SOMMAIRE

Dossier N°1 : Une femme de 72 ans n'a plus besoin de ses lunettes 7
Dossier N°2 : La prise en charge d'une cataracte 9
Dossier N°3 : Une scie circulaire qui éclate 13
Dossier N°4 : Prurit et sécrétion oculaire 17
Dossier N°5 : Une diplopie.....21
Dossier N°6 : Une exophtalmie bilatérale 25
Dossier N°7 : Un ceil rouge douloureux avec baisse de l'acuité visuelle 29
Dossier n°8 : Un oeil rouge douloureux.....33
Dossier N°9 : Un oeil rouge douloureux avec baisse d'AV.....35
Dossier N°10 : CFil et médicaments 37
Dossier N°11 : Monsieur Y., 24 ans, consulte en urgence pour baisse brutale de l'acuité visuelle de l'œil droit.....41
Dossier N°12 : Une cécité totale unilatérale au réveil 45
Dossier N°13 : Un brouillard visuel 49
Dossier n°14 : Baisse brutale d'acuité visuelle chez un diabétique 53
Dossier N°15 : Une lésion cutanée chez un contremaître 55
Dossier N°16 : Une ulcération de la verge chez un ivoirien de 28 ans 57
Dossier N°17 : Une éruption cutanée lors du traitement d'une cystite 61
Dossier N°18: A propos des dermocorticoïdes 63
Dossier N°19: Madame L., 75 ans, agricultrice à la retraite, consulte pour une tâche marron ¡nesthétique de la joue gauche 65
Dossier N°20 : Une éruption érythémato-squameuse chez un enfant de six mois 67
Dossier N°21: Nodules douloureux des membres inférieurs 71
Dossier N°22 : Une éruption bulleuse chez un jeune homme de 25 ans..... 73
Dossier N°23 : Une grosse jambe rouge douloureuse.....75
Dossier N°24 : Lésion cutanés prurigineuse chez un enfant de 10 ans 77
Dossier N°25 : Lésions érythémato-croûteuses chez un enfant de 8 ans 79
Dossier N'26 : Éruption annulaire et arthralgies 81
Dossier N°27 : Une tâche marron sur le front.....83
Dossier N°28 : Une éruption après prise de Clamoxyl® 85
Dossier N°29 : Une éruption bulleuse 87
Dossier N°30 : Prurit généralisé chez un sans domicile fixe alcoolotabagique 91
Dossier N°31 : Lésions des coudes et des genoux chez une femme de 30 ans..... 93
Dossier N°32 : Un oedème des lèvres.....97
Dossier N°33 : Une lésion de la joue chez un maraîcher 99
Dossier N°34 : Un ulcère de jambe.....103
Dossier N°35 : Une éruption vésiculeuse et prurigineuse généralisée à 7 ans 105
Dossier N°36 : Une éruption vésiculeuse du tronc.....107
Dossier N°37 : Une éruption généralisée chez un enfant de 4 ans et demi 109
Dossier N°38 : Un purpura chez une femme de 65 ans.....1 11
Dossier N°39 : Une ulcération douloureuse de la lèvre inférieure 1 15
Dossier N°40 : Plages érythémateuses prurigineuses des plis inguinaux chez une diabétique 119

Dossiers des annales 1991-1996 123

DOSSIER N°1 : Une femme de 72 ans n'a plus besoin de ses lunettes

Une femme de 72 ans consulte pour faire renouveler ses lunettes de presbyte. En effet, depuis 16 ans, elle nécessitait une correction de près. Elle pense que des lunettes sont maintenant inutiles car elle peut de nouveau lire sans. L'examen clinique général est normal.

1. Ce symptôme est souvent annonciateur d'une pathologie ophtalmologique. Laquelle ?

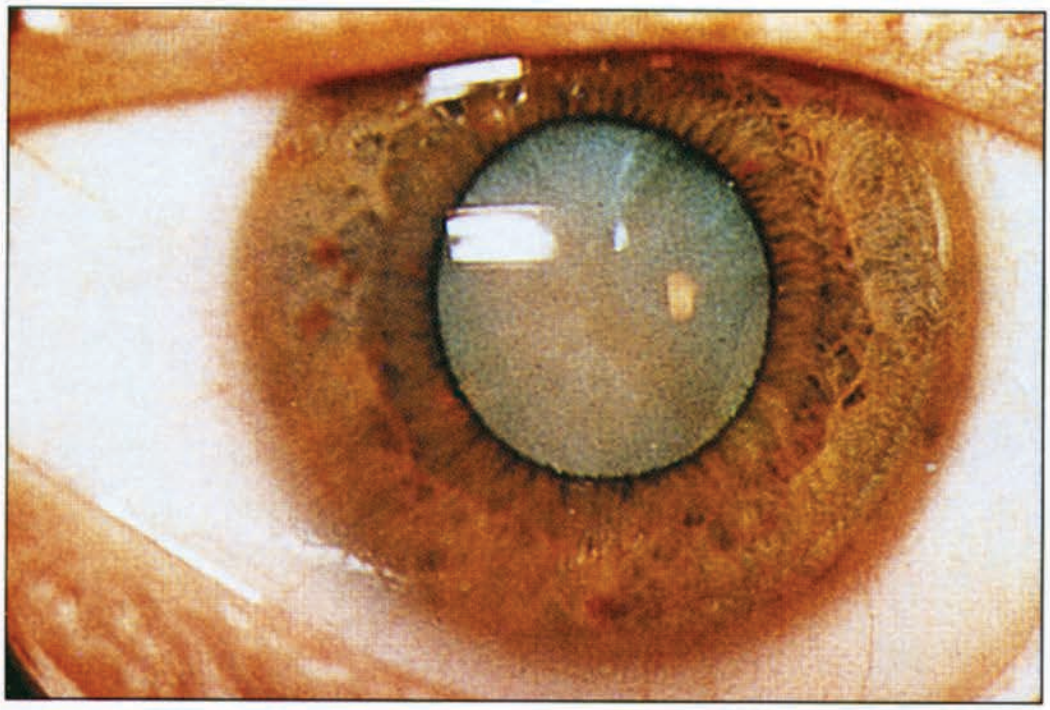
2. Quels autres symptômes en rapport avec cette pathologie peuvent être retrouvés ?

3. L'examen clinique montre l'image suivante à droite. A gauche, il existe une forme moins évoluée. Quel est votre diagnostic ?

4. A quelles complications est exposée cette patiente ? Précisez celle(s) spécifique(s) à cette forme clinique.

5. Vous voulez connaître l'état du segment postérieur, mais le fond d'ceil est impossible. Quels sont les moyens à votre disposition ?

6. Quel bilan étiologique pratiquez-vous ?



DOSSIER N°1

1. Ce symptôme est souvent annonciateur d'une pathologie ophtalmologique. Laquelle ? (20)

• Cataracte 10
• Responsable de myopie d'indice.....10

2. Quels autres symptômes en rapport avec cette pathologie peuvent être retrouvés? (20)

• Brouillard visuel, voile visuel, baisse de l'acuité visuelle (de loin d'abord : par myopie d'indice) 7
• Éblouissements (photophobie relative secondaire) 7
• Diplopie monoculaire 6

3. L'examen clinique montre l'image suivante à droite. A gauche, il existe une forme moins évoluée. Quel est votre diagnostic ? (20)

• Cataracte droite 10
• Corticale probablement.....5
• Intumescente.....5

4. A quelles complications est exposée cette patiente? Précisez celle(s) spécifique(s) à cette forme clinique. (20)

• Glaucome phakolytique : spécifique .....4+4
• Cécité.....4
• Passage à la cataracte hypermure (morganienne) avec risque de glaucome aigu à angle fermé 4
• Uvéite phakoantigénique.....4

NB : Le glaucome phakolytique est un blocage de l'angle iridocornéen par des particules cristalliniennes passées à travers la capsule devenue perméable.

5. Vous voulez connaître l'état du segment postérieur, mais le fond d'œil est impossible. Quels sont les moyens à votre disposition ? (10)

• Échographie oculaire en mode B (vitré, DR) 6
• Électrorétinogramme : lésions rétiniennes 2
• Potentiels évoqués visuels : lésions rétiniennes 2

6. Quel bilan étiologique pratiquez-vous? (10)

• Glycémie à jeun et post prandiale.....5
• Pas d'autres examens complémentaires 5

DOSSIER N02: La prise en charge d'une cataracte

Madame S., 71 ans, consulte pour baisse d'acuité visuelle progressive, de près et de loin, actuellement invalidante (ne peut plus lire). La lueur pupillaire est grise des deux cotés. L'acuité visuelle est à 2/10° des deux cotés. Elle se plaint aussi d'être fréquemment éblouie par le soleil. II existe une cataracte corticale bilatérale plus marquée à droite qu'à gauche. Elle a comme antécédent une maladie de Horton sans complication traitée par 8 mg/j de Cortancyl® depuis 2 ans (et mesures associées habituelles), un diabète non insulinodépendant traité par sulfamide hypoglycémiant depuis 10 ans, difficilement équilibré depuis la corticothérapie, sans décompensation grave jusque là. Le reste de l'examen est normal en dehors d'une rétinopathie diabétique stade II.

1. Quelles sont les causes possibles de cette cataracte ?

2. Quels sont les signes au fond d'ceil d'une rétinopathie diabétique stade II ?

3. Vous voulez dans un premier temps traiter médicalement madame S. Quels seront les principes de ce traitement ? (en dehors du traitement du diabète).

4. Vous proposez un traitement chirurgical bilatéral en deux temps par extraction manuelle extracapsulaire du cristallin avec pose d'implant intra-oculaire en chambre postérieure. Quelles sont les autres principales possibilités thérapeutiques radicales envisageables ici ?

5. Comment avez-vous déterminé la puissance de l'implant à utiliser (ici : +10 dioptries) ?

6. Quelles sont les principales complications ophtalmologiques possibles auxquelles est exposée madame S. ?

DOSSIER N°2

1. Quelles sont les causes possibles de cette cataracte ? (10)

• Cataracte primitive sénile.....6
• Cataracte cortisonique.....2
• Cataracte diabétique.....2

2 Quels sont les signes au fond d'œil d'une rétinopathie diabétique stade 11 ? (20)

• Microanévrysmes 5
• Hémorragies punctiformes ou en flammèches 2
• Exsudats lipidiques secs.....2
• CEdème rétinien 2
• Nodules cotonneux (dysoriques) 2
• Foyers d'AMIR (anomalies microvasculaires intrarétiniennes) 2
• Pas de néovaisseaux.....5

3. Vous voulez dans un premier temps traiter médicalement madame S. Quels seront les principes de ce traitement ? (en dehors du traitement du diabète). (20)

• Correction de la myopie d'indice (verres correcteurs) 4
• Collyres : Catacol'D, Dulciphak®.....2

• Surveillance régulière 2
- acuité visuelle de près et de loin 2
- biomicroscope
  cornée (dystrophie) 2
  opacité cristallinienne.....2
- fond d'oeil 2
- angiographie rétinienne (diabète) 2
- échographie orbitaire mode B (vitré, rétine) 2

4. Vous proposez un traitement chirurgical bilatéral en deux temps par extraction manuelle extracapsulaire du cristallin avec pose d'implant intra-0culaire en chambre postérieure. Quelles sont les autres principales possibilités thérapeutiques radicales envisageables ici'? (10)

• Ablation du cristallin
- extraction intracapsulaire du cristallin 2
- extraction extracapsulaire en phakoémulsification 2

• Correction de l'aphakie
-verres correcteurs (lunettes) à double foyer (près et loin).....2
- lentilles 2
− kératophakie 1
− épikératoplastie 1

NB : La phakophagie n'est possible que chez les sujets jeunes.
NB : Le diabète est une contre-indication (relative) à l'implant.

5. Comment avez-vous déterminé la puissance de l'implant à utiliser (ici : +10 dioptries) ? (10)

• Échographie orbitaire : mode A : longueur du globe 5
• Kératométrie (réfractométrie automatique) 5

6. Quelles sont les principales complications ophtalmologiques possibles auxquelles est exposée madame S. ? (30)

• Peropératoires
- issue de vitré (si rupture de capsule postérieure) 2
- hémorragie lors de l'expulsion du cristallin 2

• Postopératoires immédiates
-cedème cornéen.....2
- cedème maculaire 2
- endophtalmie, panophtalmie 2
-cellulite orbitaire.....2

• Postopératoires secondaires et tardives
-cataracte secondaire (opacification de la capsule postérieure).....2
-DR 2
- hypertension intra-oculaire 2
-déplacement d'implant 2

• Dues au diabète
- rétinopathie diabétique proliférante (et ses complications).....1
- glaucome à angle ouvert 1
-paralysies oculomotrices (III, VI, IV) 1
-neuropathie optique (NORB,NOIAA) 1
– blépharite.....1
- orgelets 1
– dacryocystites 1

• Dues aux corticoïdes
- glaucome cortisonique.....2
- dystrophie cornéenne 1

DOSSIER N°3 : Une scie circulaire qui éclate

Monsieur R., 41 ans, ouvrier dans une scierie, est amené aux urgences pour accident de travail survenu il y a dix minutes. Il se servait d'une scie circulaire pour découper du bois, quand une pièce métallique a provoqué le blocage de la machine avec éclatement de la scie. Il a reçu plusieurs éclats métalliques sur les mains, et sur le visage. Il ne portait pas ses lunettes de protection lors de l'accident. Il n'a pas d'antécédent.
A l'examen, le patient est angoissé, sa TA est à 130/70 mmHg, son pouls à 100/mn. Il existe de multiples érosions superficielles de la face, desquelles on extrait de la ferraille et du bois. Le thorax et les mains sont également le siège de lésions identiques, sans lésion clinique vasculo-nerveuse ou tendineuse. les paupières ne sont pas lésées, et on ne retrouve pas de corps étranger sous palpébral. La mobilité des globes et des pupilles est normale. L'acuité visuelle est de 10/10° aux deux yeux. Vous craignez un corps étranger intra oculaire.

