

Nouvelles des Congrès

par le Dr Patricia Eeckeleers • Médecin généraliste • 5590 Leignon

NOUVELLES DES CONGRÈS

Semaine à l'étranger

Malte, du 23 au 30 avril 2005

Urgences en ophtalmo

La **perte brutale de vision** chez une personne âgée doit évoquer une thrombose de l'artère centrale de la rétine souvent liée à une artérite temporale de Horton. C'est une vraie urgence ophtalmique. Le risque de bilatéralisation est très élevé (70-80 %).

Chez un patient hypermétrope âgé de plus de 60 ans, une hémicrânie intense brutale avec nausées importantes et diminution de la vision évoquera un **glaucome aigu**. On confirmera par la mise en évidence d'un œil injecté avec semi-mydriase fixe et surtout dur comme du bois. Le délai maximal de prise en charge est de quelques heures. Le médecin traitant injectera 250 à 500 mg de Diamox® en IV associé à un anti-douleur puissant.

En cas de **brûlure chimique**, la gravité des lésions est très variable en fonction de la nature du toxique. Les brûlures par les bases sont plus graves que celles par les acides. L'importance des séquelles dépend de la durée de contact entre le toxique et la cornée. Lors de l'appel au téléphone, faire rincer abondamment avec de l'eau du robinet, de l'eau minérale, de la limonade ou tout autre liquide neutre dont on dispose sur place (pas de lait qui aggrave les lésions). Lors de l'arrivée sur place: instiller de l'unicaine et recommencer le lavage en injectant avec une seringue de 20 cc (sans aiguille) du liquide physiologique au niveau des culs-de-sac supérieur et inférieur. Se méfier d'un œil qui paraît normal à l'examen. Par contre, un œil très rouge est en général en rapport avec un meilleur pronostic.

La **cellulite orbitaire de l'enfant** est relativement fréquente. Chez l'enfant, elle correspond le plus souvent à l'extension vers l'orbite d'une infection des sinus ethmoïdaux ou maxillaires. Un œdème palpébral avec rougeur et chaleur, associé à une exophtalmie avec limitation des mouvements oculaires et fièvre fera évoquer le

diagnostic. Les fonctions visuelles sont menacées par compression du nerf optique. Une céphalosporine de 2^e génération (Zinnat®) sera prescrite ainsi qu'une imagerie orbitaire. Le renvoi à l'ORL et à l'ophtalmo est indispensable.

Un **Claude Bernard-Horner** (ptosis, myosis, enophtalmie) douloureux (hémicrânie intense) survenant chez un sujet souvent jeune (< 40 ans) suite à un traumatisme cervical mineur évoque une dissection carotidienne traumatique. Le diagnostic repose sur le Doppler et l'IRM réalisés en urgence. Le traitement consiste en une anticoagulation en urgence. Le pronostic est bon si le traitement est entrepris avant l'apparition de déficits neurologiques importants: dans ce cas, 90 % des AVC secondaires sont évités.

D'après l'atelier "L'examen oculaire par le médecin généraliste" animé par le Dr Ph. Betz, ophtalmologue au CHR Citadelle à Liège et le Dr D. Verbrack, MG à Namur

Glaucome aigu

Un glaucome aigu ne peut survenir que chez un patient hypermétrope âgé (chambre antérieure étroite). Il est favorisé par la cataracte.

Il n'y a jamais de glaucome aigu chez un patient myope ou un patient ayant subi une opération de la cataracte. Vu les symptômes, il n'y a non plus jamais de glaucome aigu chez un patient souriant (douleur intense) ou en myosis.

Les facteurs déclenchants sont la pénombre et les films d'horreur (!) car ils favorisent la mydriase.

Il existe également des causes iatrogènes médicamenteuses.

La mention «glaucome» dans les contre-indications d'un médicament ne concerne que les glaucomes aigus et non les chroniques. De plus, il faudrait plutôt mentionner «patient âgé hypermétrope» car un glaucome aigu sera toujours opéré et ne nécessitera plus de traitement chronique du glaucome! En cas d'absolue nécessité d'administration du médicament contre indiqué, la tension oculaire devra

être mesurée, avec une iridotomie au laser ou la chirurgie de la cataracte en prévention de la crise aiguë.

D'après l'atelier "L'examen oculaire par le médecin généraliste" animé par le Dr Ph. Betz, ophtalmologue au CHR Citadelle, Liège et le Dr D. Verbrack, MG à Namur

La chirurgie de la myopie

Le but de celle-ci est de modifier la capacité de réfraction de l'œil de telle sorte que l'image formée se construise sur la rétine, et de ce fait que le patient puisse supprimer lunettes et lentilles. La kératotomy radiaire, première technique utilisée, est actuellement abandonnée vu la fragilisation de l'œil avec risque d'éclatement au moindre traumatisme et vu également le risque progressif d'hypermétropie. Actuellement, 3 techniques au laser sont utilisées: la photo kératectomie réfractive (PRK), le LASIK (laser in situ keratomileusis) et le LASEK (laser excimer). Toutes ces techniques ont des avantages et inconvénients, à discuter avec le patient. Les indications peuvent être résumées ainsi:

- Myopie < 4-6 dioptries: PRK
- Myopie entre 4-6 et 10 dioptries: LASIK
- Myopie > 10 dioptries: implant intraoculaire avec ou sans extraction du cristallin.

D'après l'exposé «Les actualités en chirurgie ophtalmologique» du Dr Ph. Betz, ophtalmologue au CHR Citadelle à Liège.

