

Les lésions induites par une contusion (balle de squash, coup de poing...) sont de gravité variable :

- Hyphéma
- Rupture de l'iris,
- Luxation du cristallin,
- Cataracte traumatique,
- Oedème ou hémorragie rétinienne ou encore
- décollement rétinien contusif...

CONTUSION OCULAIRE

choc sur l'oeil, sans plaie



Contusion bénigne → choc léger, coup de doigt (érosion → douleur aigue)...

Vision normale + aspect du SA normal + pupille réactive et peu ou pas de photophobie

Hémorragie sous-conjonctivale
bénigne → disparaîtra spontanément

TTT local simple: anti-inflammatoire et/ou antiseptique.

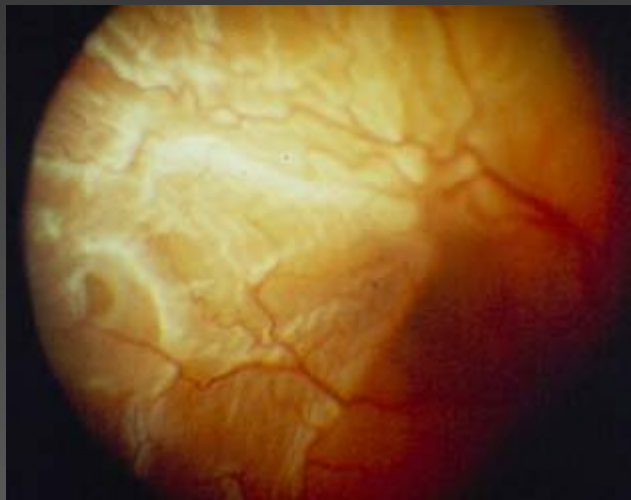
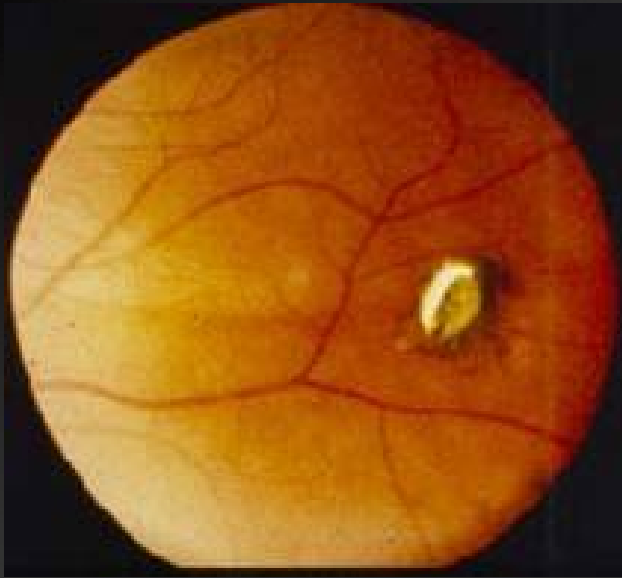
Mécanismes: coup de poing, balle, bouchon de champagne ...



- Syndrome contusif du SA
Hyphéma, risque d'hypertonie, inflammation, cataracte traumatique
- Syndrome contusif du SP
HIV, DR, contusion rétinienne

CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

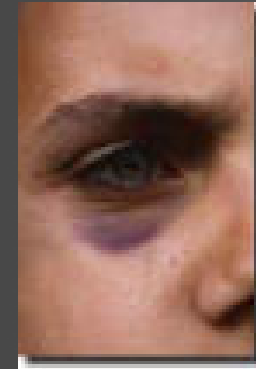
- ***ETRE FAUSSEMENT RASSURE*** devant l' intégrité apparente du globe oculaire (penser aux lésions postérieures: hémorragie du vitré, atteinte maculaire, rupture choroïdienne, DDR)
- ***Oublier la survenue de complication à distance: cataracte , glaucome ou décollement de rétine....***
- ***Donc demander systématiquement un avis oph à distance de toute contusion oculaire importante .***



CE QU'IL FAUT FAIRE

- **PRATIQUER UN BILAN** minutieux des lésions: cadre orbitaire(lésion en blow in), déformation pupillaire....
- **RECHERCHER** une hypertonie oculaire , un hyphéma...
- **PENSER A UNE RUPTURE SCLERALE** sous-conjonctivale en cas d'hypotonie, de profondeur anormale de la chambre antérieure associée à un hématome sous-conjonctival.
- **DEMANDER UN AVIS SPECIALISE**, s'il existe un doute sur une complication.

Types de lésions



CONTUSION

Choc contondant



AT
Sport
Domestiques
Agressions

PLAIES

AVP
Domestiques
Chutes/branches
Agressions



PLAIES + CE

AT
Agressions
Bricolage

50% CE en fer

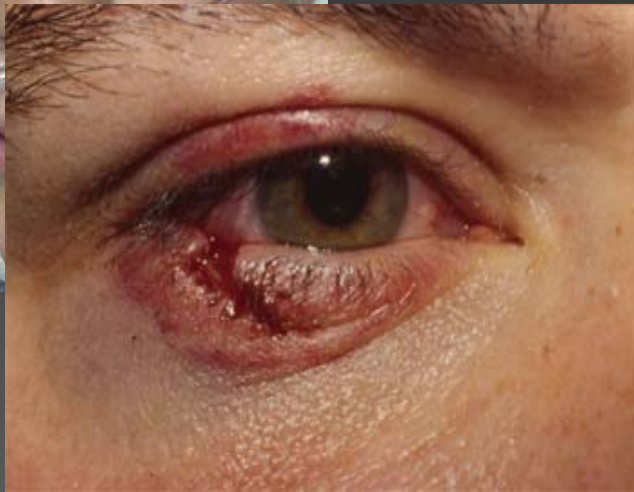


Risque infectieux dans tous les cas
Pronostic dépend type / dégâts...





Plaies des annexes



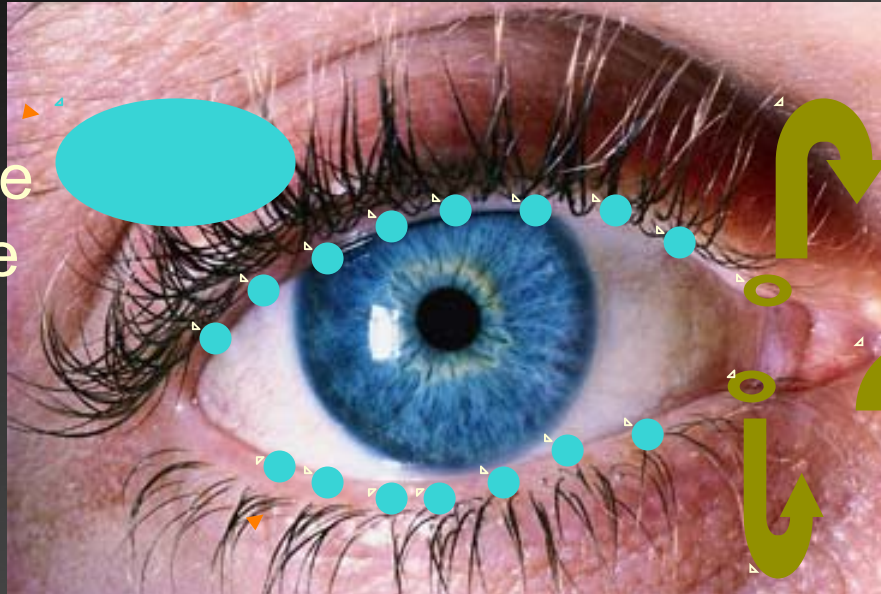
Plaies des paupières

Attention à la plaie du globe sous-jacente !

Attention aux atteintes des voies lacrymales !

Paupières: système lacrymal

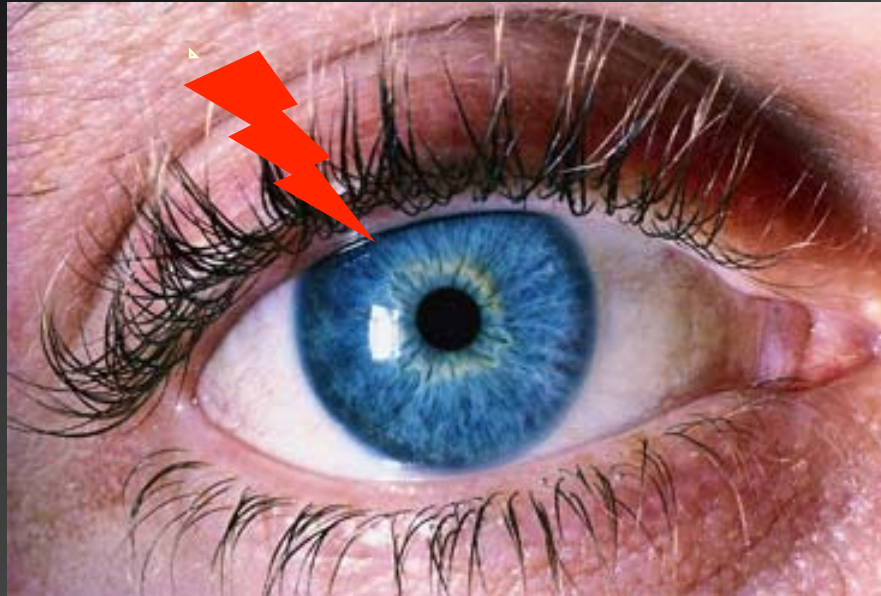
Glande
Lacrymale
Principale



Excrétion
des larmes
vers le nez
par les points
et les canaux
lacrymaux

Glandes lacrymales
accessoires

Bord libre : marge sectionnée

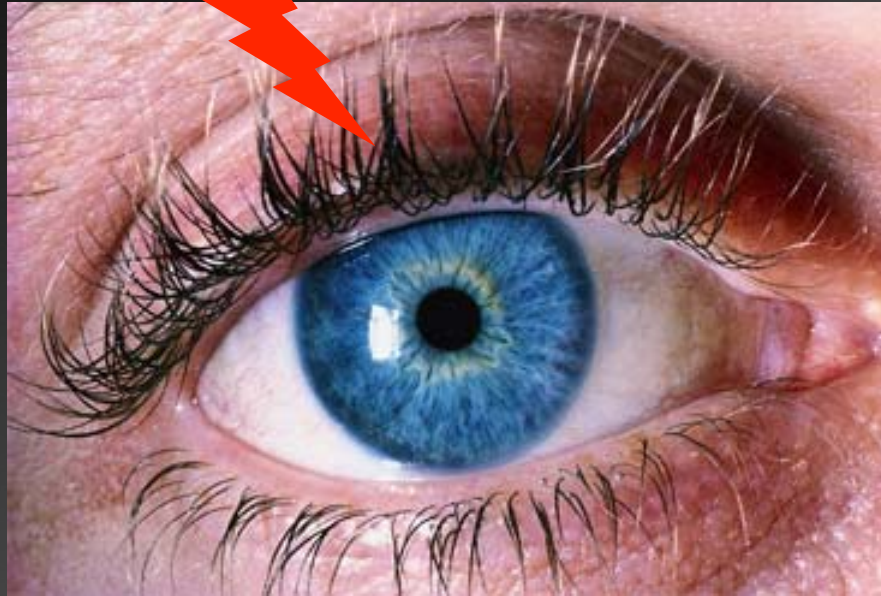


Suture au bloc par un OPH connaissant la pathologie palpébrale

En attendant:
Antibiotique local +/-
générale
SAT-VAT

Risque: esthétique (décalage), trichiasis
fonctionnel: larmoiement, ectropion, entropion

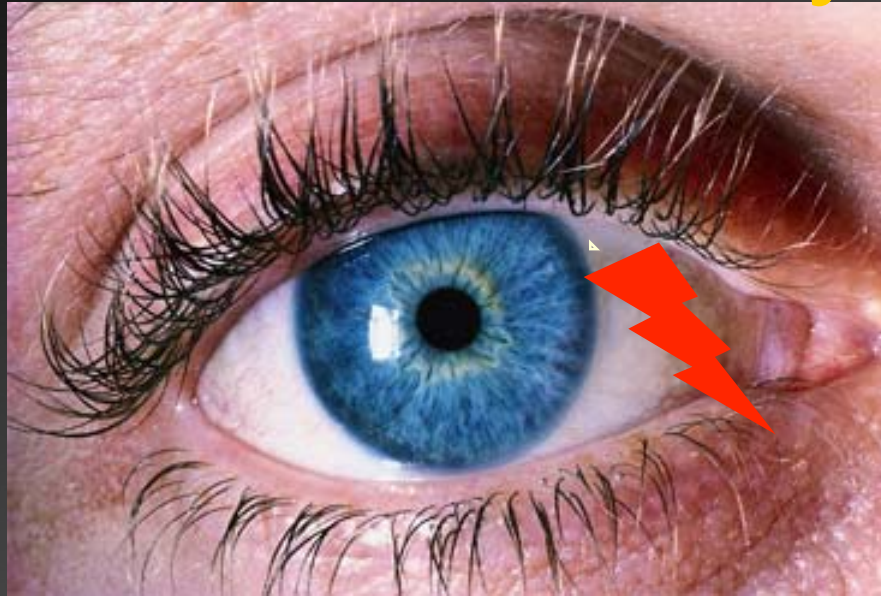
En dehors du bord libre



Suture aux urgences
ou en bloc OPH
(fils fins 6/0)
En attendant:
Antiseptie local
SAT-VAT

Risque: esthétique (respecter les plis naturels)
fonctionnel: minime sauf si $> 1/3$ paupière.
Possibilité de reprise ultérieure

Plaie de l'angle interne : attention aux voies lacrymales



Suture au bloc OPH
pour rétablir
continuité + sonde

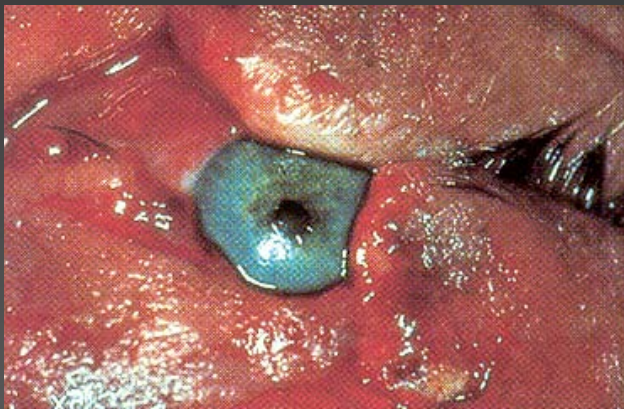
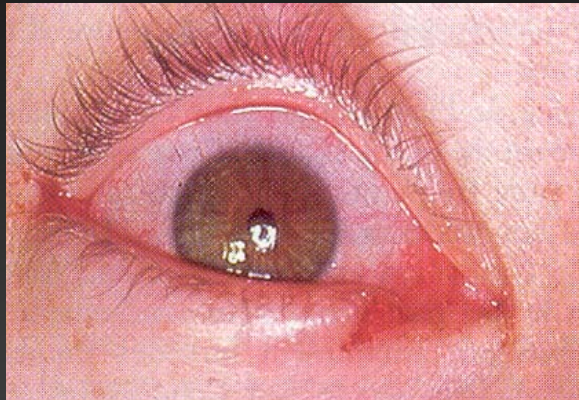
En attendant:
Antibiotique local
SAT-VAT

Risque fonctionnel: ectropion, entropion du point lacrymal
entraînant un larmoiement très gênant .

Moins grave en paupière sup. (10% évacuation larmes)

Plaie des voies lacrymales

A évoquer systématiquement devant une plaie de paupière près de l'angle interne



=> demander un avis oph.