1. Comment mettre cliniquement en évidence une plaie cornéenne ? Et, le cas échéant, son caractère transfixiant ou non ?

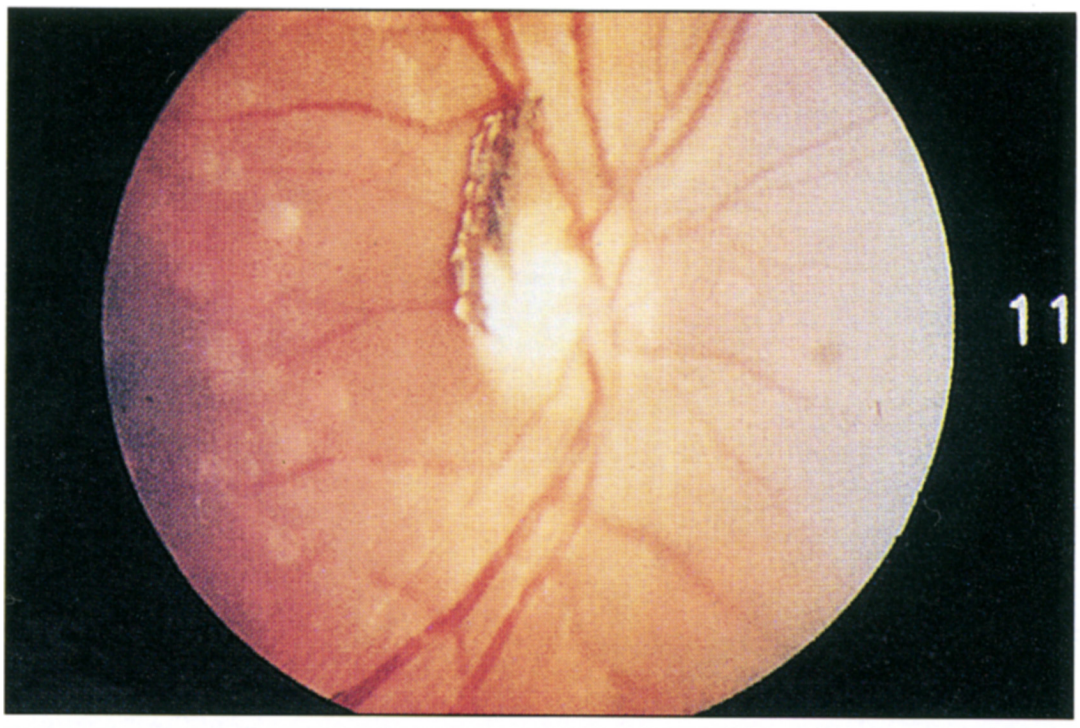
2. Il n'existe pas d'hémorragie sous conjonctivale. L'examen de la cornée et de la sclère retrouve une plaie cornéenne transfixiante de l'oeil gauche. Quels sont les autres signes de l'examen clinique ophtalmologique que vous recherchez pour étayer dans ce cas la suspicion de CE intra-oculaire ?

3. Le fond d'ceil retrouve à gauche l'image suivante : quel est votre diagnostic ?

4. Vous allez prescrire un scanner orbitaire. Dans quel(s) but(s) ? Quel est son intérêt par rapport à une radiographie standard ? Et à une IRM ?

5. Quel est votre traitement en l'absence d'autre lésion ?

6. Quels sont les principaux éléments de surveillance ?



DOSSIER N°3

1. Comment mettre cliniquement en évidence une plaie cornéenne ? Et, le cas échéant, son caractère transfixiant ou non ? (15)

• Examen au biomicroscope 3

• Avec fluorescéine 3
- une ulcération est colorée par la fluoréscéine 3

• Présence d'un phénomène de Seidel si transfixiante :.....3
- écoulement d'humeur aqueuse hors de l'oeil 3

2 Il n'existe pas d'hémorragie sous conjonctivale. L'examen de la comée et de la sclère retrouve une plaie cornéenne transfixiante de l'œil gauche. Quels sont les autres signes de l'examen clinique ophtalmologique que vous recherchez pour étayer dans ce cas la suspicion de CE intra-oculaire ? (15)

• Recherche d'un CE visible (biomicroscope, lampe à fente, gonioscopie, fond d'ceil) 5

• Séquelles du trajet: 2
- hyphéma.....2
- pertuis irien (stroma ou sphincter) 2
- hémorragie vitréenne.....2
- hypotonie 2

NB : Il est évidemment beaucoup trop tôt pour avoir une cataracte post traumatique.

3. Le fond d'oeil retrouve à gauche l'image suivante: quel est votre diagnostic ? (10)

• CE prérétinien, prépapillaire.....5
• Métallique 5

4. Vous allez prescrire un scanner orbitaire. Dans quel(s) but(s) ? Quel est son intérêt par rapport à une radiographie standard ? Et à une IRM ? (20)

• Recherche d'autres CE (oubli = 0) 3
- en particulier de l'oeil droit 2
• Précise la localisation du CE gauche 3

• Radiographie standard
- le bois est radiotransparent.....3
- le scanner permet une localisation plus facile et plus précise des CE 3

•IRM:
- contre-indiquée par le CE métallique (oubli = 0) 6

NB : L'autre examen de choix est l'échographie orbitaire.

5. Quel est votre traitement en l'absence d'autre lésion ? (30)

• Hospitalisation en ophtalmologie 2

• Pour extraction en urgence du CE (oubli = 0) 3
- à l'électroaimant ou à la pince 2
- avec suture de l'orifice d'entrée 2
- par voie limbique (si extraction par voie cornéenne: 0).....NC

•Pansement occlusif stérile jusqu'à cicatrisation 2

• Antibiothérapie par voie locale : 2
- collyres antibiotiques à large spectre (ex : norfloxacine/Chibroxine® et rifampicine/Rifamycine®) 2

• Antibiothérapie par voie générale : (oubli = 0) 3
- Fluoroquinolone IV (ex : pefloxacine/Péflacine®) 2
- Uréidopénicilline IV(ex : pipéracilline/Pipérilline®).....2

• Vérification de la vaccination antitétanique et séro et/ou vaccinothérapie si nécessaire (oubli = 0) 2
• Antalgiques 2
• Traitement des érosions cutanées : nettoyage, désinfection, parage, pansement 2
• Déclaration d'accident de travail (certificat médical initial) 1
• Arrêt de travail 1

6. Quels sort les principaux éléments de surveillance ? (10)

• CEil droit: douleur, rougeur, acuité visuelle : ophtalmie sympathique 2
• Acuité visuelle bilatérale.....2
• Tension oculaire.....2
• Vitré : recherche de brides vitréorétiniennes.....2
• Sécrétions oculaires 1
• Température 1

NB : Pas de risque de sidérose si extraction en urgence.

DOSSIER N°4 : Prurit et sécrétion oculaire

Monsieur T., 26 ans, consulte pour prurit et sécrétion oculaire bilatérale. Il s'agit du premier épisode. L'oeil droit est plus touché que le gauche. Il existe un larmoiement et une photophobie. La symptomatologie a débuté il y a 24 heures. Ce matin au réveil, les cils du patient étaient « collés ». Il n'y a pas de douleur. L'acuité visuelle est conservée. La photographie de l'oeil droit est reproduite ici.

1. Quelles sont les trois principales causes d'ceil rouge non douloureux ?

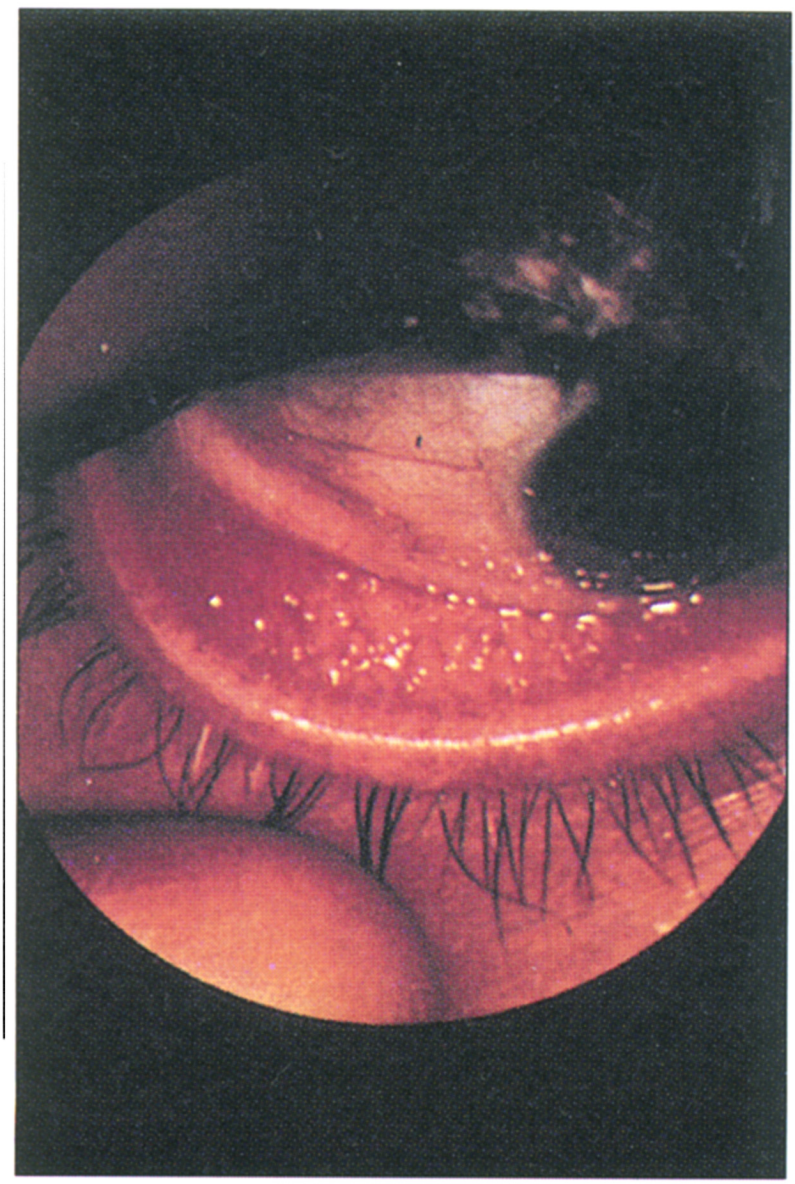
2. Quels sont les principaux points de l'examen au biomicroscope (lampe à fente) à recueillir devant tout oeil rouge ?

3. L'examen au biomicroscope est normal en dehors des lésions visibles sur la photographie. Le tonus oculaire est à 18 mmHg à droite, 16 mmHg à gauche. Quel est votre diagnostic ?

4. Quelles en sont les principales causes ?

5. En reprenant l'interrogatoire, vous apprenez qu'il existe d'autres cas similaires dans l'entreprise où travaille monsieur T., qui se plaint par ailleurs de dysphagie douloureuse (ce qui ne lui semblait pas avoir un rapport direct avec son problème ophtalmologique). Le pharynx est érythémateux, et la température est à 37,8° C. Quelle est votre principale hypothèse étiologique?

6. Quel est votre traitement de première intention ?



DOSSIER N°4

1. Quelles sont les trois principales causes d'aeil rouge non douloureux ? (15)

• Conjonctivite.....6
• Corps étranger sous palpébral (réaction conjonctivale).....3
• Hémorragie sous conjonctivale.....6

2 Quels sont les principaux points de l'examen au biomicroscope (lampe à fente) à recueillir devant tout aeil rouge? (20)

• Pupille 2
- myosis ou mydriase.....2

• Conjonctive 2
- hyperhémiée (car oeil rouge) .....NC
- cercle périkératique ou non 2

• Cornée 2
– cedème (chémosis) 2
- érosion, ulcération (épreuve à la fluorescéine) 2

* Chambre antérieure : 2
- profondeur.....2
- présence d'un phénomène de Tyndall ou non (chambre antérieure calme) 2

3. L'examen au biomicroscope est normal en dehors des lésions visibles sur la photographie. Le tonus oculaire est à 18 mmHg à droite, 16 mm Hg à gauche. Quel est votre diagnostic ? (10)

• Conjonctivite.....8
• Folliculaire.....2

4. Quelles en sont les principales causes ? (20)

• Conjonctivite virale 4
– adénovirus 2
- herpès virus 2
- autres virus (ex : grippe).....NC

• Conjonctivite bactérienne 4
- chlamydiae .....NC
- germes banals .....NC

• Conjonctivites par sécheresse oculaire (ex : Sd de Gougerot-Sjégren) 4
• Conjonctivite allergique 4

NB : La rare mais classique kératoconjonctivite phlycténulaire de la primo-infection tuberculeuse est une conjonctivite allergique d'hypersensibilité microbienne retardée ; qui peut se voir également dans les streptococcies, staphylococcies, candidoses profondes.

