

LIVRE DES **PROFESSEURS**

Sous la direction du **Pr Philippe Gain**

**Thibaud Garcin**

avec le **Dr Marie Caroline Trone** et le **Dr Mathilde Kaspi**

+ *Un code d'entraînement  
en ligne sur iECN Professeur*



# Ophthalmologie

**S'ENTRAÎNER**

**iECN**

2 0 1 7

2 0 1 8

2 0 1 9

- Tous les items de la spécialité
- 12 Dossiers Progressifs
- 75 Questions isolées
- Corrections détaillées et commentées
- Fiches Points clés
- + **Iconographies en couleurs**



L'ENTRAÎNEMENT | DOSSIERS PROGRESSIFS, QRM

LIVRE DES **PROFESSEURS**

# Ophthalmologie

Sous la direction du Pr Philippe GAIN

Thibaud GARCIN

Avec la participation du Dr Marie Caroline TRONE et du Dr Mathilde KASPI

**S'ENTRAÎNER**

**i E C N**

**2 0 1 7**

**2 0 1 8**

**2 0 1 9**

***MED-LINE***  
**Editions**

**Éditions MED-LINE**  
127 rue Jeanne d'Arc  
75013 Paris  
www.med-line.fr

**Pr Philippe GAIN** : fondateur de l'i-ONG (institut d'Ophtalmologie Nouvelle Génération), chef du service d'ophtalmologie au CHU de St-Etienne, directeur-cofondateur du laboratoire Biologie, ingénierie et imagerie de la Greffe de Cornée (BiiGC, EA 2521), Université Jean Monnet de St-Etienne.

**Thibaud GARCIN** : interne en ophtalmologie au CHU de St-Etienne et au laboratoire BiiGC, membre de l'i-ONG.

**Dr Marie Caroline TRONE** : Praticien Hospitalier, service d'ophtalmologie du CHU de St-Etienne, coresponsable du Centre d'innovation et des lasers en Ophtalmologie (CilO), membre de l'i-ONG.

**Dr Mathilde KASPI** : Praticien Hospitalier, service d'ophtalmologie du CH du Forez, membre de l'i-ONG.

*OPHTALMOLOGIE-L'ENTRAÎNEMENT*

ISBN : 978-2-84678-204-3

© 2017 ÉDITIONS MED-LINE

Mise en pages : Meriem Rezgui

Couverture : Meriem Rezgui

Achevé d'imprimer sur les presses de Printcorp - n°17020008 - Mars 2017 - Dépot légal mars 2017

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

# SOMMAIRE

Préface .....	5
---------------	---

## 1<sup>RE</sup> PARTIE : DOSSIERS PROGRESSIFS

<u>DP 1</u> :	<b>Homme de 32 ans présentant un œil rouge douloureux depuis 24 h</b> .....	9
<u>DP 2</u> :	<b>Œil rouge et douloureux chez une femme de 75 ans</b> .....	19
<u>DP 3</u> :	<b>Un coup de poing mal placé</b> .....	31
<u>DP 4</u> :	<b>Avis ophtalmologique pour un diabète chez une femme enceinte</b> .....	45
<u>DP 5</u> :	<b>Deuxième avis pour un glaucome, chez un homme</b> .....	57
<u>DP 6</u> :	<b>Un vieillissement n'épargnant pas la vue...</b> .....	71
<u>DP 7</u> :	<b>Un cristallin qui n'était que le début de l'histoire</b> .....	83
<u>DP 8</u> :	<b>Un œil qui fait coucou à l'autre</b> .....	95
<u>DP 9</u> :	<b>Une patiente vous fait les gros yeux...</b> .....	107
<u>DP 10</u> :	<b>Un patient plus tout jeune au niveau vasculaire...</b> .....	119
<u>DP 11</u> :	<b>Une famille malchanceuse</b> .....	131
<u>DP 12</u> :	<b>Un accident du travail</b> .....	143

## 2<sup>E</sup> PARTIE : QUESTIONS ISOLÉES

<u>QRM 1</u> :	<b>Questions à réponses multiples sur « images isolées »</b> .....	157
<u>QRM 2</u> :	<b>Questions à réponses multiples</b> .....	171



## PRÉFACE

---

Cet ouvrage très imagé est destiné à l'étudiant en médecine préparant les i-ECN et au généraliste désirant mettre à jour ses connaissances en ophtalmologie.