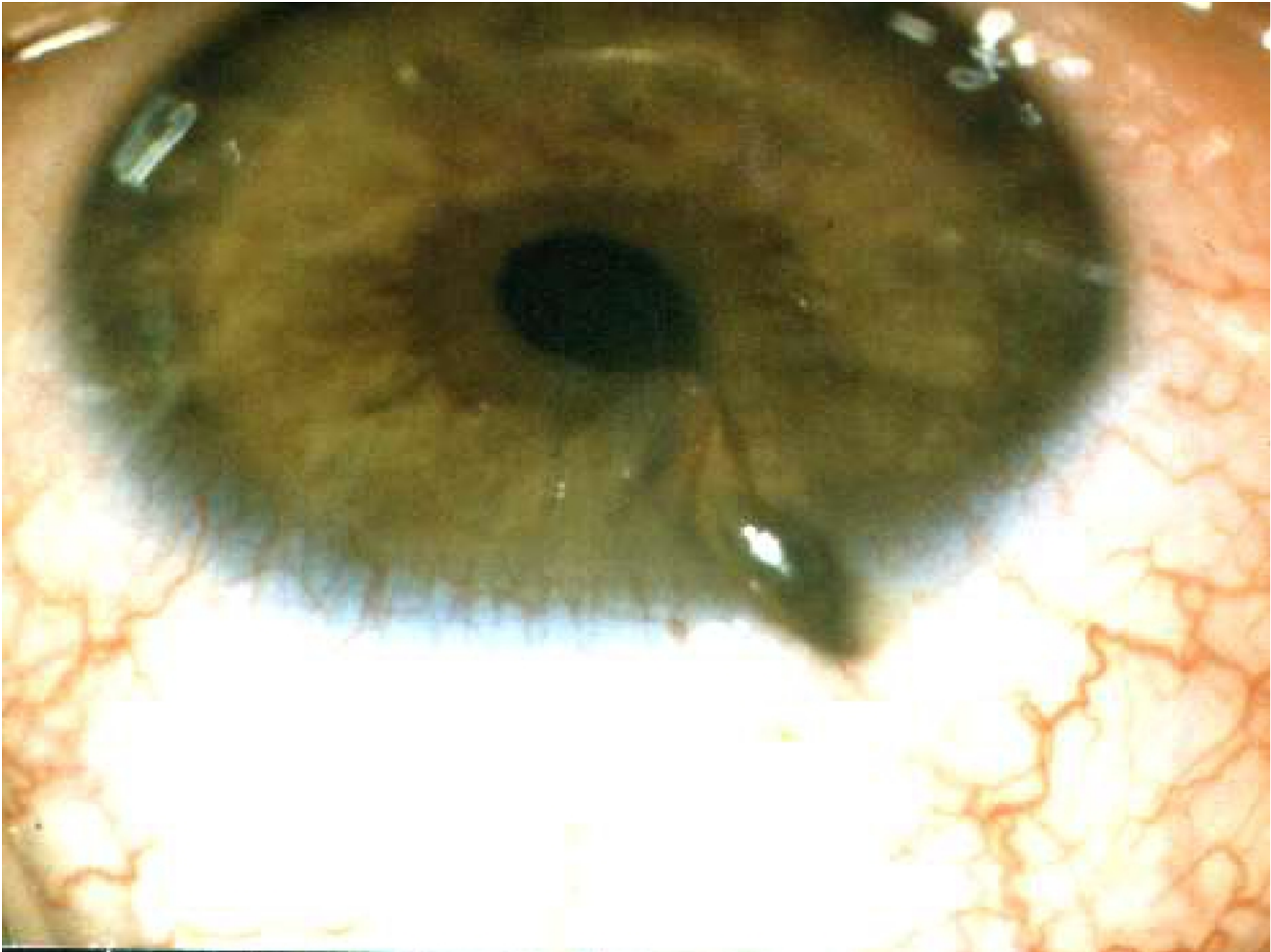
CE QU'IL FAUT FAIRE

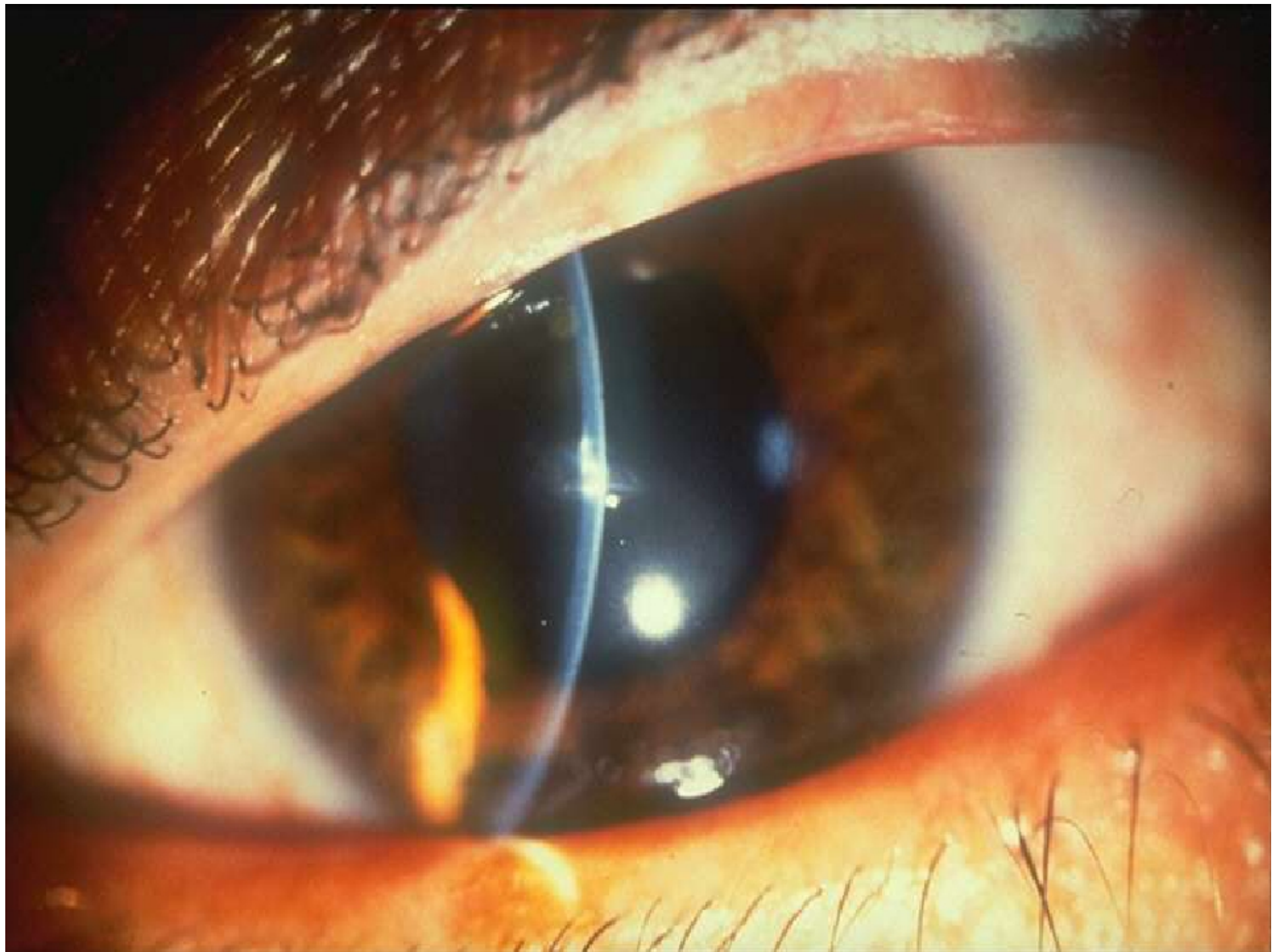
TOUJOURS RECHERCHER D'EVENTUELS DEGATS OCULAIRES derrière la plaie palpébrale.

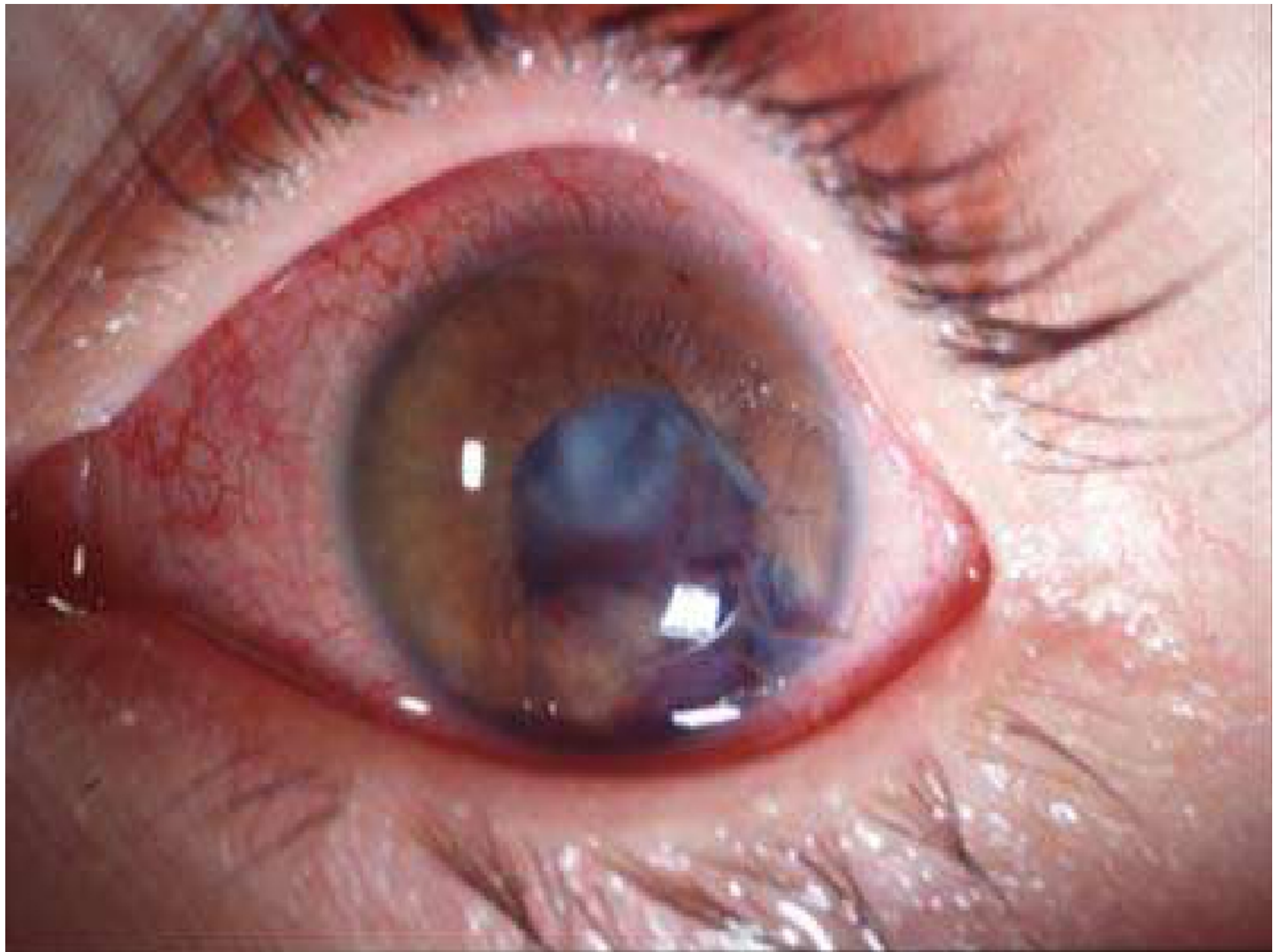
TOUJOURS VERIFIER L'ETAT DE LA PORTION INTERNE DES PAUPIERES surtout à la paupière inférieure. S'assurer de l'intégrité des voies lacrymales.

NE JAMAIS OMMETTRE UNE SEROTHERAPIE ANTITETANIQUE.

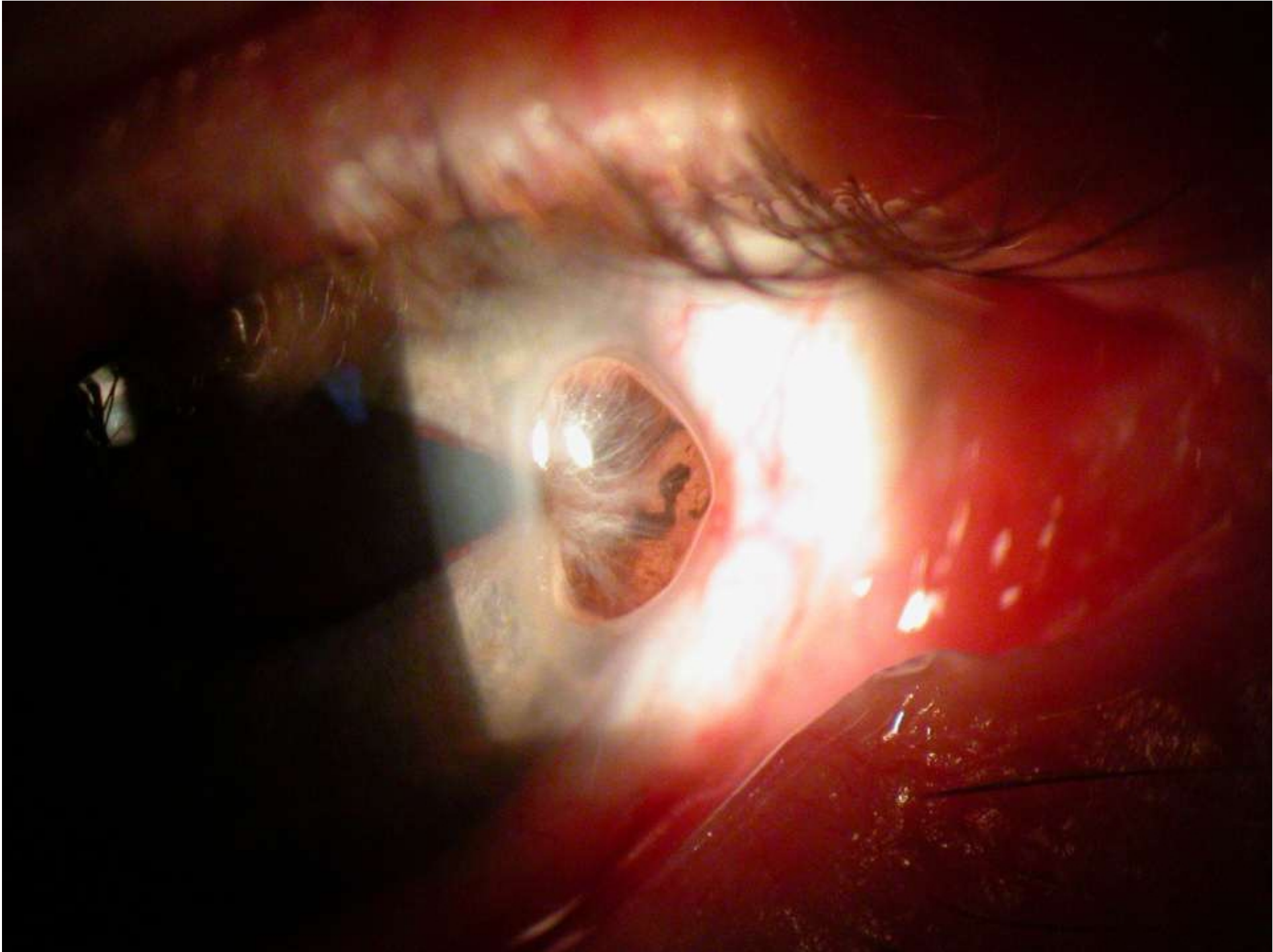
NE PAS HESITER A DEMANDER UN AVIS SPECIALISE



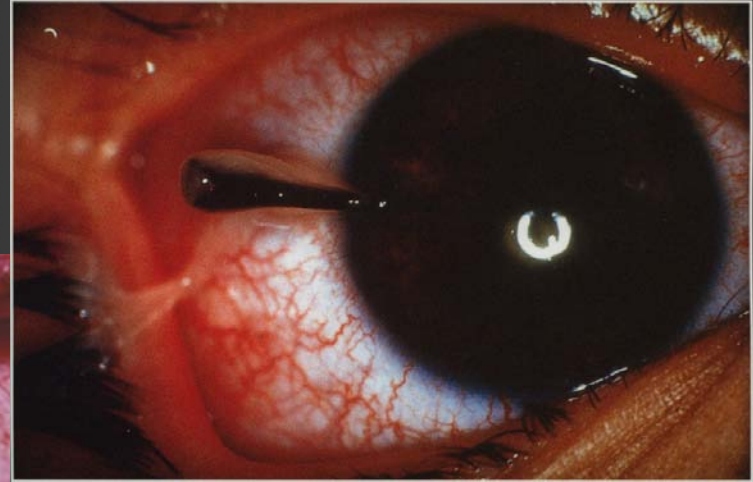








LES PLAIES



Soit la plaie est évidente et nécessite une prise en charge en urgence dans un centre spécialisé.

Soit la plaie n'est pas évidente et il faut savoir l'évoquer!

Un interrogatoire soigneux donne des informations importantes sur la cause de la blessure:

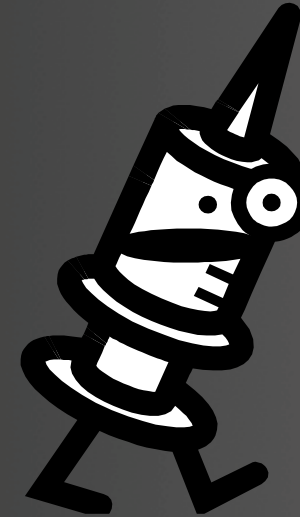
- Un travail au marteau et au burin doit faire rechercher un corps étranger intraoculaire
- Des travaux de meulage ou de sciage font rechercher un corps étranger cornéen
- Des travaux de soudure et de découpage à la flamme font évoquer une kératite aux ultraviolet



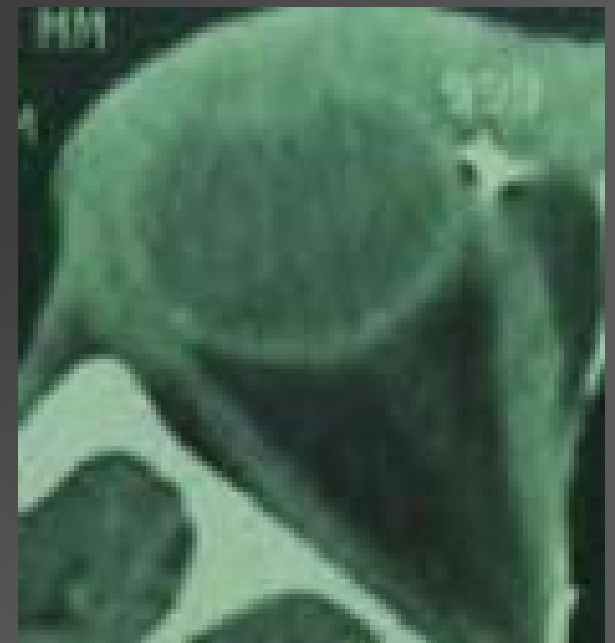
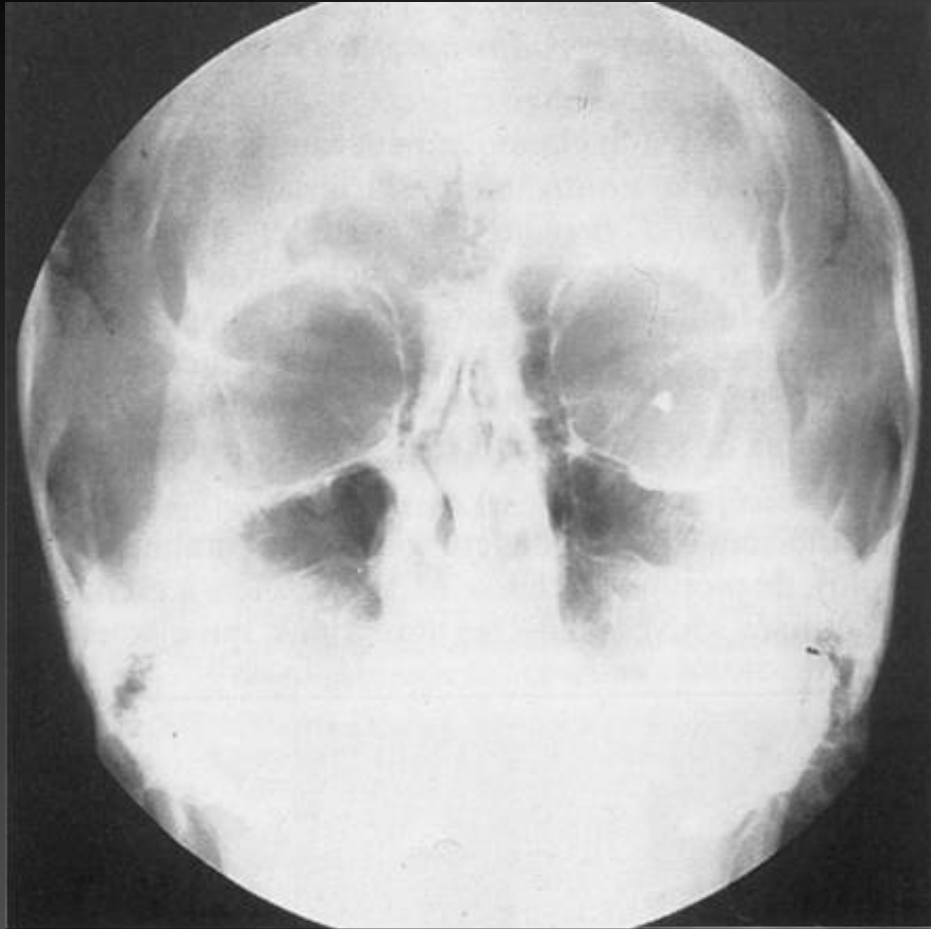
Pour évaluer l'urgence du traitement des traumatismes palpébraux et oculaires, il faut distinguer les traumatismes ouverts des traumatismes fermés du globe.

