



# QUEL DÉPISTAGE OPHTALMOLOGIQUE CHEZ UN PATIENT ASYMPTOMATIQUE ?

SSMG , 01/10/2022.

DR. STEVENS MATHIEU, GHDC .



NOUS  
POUVONS  
SCINDER LES  
DEPISTAGES:

En fonction de l'âge du patient.

En fonction de pathologies  
générales du patient.

En fonction des traitements pris  
par le patient.

# 1. EN FONCTION DE L'AGE.

- **Enfants: +/- 3ans (entrée en maternelle)** : dépistage visuel: ONE ? Sinon, ophtalmologue?



**Buts = DEPISTER: amblyopie, microstrabisme, anisométropie.**

Facteurs de risques familiaux de strabisme, cache , chirurgie ophtalmologique chez les parents du 1<sup>er</sup> degré.

Anomalies organiques (rétinoblastome, glaucome congénital)

Facteurs de risques généraux: prématurité, anomalies du développement neurologique, malformations crânio-faciales, infections maternelles durant la grossesse (toxoplasmose, CMV,...)

Un nouvel examen vers 6ans afin de vérifier le bon développement visuel

**Soit examen de base:** réfraction à vide, stéréoscopie, évaluation Av

**Soit bilan complet** avec Fo dilaté et réfraction sous cycloplégie

- La période de développement visuel : de 0 à 9ans.

➤ Intérêt du dépistage !

Après 9ans: Consultation en cas de symptômes/besoins

- Adultes: Un dépistage vers 40-45ans.

Buts: dépister les problèmes d'hypertension oculaires et de glaucome

Facteurs de risques familiaux au 1<sup>er</sup> degré.

A réévaluer tous les 3-5ans en l'absence de toute plainte et/ou tout problème de santé.

## • SUIVI DES ENFANTS AVEC CORRECTION OPTIQUE

- Jusque 9ans: contrôle tous les 6mois
- Après 9ans: contrôle annuel. Même si tout va bien.

Spécialement chez le myope:

- une correction ajustée++, portée
- la lumière naturelle
- l'adjvant de certains verres , d'atropine diluée

Seront important pour en ralentir l'évolution

- Naturellement: L'enfant naît hypermétrope et cela s'atténue avec l'âge.

L'enfant devient myope et cela s'accentue avec l'âge

- LES « LUNETTES » QUI NE VONT PAS CHEZ L'OPHTALMOLOGUE

- Myopie: risque accru de tension oculaire, déchirures de rétine, anomalies maculaires.
- Hypermétropes: risque de Glaucome par fermeture de l'angle irido-cornéen

Un contrôle tous les 2 à 3 ans après 45ans est recommandé

- Porteurs de Lentilles de contact: risque d'hypoxie cornéenne, infection cornéennes: contrôle annuel vivement recommandé!



## 2. EN LIEN AVEC LES PATHOLOGIES GÉNÉRALES

- **Maladies métaboliques:** a. **Diabète**

Un contrôle annuel est recommandé.

Le fond d'œil vise à exclure:

- Une rétinopathie diabétique (R/ laser)
- Une maculopathie diabétique (R/ laser ou injection intra-vitréenne)

En théorie, il faut 10ans de diabète pour provoquer des lésions au fond d'œil  
(pas d'urgence)

En pratique, on détermine parfois difficilement le début exact du diabète: Un contrôle est à programmer lors de la découverte !

**Cas particuliers:** - **Diabète et Grossesse:** Un contrôle au début de la grossesse est recommandé.

Si pas d'atteinte: tb. A revoir 6mois post-accouchement.

Si présence de lésions au Fo: risque de Flambée et donc suivi strict.