Il se décline en une version papier et une version web qui, avec une imagerie de qualité (que l'on pourra zoomer), permet de se retrouver en condition réelle d'i-ECN et... d'exercice de la médecine.

Strictement conforme à la Collégiale du Collège des ophtalmologistes universitaires de France, il comprend 12 dossiers balayant l'ensemble du programme d'ophtalmologie. S'y ajoutent 15 QRM réalisés à partir d'images isolées et 75 QRM, qui peuvent être insérés dans n'importe quel dossier d'i-ECN et faire ainsi gagner de précieux points...

Co-écrit avec l'aide de trois excellents ophtalmologistes issus du CHU de St-Etienne, Thibault Garcin, Marie Caroline Trone et Mathilde Kaspi, tous tournés vers l'étudiant et conférenciers pour la préparation aux ECN, l'ensemble des royalties générées par l'ouvrage seront reversés intégralement à l'enseignement et la recherche en ophtalmologie.

### **Professeur Philippe GAIN**

Chef du service d'ophtalmologie au CHU de Saint-Etienne,  
Fondateur de l'institut d'Ophtalmologie Nouvelle Génération (I-ONG),  
Directeur-co-fondateur du laboratoire Biologie,  
ingénierie et imagerie de la Greffe de Cornée (BiiGC), EA 25 21,  
Université Jean Monnet de Saint-Etienne.  
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques



1<sup>re</sup> partie

**DOSSIERS PROGRESSIFS**



DP

1

# Homme de 32 ans présentant un œil rouge douloureux depuis 24 h

## ÉNONCÉ :

Un homme de 32 ans, chauffeur routier, se présente aux urgences ophtalmologiques car son droit est rouge et douloureux depuis 24 h.

### ► QRM 1

Afin de vous orienter dans les étiologies d'un œil rouge et douloureux, que devez-vous rechercher en premier lieu à l'interrogatoire ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

- A  un traumatisme oculaire
- B  une baisse d'acuité brutale
- C  une chirurgie oculaire récente (< 1 mois)
- D  un voyage sous les tropiques
- E  une diplopie

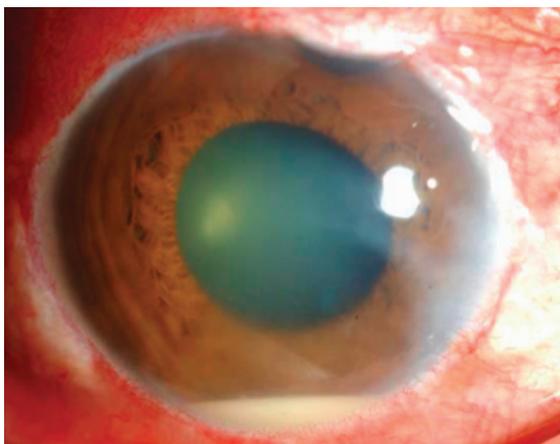
### ► QRM 2

Quelles sont les étiologies à évoquer en premier lieu devant un œil rouge douloureux avec baisse d'acuité visuelle et sans traumatisme oculaire ni chirurgie oculaire ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

- A  endophtalmie exogène
- B  uvéite antérieure aiguë
- C  kératite aiguë herpétique
- D  glaucome aigu à angle fermé
- E  hémorragie sous conjonctivale

### ► QRM 3

Il s'agit d'un uvéite antérieure aiguë. Que voyez-vous à la lampe à fente sur l'œil droit ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))



- A  myosis
- B  synéchies iridocornéennes
- C  cercle périkératique
- D  hypopion
- E  hyphéma

### ► QRM 4

Pour compléter l'examen clinique de cette uvéite antérieure aiguë que devez-vous absolument réaliser ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

- A  prendre la pression intraoculaire
- B  faire un fond d'œil
- C  recherche un phénomène de Tyndall
- D  recherche des précipités à la face postérieure de la cornée
- E  retourner la paupière

### ► QRM 5

Que recherchez-vous lors du fond d'œil au cours d'une uvéite antérieure aiguë ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