Chirurgie esthétique dans l'exophtalmie de Basedow

L'exophtalmie hyperthyroïdienne persiste malgré la normalisation des tests thyroïdiens. Elle est une source de souffrance psychique importante pour les patients atteints suite au rejet social qu'elle engendre. En effet, l'exophtalmie donne un regard fixe, allumé, méchant. La chirurgie de correction, remboursée par l'INAMI, doit être proposée.

Elle se fait en 3 étapes dont l'ordre doit être respecté. Elle consiste en :

- Correction de l'exophtalmie par décompression orbitaire
- Correction de l'éventuelle diplopie par chirurgie des muscles oculomoteurs
- Correction de la rétraction des paupières par techniques d'allongement.

La seule contre-indication, comme pour toute chirurgie à visée esthétique, est le tabagisme.

D'après l'exposé « Les actualités en chirurgie ophtalmologique » du Dr Ph. Betz, ophtalmologue au CHR Citadelle à Liège

L'œil rouge

L'injection conjonctivale (rougeur maximale en périphérie diminuant vers le limbe) correspond à la dilatation des vaisseaux conjonctivaux. Elle est habituellement accompagnée de sécrétions muqueuses ou muco-purulentes avec sensation de sable, picotements mais sans douleurs importantes ni perte de vision. Ceci correspond à des lésions bénignes (conjonctivite, corps étranger conjonctival).

L'injection ciliaire (rougeur maximale autour de l'iris et s'amenuisant en périphérie) correspond à la dilatation des vaisseaux ciliaires qui se trouvent au niveau du limbe. Les signes associés sont importants : douleurs sévères, chute de vision parfois considérable, larmoiement clair abondant et symptômes généraux (nausées, vomissements). La fluorescéine après instillation d'une goutte d'unicaine dans l'œil permettra un examen plus aisé. L'injection ciliaire est le signe d'une atteinte soit cornéenne soit intraoculaire (corps étranger, érosion cornéenne, glaucome aigu) et nécessite un avis spécialisé. L'hémorragie conjonctivale est toujours bénigne, sans autre signe associé. On recherchera une poussée hypertensive ou un trouble de la coagulation (coumarine ?)

D'après l'atelier "L'examen oculaire par le médecin généraliste" animé par le Dr Ph. Betz, ophtalmologue au CHR Citadelle à Liège et le Dr D. Verbraeck, MG à Namur

Conjonctivite virale

Elle se caractérise par des sécrétions moins abondantes, des follicules au niveau des culs-de-sac, des suffusions hémorragiques, un ganglion prétragien douloureux (douleur à la mastication). L'atteinte est unilatérale puis bilatérale après 2 à 3 jours. Son caractère épidémique est classique. L'adénovirus responsable est extrêmement résistant, et impose l'éviction vu son caractère épidémique. La conjonctivite évolue en 10 jours, parfois avec un chémosis hémorragique. Les collyres corticoïdes sont strictement interdits dans toutes les formes de conjonctivites infectieuses. Par contre, un collyre désinfectant ou antibiotique (Statrol®, Fucithalmic®, ...) est utile, associé ou non à un anti-inflammatoire local (Voltaren®, Pranox®, Aculare®). Des mesures d'hygiène seront proposées afin d'éviter la contagion : lavage des lunettes et lentilles, éviction des communautés (école, hôpital, ...)

D'après l'atelier "L'examen oculaire par le médecin généraliste" animé par le Dr Ph. Betz, ophtalmologue au CHR Citadelle, Liège et le Dr D. Verbraeck, MG à Namur

Ophtalmo en MG : quelques messages

Ne jamais prescrire ou donner un **anesthésique** local.

Au moindre doute et systématiquement en cas d'œil rouge, il est conseillé de vérifier l'intégrité de la cornée par la **fluorescéine** (vendue en tigette ou flapule individuelle) après éventuelle anesthésie de l'œil par de l'unicaine. La fluorescéine colore en vert les défauts de l'épithélium cornéen. En cas d'atteinte superficielle, les lésions apparaissent sous la forme de petits points verts à la lumière bleue (ophtalmoscope ou lumière de Wood) Ne pas oublier de faire cligner plusieurs fois les yeux après application car le mucus est également marqué par la fluorescéine.

Au cabinet, n'avoir que des **collyres en uni dose** pour éviter la contamination, le gaspillage et les conservateurs, source d'allergie éventuelle.

En cas de **corps étranger cornéen**, référer si celui-ci se trouve au niveau de la zone de vision. Par contre, s'il est conjonctival, l'ôter avec un coton-tige ou un petit lasso après anesthésie de l'œil, en allant du centre vers la périphérie.

Ne jamais mettre de **pansement occlusif** chez un enfant âgé de moins de 5 ans, pour quelque raison que ce soit car en 2 jours, certains enfants prédisposés seront devenus amblyopes.

En cas d'**érosion cornéenne**, son origine, et non son étendue, déterminera le recours ou pas à l'ophtalmologue. Sont potentiellement dangereux et nécessiteront un avis spécialisé pour vérifier l'intégrité du globe oculaire : les ciseaux, tournevis, limaille (burin), cactus, griffe de chat, épines. L'érosion de cornée chez l'enfant impose une consultation ophtalmologique. Ne pas oublier qu'une perforation n'est pas ou peu douloureuse !

D'après l'atelier "L'examen oculaire par le médecin généraliste" animé par le Dr Ph. Betz, ophtalmologue au CHR Citadelle à Liège et le Dr D. Verbraeck, MG à Namur