5. En reprenant l'interrogatoire, vous apprenez qu'il existe d'autres cas similaires dans l'entreprise où travaille monsieur T., qui se plaint par ailleurs de dysphagie douloureuse (ce qui ne lui semblait pas avoir un rapport direct avec son problème ophtalmologique). Le pharynx est érythémateux, et la température est à 37,8° C. Quelle est votre principale hypothèse étiologique ? (15)

• Conjonctivite virale à adénovirus.....15

NB : Le caractère épidémique est très évocateur, ainsi que l'atteinte pharyngée et le fébricule.

6. Quel est votre traitement de première intention ? (2o)

- Collyre antiseptique (ex : Biocidan®) 12
- Collyre antibiotique (ex : Rifamycine®) si surinfection bactérienne.....2
- Collyre corticoïde local (ex : Maxidex®/Dexaméthasone) si gêne importante 2

- Surveillance (oubli = p).....2
- signes de surinfection bactérienne 1
- régression des signes pathologiques : photophobie, larmoiement, rougeur, sécrétion 1

DOSSIER NOS: Une diplopie

Madame G., 21 ans, consulte pour diplopie intermittente apparue depuis environ deux semaines. Au moment de la consultation, elle ne présente pas de diplopie et l'examen ophtalmologique et général est normal. Elle n'a aucun ATCD pathologique notable personnel ou familial, et ne prend aucun médicament en dehors d'une contraception cestroprogestative (Mercilon®) depuis trois mois. Elle n'a aucune autre plainte.

1. L'interrogatoire permet de préciser que la diplopie est binoculaire, et s'aggrave en fin de journée, elle ne se plaint pas de douleurs. Elle vous montre une photographie lors d'une « crise », sur laquelle il existe un ptôsis bilatéral. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ?

2. Quels sont les deux tests (un clinique et un pharmacologique) qui pourraient étayer le diagnostic s'il existait un ptôsis lors de la consultation ?

3. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) demandez-vous pour confirmer votre hypothèse diagnostique ? Qu'en attendez-vous ?

4. Le diagnostic est maintenant confirmé. Vous allez rechercher une pathologie associée. Laquelle ? Par quel(s) examen(s) complémentaire(s) ?

5. Cette recherche est négative. Quel est votre traitement de première intention ?

6. Cette pathologie contre-indique certains médicaments de manière absolue. Quels sont les plus courants ?

DOSSIER N°5

1. L'interrogatoire permet de préciser que la diplopie est binoculaire, et s'aggrave en fin de journée, elle ne se plaint pas de douleurs. Elle vous montre une photographie lors d'une « crise », sur laquelle il existe un ptôsis bilatéral. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? (10)

• Myasthénie 6
• Atteinte oculaire à priori isolée 4

2. Quels sont les deux tests (un clinique et un pharmacologique) qui pourraient étayer le diagnostic s'il existait un ptôsis lors de la consultation ? (20)

• Test du glaçon 10
- un glaçon appliqué 1 minute (dans un tissu) sur une paupière ptosée, la relève en cas de myasthénie

• Test au TensilonO/Edrophonium (anticholinestérasique) 10
- 10 mg IVL suppriment temporairement tout ou partie des signes myasthéniques

3. Quels examens complémentaires demandez-vous pour confirmer votre hypothèse diagnostique ? Qu'en attendez-vous ? (20)

• Recherche et dosage d'anticorps antirécépteurs à l'acétylcholine : 4
- positive 4

• EMG des muscles orbiculaires: 6
- recherche d'un bloc myasthénique.....2
- détection : tracé myogène dans les territoires sièges d'un déficit permanent ..... NC
- stimulation : bloc myasthénique neuromusculaire (la stimulation répétée d'un territoire entraîne une diminution d'amplitude de la réponse musculaire) 4

4. Le diagnostic est maintenant confirmé. Vous allez rechercher une pathologie associée. Laquelle ? Par quel(s) examen(s) complémentaire(s) ? (20)

• Thymome (présent dans environ 20 % des cas) 10
• Scanner thoracique, fenêtres parenchymateuse et médiastinale 8
• Scintigraphie à la sélénométhionine 1
• Radio de thorax face profil 1

5. Cette recherche est négative. Quel est votre traitement de première: intention? (20)

• Débuté en ambulatoire si repos pendant 3 semaines (arrêt de travail) sinon en hospitalisation 2
− anticholinestérasique.....2
- à doses progressives 2
- ex : Néostigmine/Prostigmine® per os, ou Pyridostigmine/Mestinon® per os 2

• Éducation de la patiente : (oubli = 0) 2
- contre-indications médicamenteuses.....2
- diminuer l'activité physique (éviter les efforts musculaires importants) 2
- éviter les cestroprogestatifs, discuter une autre contraception 2

• Exonération du ticket modérateur.....2

• Surveillance (oubli = 0).....2
- déficits musculaires .....NC
- surdosage en anticholinestérasiques .....NC

6. Cette pathologie contre-indique certains médicaments de manière absolue. Quels sont les plus courants ? (ZO)

-Antibiotiques :
- aminosides.....5
-polymyxines .....NC

Cardiologie
- bêtabloquants 5
- quinidine .....NC
- procaïnamide.....NC

• Quinine (entre autres, dans le Schweppes®).....2
• Calcium injectable.....2
• Magnésium injectable 2
• Benzodiazépines (en particulier celles de l'anesthésiologie) 2
• Myorelaxants (ex. : dantrolène, baclofène...) 2
' Hypnotiques (ex. : Zolpidem...) .....NC
Plénytoïne .....NC

DOSSIER W6: Une exophtalmie bilatérale

Madame T., 28 ans, consulte, adressée par son médecin traitant, pour exophtalmie découverte à l'occasion d'un examen systématique.

1. Comment se définit et se mesure une exophtalmie ?

2. Quelles sont les causes de fausse exophtalmie ?

3. L'exophtalmie se confirme, à 21 mm des deux cotés. Quelle est la principale cause d'exophtalmie bilatérale ?

4. Quelles sont les autres manifestations cliniques ophtalmologiques de cette pathologie ?

5. En reprenant l'interrogatoire, on apprend qu'il existe une diarrhée chronique depuis 4 mois, la patiente est également très nerveuse, irritable. Elle mange beaucoup plus que d'habitude, mais a perdu 4 kilos et se sent fatiguée. Quel est votre diagnostic ? Quelle(s) est(sont) V(les) étiologie(s) la(les) plus probable(s) ?

6. Cette étiologie se confirme. L'exophtalmie est isolée au plan ophtalmologique. Quels seront les principes de votre traitement ?

DOSSIER N°6

1. Comment se définit et se mesure une exophtalmie? (20)

• Définition
- protrusion exagérée du globe oculaire 3
- supérieure à 16 mm 3

• Mesure
- règle de Luedde (normale à 13 mm) 3
- exophtalmomètre de Hertel 3
- scanner orbitaire (dont plan neuro-oculaire de Cabanis et coupes coronales) : meilleur examen, demandé en première intention 4
- IRM : précise les images du scanner, parfois demandée en première intention 4

2 Quelles sont les causes de fausse exophtalmie? (12)

• Élargissement de la fente palpébrale (paralysie faciale, rétraction palpébrale) 3
• Énophtalmie controlatérale 3
• Buphtalmie (glaucome congénital).....3
• Myopie sévère (gros globe).....3

NB : Oxycéphalie et maladie de Crouzon (anomalie congénitale des cadres orbitaires).

3. L'exophtalmie se confirme, à 21 mm des deux cotés. Quelle est la principale cause d'exophtalmie bilatérale ? (9)

• Maladie de Basedow.....9

4. Quelles sont les autres manifestations cliniques ophtalmologiques de cette pathologie ? (30)

• Élargissement de la fente palpébrale par rétraction spasmodique palpébrale supérieure signe de Darlymphe.....4
• Asynergie oculopalpébrale : un croissant de sclère est visible au dessus du limbe supérieur dans le regard vers le bas car la paupière supérieure suit mal le mouvement du globe oculaire signe de Von Graefe.....4
• Diminution de fréquence du clignement palpébral : signe de Stellwag 4
• Hyperpigmentation palpébrale 2
• Élargissement du pli palpébral supérieur à la fermeture des yeux 2
• Rétraction palpébrale inférieure avec ptôsis controlatéral 2
• CFdème palpébral 2
• Insuffisance de convergence : signe de Mcebius.....2
• Diplopie dans le regard supérieur et en abduction par myosite.....4
• Exophtalmie cedémateuse maligne avec chémosis, cedème palpébral, exophtalmie majeure irréductible, douloureuse, neuropathie cedémateuse.....4

5. En reprenant l'interrogatoire, on apprend qu'il existe une diarrhée chronique depuis 4 mois, la patiente est également très nerveuse, irritable. Elle mange beaucoup plus que d'habitude, mais a perdu 4 kilos et se sent fatiguée. Quel est votre diagnostic ? Quelle(s) est(sont) l'(les) étiologie(s) la(les) plus probable(s) ? (9)

• Maladie de Basedow.....9

6. Cette étiologie se confirme. L'exophtalmie est isolée au plan ophtalmologique. Quels seront les principes de votre traitement? (20)

• Localement
- larmes artificielles 2
- lentille thérapeutique 2

* Traitement étiologique
- antithyroïdiens de synthèse 2
-ex: Néomercazole®/Carbimazole per os.....2
-discuter un sédatif anxiolytique (benzodiazépine).....1
-discuter un bêtabloquant, ex : Avlocardyl®/Propranolol 1

• Surveillance : (oubli = 0) signes d'hyper et d'hypothyroïdie 2
-exophtalmie (risque d'aggravation en début de traitement) 2
-cornée (risque d'ulcération) 2
-NFS régulières (agranulocytose) (oubli = 0) 2
-contraception efficace (oubli = 0) 2

DOSSIER N'7: Un aeil rouge douloureux avec baisse de l'acuité visuelle

Vous êtes appelé en urgence auprès de monsieur L., 67 ans, au bloc opératoire, pour oeil rouge douloureux. Les douleurs de l' oeil gauche sont apparues en salle d'induction anesthésique, et sont périorbitaires. L'acuité visuelle est très diminuée à gauche (2/10°), avec une pupille en semi-mydriase, une cornée trouble et un cercle périkératique. La chambre antérieure est plate à gauche. La tonométrie montre une tension oculaire à 43 mmHg à gauche, 16 mmHg à droite. L'angle iridocornéen est étroit à droite. II était prévu de l'opérer d'une coxarthrose invalidante.
Dans ses antécédents, on retient une tuberculose pulmonaire à l'âge de 62 ans, et une hypertension artérielle traitée depuis 5 ans par Coversyl®/Périndopril. Au plan ophtalmologique, il existe une presbytie depuis 20 ans.

1. Quelles sont les principales causes d'oeil rouge douloureux avec cercle périkératique ?

2. Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ?

3. Quels sont les facteurs prédisposant à cette pathologie ?

4. Quel est votre traitement des deux premières heures ? Pour chacun des points du traitement, précisez le principal effet recherché.

5. Quelles sont les principales contre-indications aux médicaments que vous allez utiliser ?

6. Quel traitement proposerez-vous ensuite?

DOSSIER N°7

1. Quelles sont les principales causes d'œil rouge douloureux avec cercle périkératique ? (10)

- Glaucome aigu par fermeture de l'angle....4
- Iridocyclite....3
- Kératite....3

2 Quel est votre diagnostic ? Sur quels arguments ? (15)

- Glaucome aigu par fermeture de l'angle....5
- Âge supérieur à 55 ans....1
- Déclenchement en salle d'induction anesthésique :....1
- dans l'obscurité (mydriatique)....1
- émotion, stress (mydriatique)....1
- possible prémédication atropinique....NC
- Baisse d'acuité visuelle brutale unilatérale....1
- Cercle périkératique....1
- Pupilles en semi-mydriase....1
- Chémosis (cedème cornéen)....1
- Hypertension intra-oculaire....1
- Angle iridocornéen étroit et chambre antérieure plate....1

3. Quels sont les facteurs prédisposant à cette pathologie? (20)

- Chambre antérieure peu profonde....2
- Globe oculaire court....2
- Hypermétropie....2
- Angle iridocornéen étroit....3
- Âge : entre 55 et 70 ans....3
- Sexe : femmes (ratio 3 pour 1)....3
- Autres circonstances mydriatiques : douleur, froid....2
- Médicaments mydriatiques ou sympathomimétiques, ou parasympatholytiques....3

4. Quel est votre traitement des deux premières heures ? Pour chacun des points du traitement, précisez le principal effet recherché. (30)

- Pose d'une voie d'abord veineuse....NC
- Acétazolamide/Diamox® IVL....3
- déshydratation du globe oculaire....2
- -500 mg (1 ampoule) en 1 h à renouveler si nécessaire....NC
- et correction de l'hypokaliémie entraînée....1
- Mannitol® à 20 % IVL....3
- déshydratation du globe oculaire....2
- 1 g/k à renouveler si nécessaire....NC
- Collyre myotique....3
- ex: Pilocarpine® à 2 %....2
- dès la levée du blocage pupillaire....2
- 1 goutte/10 mn pendant une heure, puis /heure pendant quatre heures, puis /4 heures....NC
- – ceil adelphe (oubli = 0) : 1 goutte x 3/j....2

' Collyre bêtabloquant 2
-diminution de la sécrétion d'humeur aqueuse.....1
-ex: Timoptol®/Timolol 1 %, 1 goutte x 3/j 3

- Antalgiques, ex : Proparacétamol/Prodafalgan® IV.....2
' Anxiolytiques, ex : Tranxène® per os 1
' Surveillance (oubli = 0).....1

5. Quelles sont les principales contre-indications aux médicaments que vous allez utiliser ? (10)

' Diamox®/Acétazolamide.....NC
- hypokaliémie 1
-insuffisance rénale.....1
- insuffisance hépatique.....1
-allergie aux sulfamides 1

' Mannitol@
- insuffisance cardiaque 1

' Pilocarpine@
- uvéites antérieures 1

' Timolol/Timoptol®
- asthme.....1
-insuffisance cardiaque 1
-bloc auriculo-ventriculaire de haut degré non appareillé.....1
-bradycardie < 50/mn 1
-syndrome de Raynaud .....NC

6. Quel traitement proposerez-vous ensuite ? (15)

• Iridectomie gauche chirurgicale (laser Yag ou chirurgie classique) 5
' Puis iridotomie ou iridectomie droite 5
' Surveillance .....NC
' Ce traitement lèvera les contre-indications médicamenteuses 5

DOSSIER N08: Un œil rouge douloureux

Madame K., 31 ans, consulte pour oeil droit rouge et douloureux. C'est le premier épisode. Il existe une baisse d'acuité visuelle à droite (2/10°, Parinaud 8), l'oeil gauche voit normalement. Le tonus oculaire de l'oeil droit semble plus élevé (à la palpation) que le gauche.