- A  un œdème papillaire, des foyers rétinien, une vascularite, témoins d'une uvéite postérieure
- B  un œdème papillaire, des hémorragies en flammèches, des nodules cotonneux, témoins d'une rétinopathie hypertensive
- C  une occlusion de l'artère centrale de la rétine
- D  une hémorragie intravitréenne
- E  un décollement de rétine

### ► QRM 6

Parmi les étiologies d'uvéite(s) antérieure(s) aiguë(s) infectieuses vous pouvez évoquer : (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

- A  syphilis
- B  herpès
- C  tuberculose
- D  lyme
- E  streptocoque

► **QRM 7**

Le patient vous rapporte des douleurs articulaires multiples, notamment rachidiennes, récidivantes, depuis plus de 5 ans et pour lesquelles il prend un traitement quotidien à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Vous évoquez : (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

- A  une tuberculose avec dissémination osseuse
- B  une spondylarthrite ankylosante
- C  une fibromyalgie
- D  un rhumatisme psoriasique
- E  une entérocolopathie inflammatoire chronique

► **QRM 8**

Quels sont les arguments en faveur d'une spondylarthrite ankylosante ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

- A  un hypopion
- B  une talalgie par enthésopathie
- C  une douleur lombaire d'horaire mécanique
- D  une toux chronique
- E  une sacro-iliite uni ou bilatérale visible à la radiographie des articulations sacro-iliaques

► **QRM 9**

Quel(s) traitement(s) symptomatique(s) entreprenez-vous pour cette uvéite antérieure aiguë ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

- A  un collyre myotique
- B  un collyre corticoïde
- C  un collyre anti-inflammatoire non stéroïdien
- D  un collyre hypotonisant en cas d'hypertonie
- E  pas de traitement symptomatique, le traitement étiologique de la SPA suffit

► **QRM 10**

Le bilan biologique étiologique prescrit initialement est le suivant : (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

HSV 1 : IgG + IgM +++ ; HSV 2 : IgG -, IgM -  
VZV : IgG +, IgM -  
Syphilis : TPHA – VDRL –  
Lyme : IgG -, IgM -

- A  le patient présente une réactivation HSV 1 probable
- B  une cinétique des IgG et IgM lors d'une deuxième sérologie HSV 1 une à deux semaine(s) plus tard est nécessaire
- C  le patient présente une immunité ancienne contre le VZV
- D  la sérologie VZV était inutile car ce virus n'est jamais responsable d'uvéite antérieure aiguë
- E  le patient n'a jamais présenté d'infection à Borrelia burgdorferi

► **QRM 11**

Qu'auriez-vous pu retrouver s'il s'agissait d'une uvéite antérieure aiguë plutôt d'origine herpétique ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

- A  des antécédents d'herpès oculaire ou labial
- B  une hypertonie oculaire associée
- C  une kératite herpétique associée
- D  des synéchies iridocristalliniennes
- E  un hypopion

► **QRM 12**

Lors d'une uvéite antérieure aiguë herpétique, le traitement repose sur : (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

- A  des corticoïdes collyres seuls
- B  un traitement antiviral de type aciclovir par voie systémique
- C  des collyres mydriatiques
- D  des hypertonisants locaux d'autant en cas d'hypotonie associée
- E  une iridotomie est souvent nécessaire pour réduire le tonus oculaire

► **QRM 13**

Finalement vous ne retrouvez aucun signe ni en faveur d'une spondylarthrite ankylosante, ni en faveur d'un herpès. En complétant votre interrogatoire « policier », le patient vous rapporte avoir reçu il y a 24 h un éclat de métal en tapant avec un marteau sur un axe bloqué d'une des roues de son camion. Vous évoquez alors : (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

- A  un corps étranger intraoculaire
- B  un corps étranger superficiel
- C  une endophtalmie endogène
- D  une endophtalmie exogène
- E  une chalcose

► **QRM 14**

Quels sont les signes à rechercher en faveur d'un corps étranger intra-oculaire ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

- A  un signe de Seidel en cas de persistance de la plaie créée par la pénétration du corps étranger
- B  un corps étranger en situation projetée intraorbitaire sur la radiographie de l'orbite
- C  un corps étranger en situation projetée intraorbitaire sur le scanner orbitaire
- D  un corps étranger en situation projetée intraorbitaire sur l'imagerie par résonance magnétique
- E  le corps étranger a peu de chances d'être opaque aux rayons X

