



Nuwan Niyadurupola
Chirurgien ophtalmologiste et chef de service, Maître de conférences honoraire, Norfolk and Norwich University Hospital, Norwich, Royaume-Uni.

Traitement d'urgence : endophtalmie aiguë

Une endophtalmie peut avoir des conséquences désastreuses pour l'œil et la vision du patient. Il est essentiel de l'identifier rapidement et de la traiter de toute urgence.

Comment reconnaître l'endophtalmie

- 1 Suspecter une endophtalmie, si le patient présente **au moins un** des signes cliniques ou symptômes énumérés ci-dessous, particulièrement en cas d'antécédents de chirurgie oculaire, injection intravitréenne ou traumatisme perforant :
 - Vision trouble
 - Opacités vitréennes
 - Douleur
 - Œdème palpébral
 - Rougeur oculaire
 - Diminution de l'intensité du reflet pupillaire.
 - Hypopion
- 2 Réalisez une échographie B (si possible) pour détecter la présence éventuelle d'une inflammation du vitré ou d'un décollement de rétine.
- 3 N'essayez pas de traiter en première intention par des corticoïdes ; ceci retardera le traitement et le patient risque de perdre son œil.

Protocole de prise en charge

Ne retardez pas le traitement ! Il s'agit d'une urgence médicale.

Dans un délai d'une heure

- Effectuez une ponction de vitré ou une vitrectomie par la pars plana (voir encadré). Prélevez des échantillons de vitré pour coloration de Gram et mise en culture. Une vitrectomie peut être indiquée si le patient ne conserve plus qu'une perception lumineuse. *Toutefois, si la réalisation d'une vitrectomie est susceptible d'entraîner un retard, mieux vaut effectuer une ponction de vitré et des injections intravitréennes d'antibiotiques pour traiter plus rapidement.*
- Immédiatement après la ponction de vitré, administrez des injections intravitréennes d'antibiotiques (voir encadré).



Endophtalmie. On note un œdème palpébral, une rougeur oculaire et la présence d'un hypopion clairement visible.

- Après les injections intravitréennes d'antibiotiques, injectez dans le vitré de la dexaméthasone sans conservateurs (400 µg dans 0,1 ml) en utilisant une seringue et une aiguille de calibre 30 neuves.

Ensuite

- Envisagez comme traitement adjuvant une antibiothérapie par voie générale (avec les mêmes antibiotiques que vous avez injectés dans le vitré) pendant 48 heures, ce afin de maintenir des niveaux d'antibiotiques plus élevés dans le segment postérieur de l'œil. Si une antibiothérapie systémique n'est pas possible, une antibiothérapie locale vaut certainement mieux que rien.
- Surveillez attentivement le patient.
- En vous basant sur la réaction au traitement et sur les résultats de la coloration de Gram et de la mise en culture, déterminez s'il est nécessaire de renouveler les injections intravitréennes d'antibiotiques.

Préparatifs pour faire face à cette urgence

Placez une trousse de prise en charge de l'endophtalmie dans tous les services prenant en charge des patients en postopératoire, à un endroit où cette trousse sera facilement accessible. Ceci est essentiel au diagnostic et au traitement précoces de l'endophtalmie. N'oubliez pas d'inclure les consignes de préparation des antibiotiques.

Matériel pour la préparation du patient

- Tétracaïne en collyre (anesthésique)
- Povidone iodée
- Champ stérile
- Blépharostat

Matériel pour l'anesthésie sous-ténonienne

- 10 ml de lignocaïne à 2 %
- 1 seringue de 10 ml
- 1 canule sous-ténonienne
- Ciseaux de Westcott

Matériel pour la ponction/biopsie de vitré

- 1 aiguille de calibre 23 ou 25
- 1 seringue de 5 ml
- 1 compas de mesure

Matériel pour la préparation des injections d'antibiotiques

- 1 flacon de 500 mg de vancomycine ou 1 flacon de 500 mg (250 mg/ml) d'amikacine
- 1 flacon de 500 mg de ceftazidime
- 3 x 10 ml de chlorure de sodium injectable à 0,9 % (sérum physiologique)

Technique : comment réaliser une ponction de vitré

- Respecter les règles de l'asepsie chirurgicale et mettre en place un champ opératoire.
- Instiller un antibiotique local, ainsi que de la povidone iodée à 5 %.
- Réaliser une anesthésie sous-conjonctivale ou sous-ténonienne.
- Insérer l'aiguille (calibre 23 ou 25) à 4 mm en arrière du limbe (si yeux phatiques) ou à 3,5 mm derrière le limbe (si yeux aphaques ou pseudophaques) jusqu'au milieu de la cavité vitréenne, en la dirigeant vers la papille optique (à environ 7-8 mm de profondeur). Viser à aspirer 0,3 ml à 0,5 ml de vitré.

