

Mr. C, 75 ans consulte pour une baisse de vision. Il a un diabète de type 2 découvert 5 ans plus tôt. Il est traité par un collyre bêta-bloquant depuis 10 ans. Dans les antécédents familiaux on retrouve un glaucome chronique chez le père et la sœur. Son acuité visuelle corrigée des trois dernières années s'est dégradée progressivement. Oeil droit : 8/10 Parinaud 2, puis 7/10 P2, puis 6/10 P2 Oeil gauche : 9/10 Parinaud 2, puis 7/10 P2, puis 6/10 P2. Vous trouvez une acuité visuelle à 5/10 avec -1,50 (-1,25 à 80°) Parinaud 3 avec une addition de +3 à droite et 4/10 avec -2,50 (-1,50 à 95°) Parinaud 3 avec une addition de +3 à gauche. La pression intraoculaire est à 17mmHg à droite et 19mmHg à gauche. A l'examen biomicroscopique la cornée est claire, le cristallin est épaissi, dense et opacifié au centre. Le fond d'oeil est normal. Le champ visuel automatisé montre un discret déficit diffus avec un scotome modéré en para-central.

1. Quelles pathologies ophtalmologiques présente ce patient ?

Glaucome (2)

Cataracte (2)

2. Quels sont les facteurs de risque respectifs de ces pathologies retrouvés dans ce dossier ?

Glaucome : Âge, antécédents familiaux (1)

Cataracte : Âge, diabète (1)

3. Quelle est l'amétropie sphérique de ce patient ? Quelles peuvent être les origines de cette amétropie ?

Myopie axiale (1)

Myopie d'indice liée à la cataracte nucléaire (1)

4. Quelle est la cause du scotome central retrouvé sur le champ visuel ?

Glaucome (1)

5. Que proposez-vous au patient pour améliorer sa vision ?

Opérer la cataracte de l'oeil gauche (3)

6. Quels sont les grands principes de ce traitement ?

Extraction extracapsulaire (phacoémulsification du cristallin) (1)

Implant de chambre postérieure (1)

Anesthésie locale/topique (1)

7. Deux jours après la réalisation du traitement proposé, le patient revient en urgence pour des douleurs de l'oeil gauche avec une baisse de la vision à 1/10. A l'examen biomicroscopique, il existe un hypopion et le fond d'oeil n'est pas visualisable. Quelle complication suspectez-vous ?

Endophtalmie (2)

8. Le patient est hospitalisé et traité pour cette complication. L'évolution est favorable et l'acuité visuelle remonte progressivement à 8/10 Parinaud 2. Deux ans plus tard l'acuité visuelle se dégrade à nouveau progressivement à 5/10 P3. L'oeil est blanc, la pression intraoculaire normale et le fond d'oeil également normal. Le champ visuel est stable. Quelle est l'origine probable de cette baisse de vision ? Quel traitement proposez-vous ?

Opacification capsulaire secondaire, cataracte secondaire (2)

Capsulotomie au laser YAG œil gauche (1)

Questions en vrac :

1) Quel est le principe de la chirurgie de la cataracte ?

Traitement chirurgical : Phacoémulsification du cristallin par ultrasons (0,5pt)+ implant intraoculaire (0,5pt)

2) Les examens ophtalmologiques éventuellement utiles dans la prise en charge d'un patient diabétique :

Fond d'oeil (1 pt), photographie du fond d'oeil (1pt), angiographie à la fluorescéine (1pt), OCT (ou Optical Coherence Tomography) (1pt)

3) Un patient âgé de 80ans présente une baisse d'acuité visuelle progressive à la lecture, avec un scotome central, sans (?)

A quelle pathologie pensez-vous en premier lieu ?

DMLA sèche ou atrophique (1pt)

4) Dans quelle pathologie rétinienne retrouve-t-on des drusens ?

La maculopathie liée à l'âge, la dégénérescence maculaire liée à l'âge ou DMLA (1 pt pour l'un des 2)

5) Citez deux maladies rétiniennes qui peuvent être traitées par injections intravitréennes d'anti-VEGF

DMLA humide (1)

Oedème maculaire (1)

6) Un sujet âgé de 80 ans présente des céphalées, une baisse d'acuité visuelle soudaine récente et non douloureuse ; une neuropathie optique antérieure aiguë est diagnostiquée aux urgences. Quel est l'examen biologique à réaliser aux urgences ? A quelle pathologie systémique associée pensez-vous ?

-VS ou CRP (1pt)

-Artérite temporale ou maladie de Horton (1pt)