

## FICHE D'OBSERVATION D'UNE ENDOPHTALMIE POST-OPERATOIRE

### I - IDENTIFICATION

Hôpital ou clinique :

1

Thérapeute de l'endophtalmie : Dr

2

Opérateur de l'intervention initiale : Dr

21

- Malade (trois 1<sup>ère</sup> lettres) :

3

Nom --- --- ---

Prénom -----

Age :

4

Sexe :

5

### II - CARACTERISTIQUES CLINIQUES PRE OPERATOIRES

Le patient a-t-il reçu la fiche d'information de la S.F.O. ?

6

OUI

NON

- L'a-t-il signé ?

61

OUI

NON

- Le patient a-t-il reçu à la sortie de son hospitalisation une notice d'information précisant "les symptômes l'amenant à consulter d'urgence, en cas de suspicion d'endophtalmie" ?

62

OUI

NON

Traitement antérieur (le mois précédent) ou en cours

- Corticoïdes généraux

7

OUI

NON

Lequel :

71

Dose (mg/j) :

72

- Immunosuppresseurs

8

OUI

NON

Lequel ou lesquels :

81

Pathologie néoplasique (y compris la LLC)

9

OUI

NON

si OUI préciser :

91

Diabète

10

OUI

NON

Si OUI, connu depuis quand :

101

Traitement actuel : - Insuline

102

- Hypoglycémifiants oraux

- Régime seul

<i>Foyer septique identifié</i>	OUI	NON
<sup>11</sup>		
Lequel		
<sup>111</sup>		

*Antécédents ophtalmologiques:*

L'œil a t'il déjà subi une intervention :	OUI	NON
<sup>12</sup>		
Laquelle ?		
<sup>121</sup>		
Antécédent d'endophtalmie sur le même œil ou l'œil adelphe	OUI	NON

### III - ENVIRONNEMENT PER OPERATOIRE DE L'ENDOPHTALMIE

***Si vous n'êtes pas en mesure de remplir ce chapitre concernant l'environnement per opératoire de l'endophtalmie, reportez-vous au préambule et passez directement à la page 6.***

<b>1 - PLAIE PERFORANTE DU GLOBE OCULAIRE</b>	OUI	NON
---	-----	-----

<sup>13</sup>

Si OUI

<i>a - Existence d'un corps étranger intra-oculaire</i>	OUI	NON
---	-----	-----

<sup>131</sup>

*b - Nature du corps étranger*

<sup>132</sup>

<b>2 - CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE</b>	OUI	NON
--------------------------------------	-----	-----

<sup>14</sup>

<i>a - de la cataracte</i>	OUI	NON
----------------------------	-----	-----

<sup>15</sup>

- Nature de la cataracte : <sup>151</sup>

Congénitale	<input type="checkbox"/>
Sénile	<input type="checkbox"/>
Myopie forte	<input type="checkbox"/>
Uvéite	<input type="checkbox"/>
Iatrogénique	<input type="checkbox"/>
Traumatique	<input type="checkbox"/>
  
- Technique : <sup>152</sup>

Intra capsulaire	<input type="checkbox"/>
Extra capsulaire - manuelle	<input type="checkbox"/>
- PKE	<input type="checkbox"/>
Implantation secondaire	<input type="checkbox"/>
Changement d'implant	<input type="checkbox"/>
  
- Type de l'incision : <sup>153</sup>

Cornéenne	<input type="checkbox"/>
Cornéo-sclérale	<input type="checkbox"/>
  
- Siège de l'incision : <sup>154</sup>

Supérieure	<input type="checkbox"/>
Temporale	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>
  
- Siège de contre-incision : <sup>155</sup>

Supérieure	<input type="checkbox"/>
Temporale	<input type="checkbox"/>
Nasale	<input type="checkbox"/>
Inférieure	<input type="checkbox"/>
  
- Taille : <sup>156</sup>

< 3 mm	<input type="checkbox"/>
3-4 mm	<input type="checkbox"/>
> 4 mm	<input type="checkbox"/>

> 5 mm

• Suture de l'incision  OUI  NON  
157

• Complications per-opératoires :  OUI  NON  
158

\* Rupture capsulaire  OUI  NON  
1581

si OUI :

- sans vitré

- avec vitré

- chute de fragment de cristallin  
dans le segment postérieur

\* Désinsertion zonulaire  OUI  NON  
1582

si OUI :

- sans vitré

- avec vitré

\* Autres (préciser) :

1583

• La chirurgie de la cataracte a-t-elle été combinée à une autre  
intervention ?  OUI  NON  
159

Laquelle ?

