

CORPS ETRANGER INTRA-OCULAIRE

SAU - THIONVILLE
Paul-Arthur Mersch
2015

Patient 55 ans

- Adressé pour œil Gch rouge non douloureux avec flou visuel et sensation de gêne oculaire
- ATCD : dyslipidémie traitée par Crestor 5mg 1/j
- Pas d'ATCD ophtalmologiques particuliers ni suivi
- Survenu après meulage ferraille malgré port lunettes de protection

Examen clinique

- Pas de BAV
- Pas de tbs de l'oculomotricité
- Pupilles intermédiaires et réactives
- Visualisation d'un corps étranger en regard quadrant supéro-interne de l'iris
- Test à la fluorescéine :
ulcération de la cornée en regard du CE

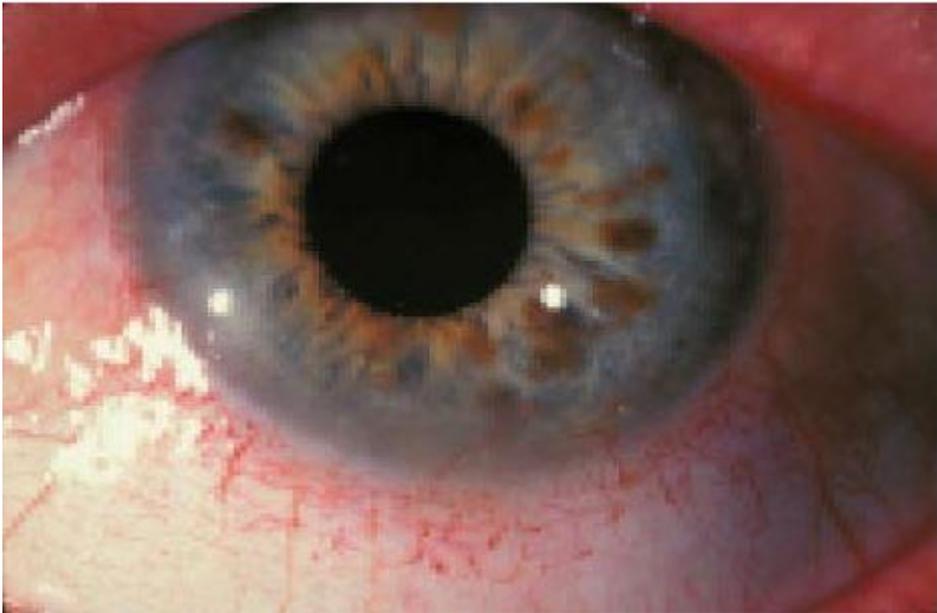


Prise en charge

- Retrait partiel du corps étranger
- Avis ophtalmo
 - Consultation le lendemain pour extraction du CE
 - RAD avec pommade vitamine A

Corps étranger superficiel

- Circonstances de survenue en particulier meulage
- Symptômes unilatéraux :
 - soit conjonctivite : démangeaisons sans baisse d'acuité visuelle, hyperhémie conjonctivale prédominant autour ou en regard du corps étranger, larmoiement
 - soit kératite superficielle : douleurs superficielles et photophobie, cercle périkeratique
- Examen clinique :
 - CE souvent visible, cornéen superficiel ou conjonctival
 - toujours retourner la paupière supérieure
- Traitement :
 - sous anesthésie locale retrait du CE
 - collyre antibio préventif (tobramycine) + pommade vitamine A + pansement occlusif
 - collyre antiseptique 4x/j pendant 1 semaine ± collyre antibiotique
 - contrôle ré-épithélialisation cornéenne à 48h

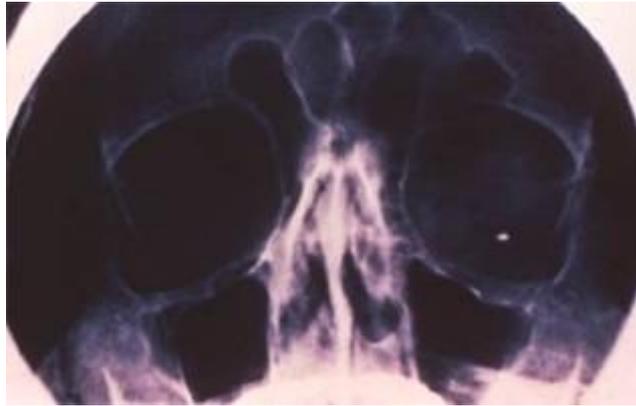


Corps étranger intra-oculaire

- Circonstances de survenue :
 - évidentes : agression par grenaille de plomb, projection d'un corps étranger ferrique par un marteau lors de bricolage, lors du travail sur une pièce métallique - carret de charrue chez l'agriculteur
 - signes cliniques évocateurs :
 - porte d'entrée visible : punctiforme, cornéenne ou sclérale (hémorragie sous-conjonctivale +++)
 - trajet de pénétration visible : perforation cristallinienne et/ou irienne
 - le corps étranger parfois directement visible, sur l'iris, dans le cristallin, dans l'angle irido-cornéen, dans le vitré ou sur la rétine

Corps étranger intra-oculaire

- Parfois moins évident :
 - le traumatisme initial n'a pas été remarqué par le patient
 - aucune porte d'entrée n'est retrouvée
 - ne sont visibles ni le trajet de pénétration ni le corps étranger
- Suspicion de corps étranger intra-oculaire = radiographies de l'orbite de face, de profil, et en incidence de Blondeau confirment la présence d'un corps étranger dans l'orbite (médico-légal +++) puis confirmation par une échographie B
- **CI IRM +++**
- Complications précoces des corps étrangers intraoculaires : elles peuvent révéler un CEIO méconnu, mais peuvent également survenir même après le traitement correctement conduit d'un corps étranger diagnostiqué lors du traumatisme :
 - endophtalmie
 - décollement de la rétine
 - cataracte traumatique
- Complications tardives :
 - ophtalmie sympathique : uvéite auto-immune sévère de l'oeil controlatéral
 - sidérose et chalcose



Signe de Seidel

- Collyre à la fluorescéine peut être instillé sur un globe perforé, et renseigne sur un ulcère de cornée ou sur une plaie perforante
- Pour en savoir plus : [cliquez ici](#)

- Indications opératoires en urgence :
 - plaie du globe (BAV hémorragie sous conjonctival, hyphéma)
 - extraction d'un corps étranger intraoculaire
 - plaie du cristallin
- Groupes à risque :
 - myopie forte
 - ATCD trauma oculaire
 - porteur de lentille
 - diabétique