**SIGNES EN FAVEUR
D'UNE PLAIE
OCULAIRE**

- Plaie transfixiante de paupière
- Plaie ou hématome conjonctival
- Plaie de cornée
- Asymétrie de profondeur de chambre antérieure
- Déformation pupillaire
- Hypotonie oculaire



- Pansement stérile avec coque rigide pour éviter toute contusion supplémentaire sur un œil ouvert
- Transfert dans un centre d'ophtalmologie
- Prophylaxie antitétanique et ne antibioprophylaxie générale probabiliste
- Radios standards +/- TDM



CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- ***FAIRE UNE ERREUR DE DIAGNOSTIQUE*** devant des lésions apparemment minimales ou même absentes: toujours penser au corps étranger intra-oculaire possible (anamnèse).
- ***NEGLIGER L'EXAMEN OCULAIRE*** sous un hématome palpébral important.
- ***PORTER UN PRONOSTIC IMMEDIAT OU ELOIGNE TROP FAVORABLE***: se rappeler les complications possibles: cataracte, glaucome, décollement de rétine, taies cornéennes...
- ***NEGLIGER LA SEROTHERAPIE ANTITETANIQUE.***

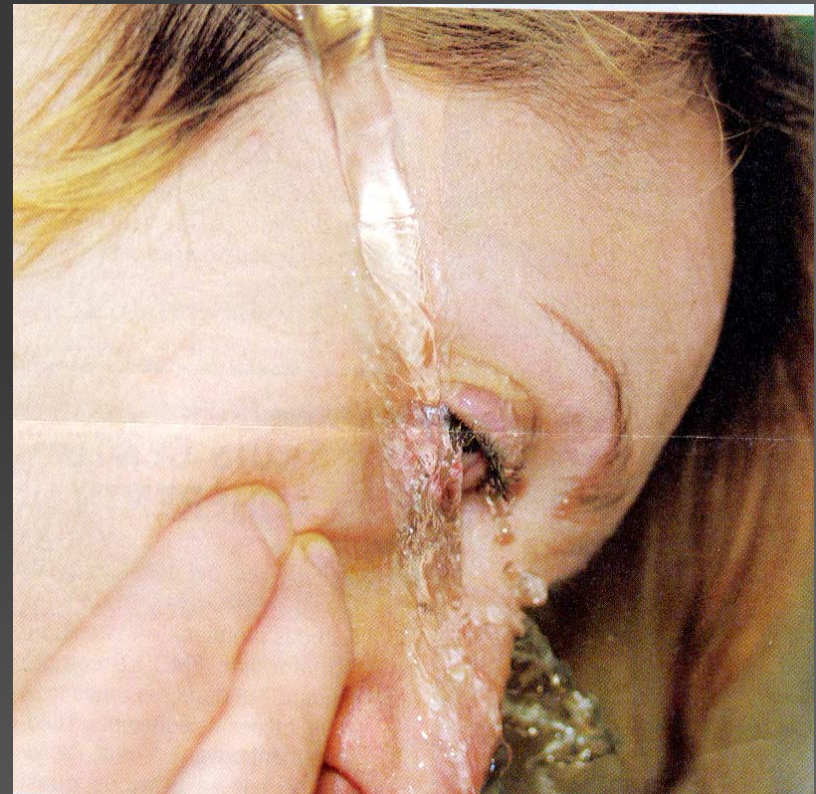
CE QU'IL FAUT FAIRE

- ***EN CAS DE PLAIE IL FAUT ADRESSER LE PATIENT A UN CENTRE SPECIALISE***
- Éviter tout examen ou manipulation intempestive
- Penser au CEIO : radio de l'orbite ??
- Laisser le patient à jeun.
- Instiller un collyre ATB, pas de betadine, et une ATB générale (quinolone)
- Protéger l'œil par le port d'un coque
- SAT VAT



LAVAGE OCULAIRE

- Eau tiède pendant 15 minutes
- pas trop de pression
- jet dirigé à distance de l'œil : arcade - face latérale du nez
- garder la paupière ouverte en s'aidant des doigts





Les brûlures oculaires

- **Thermiques** : Avis spécialisé en urgence *selon gravité*
- **Électriques (coup d'arc)** : TT antalgique + collyre AB + cicatrisants + pansement compressif
=> aucun intérêt d'un avis spécialisé en urgence
- **Chimiques**

COUP D'ARC



- ***Douleur pouvant aller d'une sensation de pression dans l'œil jusqu'à une douleur intense;***
- ***Larmolement et rougeur intense de l'œil***
- ***Sensation de sable dans les yeux et sensibilité anormale à la lumière;***
- ***Tendance à se protéger de la lumière (photophobie).***

- Il faut prévenir le patient que
- les symptômes vont complètement disparaître sous pommade antibiotique dans les 24 à 48 heures .
 - la pommade ne va pas le soulager immédiatement les douleurs : proposer un pansement compressif ,des antalgiques et une activité réduite

Les brûlures chimiques sont graves, d'emblée et à long terme.

Il ne faut bien sûr pas attendre l'arrivée de l'ophtalmologiste pour réaliser un lavage oculaire.

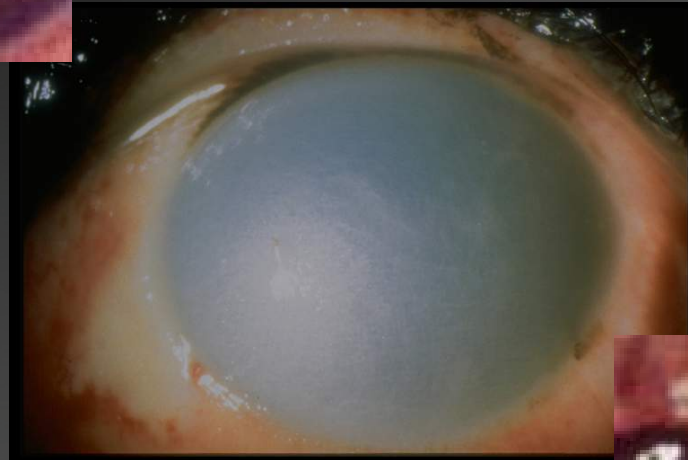
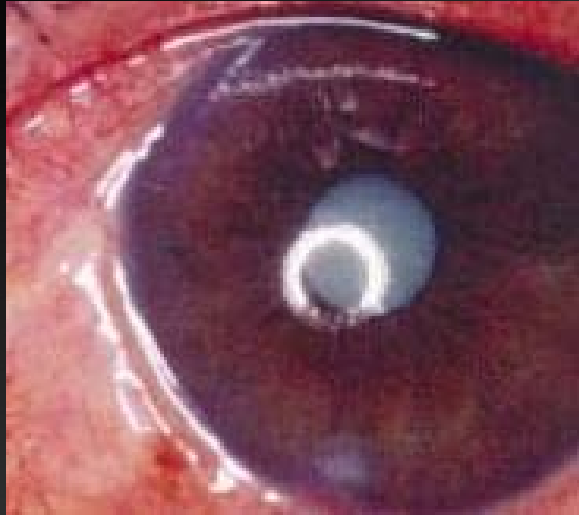
→ Bases >> Acides

Lavage abondant (à l'eau pdt 10 minutes)

+ collyre AB et cicatrisants

+ **Cs opht en urgence surtout en cas de bases**

→ discussion lavage de chambre antérieure, des voies lacrymales,.....



CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- ***NEGLIGER LES REGLES D'ASEPSIE.***
- ***DANS LES BRULURES CHIMIQUES, UTILISER UN PRODUIT NEUTRALISANT.***
- ***PORTER UN PRONOSTIC FAVORABLE*** sur la constatation immédiate de lésions peu apparentes.
- ***CHEZ UN BRULE ETENDU GRAVE, NEGLIGER L'EXAMEN OCULAIRE*** qui peut entraîner la perte d'un ou des deux yeux, ou au moins, une altération grave de la vision.

CE QU'IL FAUT FAIRE

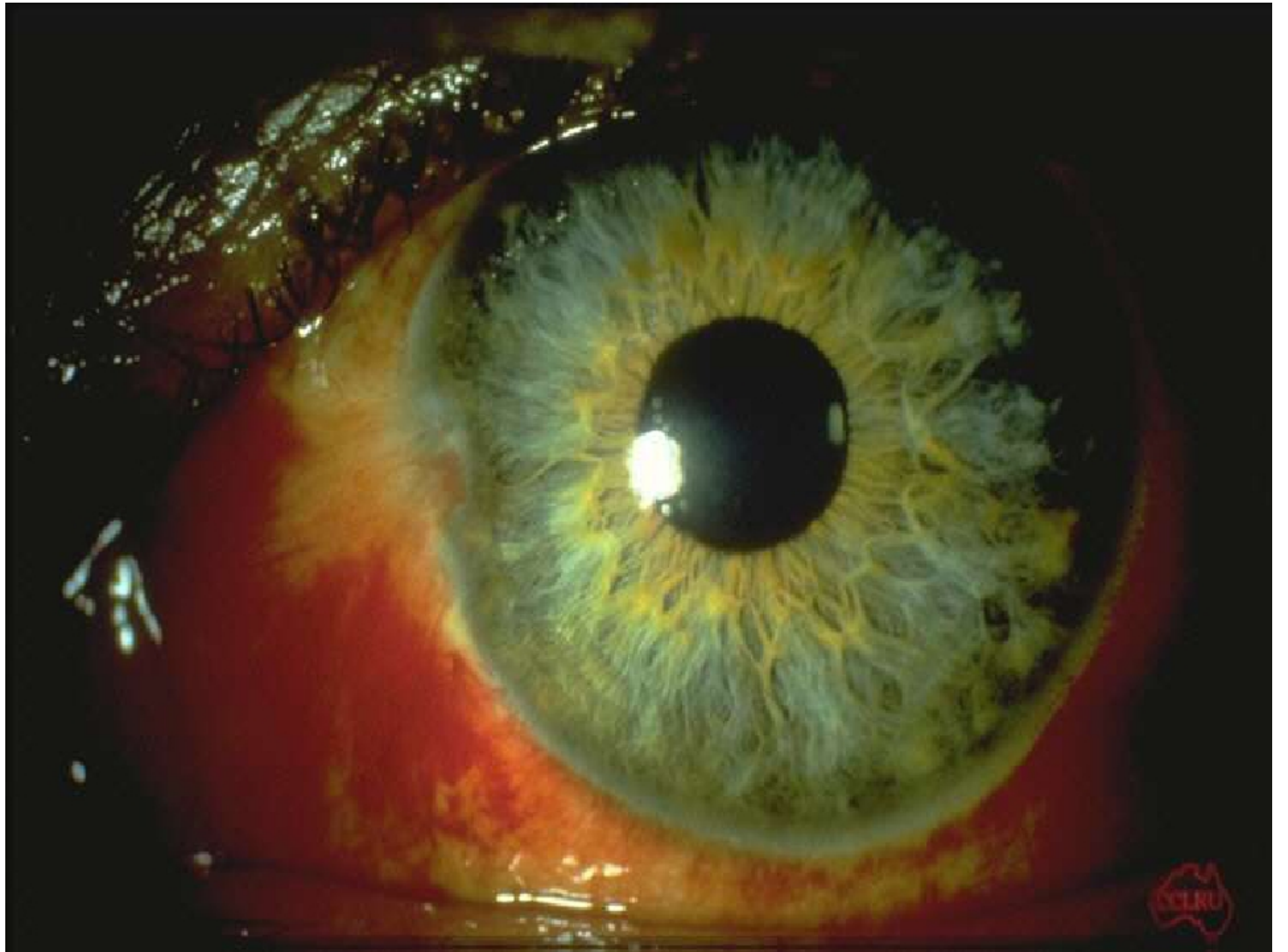
- **CALMER ET RASSURER LE BLESSE.**
- **INSTILLER QUELQUES GOUTTES D'UN ANESTHESIQUE** de surface dans le cul-de-sac conjonctival inférieur pour calmer douleurs et blépharospasme.
- **FAIRE, immédiatement sur les lieux de l'accident, UN RINCAGE DE L'ŒIL** à l'eau ou au sérum physiologique, surtout s'il s'agit d'une brûlure par agent chimique.
- **FAIRE UNE EXPLORATION MINUTIEUSE** des conjonctives palpébrales et des cul-de-sac à la recherche d'un corps étranger ou de résidus de produit chimique projeté dans l'œil.
- **OBSERVER AU MAXIMUM LES REGLES D'ASEPSIE** pour éviter toute surinfection.

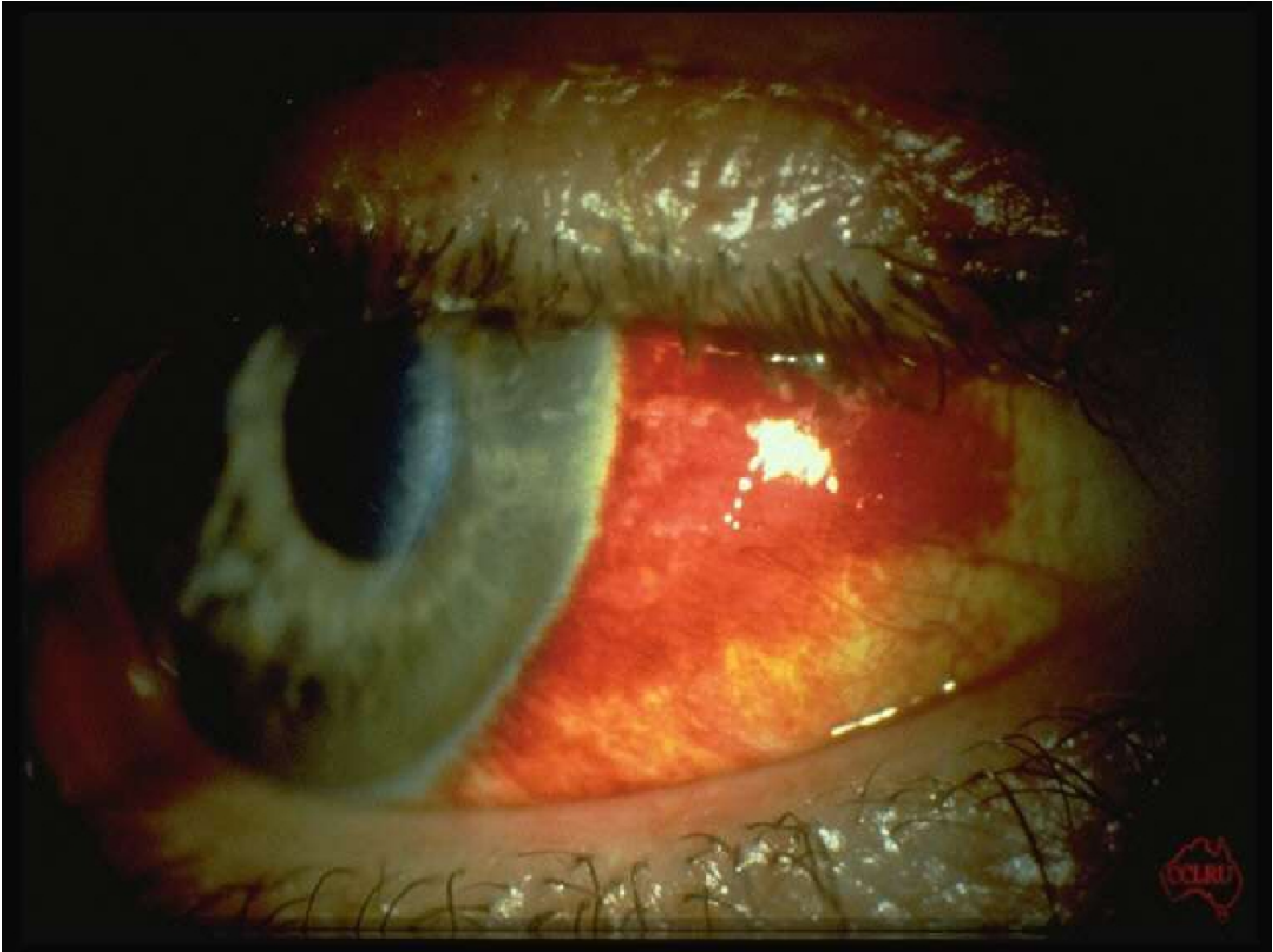
En conclusion pour les brûlures

- Dans 99% des cas les conséquences ne seront pas graves même si la symptomatologie apparaît importante :
 - Javel diluée , coup d'arc , gaz lacrymogène ...
- 1% graves : AT, caustiques, Décap Four, Destop



CAT DEVANT UN ŒIL ROUGE
NON DOULOUREUX
... ou presque





Hémorragie sous conjonctivale

- L'acuité visuelle est normale,
- Pas de photophobie.
- La rougeur est franche en nappe, homogène, localisée à diffuse