Antibiotiques

Premier choix :	OU	Deuxième choix :
• vancomycine 1 mg dans 0,1 ml		• amikacine 400 µg dans 0,1 ml
et		et
• ceftazidime 2 mg dans 0,1 ml		• ceftazidime 2 mg dans 0,1 ml

Attention : Utiliser une seringue et une aiguille de calibre 30 neuves pour chaque nouveau médicament. Ne pas mélanger les médicaments dans une même seringue.

- 4 seringues de 10 ml
- 2 seringues de 5 ml
- 2 seringues de 1 ml
- 1 pot stérile (pour l'amikacine)
- 6 aiguilles de calibre 21 pour préparer les antibiotiques
- 2 aiguilles de calibre 30 pour les injections intravitréennes.

Consignes pour la préparation des injections d'antibiotiques

Vancomycine 1 mg/0,1 ml

- Reconstituez le flacon de 500 mg avec 10 ml de solution isototonique salée.
- Prélevez la totalité des 10 ml avec une seringue de 10 ml.
- Réinjectez 2 ml de cette solution dans le flacon.
- Complétez jusqu'à 10 ml avec 8 ml de solution isototonique salée (10 mg/ml).
- Prélevez 0,1 ml de cette solution avec une seringue de 1 ml (1 mg/0,1 ml).

Amikacine 400 µg/0,1 ml

- Prélevez 1,6 ml d'amikacine avec une seringue de 10 ml (250 mg/ml).
- Complétez jusqu'à 10 ml dans la seringue avec de la solution isototonique salée.
- Jetez 9 ml de cette préparation et, toujours dans la seringue, complétez le 1 ml restant jusqu'à 10 ml avec de la solution isototonique salée.
- Transférez cette solution dans un pot stérile et, avec une seringue de 1 ml, prélevez 0,1 ml de cette solution (400 µg/0,1 ml).

Ceftazidime 2 mg/0,1 ml

- Reconstituez le flacon de 500 mg avec 10 ml de solution isototonique salée.
- Prélevez la totalité des 10 ml avec une seringue de 10 ml.
- Réinjectez 2 ml de cette solution dans le flacon.
- Complétez jusqu'à 5 ml en ajoutant dans le flacon 3 ml de solution isototonique salée (20 mg/ml).
- Prélevez 0,1 ml de cette solution avec une seringue de 1 ml (2 mg/0,1 ml).

Pour en savoir plus

ESCRS Endophthalmitis Study Group. Prophylaxis of postoperative endophthalmitis following cataract surgery: results of the ESCRS multicenter study and identification of risk factors. *J Cataract Refract Surg* 2007;33:978-988.

Endophthalmitis Vitrectomy Study Group. Results of the Endophthalmitis Vitrectomy Study. A randomized trial of immediate vitrectomy and of intravenous antibiotics for the treatment of postoperative bacterial endophthalmitis. *Arch Ophthalmol* 1995;113:1479-1496.

KÉRATITE D'EXPOSITION

Traitement d'urgence : kératite d'exposition



Wanjiku Mathenge

Ophthalmologiste chef de clinique et directrice de la recherche et de la formation, Rwanda National Institute of Ophthalmology et Dr Agarwal's Eye Hospital, Kigali, Rwanda.

Une kératite d'exposition peut entraîner la destruction de la cornée et aboutir à la cécité si elle n'est pas traitée rapidement.