▶ **QRM 15**

Concernant la prise en charge d'une endophtalmie exogène due à un corps étranger intra-oculaire (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

- A  il s'agit d'une urgence thérapeutique  
 B  le statut vaccinal antitétanique doit être vérifié  
 C  l'extraction chirurgicale du corps étranger est discutée au cas par cas  
 D  les antibiotiques sont administrés en collyre exclusivement  
 E  le traitement est l'énucléation afin de prévenir une cellulite orbitaire

**RÉPONSES**

- ✓ Vrai    ✓ Indispensable  
 ○ Faux    ● Inadmissible

▶ **QRM 1**

Afin de vous orienter dans les étiologies d'un œil rouge et douloureux, que devez-vous rechercher en premier lieu à l'interrogatoire ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

➔ **Réponse : A, B, C**

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	✓		un traumatisme oculaire	
B	✓		une baisse d'acuité brutale	
C	✓		une chirurgie oculaire récente (< 1 mois)	
D		○	un voyage sous les tropiques	
E		○	une diplopie	

**Commentaires :**

**A :** Le traumatisme oculaire est à rechercher en priorité, il est bien souvent évident mais il peut être plus perfide comme le cas du corps étranger intra-oculaire profond lié à un éclat de marteau contre burin ou marteau contre pièce métallique comme ici.

**B :** La baisse d'acuité visuelle rapide ou brutale est la question prioritaire ensuite.

**C :** Bien évidemment, tout opéré récent avec un œil rouge et douloureux a fortiori s'il y a une baisse visuelle doit être revu de toute urgence par son chirurgien ophtalmologiste. Le diagnostic à redouter est une infection oculaire (endophtalmie).

▶ **QRM 2**

Quelles sont les étiologies à évoquer en premier lieu devant un œil rouge douloureux avec baisse d'acuité visuelle et sans traumatisme oculaire ni chirurgie oculaire ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

➔ **Réponse : B, C, D**

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A		○	endophtalmie exogène	
B	✓		uvéite antérieure aiguë	
C	✓		kératite aiguë herpétique	
D	✓		glaucome aigu à angle fermé	
E		●	hémorragie sous conjonctivale	

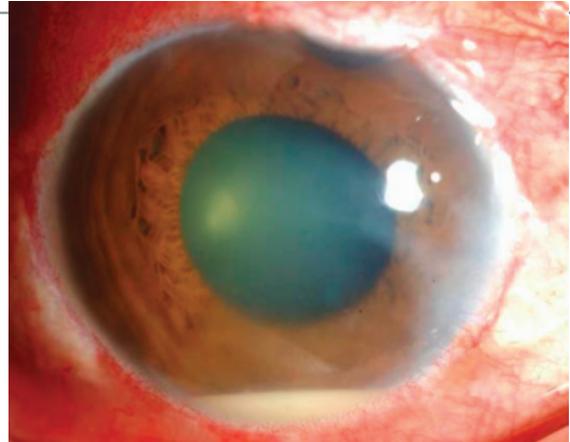
**Commentaires :**

A : L'endophtalmie exogène est exclue puisqu'il n'y a pas eu de chirurgie oculaire. L'endophtalmie dite endogène se voit rarement dans les septicémies, ce qui n'est pas le cas ici.

E : L'hémorragie sous conjonctivale ne donne ni douleur et ni baisse d'acuité visuelle.

► **QRM 3**

Il s'agit d'un uvéite antérieure aiguë. Que voyez-vous à la lampe à fente sur l'œil droit ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))



➔ **Réponse : A, C, D**

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	✓		myosis	
B		○	synéchies iridocornéennes	
C	✓		cercle périkératique	
D	✓		hypopion	
E		●	hyphéma	

**Commentaires :**

B : Une synéchie iridocornéenne, qui est rare, se voit en cas de plaie de cornée passée inaperçue. Dans le cas présent, la pupille est régulière, il n'existe pas de synéchie iridocristallinienne mais sûrement une mydriase par collyre.