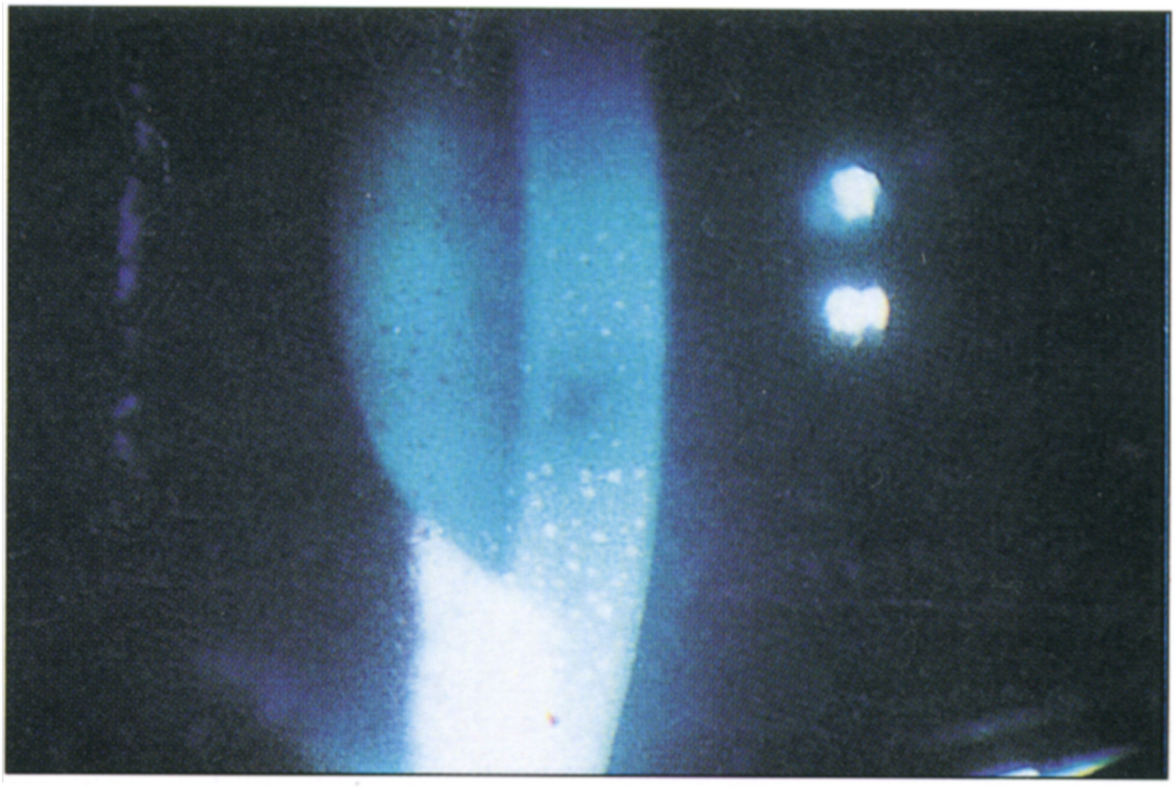
1. Quel est le signe d'inspection majeur de l'examen ophtalmologique à recueillir ici ? Quels sont les deux diagnostics principaux qu'il permet de séparer ?

2. Il s'agit probablement d'une iridocyclite, qui se confirme à l'examen clinique. L'examen à la lampe à fente montre les images suivantes. Quelle est votre interprétation ?

3. Quels éléments étiologiques pouvez-vous trouver à l'interrogatoire ?

4. Quels éléments étiologiques pouvez-vous trouver à l'examen physique ?

5. Vous vous orientez vers une sarcoïdose. Quel est votre traitement symptomatique ?



DOSSIER N°8

1. Quel est le signe d'inspection majeur de l'examen ophtalmologique à recueillir ici ? Quels sont les deux diagnostics principaux qu'il permet de séparer ? (20)

- Taille des pupilles 10
- Myosis : iridocyclite 5
- Mydriase : glaucome aigu par fermeture de l'angle 5

2 11 s'agit probablement d'une iridocyclite, qui se confirme à l'examen clinique. L'examen à la lampe à fente montre les images suivantes. Quelle est votre interprétation ? (20)

- Précipités blancs 6
- Rétrocornéens (rétrodéscemétiques).....6
- Signe d'iridocyclite 8

3. Quels éléments étiologiques pouvez-vous trouver à l'interrogatoire ? (20)

- Antécédents médico-chirurgicaux personnels et familiaux 2
- Prises médicamenteuses.....NC
- Douleurs dentaires.....2
- Obstruction nasale, signes d'infection virale récente.....2
«Polyarthrite rhumatoïde : arthralgies 2
- Spondylarthrite ankylosante : arthralgies, sciatiques tronquées à bascule, talalgies.....2
- Syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter.....2
- Tuberculose : vaccination par le BCG, toux, fébricule, sueurs nocturnes 2
- Maladie de Behçet : aphtose bipolaire.....2
- Sarcoïdose : dyspnée d'effort.....2
- Éruption de zona ophtalmique 2

4. Quels éléments étiologiques pouvez-vous trouver à l'examen physique ? (20)

- Examen stomatologique dont foyers infectieux dentaires, recherche d'aphtes 4
- Examen ORL dont amygdales, points sinusiens.....4
- Examen pulmonaire : recherche d'anomalies évoquant une sarcoïdose, une tuberculose 4
- Examen rachidien et des articulations : déformations, raideurs, douleurs 4
- Examen cutané complet : sarcoïdes (lupus pernio) 4

5. Vous vous orientez vers une sarcoidose. Quel est votre traitement symptomatique ? (20)

- Bilan d'extension et d'évolutivité de la sarcoïdose.....NC
- Collyre corticoïde 4
- Collyre mydriatique 4

- Corticothérapie par voie générale 4
-ex: prednisolone/Solupred®1 mg/k/j per os 4

- Surveillance (oubli – 0).....4
- Si collyre myotique : 0

DOSSIER N09: Un œil rouge douloureux avec baisse d'AV

Monsieur R., 31 ans, consulte en urgence pour ceil gauche rouge et douloureux. Il existe une baisse d'AV de l'OG (5/10°, Parinaud 6) alors que celle de l'OD est normale. Les troubles ont commencé il y a 48 heures. Aucun antécédent pathologique. Il a eu des rapports sexuels il y a quelques jours avec une fille porteuse d'herpès labial. A l'examen, l'OG est rouge, douloureux, la pupille est en position intermédiaire. Il existe à gauche une hypersécrétion oculaire et une photophobie. On palpe des adénopathies prétragiennes bilatérales. La température est à 38,1 °C.

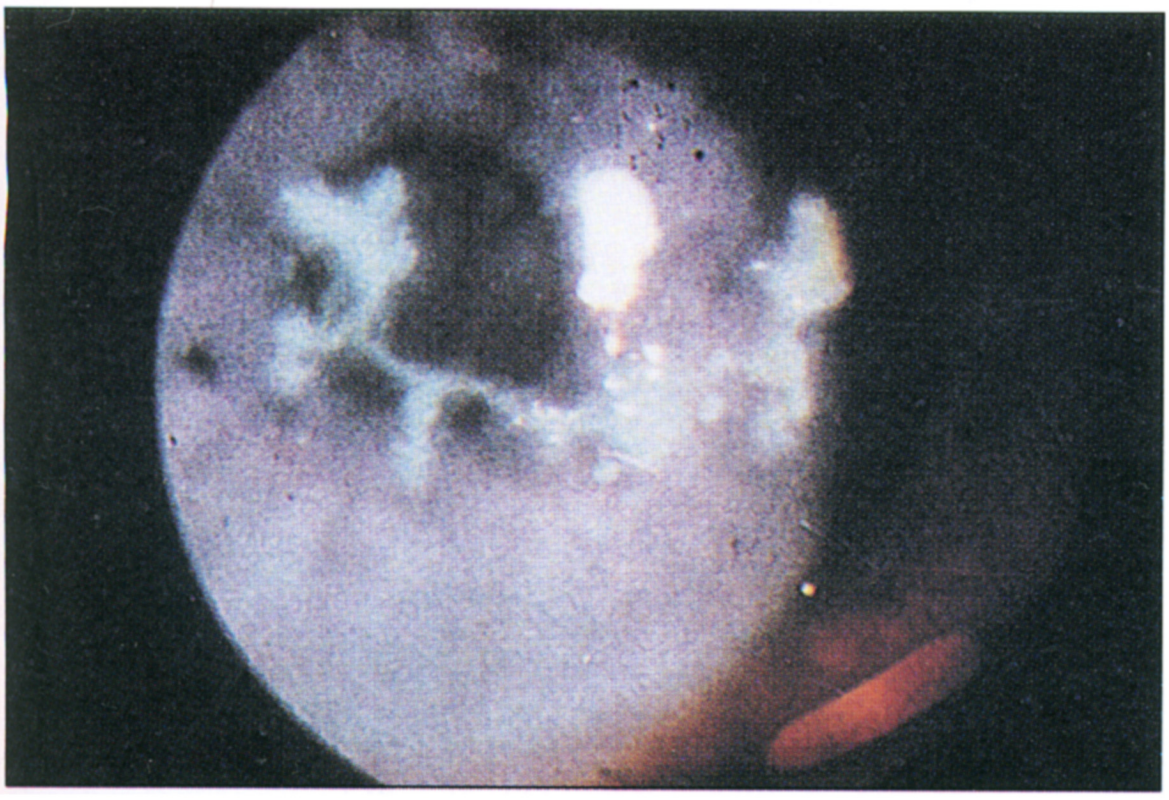
1. Quel est le diagnostic ? Quelle est l'étiologie la plus probable ?

2. Quel complément d'examen clinique effectuez-vous ?

3. L'examen montre l'aspect suivant de la cornée (après coloration à la fluorescéine). Quel est votre diagnostic ?

4. Que pensez-vous de la prescription d'anti-inflammatoires (corticoïdes) avec antibiotiques en première intention ? (ex : Collyre Chibrocadron@ : Néomycine et déxaméthasone). Justifiez.

5. Quelles sont les évolutions possibles sous traitement ?



DOSSIER N°9

1. Quel est le diagnostic ? Quelle est l'étiologie la plus probable ? (15)

- Kératite.....8
- Herpétique 7

2 Quel complément d'examen clinique effectuez-vous ? (30)

- Antécédent récent de traumatisme oculaire (même minime), port de lentilles cornéennes 2
- Trouble phorique : hypermétropie, myopie 1
- Recherche de cil ectopique 1
- Prise de la tension intra-oculaire 2
- Réflexe photomoteur 2

- Lampe à fente : 1
- épreuve à la fluorescéine et examen en lumière bleue 2
- transparence cornéenne.....1
- cercle périkératique 2
- chambre antérieure : recherche d'un trouble (phénomène de Tyndall) 2
- chambre antérieure : recherche d'un hypopion.....2
- chambre antérieure : recherche d'un angle iridocornéen étroit.....2
- précipités rétrodescemétiques 2

- Examen de l'oeil adelphe (droit), prédispositions à la fermeture de l'angle 2
- Recherche de lésion cutanée herpétique (ou de zona ophtalmique) 2
- Prises médicamenteuses (dont corticoïdes, atropiniques) 2
- Syndrome sec.....1
- Asymétrie faciale 1

3. L'examen montre l'aspect suivant de la cornée (après coloration à la fluorescéine). Quel e votre diagnostic ? (15)

- Ulcération cornéenne.....8
- Dendritique, en carte de géographie : aspect de kératite herpétique 7

4. Que pensez-vous de la prescription d'anti-inflammatoires (corticoïdes) avec antibiotiques en première intention ? (ex: Collyre Chibrocadron®: Néomycine et déxaméthasone). Justifiez. (20)

- Contre-indiqué.....10
- Corticoïdes contre-indiqués car favorisent l'extension de l'infection.....5
- Antibiotiques inutiles car inefficaces sur les virus 5

NB : Le traitement fait appel aux collyres antiviraux (ex : Iduviran®, CebevirO ou, en cas de résistance à jours, Virophta®, Zovirax®), aux cicatrisants cornéens (ex : Kératyl®, Troformone®), aux cycloplégiques (ex Atropine). On y associe un pansement occlusif.