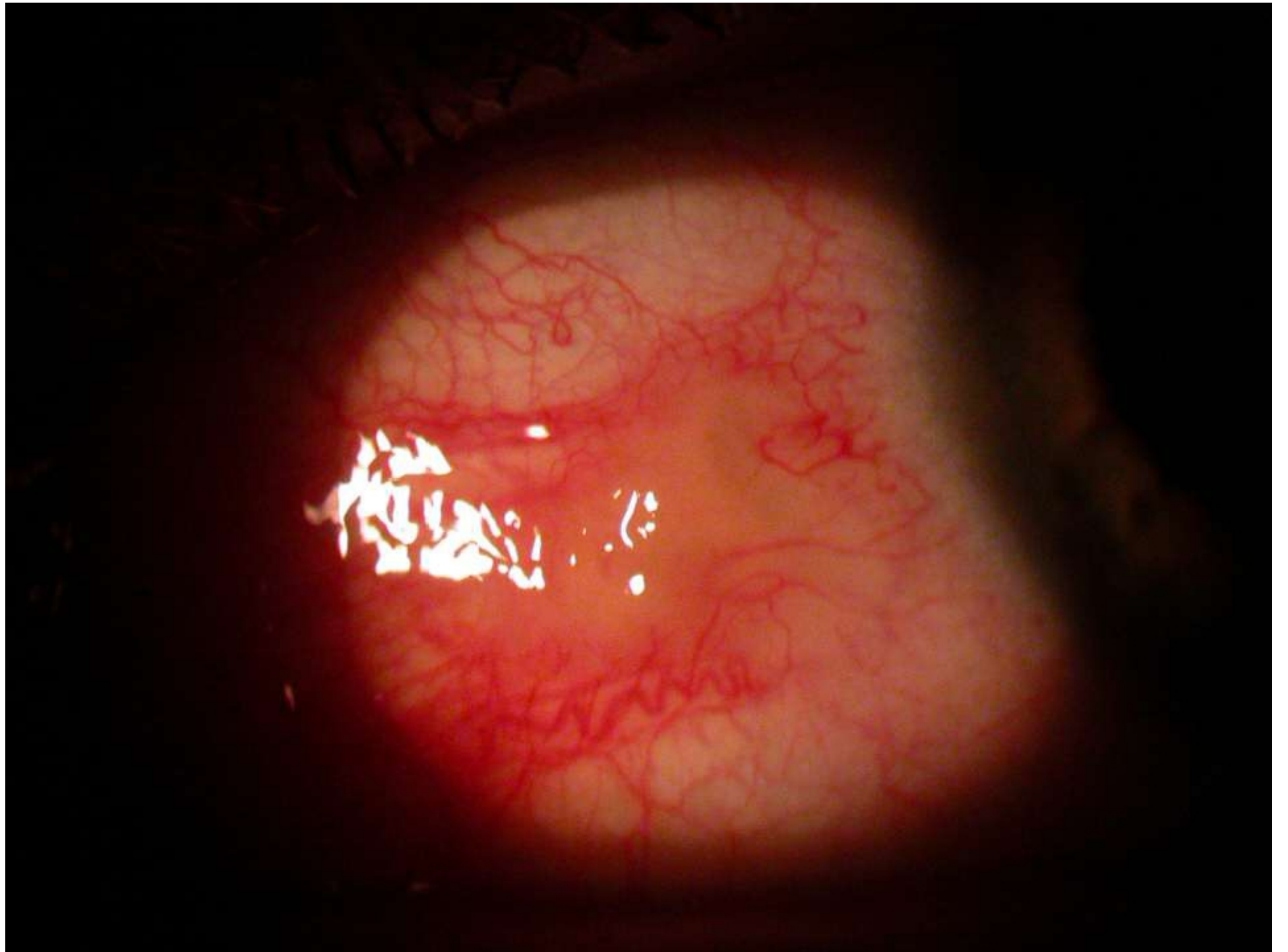
Hémorragie sous conjonctivale

- *simple fragilité capillaire*
- *plus fréquent si HTA, diabète ?*
- *TTT anticoagulant*

→ Pas de TTT, contrôle TA

Si récurrence : bilan coagulation





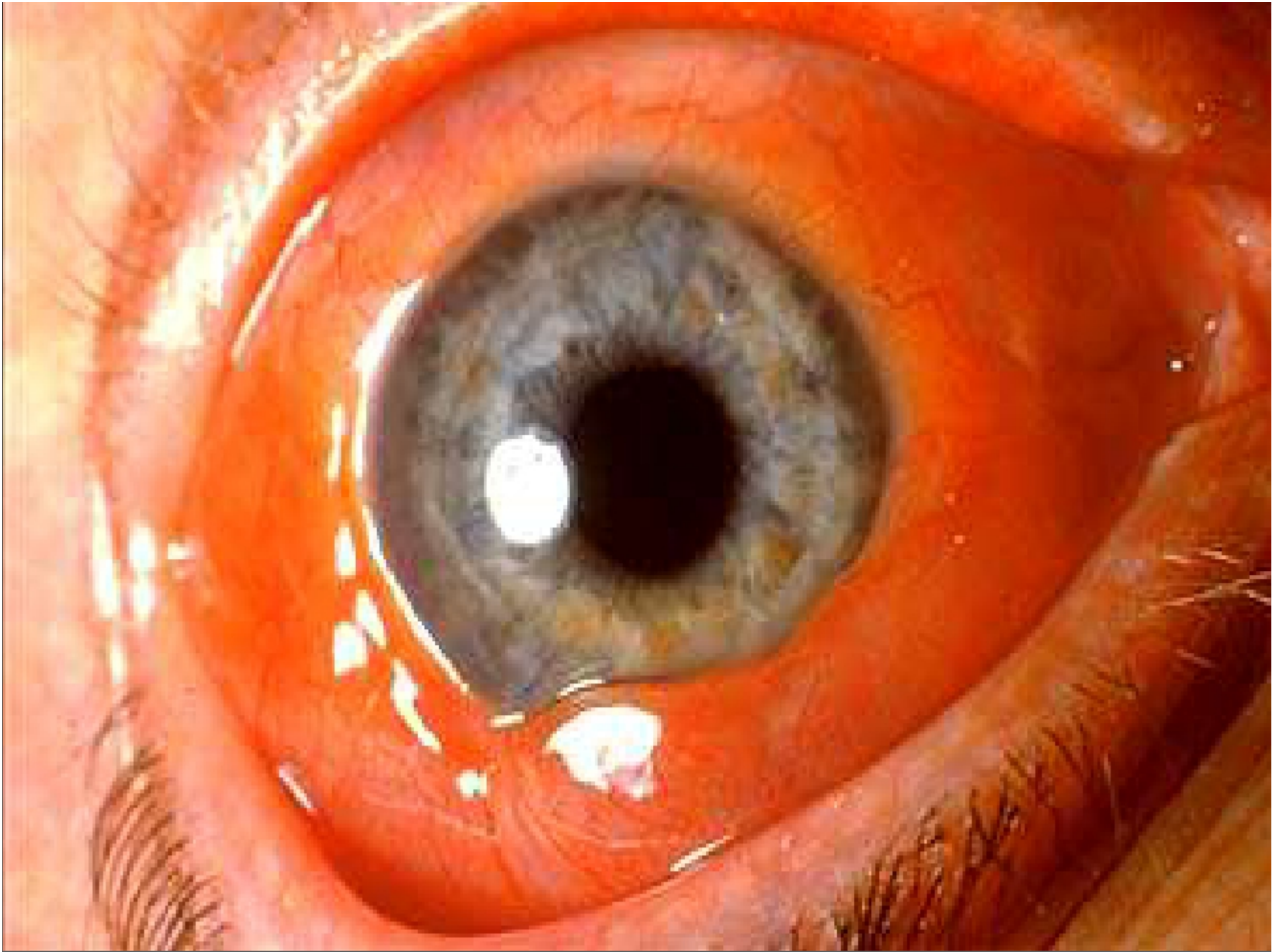
EPISCLERITE

- Inflammation touchant le tissu compris entre la sclérotique (la coque fibreuse de l'oeil) et la conjonctive (la pellicule la plus superficielle de l'oeil).
- Si récurrence bilan étiologique



CONJONCTIVITES

- L'acuité visuelle est peu ou pas modifiée,
- il y a peu ou pas de photophobie.
- La rougeur est due à une hyperhémie des vaisseaux conjonctivaux diffuse, plus ou moins soutenue avec sensation de sable.



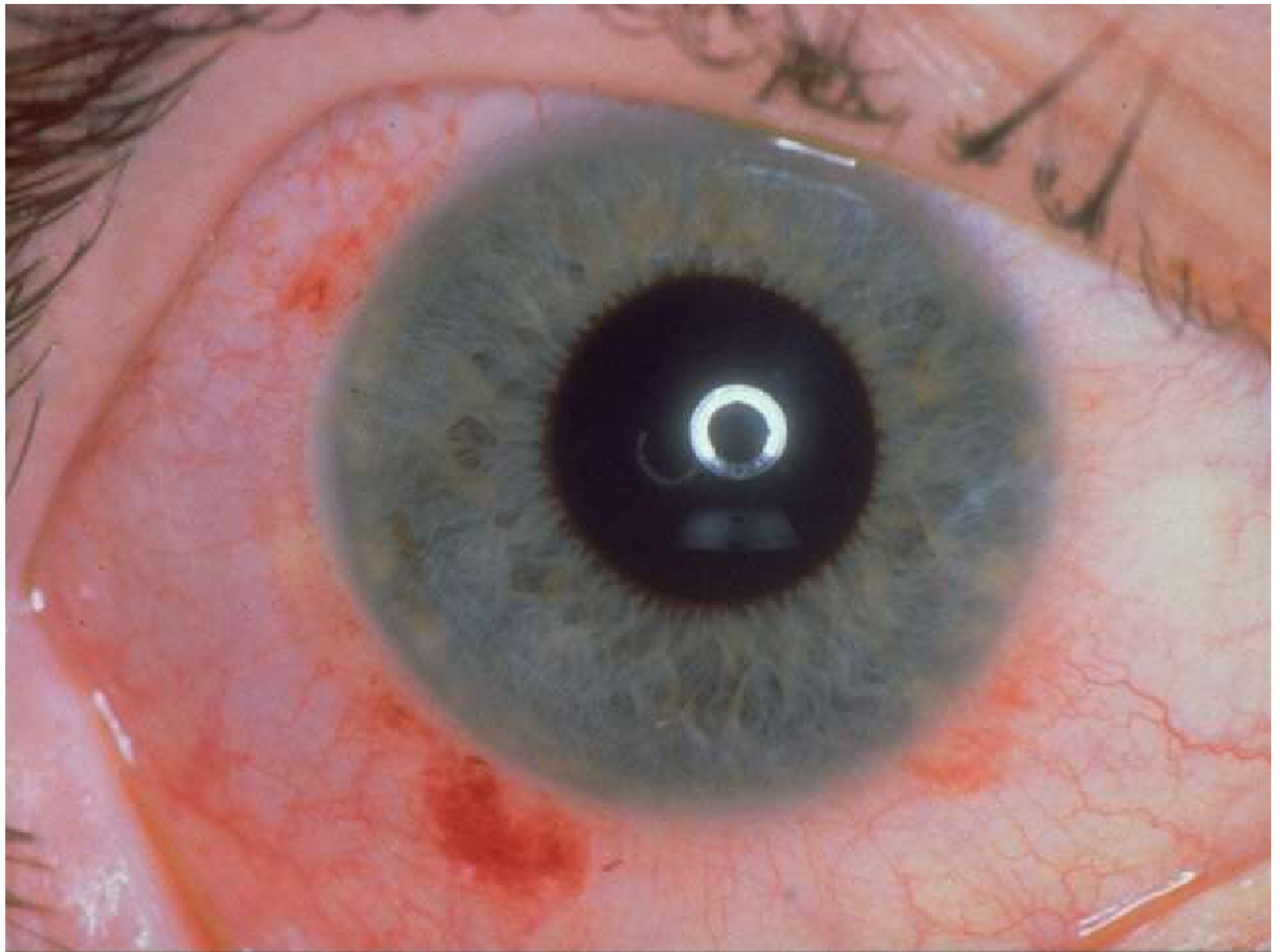
CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

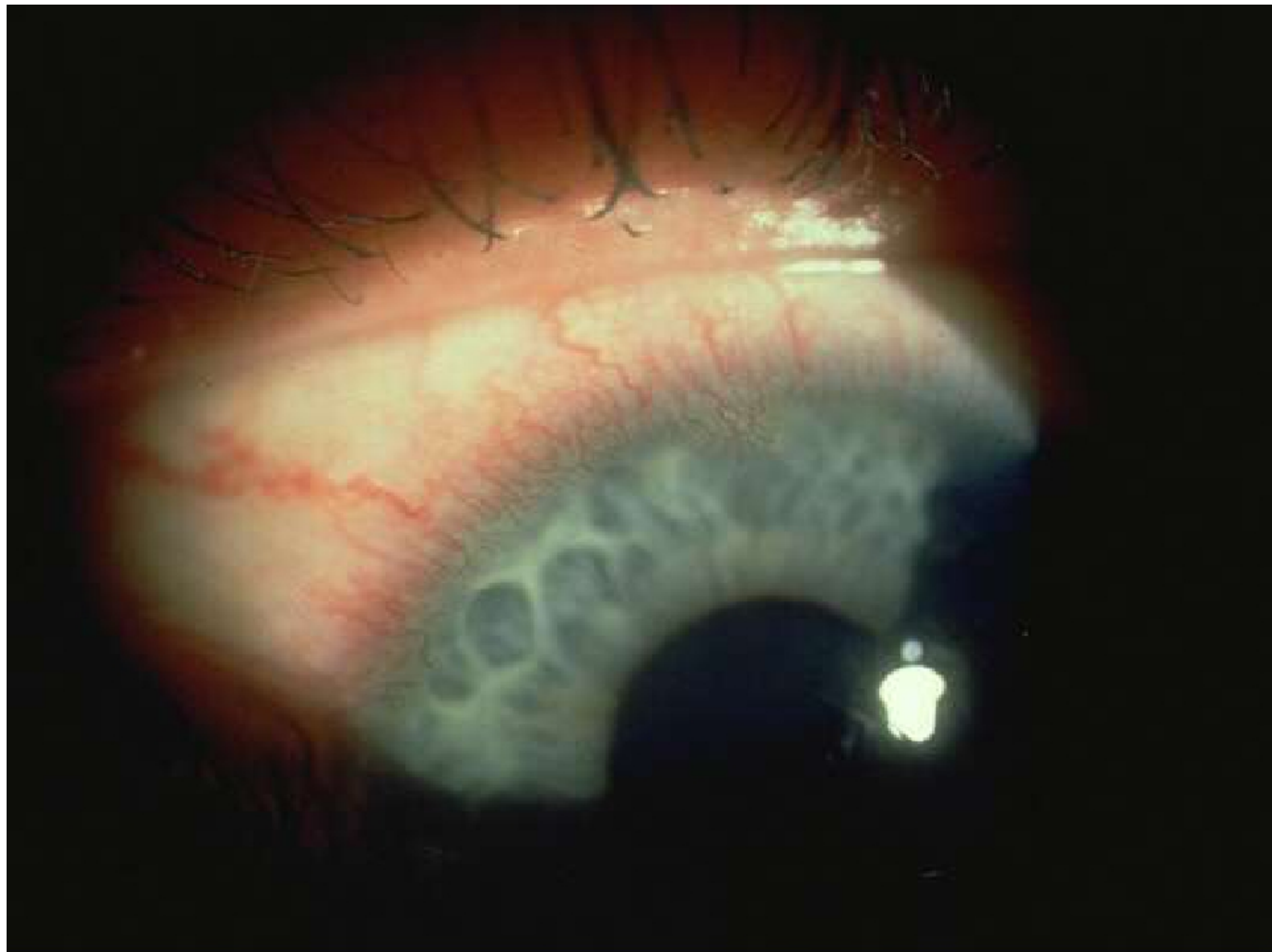
- **AFFIRMER, DEVANT UN ŒIL ROUGE, UNE CONJONCTIVITE** et négliger un examen soigneux.
- **PRESCRIRE D'EMBLEE UN COLLYRE A BASE DE CORTICO-STEROIDES** qui aggraverait une conjonctivite virale et favoriserait des complications cornéennes.
- **PERSEVERER PLUS D'UNE SEMAINE DANS LE TRAITEMENT** d'une « conjonctivite » si celle-ci n'est pas guérie.

CE QU'IL FAUT FAIRE

- **S'ASSURER** qu'il ne s'agit que d'une affection conjonctivale:
 - Aspect et topographie de la rougeur.
 - Intégrité de la transparence cornéenne, des réflexes pupillaires et de l'acuité visuelle.
 - Disparition ou atténuation marquée de la rougeur par ischémie médicamenteuse: néosynéphrine à 5%

CAT DEVANT UN ŒIL ROUGE
DOULOUREUX
... franchement !

