



Mydriase bilatérale

ou “l’antibiotique n’est pas automatique”.

*Vasily SMIRNOV
Dr Catherine VIGNAL*

Fondation ophtalmologique d’Adolphe Rothschild – 2016

Consultation en urgence

- § M. K., 43 ans
- § Etait enrhumé
- § A remarqué lui-même qu'il avait les 2 yeux un peu rouges et des pupilles dilatées
- § Un matin au réveil il y a 10 jours
- § A consulté son ophtalmologiste à Chibrocadron®
- § Rougeur disparue en 2 jours
- § Vision un peu floue et une discrète photophobie persistent

Examen clinique

	OD	OG
Réfraction	-11,25	-11,75
Acuité	9/10 P3lent	9/10 P3lent
PIO	11	10
Ecran: X2/X'4, pas de limitation, pas de nystagmus, PPC 5cm		
FO	Choroidose myopique, sinon normal	Choroidose myopique, sinon normal

Examen des pupilles

	Droite	Gauche
Reflexe photomoteur direct	Absent	Absent
Reflexe photomoteur consensuel	Absent	Absent
Lumière/obscurité	Diamètre inchangé	Diamètre inchangé
Convergence	Diamètre inchangé	Diamètre inchangé
LAF	Aréactive à la forte lumière Régulière Sémi-mydriase SA calme	Aréactive à la forte lumière Régulière Sémi-mydriase SA calme

Examen des pupilles



Hypothèse: médicamenteuse?

A eu une rhinopharyngite qui a guéri en 7j; ne prend aucun traitement depuis 3j

1/ Le matin 7 fois
m
soitelle {
• Cortancyl 20: 2cp avant petit déjeuner
• Izilox: 2cp après petit déjeuner

2/ Le soir (10 fois)

• Derinox: 2 pulvérisation nasale bilatérale
(pus)

• Faire 1 inhalation avec la solution de:

Essence de Pin	} 0,15ml
Essence de Thym	
Essence de Bergamote	
Essence de Niaouli	
Teinture de Benjoin	} 3,5ml
Romarin	
Eucalyptus	

(à suiter 2 café dans 1 bol d'eau
bouillante)

Cortancyl® 40mg – 7j

Izilox® 2cp – 7j

(moxifloxacine)

Derinox® 1pulv.nasale

(prednisolone + naphazoline)

Inhalation avec mixture de:

Essence de **Pin**

Essence de **Thym**

Essence de **Bergamote**

Essence de **Niaouli**

Teinture de **Benjoin**

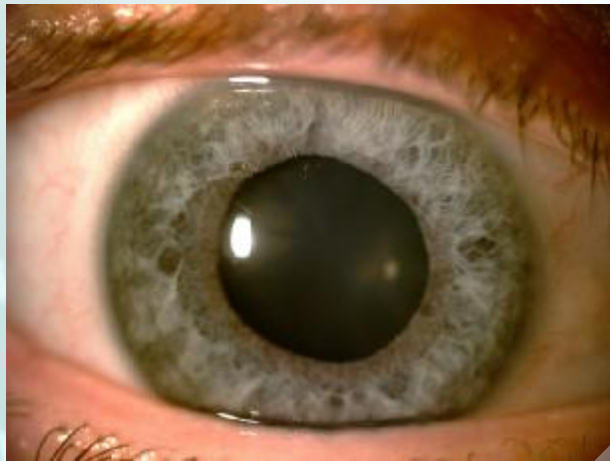
Romarin

Eucalyptus

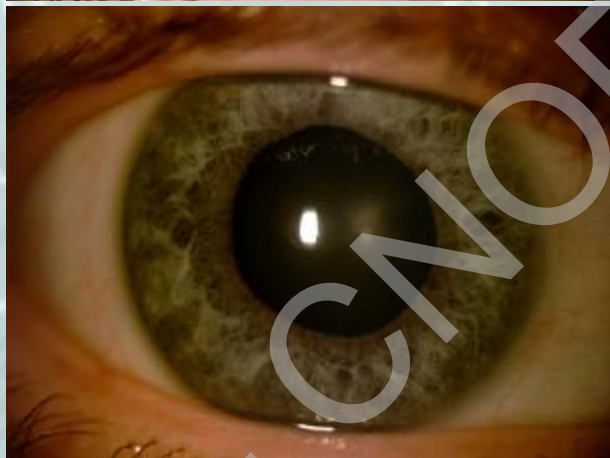
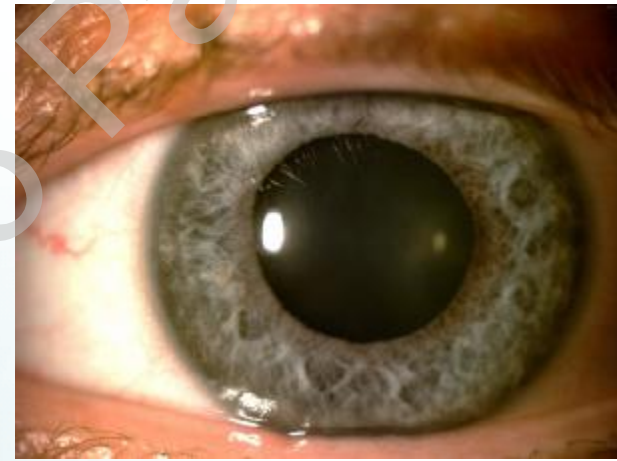
Pas de bombes, aérosols