5. Quelles sont les évolutions possibles sous traitement ? (20)

- Guérison sans séquelles.....5
- Récidives (fréquentes) 5
- Opacification de la cornée (taies) 5
- Néovaisseaux cornéens 5

DOSSIER N°10 : Œil et médicaments

Madame R., 58 ans, diplomate française, consulte avant mise en route d'une quadrithérapie antituberculeuse pour une atteinte pulmonaire isolée.

Elle n'a pas d'antécédent particulier en dehors d'une hystérectomie pour fibromes ; une sérologie VIH (pratiquée en raison de la tuberculose) est négative.

1. En dehors du bilan ophtalmologique, quels sont les paramètres cliniques à étudier avant de prescrire chacun de ces médicaments ?

2. Elle ne présente aucune contre-indication générale aux antituberculeux. Un examen ophtalmologique est indispensable. Quelle complication principale cherche-t-on ainsi à éviter ou à dépister précocement ?

3. Détaillez la prise en charge ophtalmologique de cette patiente.

4. Quels seraient les signes qui vous évoqueraient l'apparition de la complication évoquée à la question 2 ? Quelles seraient alors votre attitude thérapeutique et l'évolution la plus probable ?

5. Cette complication n'apparaît pas. Trois mois plus tard, elle vous apprend qu'elle doit partir travailler 1 an au Zaïre. Une chimioprophylaxie par chloroquine/Nivaquine@ et proguanil/Paludrine® est prévue. Quelles sont les contre-indications ophtalmologiques à ces médicaments ?

6. Madame R. n'a pas de contre-indication ophtalmologique à ce traitement. Quelle sera votre surveillance ophtalmologique pour ces nouveaux médicaments ?

DOSSIER N°10

1. En dehors du bilan ophtalmologique, quels sont les paramètres cliniques à étudier avant de prescrire chacun de ces médicaments ? (20)

• Isoniazide/INH/Rimifon®.....1
- ATCD d'hépatopathie et insuffisance hépatique 1
- ATCD convulsifs 1
- ATCD psychiatriques 1
- insuffisance rénale.....1

• Rifampicine/Rifadine®.....1
- allergie aux rifamycines.....1
- ATCD d'hépatopathie et insuffisance hépatique 1
- insuffisance rénale.....1
- associations médicamenteuses (inducteur enzymatique) 1
- port de lentilles de contact.....1
- porphyries.....1

• Ethambutol/MyambutolO.....1
- neuropathie optique ..... 1.....1
- insuffisance rénale.....1

• Pyrazinamide/Pirilene(D.....1
- ATCD d'hépatopathie et insuffisance hépatique 1
- insuffisance rénale.....1
- hyperuricémie (goutte, coliques néphrétiques) 1
- porphyries.....1

2. Elle ne présente aucune contre-indication générale aux antituberculeux. Un examen ophtalmologique est indispensable. Quelle complication principale cherche-t-on ainsi à éviter ou à dépister précocement ? (15)

• Risque de neuropathie optique à l'éthambutol 10I
• Potentialisé par l'association à l'isoniazide 5

NB : Exceptionnelle névrite optique à l'isoniazide.

3. Détaillez la prise en charge ophtalmologique de cette patiente. (15)

• Examen préthérapeutique : avant de donner l'ethambutol 2
- acuité visuelle de près (échelle de Parinaud) et de loin (échelle de Monoyer).....2
- vision des couleurs 2
- champ visuel 2
- fond d'ceil 2

• Bilan entre J15 et J21 2
• Puis mensuel 2
• Tant que l'ethambutol est pris.....1

4. Quels seraient les signes qui vous évoqueraient l'apparition de la complication évoquée à la question 2 ? Quelles seraient alors votre attitude thérapeutique et Pévokdion la plus probable? (18)

• Signes bilatéraux grossièrement symétriques 2
- dyschromatopsie d'axe rouge vert 2
- scotome négatif central ou caeco-central.....2
- rétrécissement du champ visuel.....2
- baisse d'acuité visuelle.....2

• Arrêt immédiat de l'ethambutol 4

• Régression des troubles en 3 à 12 mois.....2
-en général complète 2

5. Cette complication n'apparaît pas. Trois mois plus tard, elle vous apprend qu'elle doit partir travailler 1 an au Zaïre. Une chimioprophylaxie par chloroquine/Hivaquine@ et proguani!VPaludrine® est prévue. Quelles sont les contre-indications ophtalmologiques à ces médicaments ? (8)

Proguanil/Paludrine®
-aucune contre indication ophtalmologique.....4

• Chloroquine/Nivaquine@
-toute rétinopathie.....4

6. Madame R. n'a pas de contre-indication ophtalmologique à ce traitement. Quelle sera votre surveillance ophtalmologique pour ces nouveaux médicaments? (24)

• Proguanil/Paludrine®
-aucune surveillance ophtalmologique.....2

• Chloroquine/Nivaquine®
-troubles d'accommodation aigus si surdosage 2
-troubles oculomoteurs aigus si surdosage.....2
-dépôts cornéens : examen au biomicroscope 2
-maculopathie (après minimum 100 grammes de dose totale cumulée) : 2
vision des couleurs (dyschromatopsie jaune-bleu puis rouge-vert),..... 2
acuité visuelle (longtemps conservée), ...2
champ visuel (scotome central tardif), ...2
fond d'ceil (maculopathie tardive, « en oeil de bceuf »), ...2
électrorétinogramme.....2

• Le bilan ophtalmologique sera pratiqué
-avant traitement et 2
-tous les 3 à 6 mois pendant un an 2

NB : Des dépôts cornéens ne font pas forcément arrêter le traitement. La maculopathie ne survient en général qu'après 2 à 3 ans de traitement continu. La même surveillance doit être appliquée aux patients sous Plaquenil®/Hydroxychloroquine sulfate (ex : polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux disséminé...).

DOSSIER N°11 : Monsieur Y., 24 ans, consulte en urgence pour baisse brutale de l'acuité visuelle de l'œil droit

Monsieur Y., 24 ans, consulte en urgence pour baisse brutale de l'acuité visuelle de l'ceil droit.

1. Quelles sont les principales causes de baisse d'acuité visuelle brutale unilatérale ?

2. Monsieur Y. n'a aucun antécédent pathologique notable ni personnel ni familial. II existe des douleurs oculaires aux mouvements du globe. L'oeil est blanc. L'acuité visuelle est à 2/10° à droite, Parinaud 12. Le fond d'ceil est normal. L'étude du champ visuel montre un discret scotome caecocentral droit. Quel est votre diagnostic ?

3. Quels signes pathologiques peuvent parfois être retrouvés au fond d'oeil en accord avec ce diagnostic ?

4. Quelles sont les principales causes envisageables ?

5. Des examens complémentaires sont-ils nécessaires en première intention ? Détaillez.

6. Quel est votre traitement pour les premiers jours ?

DOSSIER N°11

1. Quelles sont les principales causes de baisse d'acuité visuelle brutale unilatérale ? (30)

• CEil rouge douloureux
- glaucome aigu par fermeture de I 'angle.....2
- kératite.....2
– iridocyclite 2I

• CFil blanc indolore.....2
- hémorragie du vitré 3
– OACR 3
– OVCR 3
- décollement de rétine (avec atteinte maculaire).....3
- maculopathie de la myopie forte (ex : hémorragie maculaire) 1
- maculopathie inflammatoire (ex : choriorétinite) 1
- choriorétinopathie séreuse centrale idiopathique 1
- neuropathie optique (ex : ischémique antérieure aiguë ; inflammatoire rétrobulbaire..) 3
- amaurose fugace (accident ischémique transitoire) 2
- migraine ophtalmique.....2

2 Monsieur Y. n'a aucun antécédent pathologique notable ni personnel ni familial. 11 existe des douleurs oculaires aux mouvements du globe. L'œil est blanc. L'acuité visuelle est à 2/10° à droite, parinaud 12 Le fond d'aeil est normal. 11 existe une dyschromatopsie d'axe rouge-vert de l'oeil droit, l'étude du champ visuel montre un scotome caecocentral droit. Quel est votre diagnostic? (10)

• Névrite optique rétrobulbaire (NORB) droite 10

3. Quels signes pathologiques peuvent parfois être retrouvés au fond d'œil en accord avec ce diagnostic ? (10)

• CEdème papillaire.....4
- si névrite optique antérieure associée, ce qui n'est pas rare chez les sujets jeunes ..... NC

• Atrophie optique (pâleur papillaire prédominant dans le secteur temporal) 4
- tardive.....2

4. Quelles sont les principales causes envisageables? (10)

*Sclérose en plaques (SEP) 6
• Maladie de Behçet (uvéoméningite) 1
• Sarcoïdose 1
• Secondaires à une infection locorégionale (ex : foyers sinusiens, dentaires) 1
• Secondaires à une infection générale (ex : maladie de Lyme, syphilis tertiaire, tuberculose) 1

NB : L'ophtalmie sympathique et la maladie de Vogt-Koyanagi-Harada, provoquant des uvéoméningites comme la maladie de Behçet, peuvent également être responsables de NORB.

5. Des examens complémentaires sont-ils nécessaires en première intention ? Détaillez (20)

• OUI.....2

• IRM cérébrale 10
- recherche des lésions évocatrices de SEP : hypersignaux de la substance blanche en T2, plaques jeunes réhaussées par le Gadolinium en T1 2

-Sérologie syphylitique (VDRL-TPHA) 2
- Sérologie de la maladie de Lyme (Borrelia Burgdorferi).....1
-Sérologie VIH (syndrome SEP-like) avec accord du patient 1

Potentiels évoqués visuels (et auditifs, somesthésiques) : recherchent des atteintes infracliniques 2
-en particulier NORB controlatérale, avec augmentation de la latence et diminution de l'amplitude de d'onde PI00 .....NC

- Ponction lombaire selon les résultats des autres examens paracliniques .....NC
-pour étude biochimique et immunologique, cytologique, bactériologique, voire sérologique ..... NC

6. Quel est votre traitement pour les premiers jours ? (20)

Corticothérapie 6
- parentérale.....2
-en bolus.....2
-ex : Méthylprednisolone/Solumédrol® IV 1 gramme par jour pendant 3 à 5 jours 2

- Si corticothérapie per os : 0 car inefficace et augmente le risque de récidives ..... NC

- En cas d'atteinte non ou peu invalidante, l'abstention peut se justifier .....NC

- Mesures associées (oubli = 0) 2
-régime désodé, protecteur gastrique, supplémentation potassique.....2

- Rassurer sur le caractère transitoire de l'atteinte visuelle.....2
- Surveillance (acuité visuelle, tension artérielle, gastralgies, ionogramme sanguin, glycémie) (oubli = 0) ...2

DOSSIER N"12: Une cécité totale unilatérale au réveil

Madame P., 68 ans, consulte en urgence adressée par son médecin traitant, en raison de la survenue d'une cécité totale de l'ceil droit, remarquée ce matin au réveil. Il n 'y a pas de douleurs. L'acuité visuelle, normale à gauche, est nulle à droite. L'oeil est blanc, la pupille en mydriase aréflexive, avec un réflexe photomoteur consensuel conservé.

1. Quelles sont les principales étiologies à envisager ?

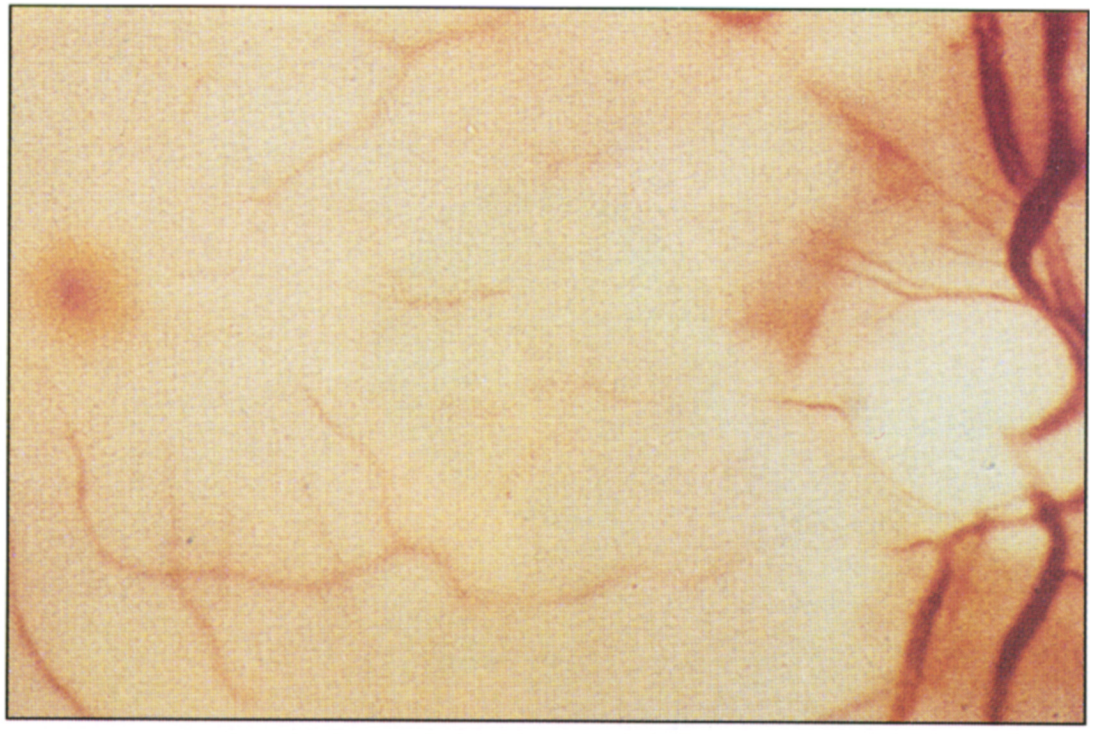
2. On note dans les ATCD de cette patiente obèse une HTA traitée par Lasilix®/Furosémide, un tabagisme à 40 paquets-années non arrêté, une hystérectomie il y a 15 ans pour fibromes. La température est à 37,4° C, le pouls régulier à 80/mn, la TA à 150/80 mmHg, l'examen neurologique est normal, les pouls pédieux sont abolis, il existe un souffle fémoral droit et un souffle carotidien droit. L'auscultation cardiaque ainsi que le reste de l'examen clinique est normale. Le fond d'ceil montre à droite les images suivantes. Quelle est votre interprétation ?