C : La rougeur périkératique se rencontre non seulement dans l'uvéite antérieure aiguë mais aussi dans le GAAF et la kératite aiguë.

E : L'hyphéma est un épanchement de sang inférieur dans la chambre antérieure. C'est une des causes de contusions oculaires sévères les plus fréquentes.

► **QRM 4**

Pour compléter l'examen clinique de cette uvéite antérieure aiguë que devez-vous absolument réaliser ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

➔ **Réponse : A, B, C, D**

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	✓		prendre la pression intraoculaire	
B	✓		faire un fond d'œil	
C	✓		recherche un phénomène de Tyndall	
D	✓		recherche des précipités à la face postérieure de la cornée	
E		●	retourner la paupière	

**Commentaires :**

**A :** Il faut prendre la pression intra-oculaire de façon bilatérale lors de tout examen ophtalmologique. Dans l'uvéite, elle est classiquement abaissée, mais attention, il peut exister des uvéites hypertensives, notamment en cas d'herpès.

**B :** Le fond d'œil est aussi obligatoire et de façon bilatérale en ophtalmologie.

**C :** Le Tyndall se recherche à la lampe à fente. Il s'agit de précipité en suspension dans l'humeur aqueuse qui donne un peu l'effet de la « poussière vue au travers des persiennes lors des petits matins de printemps ».

**D :** Les précipités à la face postérieure de la cornée se voient à la lampe à fente, ils sont assez difficiles à distinguer, c'est ce qu'on appelle la descemétite.

**E :** Le retournement de la paupière a un intérêt en allergologie pour rechercher des papilles conjonctivales typiques, et en traumatologie pour rechercher une paille de métal superficielle plantée sous la paupière et qui provoque des ulcérations linéaires verticales de la cornée liées au frottement.

**► QRM 5**

Que recherchez-vous lors du fond d'œil au cours d'une uvéite antérieure aiguë ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

**➔ Réponse : A**

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	✓		un œdème papillaire, des foyers rétinien, une vascularite, témoins d'une uvéite postérieure	
B		○	un œdème papillaire, des hémorragies en flammèches, des nodules cotonneux, témoins d'une rétinopathie hypertensive	
C		○	une occlusion de l'artère centrale de la rétine	
D		○	une hémorragie intravitréenne	
E		○	un décollement de rétine	

Commentaires : B, C, D et E sont sans rapport.

**► QRM 6**

Parmi les étiologies d'uvéite(s) antérieure(s) aiguë(s) infectieuses vous pouvez évoquer : (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

**➔ Réponse : A, B, C, D**

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	✓		syphilis	
B	✓		herpès	
C	✓		tuberculose	
D	✓		lyme	
E		●	streptocoque	

**Commentaires :**

**A :** Pratiquement toutes les maladies infectieuses peuvent donner des uvéites mais 2 peuvent tomber en dossier i-ECN : l'herpès et la maladie de Lyme.

**► QRM 7**

Le patient vous rapporte des douleurs articulaires multiples, notamment rachidiennes, récidivantes, depuis plus de 5 ans et pour lesquelles il prend un traitement quotidien à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Vous évoquez : (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

➔ Réponse : B, D, E

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A		<input type="radio"/>	une tuberculose avec dissémination osseuse	
B	✓		une spondylarthrite ankylosante	
C		<input checked="" type="radio"/>	une fibromyalgie	
D	✓		un rhumatisme psoriasique	
E	✓		une entérocolopathie inflammatoire chronique	

Commentaires :

A : C'est la SPA qui tombe le plus souvent en dossier i-ECN !

► QRM 8

Quels sont les arguments en faveur d'une spondylarthrite ankylosante ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

➔ Réponse : A, B, E

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	✓		un hypopion	
B	✓		une talalgie par enthésopathie	
C		<input checked="" type="radio"/>	une douleur lombaire d'horaire mécanique	
D		<input type="radio"/>	une toux chronique	
E	✓		une sacro-iliite uni ou bilatérale visible à la radiographie des articulations sacro-iliaques	

Commentaires :

B : La talalgie est classique, elle fait partie des critères de l'ARMOR USA.

C : La douleur de la SPA est d'ordre inflammatoire et non mécanique.