Pas de collyres autres que Chibrocadron

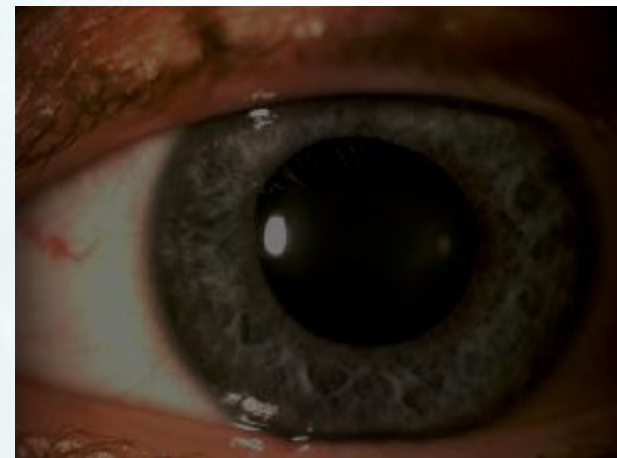
Examen aux collyres: Pilocarpine 1%



AVANT

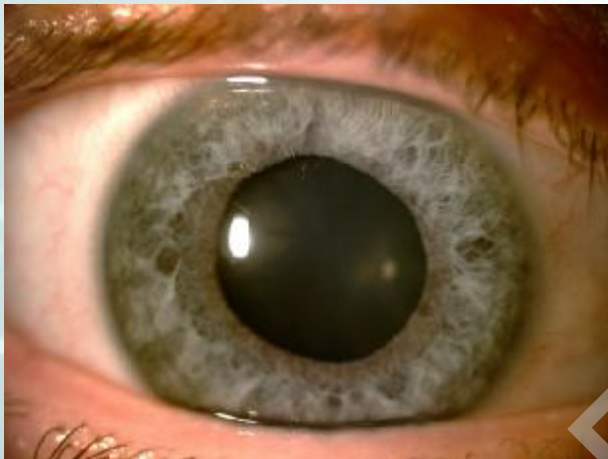


APRES

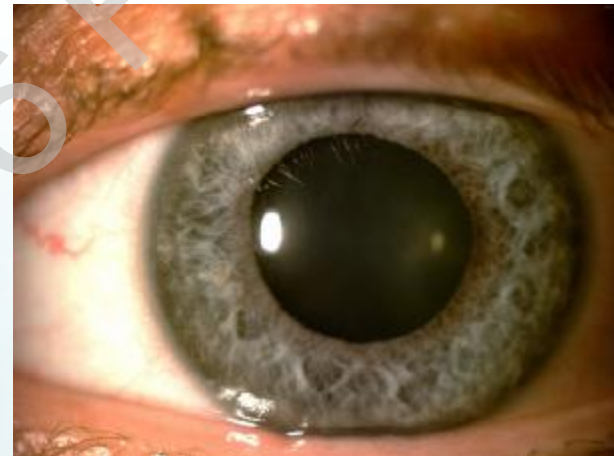


Conclusion: atteinte probablement médicamenteuse, contrôle à 10J

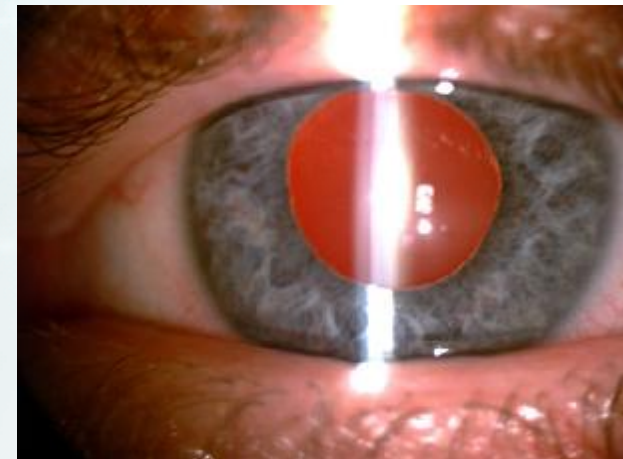
§ IRMc: normale



Initiales



A J10:
Iris fin
Transillumination
diffuse



ETIOLOGIE???

§ INFECTIONS/INFLAMMATIONS locales et générales?

NFS, CRP[1], EPS – normaux, TPHA/VDRL negative, Lyme négatif, anticorps anti-GQ1b négatifs [2]

Et puis enfin oeil calme (segment antérieur et postérieur) !

Pas de troubles gastro-intestinaux. (Botulisme)

Pas d'anomalie à l'examen neurologique. (Miller-Fisher)

§ ISCHEMIQUES locales et générales

Absence de signes d'ischémie du segment antérieur/postérieur

IRM normale [3] (infarctus mésencéphalique)

§ MIGRAINE: mydriase bilatérale réversible

§ MEDICAMENTS (anticholinergiques)

Mais ne prend plus rien!

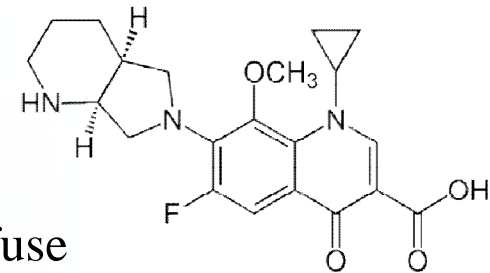
1. Ferrari L et al. Subacute visual loss and bilateral fixed mydriasis: an atypical case of giant cell arteritis. *Neurol Sci.* 2014 Aug;35(8).
2. Sato H et al. Acute isolated bilateral mydriasis: case reports and review of the literature. *Case Rep Neurol.* 2014 Mar 20;6(1).
3. Burns JD. An unusual cause of fixed dilated pupils after cardiac surgery. *Neurocrit Care.* 2008;9(3):370-3.

MERCI AU PHARMACIEN!

(qui a trouvé la cause)

BAIT-syndrome: Bilateral Acute Iris Transillumination [1]

- § Virose respiratoire + prise de moxifloxacine (autres FQ rarement)
- § Uvéite antérieure aiguë a minima spontanément résolutive
- § Semi-mydriase bilatérale aréactive
- § Iris très fin, atrophique
- § Dispersion pigmentaire massive avec transillumination diffuse
- § Pic de PIO au moment de la dispersion, PIO stable ensuite
- § Stabilité des modifications iriennes sans aucune récupération de la motilité intrinsèque[2]



1. Tugal-Tutkin I. et al. Bilateral acute iris transillumination. *Arch.Ophthalmol*, 2011;129(10).

2. Tutgal-Tutkin I et al. BAIT: report of 26 new cases and four-year follow-up of two patients. *Ophthalmol*, 2009;116(8).

BAIT-syndrome

- § Affection auto-limitée même en l'absence de traitement[1]
- § Mécanisme probable : prédisposition immunologique (HLA B51 chez 40%) + virus + fluoroquinolone à Epithélite pigmentaire irienne desquamative[1,2]

- § Notre patient était surdosé en moxifloxacine (dose recommandée 400mg/jour[3] soit 1 cp; 800 mg étaient prescrits)
- § Déclaration à la pharmacovigilance
- § Proposition des verres solaires et des lentilles de contact à iris peint

1. Grant Morshedi R. et al. Bilateral acute iris transillumination following systemic moxifloxacin for respiratory illness. *Ocular Immunol Inflamm*, 2012; 20(4)
2. Hinkle DM et al. Bilateral uveitis associated with fluoroquinolone therapy. *Cutan Ocul Toxicol*, 2008;8.
3. VIDAL 2015.

Antibiotique n'est pas automatique!



Merci pour votre
attention!