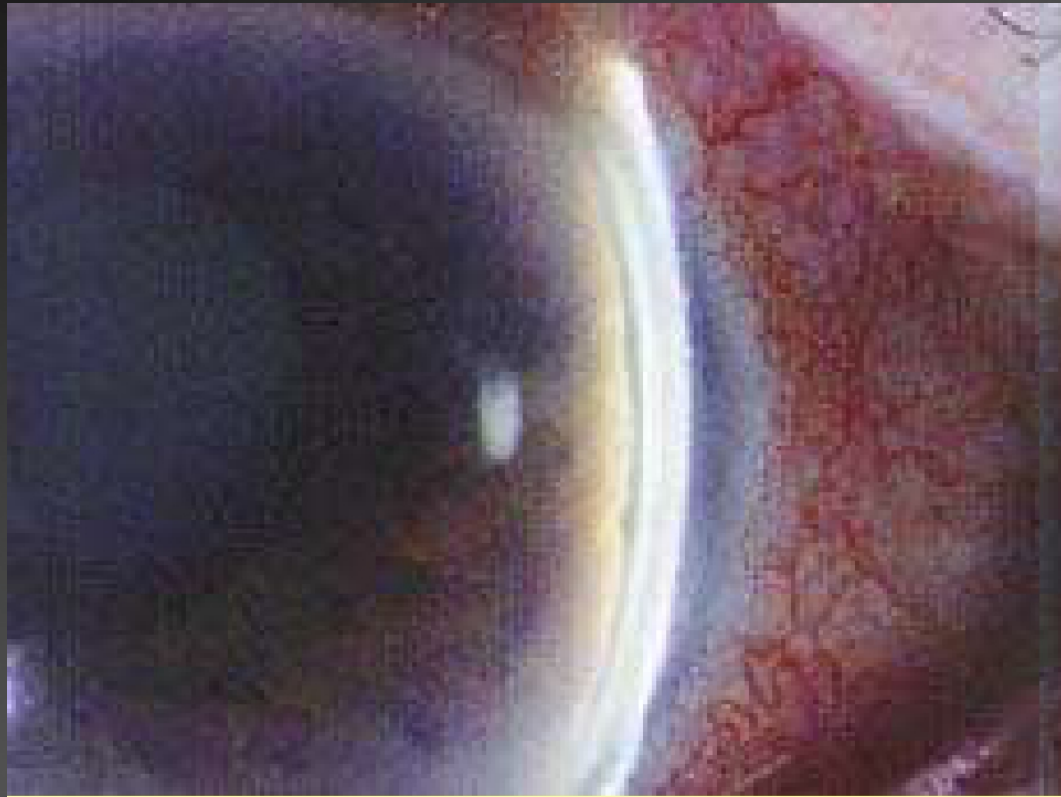




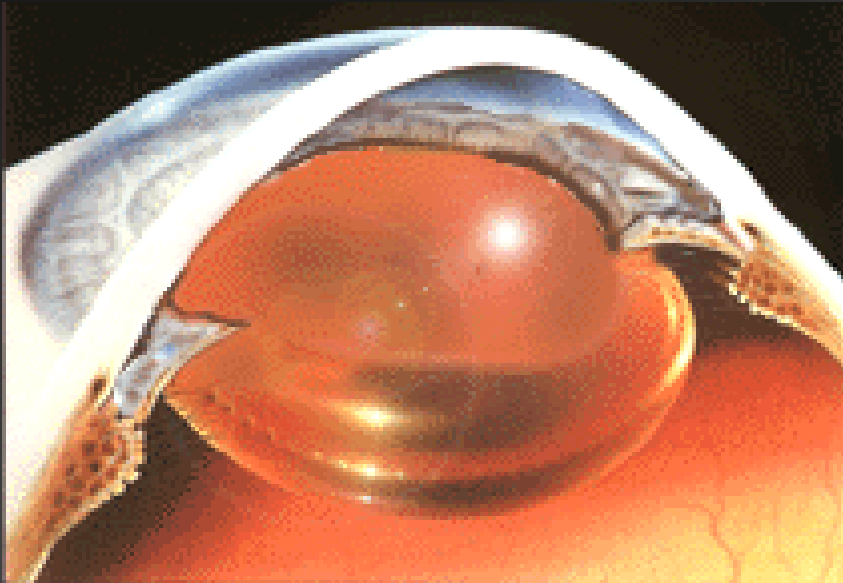
CERCLE PERI KERATIQUE

- 1. Glaucome aigu par fermeture de l'angle**
- 2. Uvéites**
- 3. Kératites**





GAAF !!



***c'est le généraliste qui
souvent est appelé le premier***

***C'est une crise
d'hypertension aiguë
sur un œil prédisposé***

***En quelques heures la
douleur est intolérable,
et la vision s'effondre.***

Tous ces symptômes sont à rechercher au lit du patient, par le médecin généraliste, il suffit d'une simple lampe de poche...

■ **Interrogatoire : 3 choses à rechercher**

- une hypermétropie
- des *antécédents de crises spontanément résolutive*s
- une *circonstance déclenchante (regarder l'ordonnance !!!)*

■ **Inspection : tétrade**

Douleur +++ , +/- vomissement, unilatéral

Œil dur comme du bois,

cornée trouble (œdème),

semi-mydriase aréflexive

= blocage de la circulation de l'humeur aqueuse.



Dès que le généraliste a fait le diagnostic, le malade doit être adressé d'urgence en Ophtalmologie



- **Palpation oculaire (geste à savoir faire)**

Bi digitale et comparative → *"l'œil est dur comme une bille de bois"*

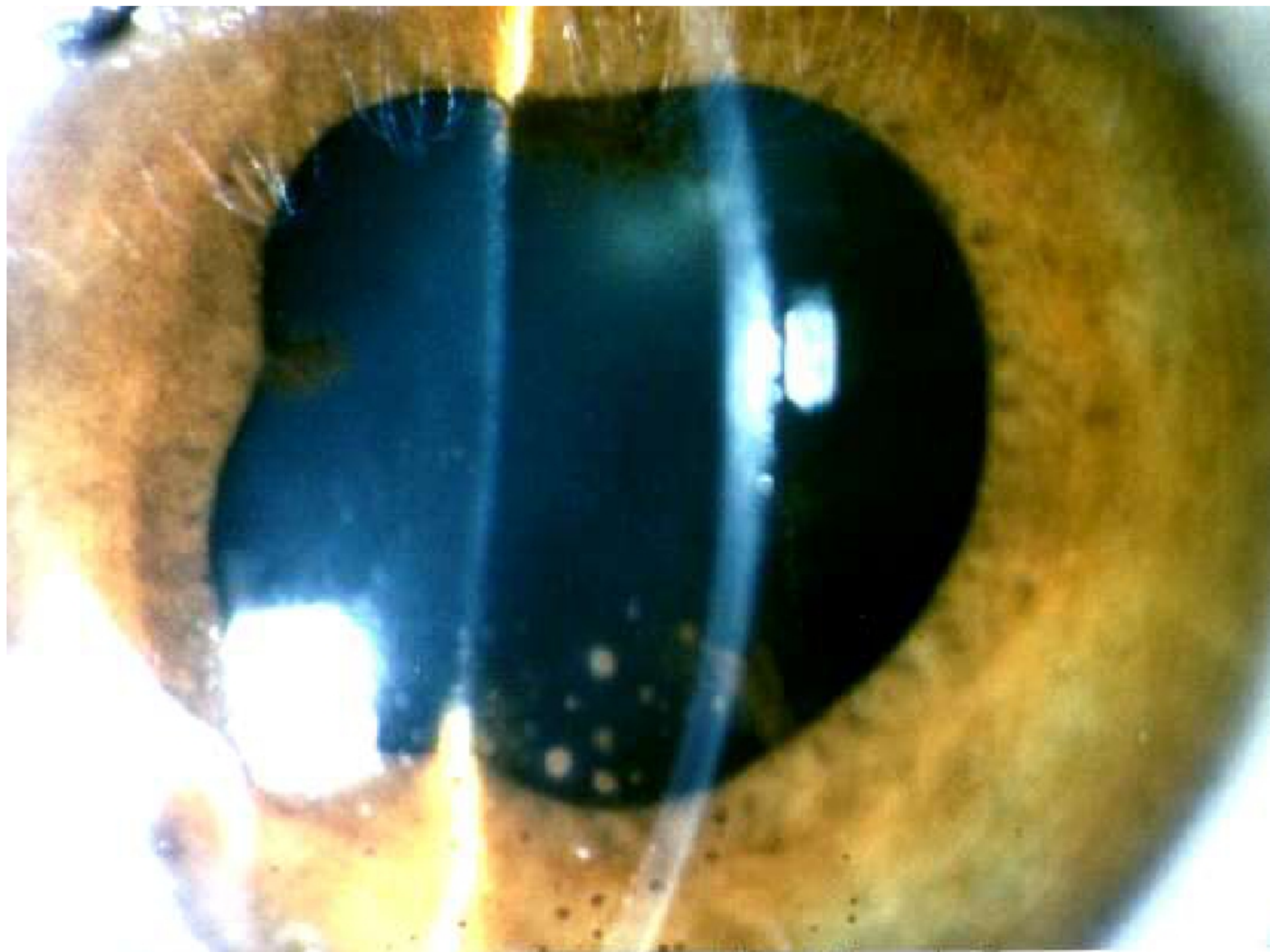
- Le tableau digestif ou algique (céphalées) est parfois au premier plan

Le traitement doit être commencé par le généraliste et se poursuit en milieu spécialisé ophtalmologique

- arrêt d'un médicament déclenchant (sauf extrême nécessité).
- médicaments hypotonisants.
 - **Diamox** intra-veineux direct ou oral si le sujet ne vomit pas : 500 mg 1 à 3 fois par jour (1 à 3 jours) +
 - **Mannitol** 20 % en perfusions flash (sur 20 minutes) de 100 cc : 1 à 3 fois par jour (1 à 3 jours).
- myotiques collyres : dans les 2 yeux
- antalgiques

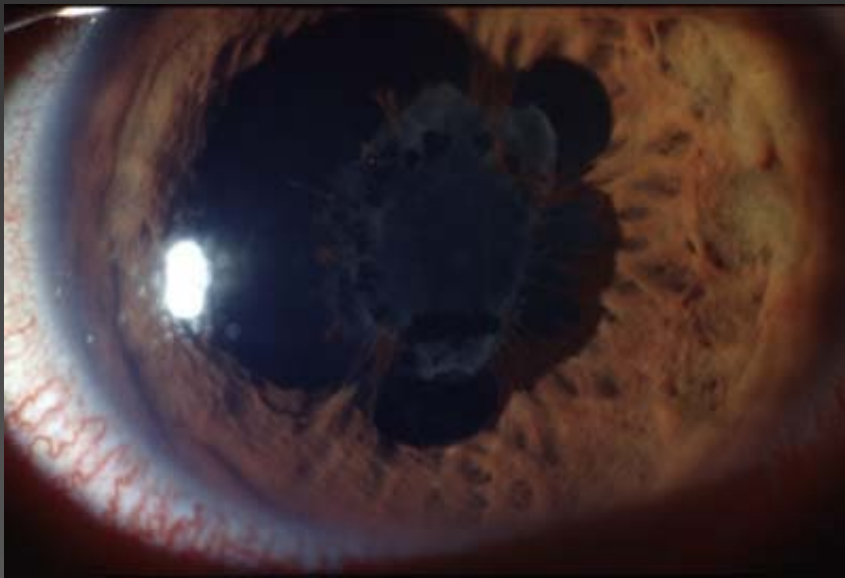
CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- ***NEGLIGER UN GAUF DEVANT UN TABLEAU DIGESTIF***
- ***INSTILLER DE L'ATROPINE***: qui pourrait entraîner la perte irrémédiable de la vision.
- Proposer un simple collyre atb ou ains devant un œil rouge et douloureux



ŒIL ROUGE ET DOULOUREUX: UVEITE AIGUE

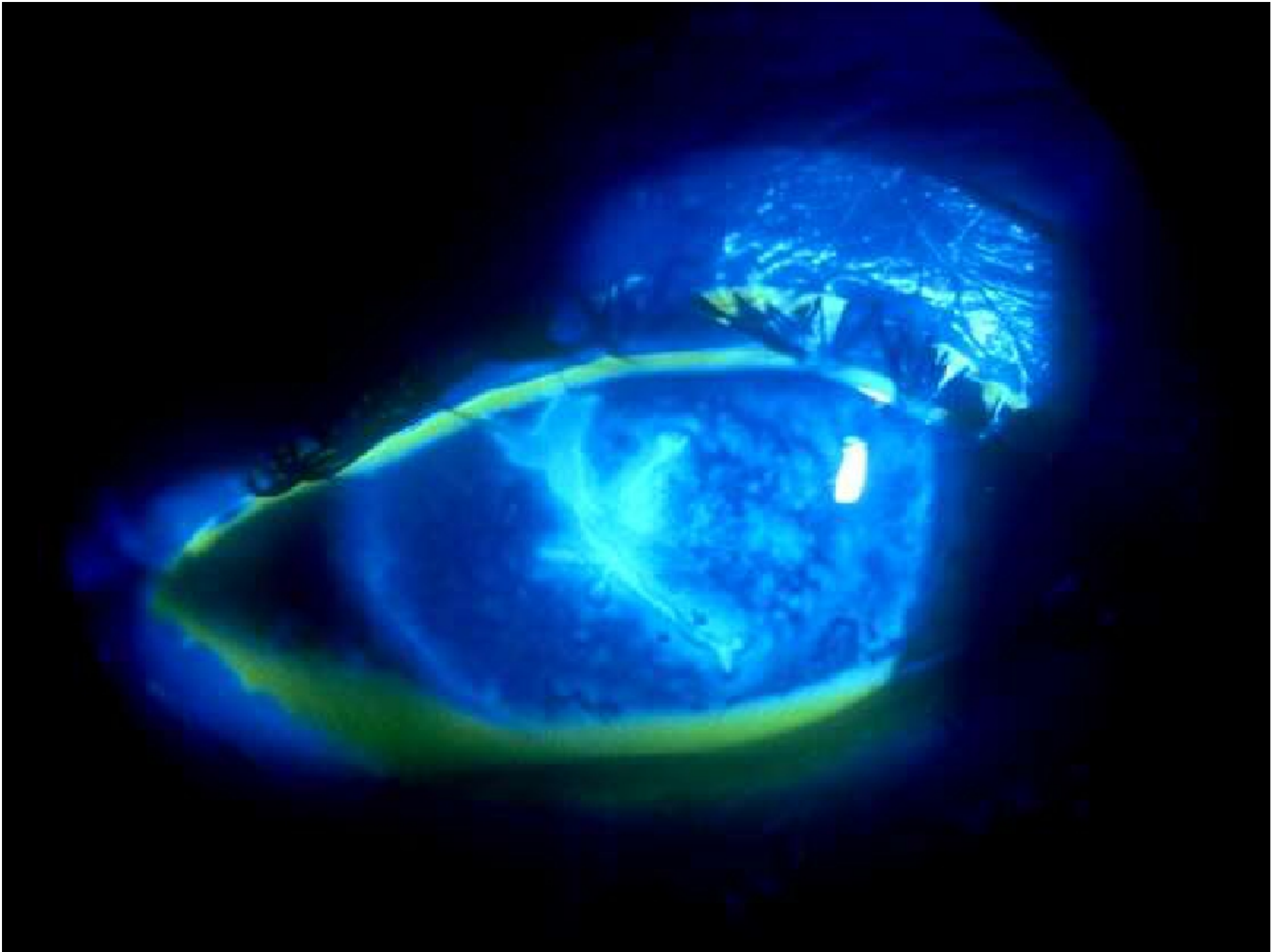
*le plus souvent unilatérale,
à révélation rapide (1 ou 2 j)*

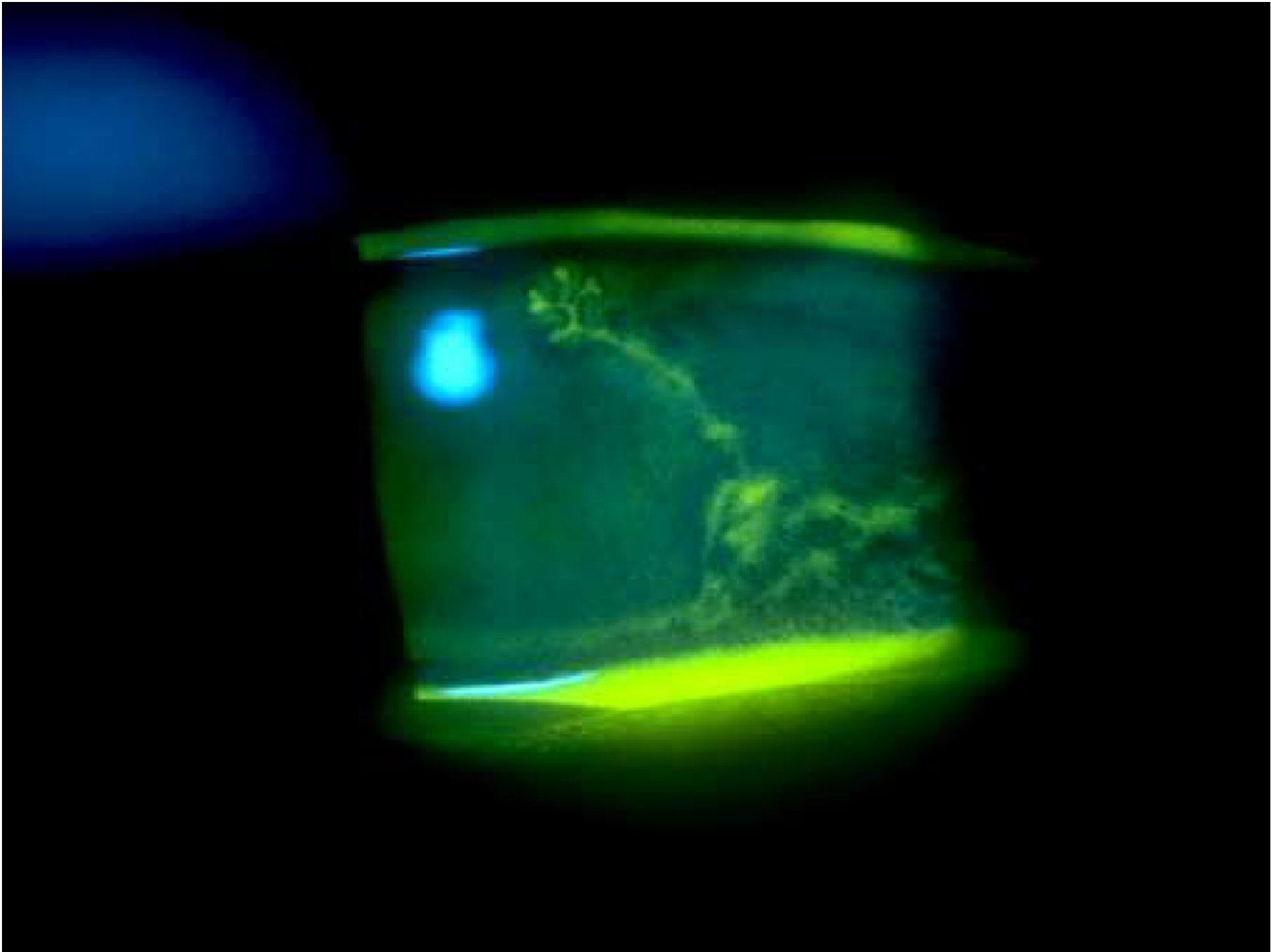


- **Signes fonctionnels**
 - BAV variable mais modérée
 - Douleurs oculaires modérées (rien à voir avec le GFA).
 - Contexte évocateur ou crises antérieures connues par le patient
- **Signes « à l'œil nu »**
 - Œil rouge avec cercle périkeratique
 - Cornée claire, sans oedème (différent du GFA). Il est rare de pouvoir observer à l'œil nu les dépôts à la face postérieure de la cornée
 - Myosis (différent du GFA)
 - Pas de sécrétions purulentes.