3. Le médecin traitant a prélevé un bilan sanguin en vue d'effectuer un examen biologique en urgence. Lequel ? Justifiez.

4. Vous recevez immédiatement le résultat de cet examen biologique : normal. Quels sont les principes du traitement des 24 premières heures ?

5. Quel bilan paraclinique demanderez-vous en première intention ?

6. A quelle(s) complication(s) est exposée madame P. ?



DOSSIER N°12

1. Quelles sont les principales étiologies à envisager? (20)

• OACR.....5
• OVCR.....5
• DR.....2
• Neuropathie optique aiguë 2
• Pseudopapillite vasculaire (occlusion de l'artère ciliaire de la rétine) 2
• Hyphéma 2
• Hémorragie du vitré 2

2 On note dans les ATCD de cette patiente obèse une HTA traitée par Lasilix®/Furosémide, n tabagisme à 40 paquets années non arrêté, une hystérectomie il y a 15 ans pour fibromes. li'- température est à 37,4'C, le pouls régulier à 80/mn, la TA à 150/80 mmHg, l'examen neurologique est normal, les pouls pédieux sont abolis, il existe un souffle fémoral droit et un souffle carotidien droit. L'auscultation cardiaque ainsi que le reste de l'examen clinique est normale. Le fond ceci montre à droite les images suivantes. Quelle est votre interprétation ? (20)

• Artères rétiniennes rétrécies, filiformes 4
• Rétine pâle, blanchâtre 4
• Macula (fovéola) rouge cerise 4,

• OACR droite .....
• Probablement athéromateuse.....

3. Le médecin traitant a prélevé un bilan sanguin en vue d'effectuer un examen biologique en urgence. Lequel ? Justifiez (10)

• VS.....
• Suspicion de maladie de Horton .....
• Accessible à un traitement spécifique par corticoïdes .....

4. Vous recevez imemédiatement le résultat de cet examen biologique : normal. Quels sont principes du traitement des 24 premières heures ? (20)

• Fibrinolyse, ex : urokinase IV, à discuter (hors contre-indications) si OACR de moins de 6 heures.....

• Anticoagulation : (hors contre-indications).....
- héparine IVSE à dose hypocoagulante : 400-500 unités/kilo/j, avec bolus de 50-100 unités/kilo .....

• Vasodilatateurs à discuter : en IV ou en locale rétrobulbaire, ex : Praxilène® .....
• Diamox®/Acétazolamide IV (hors contre-indications) .....

• Traitement local
- mise en position de Trendelenburg (tête en bas) .....
- ponction de chambre antérieure droite à discuter.....
- massage du globe oculaire droit.....

• Surveillance .....

NB : Les antiagrégants plaquettaires seront donnés en relais. Les fibrinolytiques, anticoagulants vasodilatateurs peuvent être injectés in situ en cathétérisant une artère sus orbitaire.

5. Quel bilan paraclinique demanderez-vous en première intention ? (15)

- Angiographie à la fluorescéine (oubli = 0) 2
- Ophtalmodynamométrie (pression artérielle des deux yeux).....1
- Échographie-Doppler des troncs supraaortiques et transcrânien (oubli = 0).....2
- ECG 2
- RP.....1
- TP TCK (dès la quatrième heure d'héparinothérapie) 2
- Fibrine (si fibrinolyse) 1
- NFS plaquettes 1
- Cholestérol (HDL,LDL), triglycérides, apolipoprotéines A et B.....1
- Glycémie àjeûn et post prandiale (voire hyperglycémie provoquée par voie orale) 1
- Uricémie 1

&A quelles) complication(s) est exposée madame P. ? (15)

- Cécité totale persistante de l'ceil droit 2
- OACR controlatérale.....2
- Rétinopathie proliférante ischémique 2
- Glaucome néovasculaire 2
- OVCR homo ou controlatérale.....2
- Accident vasculaire cérébral carotidien.....1
- Coronaropathie (et infarctus myocardique) 1
- Artériopathie oblitérante des membres inférieurs.....1
- Anévrysme de l'aorte abdominale 1
- Complications du traitement (hémorragiques en particulier).....1

DOSSIER N'13: Un brouillard visuel

Mademoiselle J., 57 ans, sans antécédent, consulte en urgence pour une sensation de brouillard visuel de l'oeil gauche, apparue brutalement la veille au soir. L'ceil droit donne un examen normal. L'oeil gauche est blanc, indolore, avec une acuité visuelle à 2/10°. Le champ visuel est amputé d'un scotome central à gauche. L'examen du segment antérieur est normal. L'image du fond d'oeil à gauche est soumise à votre interprétation. Le reste de l'examen clinique est normal.

1. Quelle est l'interprétation du fond d'oeil ?

2. Quel est votre diagnostic ?

3. Qu'attendez-vous d'une angiographie rétinienne à la fluorescéine ?

4. Quelles sont les étiologies de cette pathologie ?

5. Quelle est l'évolution habituelle de cette pathologie ?

6. L'acuité visuelle reste basse alors que le fond d'oeil redevient normal. Vous pratiquez une nouvelle angiographie qui montre une hyperfluorescence maculaire « en pétales de fleur » dans une plage d'oedème de la macula, ainsi que des capillaires rétiniens dilatés laissant diffuser la fluorescéine. Quel est votre diagnostic ?



DOSSIER N°13

1. Quelle est l'interprétation du fond d'aeil ? (ZO)

- Hémorragies en flammèches .....
- Parallèles au trajet des fibres optiques, divergentes depuis la papille 4
- Dilatation veineuse diffuse 4
- CEdème rétinien diffus (coloration grisâtre) 4
- CEdème papillaire.....4
- Pas de nodules cotonneux .....NC
- Pas d'anomalies artérielles.....NC,

2 Quel est votre diagnostic ? (10)

- OVCR gauche.....5
- CEdémateuse 5

3. Qu'attendez-vous d'une angiographie rétinienne à la fluorescéine ? (ZO)

- Arguments pronostiques : caractère oedémateux, absence de signes ischémiques 2

- Arguments diagnostiques positifs 1
- temps bras/rétine normal 1
- temps de remplissage veineux allongé (mais remplissage complet) 1

- CEdème rétinien :.....2
- diffusion floue de la fluorescéine 1

- Signes veineux : 2
- dilatation veineuse avec coloration tardive de leur paroi 1
- diffusion de la fluorescéine.....1

- Capillaropathie cedémateuse.....2
- diffusion de la fluorescéine.....1
- dilatation capillaire : « trop belle image capillaire » 1
- réseau capillaire rétinien général et périmaculaire anormalement visibles 1
- hyperfluorescence papillaire.....1

- Territoires de non perfusion limités 2

4. Quelles sont les étiologies de cette pathologie ? (ZO)

- Athérome (artère centrale de la rétine, artère ophtalmique, carotide interne) 1

- Phlébite (et périphlébite) de la veine centrale de la rétine.....1
- primitive (dont périphlébite idiopathique autoimmune : première cause veineuse) 1
- secondaire (maladie de Behçet, sarcoïdose, vascularites, collagénoses...).....1
- compression veineuse (intra-orbitaire ou intra-oculaire) 1
- inflammation oculaire aiguë.....1

- Hémopathies (leucémie myéloïde chronique, polyglobulie, anémie, maladie de Kahler, Waldenstrbm...).....3

5. Quelle est Dévolution habituelle de cette pathologie ? (15)

• Favorable.....5
•Avec amélioration de l'acuité visuelle et du champ visuel 5
•Etamélioration du fond d'ceil (le oremier siane étant la disparition des nodules cotonneux) 5

6. L'acuité visuelle reste basse alors que le fond d'œil redevient normal. Vous pratiquez une nouvelle angiographie qui montre une hyperfluorescence maculaire « en pétales de fleur » dans une plage cfaedéme de la macula, ainsi que des capillaires rétiniens dilatés laissant diffuser la Niorescéine. Quel est votre diagnostic? (15)

•CEdème maculaire cystoïde 15

DOSSIER N'15: Une lésion cutanée chez un contremaître

Monsieur G., 64 ans, consulte en raison d'une lésion cutanée persistante ayant tendance à l'extension spontanée.

Antécédents : Il est contremaître dans les bâtiments et travaux publics en Haute-Provence, ne fume pas, est diabétique non insulinodépendant depuis 10 ans traité par GlucophageD et régime hypoglucidique.

La lésion est indurée, indolore, et est reproduite ici (cf iconographie n°1). L'examen clinique est normal par ailleurs en dehors de l'abolition des réflexes achilléens. Il n'y a pas de notion récente de piqûre d'insecte.

1. Décrivez la lésioi

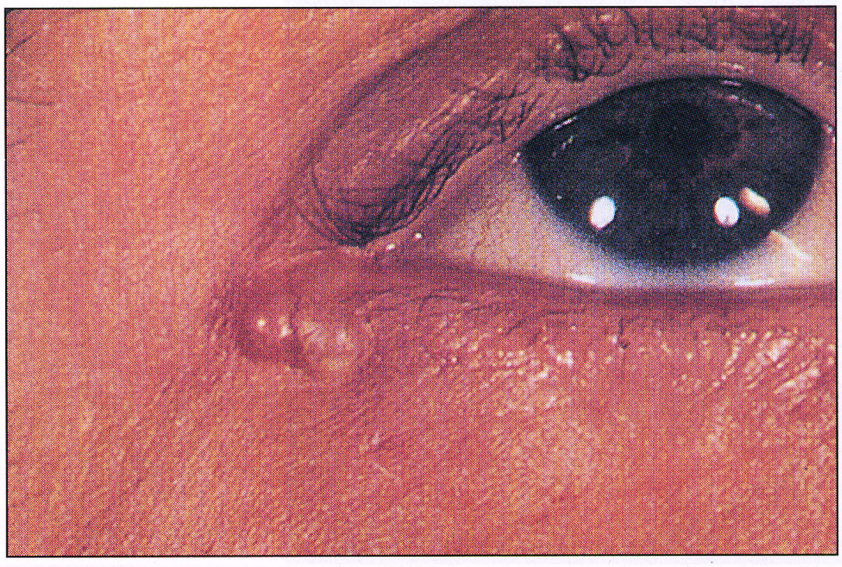
2. Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ?

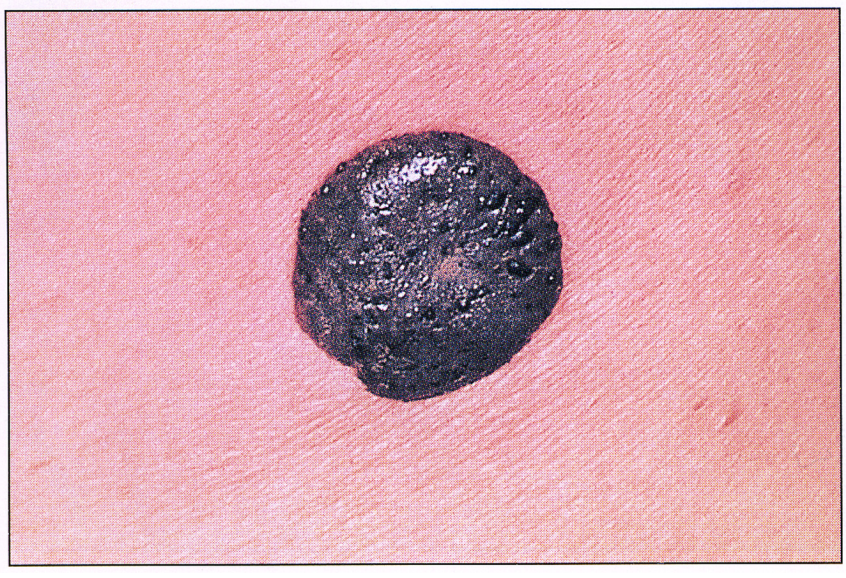
3. Comment le confirmerez-vous ?

4. Ce diagnostic se confirme. Quel est votre traitement ?

5. Quel est le pronostic de cette affection ?

6. Il présente par ailleurs une autre lésion située dans le dos, reproduite sur l'iconographie n°2. Celle-ci est superficielle, soulevable à la curette, ce qui entraîne un suintement hémorragique de la zone de décollement. Quel est le diagnostic le plus probable pour cette lésion ?