► QRM 9

Quel(s) traitement(s) symptomatique(s) entreprenez-vous pour cette uvéite antérieure aiguë ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

➔ Réponse : B, D

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A		<input type="radio"/>	un collyre myotique	
B	✓		un collyre corticoïde	
C		<input type="radio"/>	un collyre anti-inflammatoire non stéroïdien	
D	✓		un collyre hypotonisant en cas d'hypertonie	
E		<input checked="" type="radio"/>	pas de traitement symptomatique, le traitement étiologique de la SPA suffit	

Commentaires :

B : Les corticoïdes sont nécessaires au même titre que les collyres dilatateurs d'action lente (comme l'Atropine).

D : Si elles sont volontiers hypotonisantes, les uvéites peuvent s'accompagner d'une hypertonie qu'il faudra alors traiter.

E : Bien entendu, le traitement étiologique doit être réalisé. Mais dans tous les cas, il faut aussi un traitement symptomatique de l'uvéite (assez urgent) pour limiter les risques de synéchie, de cataracte secondaire ou encore d'hypertonie secondaire.

▶ **QRM 10**

Le bilan biologique étiologique prescrit initialement est le suivant : (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))  
 HSV 1 : IgG + IgM +++ ; HSV 2 : IgG -, IgM -  
 VZV : IgG +, IgM -  
 Syphilis : TPHA – VDRL –  
 Lyme : IgG -, IgM -

➔ **Réponse : A, B, C, E**

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	✓		le patient présente une réactivation HSV 1 probable	
B	✓		une cinétique des IgG et IgM lors d'une deuxième sérologie HSV 1 une à deux semaine(s) plus tard est nécessaire	
C	✓		le patient présente une immunité ancienne contre le VZV	
D		●	la sérologie VZV était inutile car ce virus n'est jamais responsable d'uvéite antérieure aiguë	
E	✓		le patient n'a jamais présenté d'infection à Borrelia Burgdorferi	

## Commentaires :

D : Tous les virus du groupe herpès peuvent donner une uvéite, même si le plus fréquent est l'HSV.

▶ **QRM 11**

Qu'auriez-vous pu retrouver s'il s'agissait d'une uvéite antérieure aiguë plutôt d'origine herpétique ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

➔ **Réponse : A, B, C**

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	✓		des antécédents d'herpès oculaire ou labial	
B	✓		une hypertonie oculaire associée	
C	✓		une kératite herpétique associée	
D		○	des synéchies iridocristalliniennes	
E		●	un hypopion	

## Commentaires :

A : Bien entendu, l'absence d'antécédent d'herpès oculaire ou labial ne doit pas remettre en question le diagnostic d'uvéite antérieure herpétique !

C : L'association kératite + uvéite est très en faveur d'un herpès.

▶ **QRM 12**

Lors d'une uvéite antérieure aiguë herpétique, le traitement repose sur : (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

➔ **Réponse : B, C**

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A		●	des corticoïdes collyres seuls	
B	✓		un traitement antiviral de type aciclovir par voie systémique	
C	✓		des collyres mydriatiques	
D		○	des hypertonisants locaux d'autant en cas d'hypotonie associée	
E		○	une iridotomie est souvent nécessaire pour réduire le tonus oculaire	

**Commentaires :**

D : Il s'agissait d'hypotonisants locaux surtout s'il existe une hypertonie !

E : L'iridotomie ne réduit pas en elle-même la pression intra-oculaire. Elle effectue simplement un by-pass entre la chambre antérieure et la chambre postérieure pour éviter un blocage pupillaire. Elle est réalisée systématiquement en prévention de la bilatéralisation de crise de glaucome aigu. Elle est réalisée exceptionnellement dans l'uvéïte si des synéchies iridocristalliniennes menaçaient de bloquer la totalité de la pupille (pupille dite en séclusion).

► **QRM 13**

Finalement vous ne retrouvez aucun signe ni en faveur d'une spondylarthrite ankylosante, ni en faveur d'un herpès. En complétant votre interrogatoire « policier », le patient vous rapporte avoir reçu il y a 24 h un éclat de métal en tapant avec un marteau sur un axe bloqué d'une des roues de son camion. Vous évoquez alors : (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

➔ **Réponse : A, D**

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	✓		un corps étranger intra-oculaire	
B		●	un corps étranger superficiel	
C		●	une endophtalmie endogène	
D	✓		une endophtalmie exogène	
E		○	une chalcose	

**Commentaires :**

A : Le fait de taper avec un marteau sur un axe métallique implique un corps étranger à très forte énergie cinétique donc qui a pénétré profondément intra-oculaire. En aucun cas, il ne s'agira d'une paille superficielle.