CE QU'IL FAUT FAIRE

- ***ADRESSER RAPIDEMENT LE MALADE A L'OPHTALMOLOGISTE*** pour une prise en charge rapide et une enquête étiologique



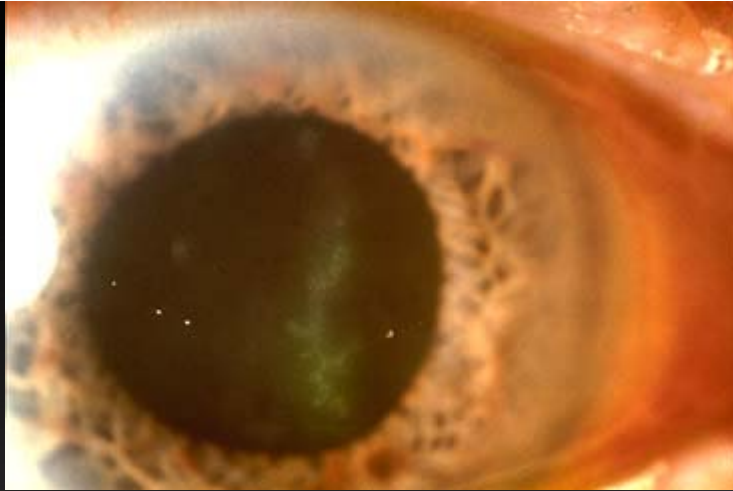


KERATITE

- La baisse d'acuité visuelle est modérée,
- la douleur est marquée à type de PHOTOPHOBIE, avec sensation de corps étranger. (atteinte cornée)
- La cornée peut paraître normale ou présenter une ou plusieurs opacités plus ou moins intenses, fixant la plupart du temps la fluorescéine.

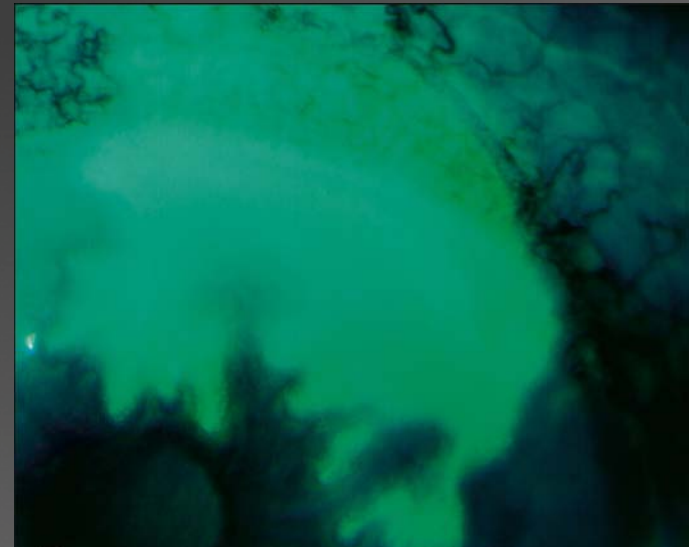
KERATITES : le diagnostic est confirmé par le test à la fluoresceïne

- **Traumatiques** notamment sur lentilles de contact (qu'il faut savoir enlever à la moindre rougeur oculaire).
- **Ultraviolet** : après exposition solaire prolongée sans protection: guérit généralement sans séquelles après 24 à 48 heures de pansement occlusif.
- **Infectieuses**, rarement bactériennes mais le plus souvent virales (adénovirus / herpes)



L'instillation à tort d'un collyre corticoïde peut être responsable de complications désastreuses (aggravation d'une ulcération cornéenne → perforation oculaire).

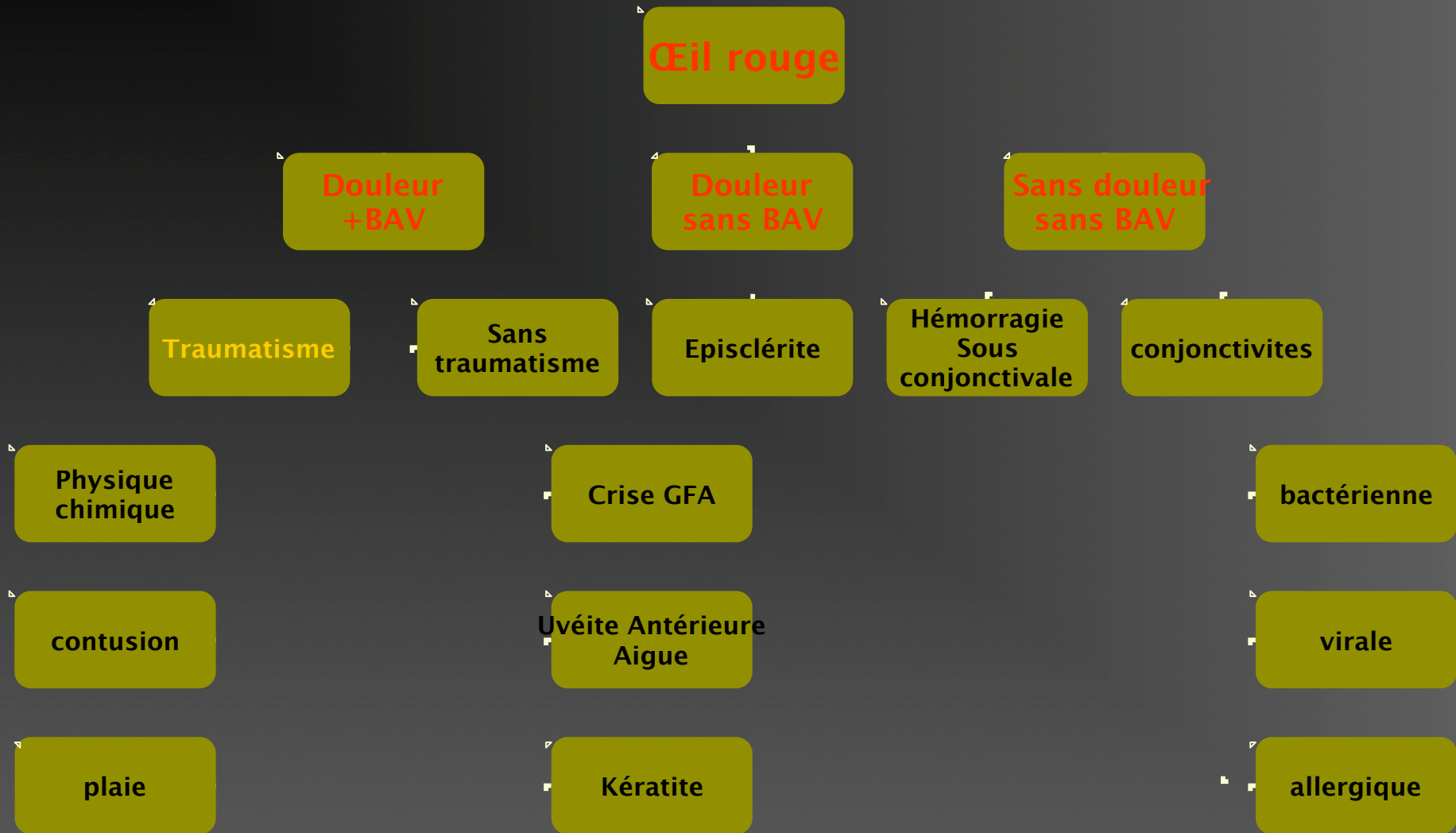
La prescription d'un collyre corticoïde par le médecin généraliste dans un oeil rouge sans diagnostic précis est déconseillé.



CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

- ***PRENDRE UNE KERATITE***
(douleurs ,photophobie ...)POUR UNE
CONJONCTIVITE (gene oculaire..).
- ***PRESCRIRE UN COLLYRE CORTICO-STEROIDE,***
même associé à un anti-infectieux.
- **PRESCRIRE** ou donner au patient un collyre
anesthésique

CONCLUSION



CONCLUSION

- ✓ Œil rouge: situation quotidienne fréquente
- ✓ Éliminer urgence par enquête orientée
- ✓ Contre-indication aux corticoïdes collyres en dehors examen ophtalmologique
- ✓ Au moindre doute: examen spécialisé ophtalmologique

EPISCLERITES



- *Une rougeur violacée, localisée à un secteur de la conjonctive bulbaire, habituellement centrée par un point jaunâtre.*
- *La douleur est provoquée par les mouvements du globe et la pression.*
- *Souvent, elle n'a pas de cause identifiable.*
- *L'épisclérite guérit spontanément en une à deux semaines, à l'exception des formes nodulaires.*

TTT par des collyres corticoïdes ou par des anti-inflammatoires non stéroïdiens.

traumatique

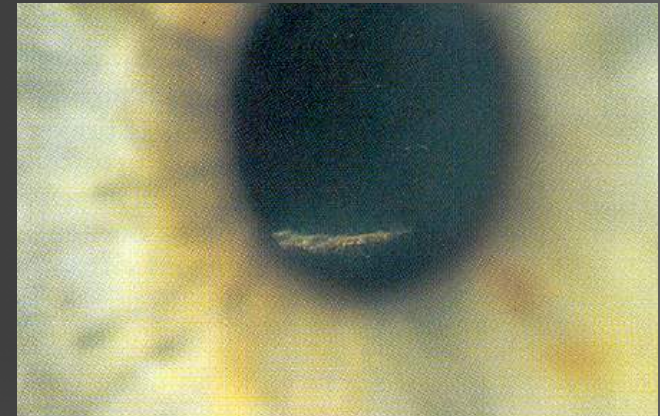
coup d'ongle, branche, accident de bricolage ou sportif...

Douleur, larmoiement, +/- BAV

Marques fluo +

Si le traumatisme est bien identifié on peut proposer un ttt par pommade ATB+Cicatrisant

Avis opht si cela ne s'arrange pas dans les 48h



DACRYOCYSTITE AIGUE



Chez le nouveau né :

**Sondage en urgence en
fonction des habitudes locales
+/-sondes d'intubation**

Chez l'adulte:

Antibiothérapie
Chirurgie à froid 3 semaine
après

Demander un avis oph

ophtalmologie

- Diplopie brutale

Révèle une POM d'origine tumorale, vasculaire, infectieuse, inflammatoire ou toxique → scanner, cs neuro

- Strabisme aiguë de l'enfant

Bilan neuro-radio ++

- Découverte d'une Leucocorie chez l'enfant

Rétinoblastome ++, cataracte congénitales +

COMMENT INSTILLER UN COLLYRE



- On demande au patient de regarder vers le haut durant toute l'instillation.
- Le médecin déprime la paupière inférieure vers le bas → Il laisse tomber une ou deux gouttes dans le cul-de-sac sans toucher la cornée.

Il ne faut pas que l'extrémité du flacon de collyre touche la conjonctive ou cornée

attendre quelques minutes entre deux instillations.

Occlure le point lacrymal inf.

Comment faire un pansement compressif ?

- Mettre de la pommade ophtalmique Vit A
- Fermer les paupières du patient
- Mettre une compresse pliée en 4 dans le creux orbitaire puis une ou deux autres par dessus
- Mettre 3 ou 4 bandes d'élastoplast ou eq de 3 à 4 cm de large bien serrées entre le front et la joue

Qu'est-ce qu'un chalazion?

- Inflammation kystique d'une glande de Meibomius
- Un ou plusieurs sur une ou plusieurs paupières / récidivant+++
- A traiter par une pommade atbcorticoide
- A inciser si chronicisation
- Homéopathie ??
- Chirurgie si récurrence multiple



Qu'est-ce qu'un orgelet?

- Furoncle à staphylocoque ou à streptocoque centré sur un cil
- Petit abcès blanc du bord libre très douloureux quand sous tension
- CAT Ouverture à l'aiguille
- Pommade antibiotique

Qu'est-ce qu'un ectropion?

- Éversion du bord libre de la paupière inférieure
- Larmolement , infections conjonctivales récidivantes.....
- Traitement chirurgical

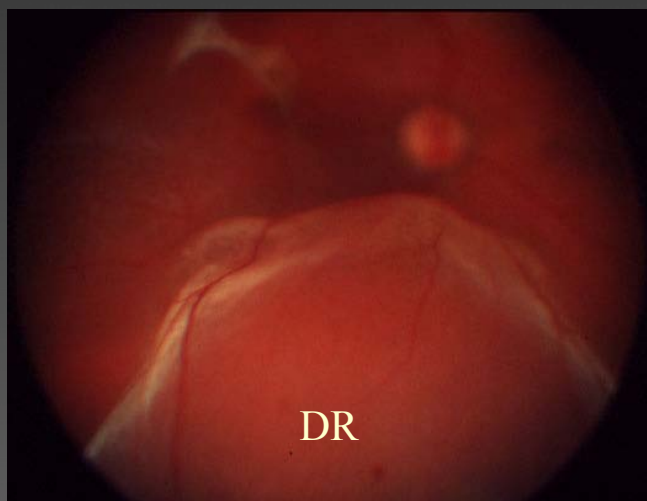
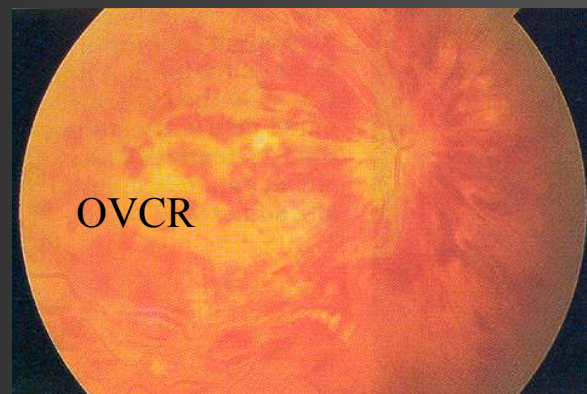
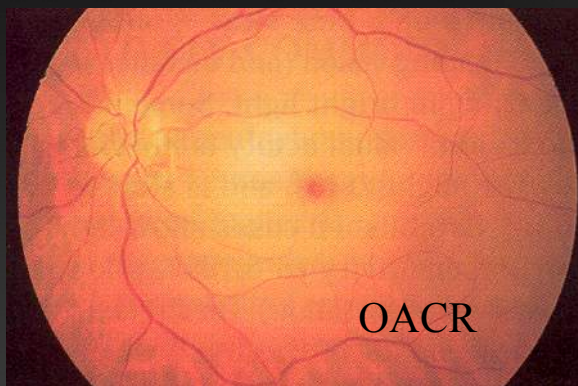


Qu'est-ce qu'entropion ?

- Inversion du bord libre d'une paupière: les cils viennent frotter la cornée et la conjonctive
- Sensation de corps étranger, douleurs, photophobie
- Ne pas arracher les cils ...
- Traitement chirurgical

BAV et Œil calme

BAV brutale avec œil blanc



OACR

OVCR

HIV

DR

NO - Antérieure aiguë

- Rétro-bulbaire

Cs oph en Urgence pour FO

Oblitération de l'Artère Centrale de la Rétine (OACR)

- Définition: arrêt aigu de toute circulation rétinienne
- Accident vasculaire grave et souvent irréversible quelque soit le traitement
- Témoin très souvent d'une pathologie artérielle généralement diffuse
- Grave = 60% des cécités unilatérales
- Risque = bilatéralisation

Oblitération de l'Artère Centrale de la Rétine (OACR)

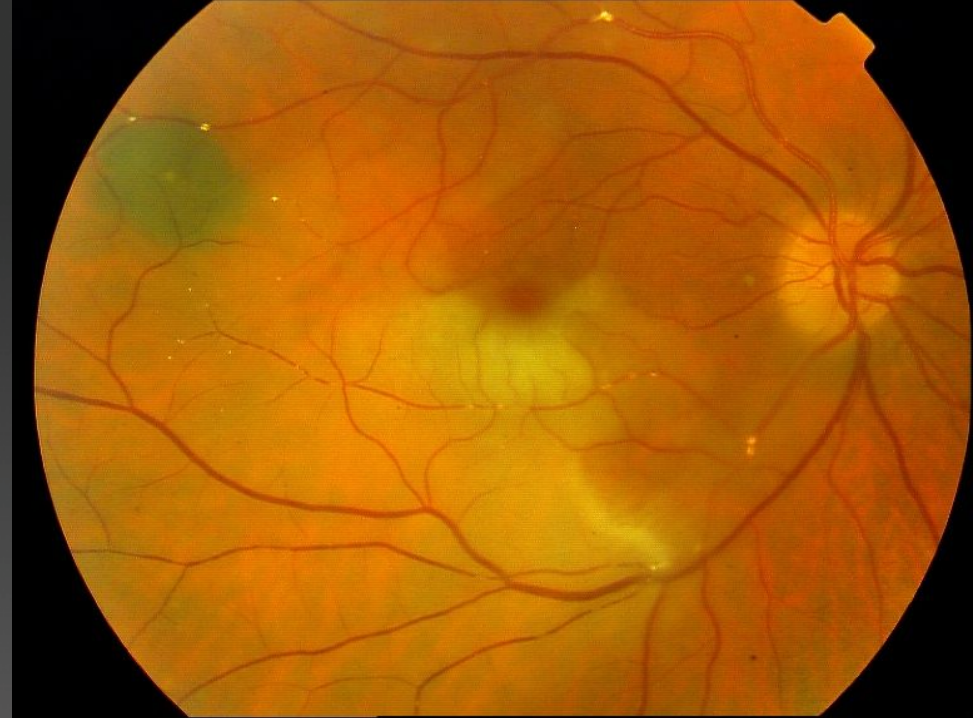
- Clinique: fonctionnels
- Baisse d'acuité visuelle brutale profonde (compte les doigts ou PL en temporal) unilatérale isolée sur un calme et non douloureux
- Aucun prodrome
- Aucun signe associé le plus souvent (ni phosphènes, ni myodésopsies, ni halos colorés, ni douleur, ni rougeur, ni facteurs déclenchants)

