

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html>: le nom d'utilisateur et le mot de passe sont visioconfCHUVHUG.

## Présentation de cas - Pédiatrie Genève - le 19 juin 2012

### Cas d'ophtalmologie

Cas présentés par les Drs Itty, Caflisch, Mirabaud et discutés par le Dr de Haller

#### 1 ère partie

Cas 1: jeune homme de 14 ans en BSH; découverte lors d'un examen de contrôle d'une anisocorie légère. Un premier ophtalmologue consulté conclut à un syndrome de Claude Bernard Horner (CBH) congénital. Un deuxième ophtalmologue conclut à une anisocorie essentielle.

Cas 2 : garçon de 11 ans, opéré à 8 ans d'un kyste bronchogénique de l'apex pulmonaire. Une anisocorie est découverte lors d'un examen de routine.

Cas 3: garçon de 7 ans, ayant eu un trauma oculaire. Une anisocorie est découverte. L'enfant est déjà suivi en ophtalmo, il est conclu à une anisocorie traumatique.

Discussion des anisocories:

Cas 1) anisocorie de moins de 1 mm, changeante, observée par plusieurs médecins. La probabilité pré-test d'un CBH est faible.

L'examen clinique est très important: aspect de l'anisocorie, variabilité, pas de ptose, pas de lenteur de myosis (la latence signifie une désafférentation sur la voie sympathique)

Cas 2) Il y a eu une chirurgie thoracique, ce qui augmente le risque pour un CBH. Un test à la cocaïne était négatif, ce qui exclut probablement un CBH, des faux négatifs sont possibles.

Test à la cocaïne: du collyre à la cocaïne est instillé. Dans le CBH, il y a blocage sympathique, entraînant une diminution de libération de noradrénaline, et un léger myosis. La cocaïne bloque les récepteurs à la noradrénaline. Il y a dilatation de la pupille saine mais pas d'effet du côté CBH (vu qu'il n'y a déjà plus d'action sympathique).

Cas 3) il y a eu un traumatisme contusif. La mobilité à l'illumination est réduite. Une lésion du sphincter iridien est possible, avec risque d'évolution vers un glaucome. La pupille la plus grande était anormale.

Autre cas: une fillette consulte pour anisocorie, diminution de la vision oculaire à 0,2. La situation semble inquiétante.

Mais en fait l'enfant est en très bonne santé, avec effectivement une anisocorie en situation phototopique (à la lumière). La diminution de la vision était en fait factice, la fillette voulait avoir des lunettes comme sa copine. L'anisocorie était connue depuis la petite enfance.

Syndrome de Claude Bernard Horner: l'anisocorie est nette, de 1 à 2mm; il existe une dilatation lag; il y a un ptosis, plutôt faible de 1 à 2 mm, un ptosis inversé (c'est-à-dire de la paupière inférieure) (et éventuellement une anhidrose faciale, ou un syndrome harlequin)

Le CBH peut être congénital ou précoce, il faut rechercher une hétérochromie iridienne (autres causes hémochromatose, naevus, neurofibromatose), les étiologies sont plus

souvent bénigne que malignes, la cause est le plus souvent inconnue; la chirurgie thoracique, la dissection de l'artère carotidienne ou l'agénésie peuvent être associés. Le CBH peut être acquis lors de parésie du VI ipsilatéral (sinus caverneux), parésie du IV controlatéral (lésion mésencéphale); lors de nodules de Lisch, de taches café au lait il faut rechercher une neurofibromatose; lors de douleurs. Il faut rechercher un processus expansif. Lors de diarrhées, syndrome cérébelleux, opsoclonus, il faut rechercher un neuroblastome.

Lors d'une anisocorie en obscurité: y a-t-il un ptosis de plus de 1mm?

Si oui faire un test collyre, si positif c'est un CBH, si non anisocorie essentielle.