C : L'endophtalmie endogène est celle, nous l'avons vu précédemment, survenant « de l'intérieur » c'est-à-dire par exemple chez un sujet présentant une septicémie, c'est-à-dire ce qui n'est pas le contexte ici.

E : La chalcose est une complication tardive suite à des corps étrangers en cuivre, ce qui n'est pas le cas ici, ou le métal sera forcément de l'acier.

► **QRM 14**

Quels sont les signes à rechercher en faveur d'un corps étranger intra-oculaire ? (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

➔ **Réponse : A, B, C**

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	✓		un signe de Seidel en cas de persistance de la plaie créée par la pénétration du corps étranger	
B	✓		un corps étranger en situation projetée intraorbitaire sur la radiographie de l'orbite	
C	✓		un corps étranger en situation projetée intraorbitaire sur le scanner orbitaire	
D		●	un corps étranger en situation projetée intraorbitaire sur l'imagerie par résonance magnétique	
E		○	le corps étranger a peu de chances d'être opaque aux rayons X	

**Commentaires :**

A : Le signe de Seidel se recherche en lampe à fente après instillation de collyre fluorescéine : l'écoulement d'humeur aqueuse par la plaie lave la fluorescéine telle une « chute d'eau bleue sur un fond jaune ». Il signe la caractéristique perforant d'une plaie de cornée.

D : Bien entendu, contre-indication formelle à toute IRM qui mettrait en mouvement le corps étranger et pourrait très fortement compromettre l'œil. Dans des cas d'exception où le corps étranger n'est pas enlevé (par exemple, corps étranger orbitaire profond), on fournira au malade un certificat médical comme quoi il existe un corps étranger magnétique orbitaire en place. Il devra le garder sur lui dans son portefeuille par exemple (en cas de coma).

E : Le corps étranger est pratiquement toujours de l'acier donc radio-opaque.

► **QRM 15**

Concernant la prise en charge d'une endophtalmie exogène due à un corps étranger intra-oculaire : (une ou plusieurs réponse(s) exacte(s))

➔ **Réponse : A, B**

	VRAI	FAUX	PROPOSITIONS	PTS
A	✓		il s'agit d'une urgence thérapeutique	
B	✓		le statut vaccinal antitétanique doit être vérifié	
C		○	l'extraction chirurgicale du corps étranger est discutée au cas par cas	
D		●	les antibiotiques sont administrés en collyre exclusivement	
E		●	le traitement est l'énucléation afin de prévenir une cellulite orbitaire	

**Commentaires :**

**A :** L'extraction chirurgicale du corps étranger est obligatoire. Autrefois, réalisée la nuit à l'électro-aimant, elle est désormais réalisée en chirurgie réglée (le plus vite possible néanmoins), sous couverture antibiotique par une vitrectomie et l'utilisation de micro-pinces qui viennent délicatement extraire le CEIO.

**B :** Comme toute la traumatologie du globe, prophylaxie antitétanique car risque de tétanos céphalique particulièrement grave.

Évaluation			Votre entraînement		
Questions	Réponses	Points	1 <sup>er</sup> Tour	2 <sup>e</sup> Tour	3 <sup>e</sup> Tour
Q - 1	A - B - C	20			
Q - 2	B - C - D	20			
Q - 3	A - C - D	20			
Q - 4	A - B - C - D	20			
Q - 5	A	20			
Q - 6	A - B - C - D	20			
Q - 7	B - D - E	20			
Q - 8	A - B - E	20			
Q - 9	B - D	20			
Q - 10	A - B - C - E	20			
Q - 11	A - B - C	20			
Q - 12	B - C	20			
Q - 13	A - D	20			
Q - 14	A - B - C	20			
Q - 15	A - B	20			
<b>Total : 300</b>					