La kératite d'exposition est une atteinte cornéenne due à la sécheresse causée par une occlusion palpébrale incomplète ou inadéquate (qui entraîne la diminution ou disparition du film lacrymal). Cette affection est généralement bénigne et facile à traiter, mais peut toutefois devenir une urgence ophtalmologique dans les situations suivantes :

- Occlusion palpébrale incomplète chez un patient inconscient dans une unité de soins intensifs.
- Patient présentant une paralysie faciale qui touche les paupières (paralysie palpébrale).
- Patient présentant une hémorragie soudaine en arrière du globe (par ex. après une anesthésie péribulbaire ou rétrobulbaire).
- Patients présentant une affection (par ex. tumeur) qui pousse le globe vers l'avant et rend l'occlusion palpébrale impossible (lagophtalmie).
- Après une lésion grave des paupières (particulièrement la paupière supérieure), par ex. traumatisme, brûlure ou fibrose après un zona ophtalmique.
- Lorsque la sensibilité de la cornée est réduite (par ex. après un zona ophtalmique). Le risque d'exposition est alors particulièrement important.

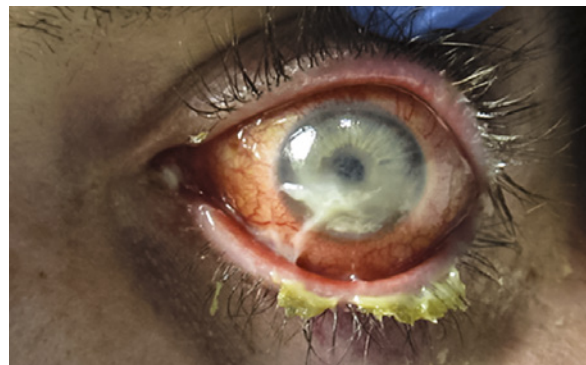
Si la kératite devient grave, il y a de très fortes chances qu'elle entraîne une cécité irréversible en l'espace de quelques heures ou quelques jours ; il faut donc la prendre en charge immédiatement.

Signes et symptômes

Dans les cas graves on note une sécheresse de la cornée, pouvant entraîner une ulcération cornéenne, voire une perforation. Les patients peuvent se plaindre des symptômes suivants : douleur ou irritation, sensation de corps étranger et/ou de brûlure, vision trouble, larmoiement, rougeur oculaire et sensibilité à la lumière.

Examen

Évaluer la fermeture palpébrale et la sensibilité de la cornée. Réaliser une coloration à la fluorescéine pour détecter la présence éventuelle d'une infection, d'un amincissement, d'une ulcération ou perforation de la cornée.



Kératite grave avec ulcération et kératinisation de la cornée.

Prise en charge

Le traitement vise à recouvrir, protéger et lubrifier la cornée.

En cas d'hémorragie soudaine, réaliser une canthotomie (voir page 6) pour diminuer la pression et permettre la fermeture palpébrale.

En cas de proptose due à d'autres causes, protéger la cornée du risque d'exposition si la fermeture palpébrale est incomplète. Prescrire un collyre lubrifiant (si possible sans conservateurs, pour éviter les effets toxiques éventuels), à instiller fréquemment pendant la journée, ainsi qu'une pommade lubrifiante à appliquer la nuit.

Lorsque le patient ne peut pas fermer les paupières, parce qu'il est inconscient ou en raison d'une paralysie palpébrale, appliquer un gel lubrifiant et occlure les paupières, avec un simple pansement ou avec du sparadrap. Il est également possible de fermer les paupières à l'aide de points de suture temporaires ou de les fermer partiellement en réalisant une tarsorrhaphie temporaire ou permanente¹.

Si l'occlusion palpébrale s'avère impossible en raison d'une perte de substance palpébrale complète ou d'une exophtalmie grave, on peut utiliser une chambre humide pour protéger la cornée. Il est possible d'en réaliser une à moindre frais avec du film plastique.

Quand orienter vers un service spécialisé

Il faut orienter vers un service spécialisé les patients présentant des complications qui menacent leur vision (par ex. ulcération persistante, kératite microbienne, perforation et taie cornéenne), ainsi que les patients présentant une exposition cornéenne et une diminution de la sensibilité de la cornée.

Protéger les patients inconscients

Prendre contact avec le personnel du service de soins intensifs, leur expliquer le risque d'exposition et encourager la détection et l'orientation précoces. Prescrire un collyre ou une pommade lubrifiant(e) à tous les patients à risque.

Pour en savoir plus

Rajak S, Rajak J, Selva D. Réalisation d'une tarsorrhaphie. *Rev Santé Oculaire Comm* 2016; vol 13 n°16 : 13-15.