


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'ÂGE.

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



Buts = DEPISTER: amblyopie, microstrabisme, anisométrie.

Facteurs de risques familiaux de strabisme, cache, chirurgie ophtalmologique chez les parents du 1^{er} 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^{er} 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'adjuvant 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, exophtalmie, intégrité du nerf optique (neuropathie optique) et des muscles orbitaires (diplopie)
- Un Rmn orbitaire 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 adjuvants: 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^e = 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 embolies, des occlusions vasculaires et un syndrome d'ischémie oculaire pouvant mener à un Glaucome néovasculaire avec perte de l'oeil



• Maladies Neurologiques

a. Sep: possible uvéite intermédiaire ou névrite optique rétrobulbaire. Bilan initial, à la découverte conseillé. Ce 1^{er} 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, ulcérations 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 : congénitale: dépister le nouveau-né par un fond d'œil à la naissance et de façon régulière la 1^{ère} année de vie. : chorioretinite

3. EN LIEN AVEC CERTAINS TRAITEMENTS

- **Plaquenyl (hydroxychloroquine) // Chloroquine**

Hydroxychloroquine plus « safe »

Dose dépendant: plus que 100g (r/ 250mg/j) ou plus de 1 an 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 parasymphatholytiques avec action de type atropinique (mydriase)**

Risque de déclencher un glaucome aigu par fermeture de l'angle par action mydriatique. 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 (bpcr 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 binasaux 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!

(Stt si associé à fluconazole et clarithromycine: inhibe voie du cytochrome P450)

- Interferon alpha, acide nicotinique, canthaxanthine, methoxy-yflurane, nitrofurantoine, acide nicotinique

Dépôts maculaires, rétinopathies, œdème maculaire

- **Ethambutol** (avec isionazide, rifampicine r/ tbc): possible névrite optique
6% de risque à 25mg/kg-survient dans les 3 à 6mois du début du r/



MERCI POUR VOTRE ATTENTION