Oblitération de l'Artère Centrale de la Rétine (OACR)

■ Clinique: examen

- Mydriase aréflexique avec préservation du consensuel
- PIO normale, CA calme
- Fond d'œil:
 - Rétrécissement majeur du calibre artériel (filiforme, irrégulier)
 - Arrêt circulatoire complet (courant granuleux)
 - Œdème rétinien ischémique (aspect blanc laiteux)
 - Macula sombre: aspect rouge cerise
 - Papille normale
 - Quelquefois embols endovasculaires visibles

Oblitération de l'Artère Centrale de la Rétine (OACR)



Oblitération de l'Artère Centrale de la Rétine (OACR)

■ Évolution

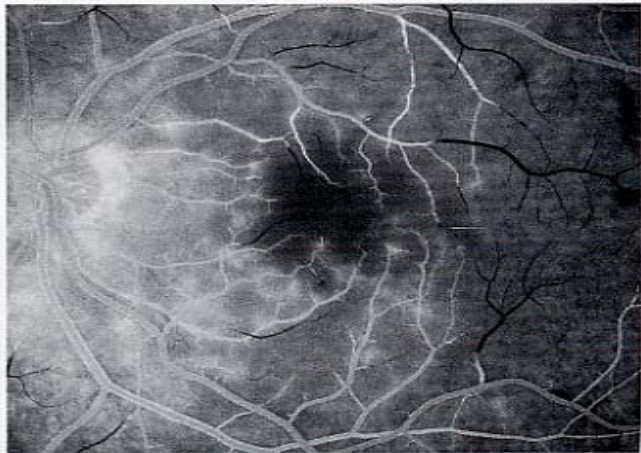
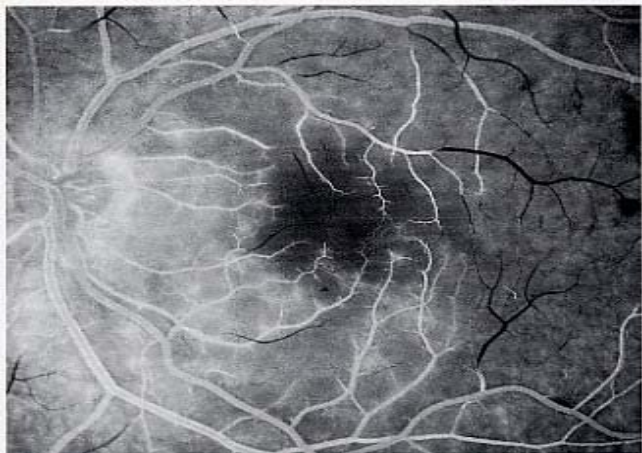
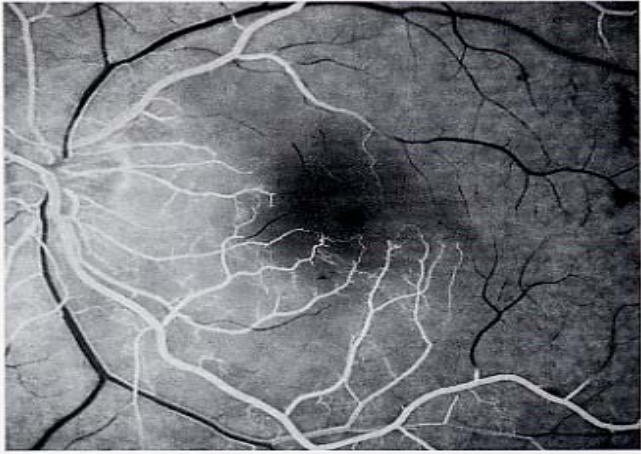
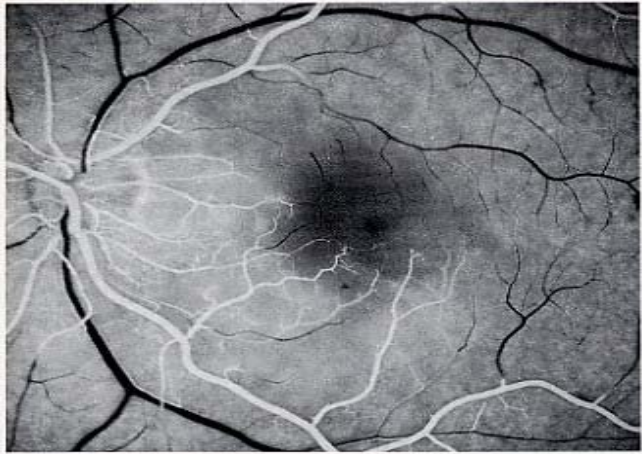
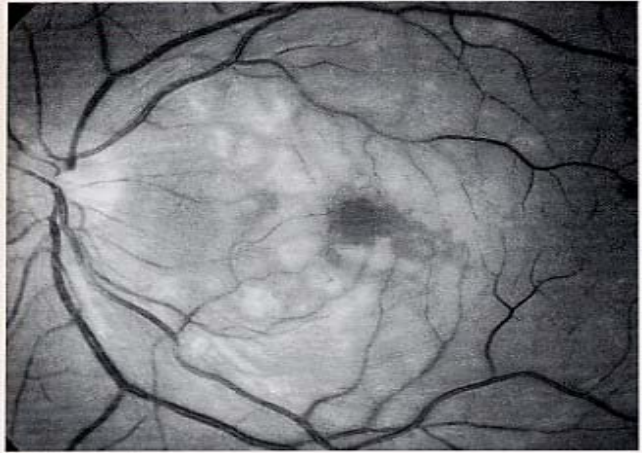
- Rétablissement du courant circulatoire normal en quelques heures ou jours
- Disparition de l'œdème rétinien vers le 5^e jour
- Acuité visuelle stable: pas d'amélioration
- Atrophie papillaire vers la 5^e semaine: papille pâle, décolorée

Oblitération de l'Artère Centrale de la Rétine (OACR)

■ Paraclinique

- Aucun indispensable au diagnostique positif
- VS
- Angiographie à la fluorescéine: objective l'OACR avec soit:
 - Arrêt circulatoire complet
 - Absence de remplissage précoce artériel, injection choroïdienne et papillaire normale, injection très tardive sans diffusion
 - Arrêt circulatoire partiel
 - Allongement du temps bras-rétine > 12sec (souvent > 20 sec), retard de remplissage avec allongement du temps artério-veineux > 3 sec

Oblité
de la



e

Oblitération de la Veine Centrale de la Rétine (OVCR)

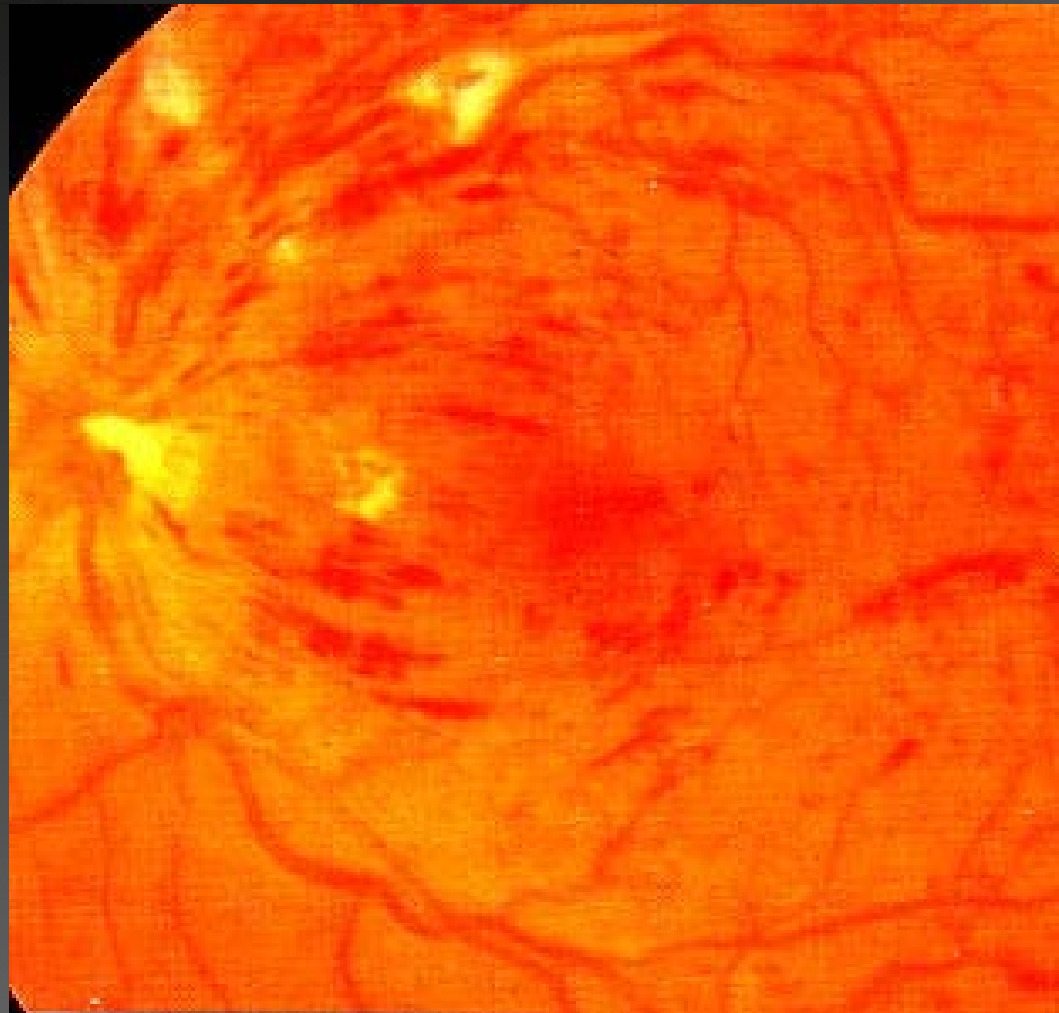
■ EPIDEMIOLOGIE:

- affection vasculaire rétinienne la + fréquente après la Rétinopathie Diabétique
- patients > 60 ans
- Conditions systémiques associés :
 - - mal cardio-vasculaires
 - - HTA
 - - diabète
 - - hyperlipidémie, maladies des plaquettes

Oblitération de la Veine Centrale de la Rétine (OVCR)

- BAV de degré variable
- FO: hémorragies rétiniennes ds les 4 quadrants
- tortuosité veineuse
- œdème papillaire +/- nodules cotonneux
- 3 formes: oedémateuse (60% cas)
ischémique (20% cas)
mixte

Oblitération de la Veine Centrale de la Rétine (OVCR)



Oblitération de la Veine Centrale de la Rétine (OVCR)

■ FORME OEDEMATEUSE :

-AV > 2/10

-hémorr en flammèches superficielles

-AF : retard de perfusion veineuse, diffusion

■ FORME ISCHEMIQUE :

-AV < 1/10

-nodules cotonneux,

-AF : territoire de non-perfusion capillaire

Oblitération de la Veine Centrale de la Rétine (OVCR)

FORME OEDEMATEUSE :

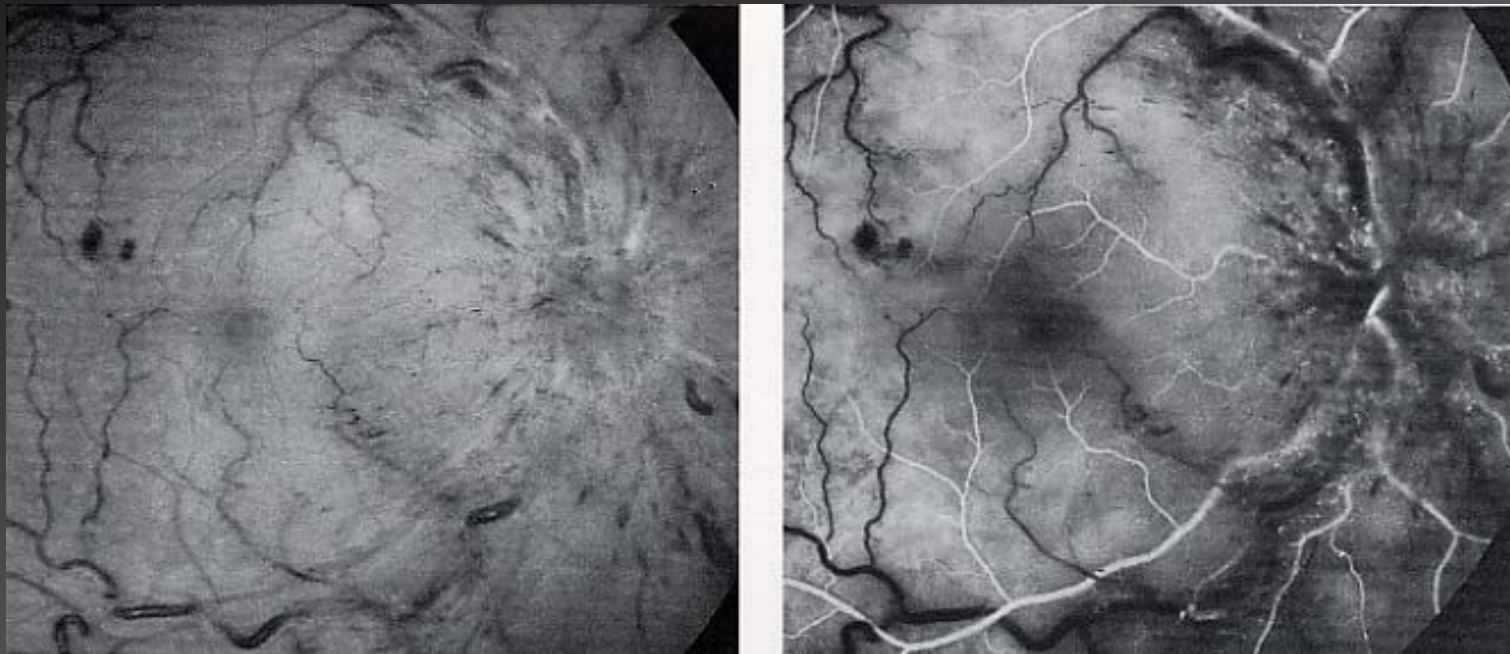


Oblitération de la Veine Centrale de la Rétine (OVCR)

FORME ISCHEMIQUE :

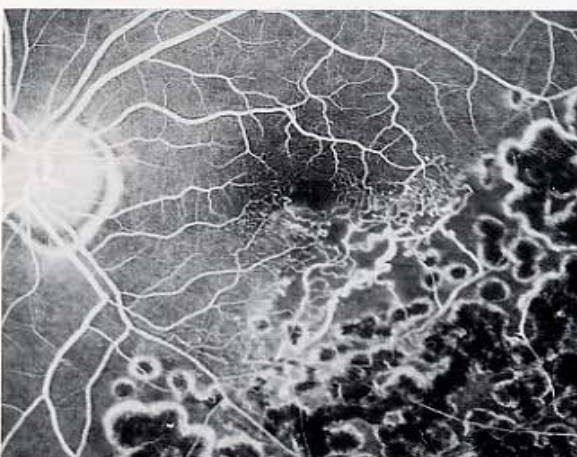
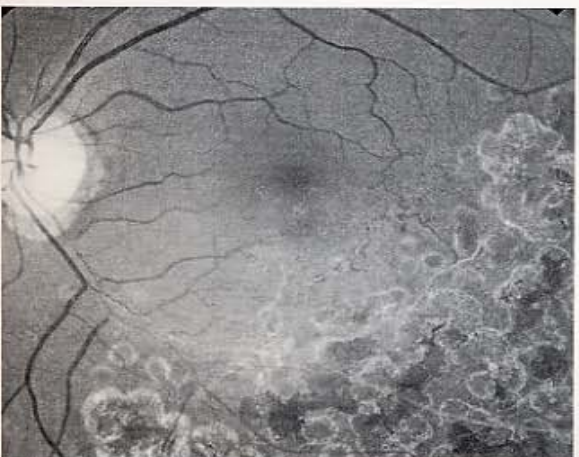
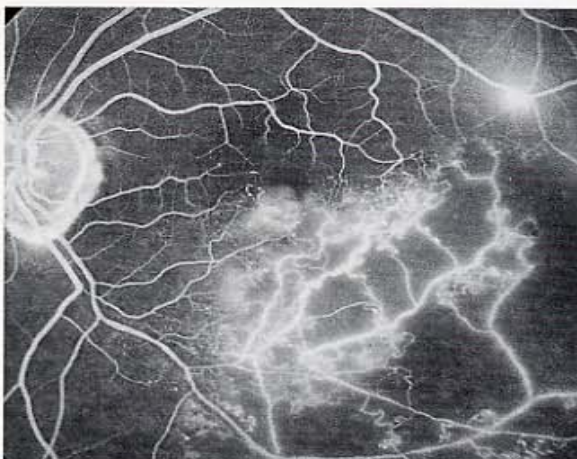
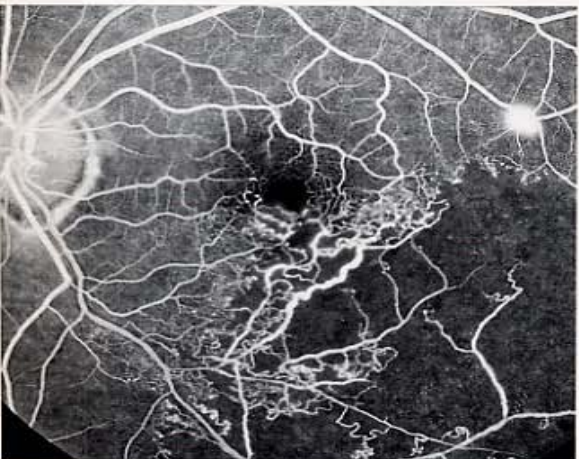
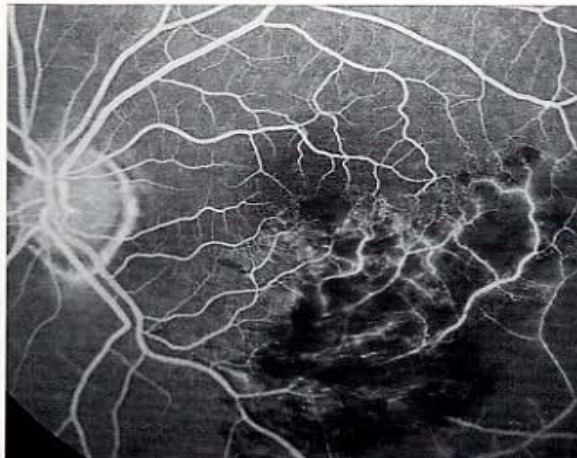
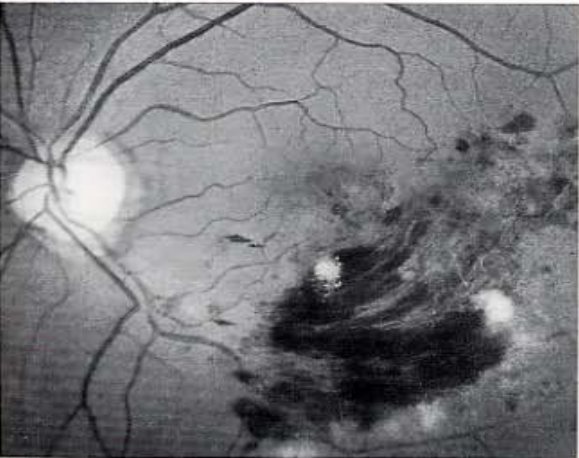