DOSSIER N°15

1. Décrivez la lésion. (15)

-Perles épithéliomateuses 5
- nodules translucides 2
- millimétriques 1
– parcourus de télangiectasies 2

• Siégeant au visage (canthus externe de l'oeil droit).....5

2 Quel est le diagnostic le plus probable ? Sur quels arguments ? (20)

• Carcinome basocellulaire cutané 8
Car
-Travail en plein air... 2
• Région ensoleillée 2
• Perles épithéliomateuses 2
• Siège : visage (85 % des cas) 2
• Caractère chronique sans tendance à la cicatrisation 2
• Induration 2

3. Continent le confirmerez-vous ? (15)

• Biopsie de la lésion pour examen anatomopathologique.....8
• Non indispensable avant l'exérèse chirurgicale.....7

4. Ce diagnostic se confirme. Quel est votre traitement ? (20)

• Exérèse chirurgicale 4
• Avec marge de sécurité carcinologique de 5 mm au minimum 4
• Et examen anatomopathologique des recoupes, extemporané puis définitif 4
• Arrêt de l'exposition solaire 4
• Surveillance clinique (oubli = 0) 4

5. Quel est le pronostic de cette affection ? (15)

• Guérison dans 95 à 97 % 10
• Métastases très exceptionnelles (discutées) 5

6. 11 présente par ailleurs une autre lésion située dans le dos, reproduite sur l'iconographie n'Z Celle-ci est superficielle, soulevable à la curette, ce qui entraîne un suintement hémorragique de la zone de décollement. Quel est le diagnostic le plus probable pour cette lésion ? (15)

• Verrue séborrhéique 15

(WIR1 - DOSSIER N06

Un patient de 30 ans, diabétique insulino-dépendant présente brutalement une baisse de vision unilatérale avec impression de pluie de suie devant l'œil.

1. Quelle est l'hypothèse diagnostique ?

2. Après dissipation de la pluie de suie, quel examen paraclinique permet d'en découvrir la cause ?

3. En l'absence de diabète et en présence d'une myopie forte, quel diagnostic doit être envisagé ?

4. Quelles sont les 2 lésions mises en évidence par l'examen paraclinique ?

5. Quel traitement doit être proposé ?

6. En l'absence de traitement, quelles peuvent être les 2 évolutions possibles ?

89-IRI - DOSSIER N-6

1. Quelle est l'hypothèse diagnostique ? (20)

• Hémorragie intravitréenne.....10
• Sur rétinopathie diabétique proliférante 10

2. Après dissipation de la pluie de suie, quel examen paraclinique permet d'en découvrir la cause? (10)

• Angiographie rétinienne 5
• À la fluorescéine.....5

3. En l'absence de diabète et en présence d'une myopie forte, quel diagnostic soit être envisagé? (20)

• Hémorragie intravitréenne.....10
• Sur déchirure rétinienne 5
• Ou sur décollement rétinien 5

4. Quelles sont les 2 lésions mises en évidence par l'examen paraclinique ? (20)

• Présence de néovaisseaux.....7
- laissant diffuser la fluorescéine 2

• Zones ischémiques rétiniennes 7
- donnant un aspect de plages noires hypofluorescentes 2
- traversées par des gros vaisseaux rétiniens .....NC
- sans réseau capillaire visible 2

5. Quel traitement doit être proposé ? (20)

• Traitement de l'hémorragie intravitréenne:.....NC
- résorption spontanée 2
- ou vitrectomie si persistance prolongée 2

• Traitement de la rétinopathie diabétique proliférante:.....2
- équilibration du diabète.....2
- si besoin en hospitalisation .....NC
- photocoagulation panrétinienne 8
- au laser Argon 2

• Surveillance 2

6. En l'absence de traitement, quelles peuvent être les 2 évolutions possibles? (10)

• Décollement rétinien 5
• Glaucome néovasculaire 5

89-IRI-DOSSIER N°6

1. Quelle est l'hypothèse diagnostique ? (20)

• Hémorragie intravitréenne.....10
• Sur rétinopathie diabétique proliférante 10

2. Après dissipation de la pluie de suie, quel examen paraclinique permet d'en découvrir la cause? (10)

• Angiographie rétinienne 5
• À la fluorescéine.....5

3. En l'absence de diabète et en présence d'une myopie forte, quel diagnostic doit être envisagé? (20)

• Hémorragie intravitréenne.....10
• Sur déchirure rétinienne 5
• Ou sur décollement rétinien 5

4. Quelles sont les 2 lésions mises en évidence par l'examen paraclinique ? (20)

• Présence de néovaisseaux.....7
- laissant diffuser la fluorescéine 2

• Zones ischémiques rétiniennes 7
- donnant un aspect de plages noires hypofluorescentes 2
- traversées par des gros vaisseaux rétiniens .....NC
- sans réseau capillaire visible 2

5. Quel traitement doit être proposé ? (20)

• Traitement de l'hémorragie intravitréenne:.....NC
- résorption spontanée 2
- ou vitrectomie si persistance prolongée 2

*Traitement de la rétinopathie diabétique proliférante:.....2
- équilibration du diabète.....2
- si besoin en hospitalisation .....NC
- photocoagulation panrétinienne 8
- au laser Argon 2

• Surveillance 2

6. En l'absence de traitement, quelles peuvent être les 2 évolutions possibles ? (10)

• Décollement rétinien 5
• Glaucome néovasculaire 5

R5-DOSSIER N°1

Un sujet de sexe masculin, âgé de 35 ans, se plaint depuis 3 mois environ de céphalées rebelles.
A l'examen la vision est égale à 10/10 des deux yeux sans correction. L'étude du champs visuel met en évidence une amputation temporale supérieure bilatérale. Au fond d'ceil, on note un oedème papillaire bilatéral important, entouré de petites hémorragies en flammèches.
L'étude de la motilité oculaire relève une parésie du nerf moteur oculaire externe droit, entraînant une diplopie.
La radio du crâne montre une selle turcique élargiedans le sens antéro-postérieur avec amincissement des parois.
L'interrogatoire signale en outre une prise de poids depuis quelques mois et une diminution de la libido.

1. Quels éléments du dossier permettent de considérer l'oedème papillaire comme un oedème de stase ?

2. Où siège la lésion des voies optiques expliquant les troubles campimétriques ?

3. Expliquez anatomiquement le déficit campimétrique.

4. Donner les caractères de la diplopie provoquée par la parésie du nerf moteur oculaire externe droit.

5. Quelle est la cause de la parésie du VI ?
sont les 2 causes (ordinateur)
6. Quelle est la cause exacte de ce tableau clinique ?

90-IR5-DOSSIER N°1

1. Quels éléments du dossier permettent de considérer l'œdème papillaire comme un aedème de stase ? (20)

- Céphalées 3
- Chroniques.....3
- Parésie du VI.....3
- Élargissement de la selle turcique : processus expansif hypophysaire 3
- Évoquant une hypertension intracranienne 3
- CFdeme papilaire bilatéral 3
- Avec conservation de l'acuité visuelle 2

2 Où siège la léslion des voies optiques expliquant les troubles campimètriques ? (10)

- Chiasma.....6
- Partie interne et.....2
- Inférieure.....2

3. Expliquez anatomiquement le déficit campimètrique. (20)

- Au niveau du chiasma optique:.....4
- Les fibres internes proviennent de la rétine nasale 4
- Qui transmet le champ visuel temporal 4
- Les fibres inférieures proviennent de la rétine inférieure 4
- Qui transmet le champ visuel supérieur.....4

4. Donner les caractères de la diplopie provoquée par la parésie du nerf moteur oculaire externe droit. (20)

- Diplopie homonyme 10
- Horizontale 5
- Maximale dans le regard externe à droite 5

5. Quelle est la cause de la parésie du VIII? (10)

- L'hypertension intracranienne en elle-même.....10

6. Quelle est la cause exacte de ce tableau clinique ? (20)

- Tumeur hypophysaire.....
- Probablement adénome .....
- Probablement chromophobe..... à prolactine

Q ORDI IR ouest 90.

(91y1R3-P1 DOSSIER N°8

Une femme de 75 ans est adressée par son généraliste pour diminution de l'acuité visuelle progressive des deux yeux et éblouissement aux lumières vives. Dans ses antécédents : diabète insulino-dépendant depuis 15 ans et des poussées d'hypertension artérielle.
L'acuité visuelle est à 6/10 P2 à droite, 4/10 P3 à gauche. La vision de loin est un peu améliorée avec 0,50 dioptrie des deux côtés.
La tension oculaire est à 14 cm d'eau des deux côtés.
Le fond d'ceil montre quelques microanévrismes et quelques exsudats périmaculaires. Les artères sont d'aspect rigide à reflets argentés. II existe une cataracte de 1'œil gauche.

1. Quel traitement proposez-vous pour la cataracte ?

2. La patiente est traitée par 24 Ul de Novolente® le matin. Quelle attitude vis-à-vis de l'insulinothérapie adopterez-vous lors du traitement de la cataracte ?

3. Son hypertension artérielle est équilibrée par un inhibiteur calcique en monoprise par jour. Attitude vis-à-vis de la thérapeutique hypertensioe lors du traitement de la cataracte ?

4. Quel appareil utilise-t-on pour le traitement préventif des deux yeux ?

5. Sur quel principe thérapeutique repose la prévention ?

91-IR3-P1 DOSSIER N°8

1. Quel traitement proposez-vous pour la cataracte ? (20)

• Chez cette patiente présentant une rétinopathie diabétique non compliquée, le traitement est chirurgical et repose sur l'extraction de la cataracte (extraction intracapsulaire, extraction extracapsulaire ou phacoémulsification).....5
• Et la mise en place d'un cristallin artificiel (implant de chambre postérieure) 5

• Il s'agit d'une chirurgie de confort puisque l'acuité visuelle reste encore relativement conservée 5

• Le bilan préopératoire sera complété par une angiographie à la fluorescéine systématique, à la recherche de zones d'ischémie.....5

2. La patiente est traitée par 24 UI de Novolente@ le matin. Quelle attitude vis-à-vis de l'insulinothérapie adopterez-vous lors du traitement de la cataracte ? (20)

• Un équilibre correct du diabète est nécessaire lors du traitement de la cataracte

• Si la patiente est équilibrée par 24 UI de Novolente® le matin, on prescrit la même dose d'insuline le jour de l'intervention avec une perfusion de sérum glucosé à 10% (patiente à jeun) 5
• Une surveillance de la glycémie capillaire est indispensable en pré et post-opératoire 5

• Si le diabète est déséquilibré, on adapte son traitement pour obtenir une glycémie correcte avant l'intervention 5

• L'insuline à la pousse seringue électrique est déconseillée car elle peut favoriser une aggravation transitoire de la rétinopathie diabétique.....5

3. Son hypertension artérielle est équilibrée par un inhibiteur calcique en monoprise par jour. Attitude vis-à-vis de la thérapeutique hypertensioe lors du traitement de la cataracte ? (10)

• L'équilibre correct de sa tension artérielle permet, le jour de l'intervention la prise de l'inhibiteur calcique avec une surveillance tensionnelle pré, per et post-opératoire 10

4. Quel appareil utilise-t-on pour le traitement préventif des deux Yeux? (10)

• L'appareil utilisé est le L.A.S.E.R. (Light Amplifier by Stimulated Emission of Radiation) à l'Argon 10

5. Sur quel principe thérapeutique repose la prévention ? (40)

• La prévention de la rétinopathie repose sur
- 1) L'équilibration du diabète 10
- 2) Le suivi ophtalmologique régulier (fond d'oeil, angiographie à la fluorescéine) 10
- 3) Un traitement par le L.A.S.E.R. à l'Argon qui permet, par photocoagulation..... 10
  la destruction des territoires rétiniens ischémiques (zones d'occlusion capillaire) afin d'inhiber la néovasculogénèse redoutable par ses complications (hémorragies intra-vitréennes, glaucome néovasculaire, décollement de rétine par traction).....5
  l'exclusion des anomalies microvasculaires intrarétiniennes diffusantes (microanévrysmes, capillaires dilatés) à l'origine de l'oedème intrarétinien (oedème maculaire essentiellement) 5

X

94-SUD-DOSSIER N°8

Un homme de 61 ans consulte pour une éruption de vésicules sur le visage. Ces lésions ont été précédées pendant 2 jours de douleurs intenses de la partie droite du front et de l'oeil droit (cf photo). L'examen clinique trouve des adénopathies pré-tragiennes.