- **Etre particulièrement attentif** chez les patients diabétiques normalisant rapidement leur Hba1c. Un suivi tous les 6mois est idéal.
- N.B.: En cas de fortes perturbations glycémiques : les patients peuvent présenter des troubles de la vue transitoires ( 6mois) . Temporiser. (bilatéral? )

## b. Hyperthyroïdie-Maladie de Basedow

- Bilan initial : inflammation oculaire (kératite sèche, chémosis, kératoconjonctivite limbique, exophthalmie, intégrité du nerf optique (neuropathie optique) et des muscles orbitaires (diplopie))
- Un Rmn orbital complète le bilan ophtalmo: inflammation des muscles oculaires.
- Un suivi à 6 mois permet de déterminer le score d'activité de la maladie de Basedow.
- Des traitements adjutants: radiothérapie, corticothérapie, décompression orbitaire peuvent être envisagés.

c. autres: maladie de Paget, syndrome de Cushing (tio, cataracte), acromégalie (adénome hypophysaire: déficit du champs visuel bitemporal)

- **Maladies Cardiovasculaires:** a. HTA.
- Fo: . Stadification du fond d'œil: 1 à 4. 4 = œdème du nerf optique. Urgence vitale avec haut risque de complication type AVC.
  - . recherche de complications vasculaires: occlusions Veineuses, artérielles. infarctus choroidiens, du nerf optique.

Parfois Décollement de rétine exsudatif (eclampsie par exemple)

### b. Sténose carotidienne

Un fond d'œil permet de rechercher des emboles, des occlusions vasculaires et un syndrome d'ischémie oculaire pouvant mener à un Glaucome néovasculaire avec perte de l'œil

- **Maladies Neurologiques**

a. **Sep:** possible uvéite intermédiaire ou névrite optique rétробulbaire. Bilan initial, à la découverte conseillé. Ce 1<sup>er</sup> examen sert de base et permet de diagnostiquer une éventuelle poussée de sep sous forme de névrite optique.

b. **Avc-Ait:** Bilan ophtalmologique à la recherche d'une atteinte du champs visuel.

(conduite)

c. **divers:** neurofibromatose: gliome du nerf optique, neurofibrome de la paupière, glaucome, naevus choroidien, cataracte.

Syndrome de Sturge-Weber, de Von Hippel Lindau

- **Maladies de type connectivites et spondylarthropathies**

a. **Polyarthrite rhumatoïde:** association avec un syndrome sec, kératoconjonctivite sèche.

Ulcère de cornée, sclérite.

b. **Arthrite idiopathique juvénile:** dépistage uvéite antérieure chronique.

c. **LED, Maladie de Wegener:** kératoconjonctivite sèche, kératite, vasculite rétinienne

d. **Syndrome de Sjogren:**

Atteinte auto-immune des Glandes lacrymales.

Le test de schirmer participe au diagnostic.

Le suivi de l'atteinte oculaire de type sécheresse conjonctivale, kératite sèche

**d. Maladies du collagène: Syndrome d'Ehler-Danlos, syndrome de Marfan, Syndrome de Stickler**

Le bilan ophtalmologique permet de retrouver une plus grande incidence de myopie forte, décollement de rétine, kératocône, anomalie de la position du cristallin.

**e. Spondylarthrite ankylosante, syndrome de Reiter, arthrite psoriasique**

Association avec des uvéites antérieures, des atteintes inflammatoires de la cornée, de la sclère.

## f. Artérite à cellules géantes (maladie de Horton)

Les manifestations oculaires peuvent mener au diagnostic.

Mais si cela n'est pas le cas, un bilan ophtalmologique avec champs visuel permettra d'éliminer toute complication associée:

Neuropathie optique, ischémie rétinienne. Parésie d'un muscle oculomoteur  
(présent dans les positions 2aires du regard= sans diplopie)

- **Maladies inflammatoires intestinales: Rcuh, Crohn**

Association avec des uvéites antérieures, ulcération cornéennes et périphlébite rétiniennes.