Oblitération de la Veine Centrale de la Rétine (OVCR)



Oblitération
de la R

ale



Oblitération de la Veine Centrale de la Rétine (OVCR)

■ OVCR:

- F. oedémateuse: risque de passage à la chronicité d'un OM svt cystoïde
- 20% F. oed évolue vers F. isch
- F. isch : ischémie maculaire, risque de rubéose irienne, GNV, HIV et DR
- 50% OVCR retrouve leur AV initiale

■ OBVR: pronostic selon atteinte maculaire et étendue ischémie

Oblitération de la Veine Centrale de la Rétine (OVCR)

■ **Médical:**

anticoagulants et antiagrégants

fibrinolytiques

correcteurs rhéologiques, vasculoprotecteurs,
veinotoniques

hémodilution isovolémique

■ **Photocoagulation au laser** (panrétinienne et oedème maculaire)

■ **Chirurgical** (1^{ère} intention ou complications)

NEVRITE OPTIQUE

- Fréquence: 5/100 000
- Adulte jeune: 32 ans
- Prédominance féminine: 77%

NEVRITE OPTIQUE

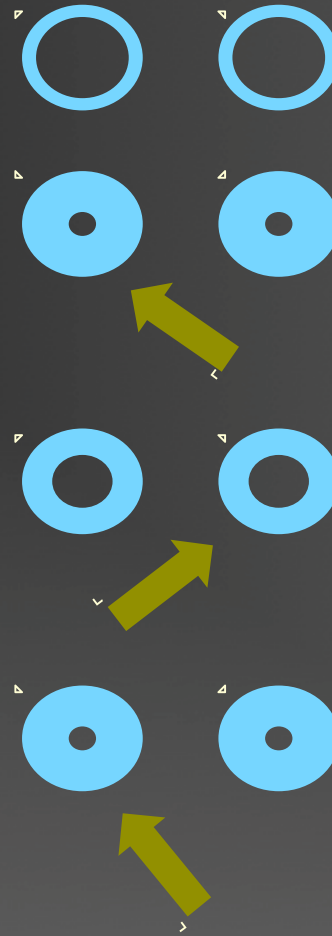
- BAV:
 - rapidement progressive
 - Unilatérale
 - Intensité variable (pas de PL: 2)
- Trouble vision des couleurs (axe rouge vert) et des contrastes

NEVRITE OPTIQUE

- DOULEUR à la mobilisation du globe
 - plus de 90% des cas,
 - peut précéder la BAV
- Déficit pupillaire afférent relatif (DPAR)
 - Ou relative afferent pupillary defect (RAPD)
 - Ou pupille de Marcus Gunn

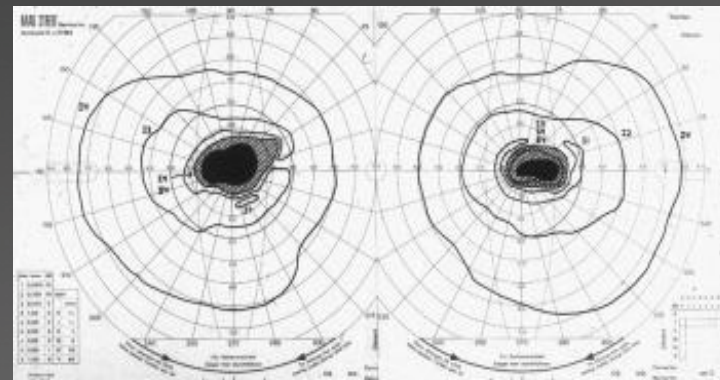
NEVRITE OPTIQUE

- DPAR:
éclairage alterné
NOI OG



NEVRITE OPTIQUE

- Champ visuel
 - Le + souvent déficit diffus ou scotome central
 - Mais 10% déficit altitudinaux (ONTT)
- Atteinte diffuse des fibres optiques, **TOUS LES DEFICITS CAMPIMETRIQUES** peuvent être observés



NEVRITE OPTIQUE

- NOI rétro bulbaire: 2/3 des cas des NOI idiopathiques ou des SEP
- NOI antérieures: 1/3 des cas (papillite avec œdème papillaire)



NEVRITE OPTIQUE

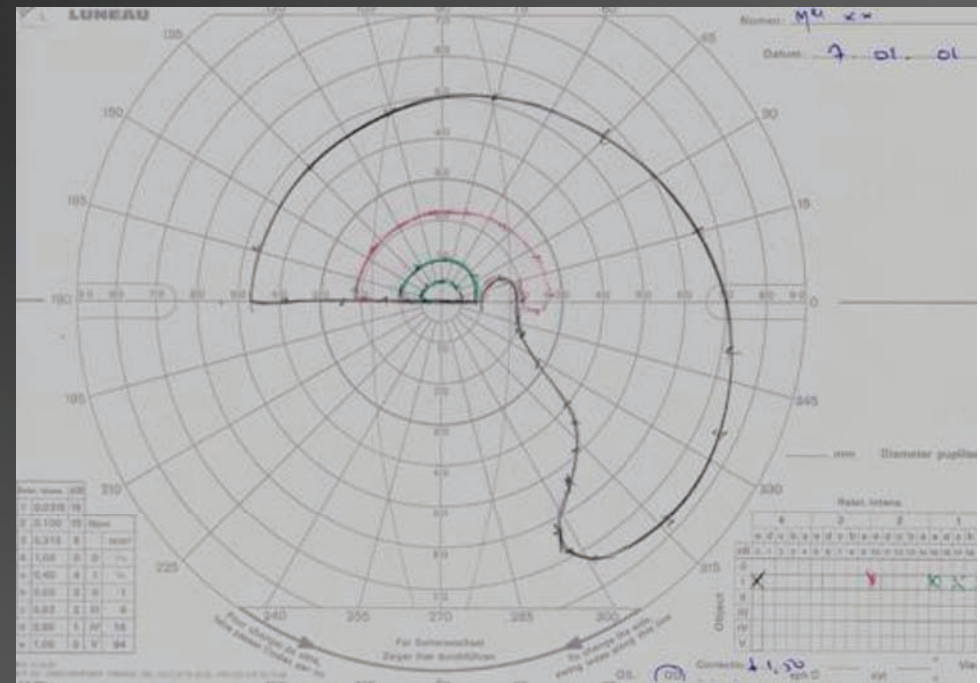
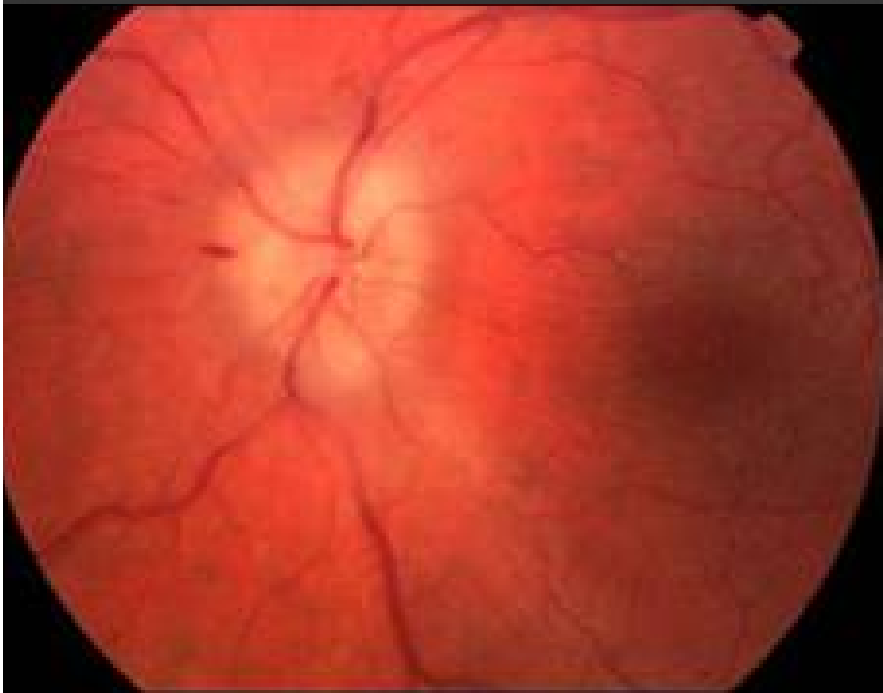
- Biologie, Rx thorax (éliminer une contre-indication aux corticoïdes)
- Sérologie syphilitique
- Enzyme de conversion de l'angiotensine
- Facteur anti nucléaire
- IRM cérébro orbitaire
- Ponction lombaire +/-
- Potentiels évoqués visuels, auditifs, somesthésiques +/-

NEVRITE OPTIQUE

- 20% des SEP commencent par une NOI
- 50% à 75% des SEP font une NOI

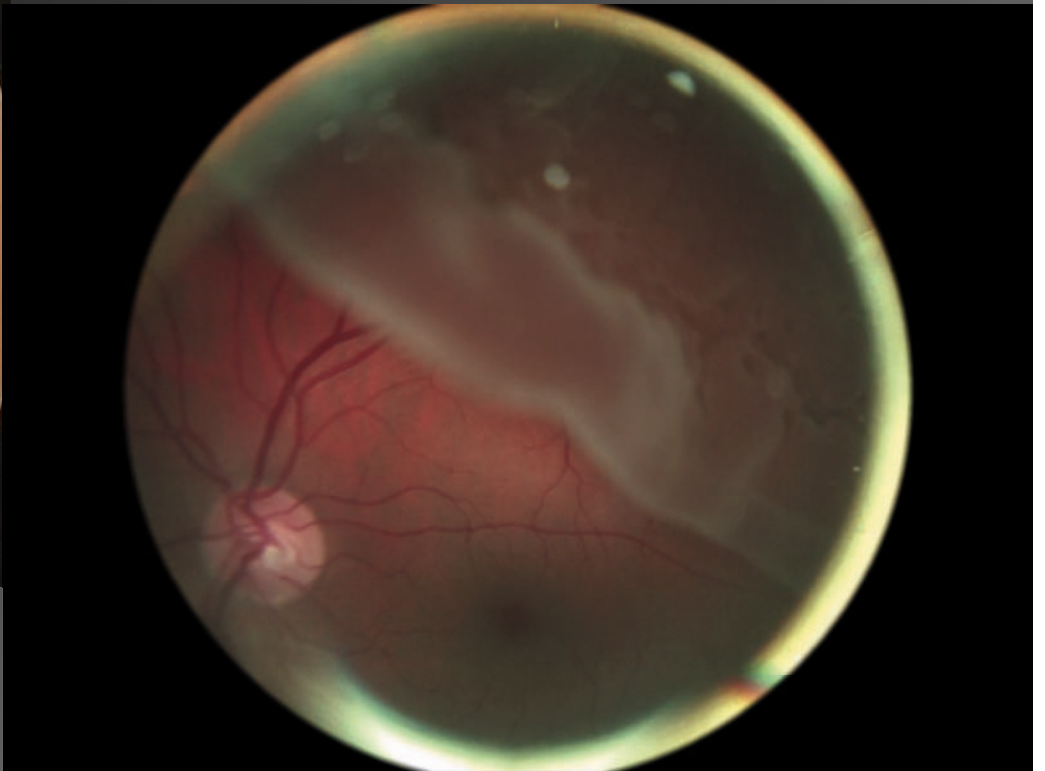
NEVRITE OPTIQUE

- NOIAA
 - Atherome +++++
 - Horton



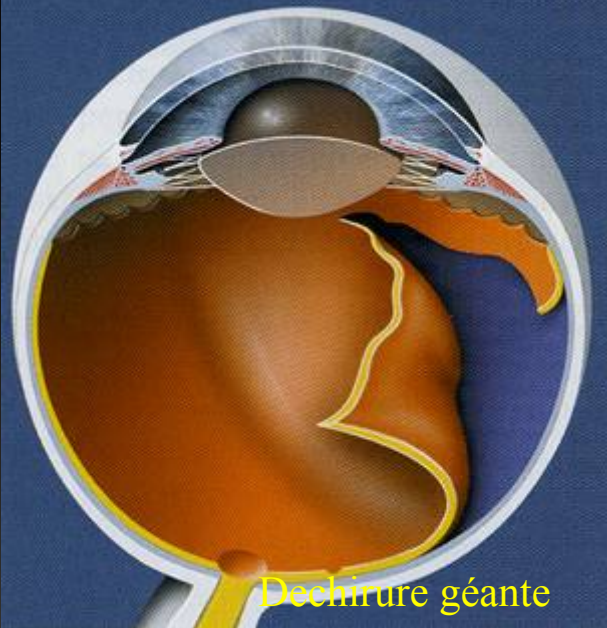
DECOLLEMENT DE RETINE

- Prodromes : phosphènes, myodésopsies

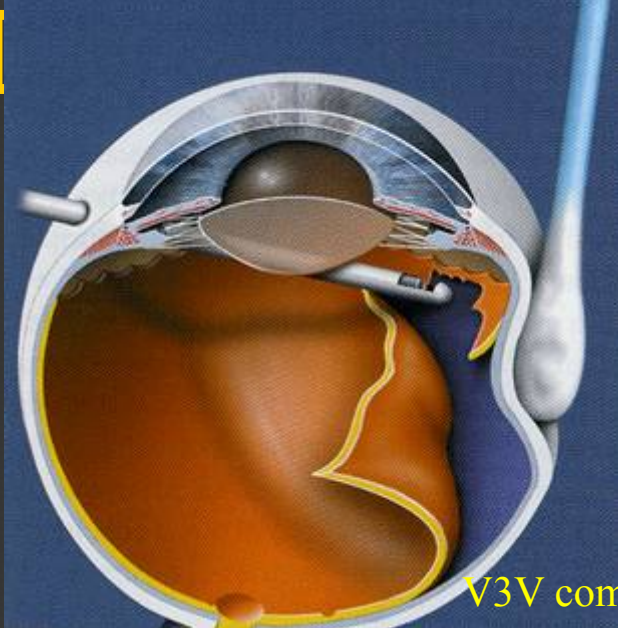


DE

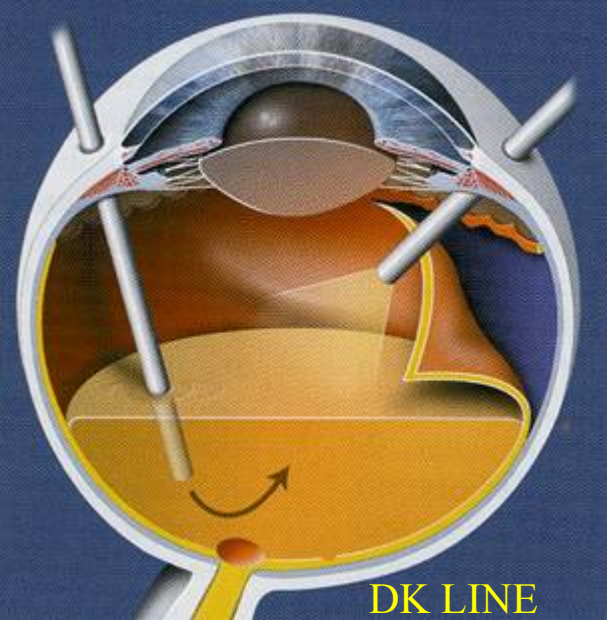
IT I



Dechirure géante



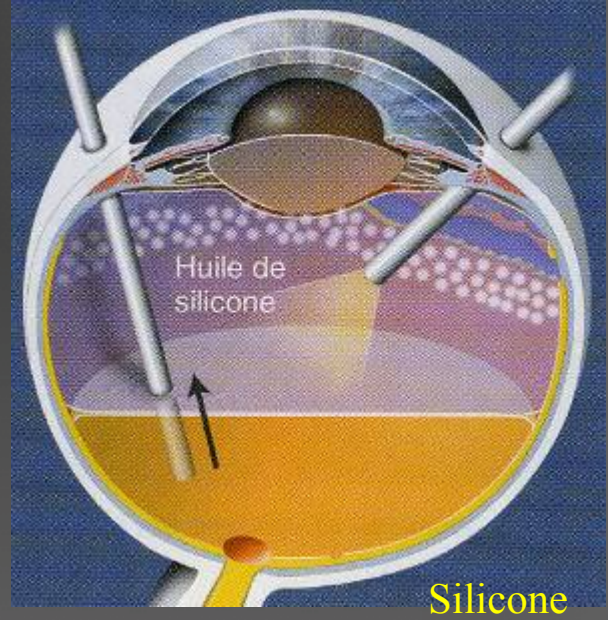
V3V complète



DK LINE



LASER 360°



Silicone

MERCI DE VOTRE ATTENTION