1. Quels diagnostic clinique faites-vous ? Sur quel(s) argument(s) ?

2. Quelles complications recherchez-vous en priorité ? Pourquoi ?

3. Quel traitement local prescrivez-vous ?

4. Prescrivez-vous un traitement systémique ? Pourquoi ?

5. Quelles sont les évolutions possibles ?



94-SUD-DOSSIER N°8

1. Quels diagnostic clinique faites-vous ? Sur quel(s) argument(s) ? (20)

• Zona ophtalmique droite avec atteinte du territoire frontal droit 6
-terrain : âgé de 61 ans.....2
- le début par des douleurs frontales et orbitaires 2
- le caractère érythémato-vésiculeux de la dermation.....2
- la chronologie de l'éruption : douleur, érythème, vésicule 2
- l'unilatéralité des lésions.....2
- la localisation métamérique (territoire frontal droit branche du nerf ophtalmique) 2
- signe accompagnateur : adénopathie prétragienne 2

2 Quelles complications recherchez-vous en priorité ? Pourquoi ? (20)

• Complications ophtalmiques qui font toute la gravité du zona ophtalmique avec un risque de cécité par perte fonctionnelle ou anatomique de l'oeil.....4

• Demander un examen ophtalmologique en urgence avec recherche d'une anesthésie cornéenne témoin de la radiculite, un test à la fluoresceine, un examen à la lampe avec verre à 3 miroirs et fond d'oeil 3

• Recherche
- complications cornéennes (ulcération superficielle, kératite).....3
- uvéite de la musculature iridienne (pupille d'Argyll-Robertson).....3
- atteinte du nerf optique rare (papillite, névrite optique) 3

Complications bactériennes à type d'impétiginisation des vésicules à Staphylocoque doré ou streptocoque groupe A 4

3. Quel traitement local prescrivez-vous ? (20)

• Traitement local cutané : désinfection par antiseptiques locaux type Hexomédine solution 3 applications par jour.....4

• Traitement local ophtalmologique 4
- antiviral : Aciclovir (Zovirax® pommade ophtalmique 1 application 6 fois par jour oeil droit) 2
- cicatrisant : type Kératyl® 3 applications par jour oeil droit 2
- cycloplégique : homatropine 1 goutte, 3 fois par jour pendant 48 heures si douleurs intenses 2
- pansement avec rondelle oculaire et micropore 2
- utilisation de corticoïdes locaux à discuter 2

• Surveillance ophtalmologique quotidienne les premiers jours 2

4. Prescrivez-vous un traitement systémique? Pourquoi ? (20)

• Le traitement systémique est indiqué en cas de zona grave (en particulier zone ophtalmique), compliqué ou survenant chez l'immuno-déprimé 5

• Le traitement antiviral par Zovirax® est pleinement justifié dans le cas présent, la prescription doit être précoce (dans les 72 premières heures) afin de diminuer la durée du zona, l'extension des lésions et des algies dans la phase aiguë. Son rôle dans la prévention des algies post-zostérienne est discuté. On utilise le Zovirax® en l'absence d'allergie à l'aciclovir à la posologie de 10 mg/kg/8 h en IV ou 800 mg, 5 fois par jour per os pendant 7 à 10 jours, posologie à adapter en cas d'insuffisance rénale 10

• Il faudra rechercher une cause favorisante chez ce patient : déficit de l'immunité cellulaire, infection à VIH, néoplasie en particulier hémopathie, LLC.....5

5. **Quelles sont les évolutions possibles ?** (20)

* Guérison complète sans séquelle.....4
• Guérison avec algies rebelles post-zostériennes.....4
• Généralisation du zona sur terrain immunodéprimé 2

• Séquelles ophtalmiques.....2
-taies, opacification de la cornée 2
- kératite neuroparalytique.....2
- uvéite récidivante avec hypertonie oculaire 2

• Guérison du zona mais évolution de la maladie de fond (VIH, néoplasie, LLC) en cas de déficit immunitaire 2

'O y

(95rSUD-DOSSIER N°7

Monsieur Robert G., âgé de 48 ans, est victime d'un accident de squash. Au cours d'un match, il reçoit violemment la balle avec un impact orbitaire droit. A son arrivée aux urgences, vous constatez la présence d'un volumineux oedème palpébral occluant l'oeil droit avec une ecchymose péri-orbitaire et une plaie transfixiante de la paupière inférieure. En écartant doucement les paupières, vous découvrez uniquement la pupille, mais cela permet au patient d'affirmer qu'il vous voit.
Monsieur G. ne présente par ailleurs aucune autre lésion et pas d'antécédent pathologique notable.

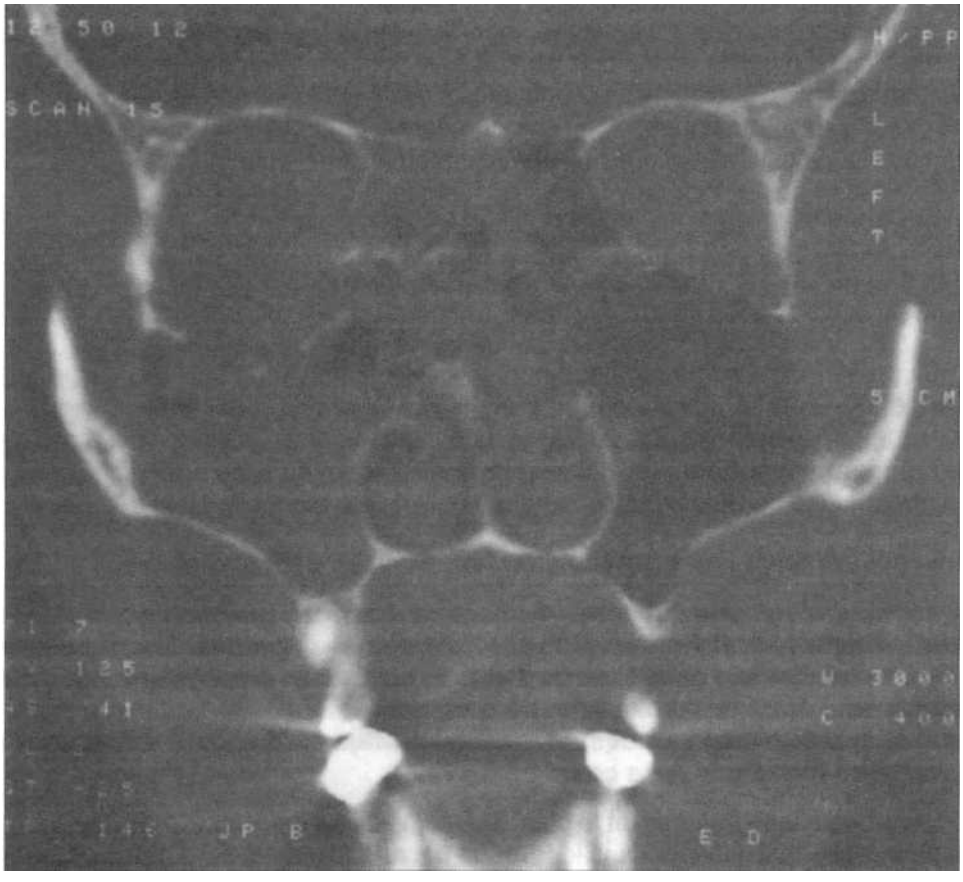
1. L'examen clinique rendu difficile et douloureux du fait de l'cedème péri-orbitaire ne permettant de recueillir aucun autre signe pathologique, quels examens radiologiques demandez-vous en urgence, à la recherche de quels signes ?

2. La plaie palpébrale va être traitée en urgence après examen ophtalmologique. Quels éléments pathologiques cet examen cherche-t-il à détecter ?

3. Les radiographies n'ont pas retrouvé de trait de fracture mais un comblement du sinus maxillaire droit. Quarante-huit heures plus tard, l'oedème a diminué, les paupières s'ouvrent. Monsieur G. décrit une diplopie dans le regard vers le haut et un emphysème sous-cutané lors du mouchage ainsi qu'une épistaxis droite faite de sang noir.
Quel diagnostic suspectez-vous ? Quel(s) examen(s) pratiquez-vous pour affirmer ce diagnostic ? Quelle est la valeur de l'épistaxis dans ce contexte ?

4. Une tomodensitométrie est demandée dont vous voyez une coupe (voir cliché ci-dessous). Décrivez les principales anomalies que vous observez.

5. En l'absence de traitement chirurgical, quelles sont les complications auxquelles est exposé monsieur G. ?



95-SUD-DOSSIER N°7

1. L'examen clinique rendu difficile et douloureux du fait de l'œdème péri-orbitaire ne permettant de recueillir aucun autre signe pathologique, quels examens radiologiques demandez-vous en urgence, à la recherche de quels signes ? (20)

• Scanner du massif facial en urgence, coupes axiales et coronales 9
- fracture (et déplacement) du cadre orbitaire, du plancher orbitaire, des os propres du nez, du reste du massif facial 2
- hémosinus maxillaire (comblement sinusien)/image en goutte d'eau dans le sinus maxillaire, appendue au plancher orbitaire fracturé -> incarcération de graisse orbitaire ou du muscle droit inférieur de l'oeil dans le foyer de fracture.....2
- corps étranger intra-orbitaire 2

• Si le scanner ne peut être pratiqué immédiatement, on demandera « en attendant »
- radiographies de Blondeau : hémosinus, image en goutte, fracture (et déplacement) maxillo-malaire 1
- radiographie d'orbite face + profil : fracture (et déplacement) du cadre orbitaire, corps étranger intra-orbitaire radio-opaque.....1
- tomographies orbitaires, frontales et sagittales : fracture (et déplacement) du cadre ou du plancher orbitaire, corps étranger intra-orbitaire radio-opaque 1
- radiographies de Gosserez et incidence des os propres du nez : fracture (et déplacement) 1
- radiographies de Hirtz et Hirtz latéralisé droit : arcade zygomatique (droite) 1

Remarque : En 1995, l'utilité même des radios standard est discutée, car quelque soit leur résultat, un scanner sera réalisé dans un tel contexte.

2 La plaie palpébrale va être traitée en urgence après examen ophtalmologique. Quels éléments pathologiques cet examen cherche-t-il à détecter ? (20)

• Acuité visuelle.....2
• Fond d'oeil (ophtalmoscopie directe et indirecte). Tonus oculaire (si possible) 2
• Paupières : emphysème palpébral sous-cutané, repérage des voies lacrymales, position des canthus ...2
• Globes oculaires : tonus, mobilité (et diplopie au doigt), enophtalmie, exophtalmie..... 2
• Conjonctive : hémorragie sous-conjonctivale, chemosis, plaie conjonctivale 2
• Cornée : oedème, plis descernétiques, ulcération cornéenne (fluoresceine).....2
• Chambre antérieure : Tyndall (hématique, inflammatoire ou mixte), hyphéma, profondeur 2
• Iris : iridodialyse, rupture du sphincter/mydriase traumatique, lésion de l'angle irido-cornéen 2
• Cristallin : subluxation/luxation 2
• Hypo-anesthésie sous-orbitaire.....2
--> On recherche surtout ces signes de contusion oculaire pour dépister des lésions rétiniennes réclamant un traitement urgent.

Remarque : La présence de corps étranger intra-oculaire est très improbable ici car la balle de squash n'est pas friable, et que l'on ne signale pas que monsieur G. portait des lunettes en verre minéral (qui auraient pu se briser lors de l'impact). De plus, les éclatements du globe oculaire sont rarissimes au squash (en dehors des patients ayant subi une chirurgie ophtalmologique récente), c'est pour cela que la recherche d'un phénomène de Seidel ou d'une hernie de l'iris par exemple, n'ont que peu d'intérêt ici.

3. Les radiographies n'ont pas retrouvé de trait de fracture mais un comblement du sinus maxillaire droit. Quarante-huit heures plus tard, l'œdème a diminué, les paupières s'ouvrent. Monsieur G. décrit une diplopie dans le regard vers le haut et un emphysème sous-cutané lors du mouchage ainsi qu'une épistaxis droite faite de sang noir.
Quel diagnostic suspectez-vous ? Quel(s) examen(s) pratiquez-vous pour affirmer ce diagnostic ? Quelle est la valeur de l'épistaxis dans ce contexte ? (20)

• Suspicion de fracture orbitaire intéressant le plancher, compliquée de : 5
- incarcération du muscle droit inférieur dans le foyer de fracture (diplopie) 2
- ouverture sinusienne.....2

• Confirmée par
- scanner en coupes axiales et coronales, fenêtres osseuses et parties molles 2
- tomographies orbitaires frontales et sagittales (si scanner impossible) 2
- tests de Hess-Lancaster (ou duction forcée si anesthésie générale) 2

• L'épistaxis à 48 heures, inhabituelle dans une fracture du plancher de l'orbite, témoigne d'un hémosinus qui, associé à un emphysème sous-cutané (surtout si palpébral supérieur), traduit probablement une u sinus ethmoïdal (par fracture de la paroi interne orbitaire) 5

4. Une tomodensitométrie est demandée dont vous voyez une coupe (voir cliché ci-dessous). Décrivez les principales anomalies que vous observez. (20)

• Cadre orbaitaire droit.....2
- fracture du plancher de l'orbite avec déplacement inférieur du plancher dans le sinus maxillaire droit 4
- fracture de la paroi interne orbitaire (lame papyracée), expliquant l'ouverture du sinus ethmoïdal droit 4

• Cavités sinusiennes 2
- image de densité intermédiaire comblant le sinus maxillaire droit (hémosinus + graisse/muscle droit inférieur de l'oeil droit).....4
- image de densité intermédiaire comblant le sinus ethmoïdal droit (hémosinus) 4

• Pour mémoire : image polypoïde en regard du cornet inférieur gauche ..... NC

5. En l'absence de traitement chirurgical, quelles sont les complications auxquelles est exposé monsieur G. ? (20)

• Infectieuses.....2
- infection palpébrale 1
- surinfection bactérienne de l'hémosinus, ostéite 1
- phlegmon orbitaire d'origine sinusienne.....1
- panophtalmie, endophtalmie 1
- tétanos si non ou mal vacciné 1

• Oculaires 2
- enophtalmie, exophtalmie (~ troubles d'occlusion palpébrale et ses complications) 1
- dipopie persistante 1
- lésions des voies lacrymales (-> sécheresse oculaire et ses complications) 1
- déchirures rétiniennes (---> décollement secondaire) 1
- lésions du nerf optique par compression (hématome rétrobulbaire).....1
- ophtalmie sympathique 1
- risque inchangé même si traitement chirurgical 2
  cataracte post-traumatique (en feuille de fougère, sous-capsulaire postérieure) 1
  angle irido-cornéen : rétrocession, iridodialyse, synéchies iridocristalliniennes 1
  oedème rétinien (de Berlin) 1

Remarque : La réponse attendue ici se limitait probablement aux complications évitables par le traitement chirurgical.