► **ITEMS CONCERNÉS**

UE4 - N° 80. ANOMALIES DE LA VISION D'APPARITION BRUTALE

UE4 - N° 81. ŒIL ROUGE ET/OU DOULOUREUX

UE11 - N° 330. ORIENTATION DIAGNOSTIQUE ET CONDUITE À TENIR DEVANT UN TRAUMATISME CRANIO-FACIAL

► **Référence**

- COUF

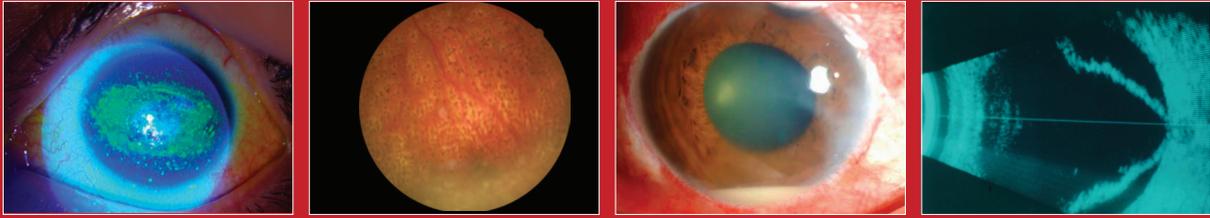
## POINTS CLÉS : UVÉITE ANTÉRIEURE AIGUË

1. **Signes fonctionnels** : Œil rouge douloureux avec baisse d'acuité visuelle rapide.
2. **Signes cliniques** :
  - cercle périkératique ;
  - précipités rétro-cornéens ;
  - tyndall en chambre antérieure, voire hypopion ;
  - myosis ;
  - synéchies iridocristalliniennes ;
  - Ne pas oublier de faire le fond d'œil à la recherche d'une atteinte vitrénne (hyalite) et d'une atteinte rétinienne (œdème papillaire, vascularite, foyers rétinien).
3. **Étiologies** :
  - idiopathique ;
  - inflammatoires (HLA B27, SPA, arthrite juvénile chez l'enfant, psoriasis..., MICI, LEAD, sarcoïdose, Behçet...);
  - infectieuses (HSV, VZV, Lyme, syphilis, tuberculose, Toxoplasmose...);
  - corps étranger ;
  - arthrite juvénile idiopathique (chez l'enfant).
4. **Traitement** :
  - mydriatiques locaux ;
  - corticoïdes locaux ;
  - hypotonisants si hypertension ;
  - traitement étiologique.

### +++ LE COUP DE POUCE DE L'ENSEIGNANT

- Ne jamais oublier les 3 grandes causes de cercles périkératiques de la plus grave à la moins grave : GAAF, uvéite antérieure, kératite.
- Face à une uvéite, 2 causes à évoquer : une locale, l'herpès, une générale, la SPA.
- Attention, l'uvéite s'accompagne classiquement d'une hypotonie mais des uvéites hypertensives existent ! Le piège est alors de la confondre avec un GAAF.
- Deux symptômes pathognomoniques : le Tyndall et la descemétite.
- Le traitement de l'uvéite est étiologique mais aussi symptomatique avec association de collyres dilatants et de collyres corticoïdes.
- En traumatologie, penser toujours au cas le plus grave : une hémorragie sous conjonctivale peut masquer une plaie sclérale, une plaie sclérale peut être la porte d'entrée d'un corps étranger intra-oculaire profond.
- Attention en traumatologie oculaire : contre-indication formelle à l'IRM et prophylaxie antitétanique !





## Ophthalmologie

12 dossiers progressifs + 75 Questions isolées

- Conformés au nouveau programme de l'IECN
- Des corrections détaillées et commentées
- Dossiers et questions illustrés avec des photographies couleurs

Les bonus iECN pour chaque dossier

- Les réponses indispensables ou inadmissibles
- Les items abordés dans le dossier pour faciliter ses révisions
- Une fiche Points clés par dossier pour retenir l'essentiel
- Le Coup de pouce des enseignants

+ Inclus dans ce livre, un code d'accès pour s'entraîner et s'évaluer en ligne dans les conditions de l'IECN

Parutions récentes dans la même collection :



20 € TTC  
ISBN : 978-2-84678-204-3



**MED-LINE**  
Editions

www.med-line.fr