Y a-t-il un dilatation lag? Si oui, faire le test au collyre; sinon, anisocorie essentielle

Lors d'une anisocorie à la lumière (phototopique)

- 1) parésie associée?
- 2) lésions de l'iris
- 3) test pilocarpine diluée
- 4) test pilocarpine non dilué.

Les causes peuvent être une parésie du III, des médicaments, une pupille d'Addie.

L'anisocorie essentielle est souvent de moins de 1mm, changeante; il n'y a pas de dilatation lag, la réactivité est normale.

Test à l'apraclonidine. C'est un médicament du glaucome avec également effet alpha1, entraînant une légère mydriase. Dans le CBH, il n'y a plus de noradrénaline, il y a plus d'effet mydriatique du côté atteint. Le test est plus sensible que le test à la cocaïne. Mais il y a un risque de dépression respiratoire chez l'enfant, il est fortement déconseillée de l'employer avant 6 ans.

## **2 ème partie:**

### **Cas 1**

Fille née en août 2011; à l'âge de 3 semaines consulte pour pleurs, écoulement purulent jaunâtre oculaire. Il est conclu à une sténose du canal lacrymal. A l'âge de 5 semaines, on note une aggravation avec tuméfaction, rougeur des paupières, écoulement purulent. La recherche de Chlamydia est négative. Il est conclu à une dacryocystite, l'enfant est soigné par Fuccithalmic, Augmentin et doit être finalement hospitalisée. Un Staph aureus est identifié, un drainage chirurgical est effectué. Par la suite l'enfant rechutera 6 fois. Il est finalement décidé de faire une intervention thérapeutique (Dacryo-cysto-rhinotomie) (DCR), pour établir une connexion avec les cavités nasales

La dacryocystite n'est pas un problème fréquent; cela signifie une pathologie des voies lacrymales; des problèmes septiques potentiellement sérieux sont possibles.

La DCR est déconseillée avant 2 ans. Néanmoins cet enfant a du être opéré à 8 mois. C'est une situation rare pour un problème assez fréquent (non perméabilisation des voies lacrymales). La perméabilisation du canal lacrymal se fait normalement lors de la vie foetale, ou s'ouvre peu après la naissance. Parfois cela peut prendre plus de temps.

Faut-il perméabiliser les voies lacrymales?

L'attitude actuelle est plutôt d'attendre.

Un sondage des voies lacrymales avait été proposé, à faire au cabinet, sans anesthésie. Mais l'évolution spontanée est en générale bonne (dans plus de 80% des cas), donc beaucoup d'interventions n'étaient pas utiles, Le sondage est fait dans des situations exceptionnelles. En général, il est préférable d'attendre jusqu'à l'âge de 2 ans, sauf s'il y a des infections à répétition.

Le massage du coin de l'oeil est recommandé, 10 massages 2 x par jour.

## Cas 2

Cas d'une adolescente vue pour une conjonctivite persistante. Un frottis est fait, qui revient positif pour Chlamydia trachomatis. Le test de grossesse était négatif. Le Chlamydia trachomatis est considéré comme une MST. La recherche dans les urines était négative, de même que gonocoque. La question est de savoir comment cette infection a pu être contractée.

Finalement, après avoir été mise en confiance et sous couvert du secret médical, elle avoue avoir eu une relation sexuelle orale, et elle a attrapé le germe suite à une éjaculation faciale.

(le chlamydia doit être recherché en cas de conjonctivite persistante plus que 3 semaines ou avec aspect folliculaire)

*Note personnelle: Complément concernant les anisocories pour ceux qui veulent en savoir plus: [www.ophtalmologieconferences.ca/crus/opthcdnfr0910\\_08.pdf](http://www.ophtalmologieconferences.ca/crus/opthcdnfr0910_08.pdf)*

Compte rendu du Dr V. Liberek

[vliberek@bluewin.ch](mailto:vliberek@bluewin.ch)

Transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)