- **Maladies multi- systémiques non infectieuses:**

a. **Sarcoidose:** possible atteinte de type uvéite antérieure, intermédiaire ou postérieure, htio. Egalement atteinte des voies visuelles en cas de neurosarcoidose.

b. **Maladie de Behcet, syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada:** Uvéite, rétinite

- Infections Systémiques et atteintes ophtalmologiques

a. **VIH:** un examen ophtalmologique permet d'exclure des infections secondaires opportunistes: herpès, rétinite à cmv, toxoplasmose, pneumocystose, sarcome de Kaposi, cellulite.

b. **Tuberculose:** conjonctivite, kératite, uvéite, neuro-rétinite, périphlébite rétinienne,

L'examen ophtalmo est aussi indispensable dans le dépistage de la toxicité du traitement: ethambutol e.a.

- c. **Syphilis** : atteinte de type uvéite, kératite, névrite optique, paralysie oculomotrice
- d. **Maladie de Lyme**: névrite optique, neuro-rétinite, uvéite, parésie oculomotrice.
- e. **Maladie des griffes du chat**: uvéite intermédiaire, occlusions vasculaires rétiniennes,..
- f. **Toxoplasmose : congenitale**: dépister le nouveau-né par un fond d'œil à la naissance et de façon régulière la 1<sup>ère</sup> année de vie. : choriorétinite

### 3. EN LIEN AVEC CERTAINS TRAITEMENTS

- Plaquenyl (hydroxychloroquine) // Chloroquine

Hydroxychloroquine plus « safe »

Dose dépendant: plus que 100g ( r/ 250mg/j) ou plus de 1an pour chloroquine

Hydrochloroquine rarement toxique sous 400mg/j . Le risque augmente si plus de 6,5mg/kg pdt plus de 5 ans.

bilan initial puis annuel: champs visuel –Oct- Fond d'œil. Toxicité pour les photorécepteurs durée et dose dépendante

- **Cordarone:** dépôt cornéen banal mais risque pour le nerf optique. Un contrôle annuel est justifié. ( 1-2% des patients, non lié à la dose) – réversibilité? Pas sûr.

- Médicaments sympathomimétiques alpha (alpha agonsites) ou parasympatholytiques avec action de type atropinique (mydriase)

Risque de déclencher un glaucome aigu par fermeture de l'angle par action mydiatique. Patients prédisposés à dépister (atcd familiaux, hypermétropie forte)

Rassurer si pseudophake ou iridotomie au laser effectuée!

Exple: antispasmodiques, anticholinergiques . Anti dépresseurs tricycliques, phénothiazines, inhibiteurs de la monoamine oxydase,

Lors de certaines Ag (atropine)

- **Cortisone** : un traitement au long cours (bpcos typiquement) impose un suivi en raison:

D'un risque accru de cataracte (sous-capsulaire)

D'un risque d'hypertension intraoculaire et de glaucome

D'un risque de décollement séreux de la rétine ( Choroidite séreuse centrale)

Si dose inf. à 10mg et moins de 4ans de r/: risque minime. Sinon suivi!!

- **Nolvadex (tamoxifène)** : toxicité maculaire et du nerf optique
- **Antiépileptique: vigabatrine:** défauts concentriques ou binaux du CV. Mois ou année après démarrage du r/ .

Pas réversible mais ne progresse plus= idiosyncrasique! Suivi du cv régulier.

- **Chlorpromazine (=largactil)** : risque de cataracte et dépôts cornéens
- **Rifabutine (tbc, mycose)**: Risque d' Uvéite antérieure et intermédiaire!  
(Srt si associé à fluconazole et clarithromycine: inhibe voie du cytochrome P450)

- **Interferon alpha, acide nicotinique, canthaxanthine, methoxy- $\gamma$ flurane, nitrofurantoin, acide nicotinique**

Dépôts maculaires, rétinopathies, œdème maculaire

- **Ethambutol** ( avec isoniazide, rifampicine r/ tbc): possible névrite optique

6% de risque à 25mg/kg-survient dans les 3 à 6 mois du début du r/

MERCI POUR VOTRE ATTENTION