1591

• Modalités d'anesthésie :

- péribulbaire

- sous ténonienne

- topique

- anesthésie générale

• Modalités d'hospitalisation :

- Ambulatoire  OUI  NON  
1510

- Hospitalisation  OUI  NON  
1511

si OUI :

1 jour

2 jours

3 jours ou plus

*b - autres chirurgies à l'origine de l'endophtalmie*

16

- chirurgie du glaucome

- injection intra-vitréenne

- décollement de rétine

- autres (tout acte invasif du globe).....

c - Traçabilité des dispositifs médicaux (DM)

\* Implants intra-oculaires? OUI NON

17

Type :

SA (chambre antérieure) OUI NON

171 - fixation angulaire

- fixation irienne

SP (chambre postérieure) OUI NON

172 - sac

- sulcus

- suturé

- piggy bag

Technique de pose de l'IOL :

173 - Pince

- Injecteur

Matériaux de l'IOL :

174 - tout PMMA

- silicone

- acrylique hydrophile

- acrylique hydrophobe

- hydrogel

- thermoplastique

Modification de surface (II-2-c-4) : OUI NON

176 - héparinée

- fluorée

Traçabilité : Merci de joindre l'étiquette du D.M. ou d'inscrire les références :

\* Autres DM :

- Anneau de tension

- autres

\* Substance visco-élastique (SVE) : OUI NON

177 - cohésive

- dispersive

- mixte

- pas de SVE

Traçabilité : Merci de joindre l'étiquette du D.M. ou d'inscrire les références :

178



- isolement des cils :	OUI	NON
<sup>195</sup> champ collant avec fenêtre	<input type="checkbox"/>	
champ collant à inciser	<input type="checkbox"/>	
stéri-strip	<input type="checkbox"/>	

*f - Traitement local post-opératoire immédiat :*  
<sup>20</sup> Lequel ?

*g - N° d'ordre de passage au bloc opératoire*

## IV - CARACTERISTIQUES CLINIQUES DE L'ENDOPHTALMIE

### 1 - CONDITIONS D'APPARITION

<i>a - traumatisme perforant</i>	OUI	NON
<sup>21</sup>		
1 - date du traumatisme	---	---
<sup>211</sup>		
2 - date du traitement chirurgical	---	---
<sup>212</sup>		
3 - date du début des signes cliniques	---	---
<sup>213</sup>		
<i>b - post-chirurgical</i>	OUI	NON
<sup>22</sup>		
1 - date de l'opération	---	---
<sup>221</sup>		
2 - date du début des signes cliniques	---	---
<sup>222</sup>		
<i>c - Compliance au traitement post-opératoire</i>		
<sup>23</sup>		
Bonne	<input type="checkbox"/>	
Mauvaise	<input type="checkbox"/>	
Indéterminée	<input type="checkbox"/>	

### 2 - SYMPTOMATOLOGIE

a - douleur oculaire	OUI	NON
<sup>24</sup>		
b - œdème palpébral	OUI	NON
<sup>241</sup>		
c - hyperhémie conjonctivale	OUI	NON
<sup>242</sup>		
d - chémosis	OUI	NON
<sup>243</sup>		
e - sécrétions purulentes	OUI	NON
<sup>244</sup>		
f - œdème cornéen	OUI	NON
<sup>245</sup>		
g - abcès stromal	OUI	NON
<sup>246</sup>		
h - Tyndall de la chambre antérieure	OUI	NON
<sup>247</sup>		
coter de 1 à 4 croix :	1 <input type="checkbox"/>	
	2 <input type="checkbox"/>	
	3 <input type="checkbox"/>	
	4 <input type="checkbox"/>	
i - hypopion	OUI	NON
<sup>248</sup>		
j - membrane cyclitique	OUI	NON
<sup>249</sup>		
k - Tyndall vitréen	OUI	NON
<sup>2410</sup>		
coter de 1 à 3 croix :	1 <input type="checkbox"/>	
	2 <input type="checkbox"/>	
	3 <input type="checkbox"/>	

I - FO

2411

analysable	OUI	NON
périphlébites	OUI	NON
éclairable, non analysable	OUI	NON
non éclairable, non analysable	OUI	NON

m - Echographie en mode B

2412

OUI      NON

si OUI, résultats :

n - Acuité visuelle

	Acuité visuelle
PL	2413
CLD	2414
AV/10	2415
AV Parinaud	2416

## V - BACTERIOLOGIE

**NOTE** : pour tout germe retrouvé, prière de joindre une photocopie de l'antibiogramme

### MISE EN EVIDENCE D'UN GERME :

<b>1 - EN PRE OU EN PER OPERATOIRE DE L'ACTE CHIRURGICAL INITIAL</b>	OUI	NON
si OUI, germe(s) retrouvé(s) lequel (s) :		
-	- au direct	<input type="checkbox"/>
-	- à la culture	<input type="checkbox"/>
<b>a - Frottis conjonctival pré-opératoire</b> 251	OUI	NON
<b>b - Prélèvement(s) sur table lors de l'intervention initiale</b> 252	OUI	NON
• 2522		
<b>c - en cas de traumatisme, le frottis a-t-il été fait au bord de la plaie ?</b> 2524	OUI	NON
<b>2 - LORS DE L'ENDOPHTALMIE</b>		
<b>a) Frottis conjonctival</b> 253	OUI	NON
si OUI, germe(s) retrouvé(s) lequel (s) :		
-	- au direct	<input type="checkbox"/>
-	- à la culture	<input type="checkbox"/>
<b>b) Ponction de chambre antérieure</b> 26	OUI	NON
	Date	__ __ __
	261	
Germe retrouvé 262	OUI	NON
si OUI, germe(s) retrouvé(s) :		
- au direct	<input type="checkbox"/>	
- à la culture	<input type="checkbox"/>	
<b>c) Prélèvements vitréens et/ou vitrectomie</b> 27	OUI	NON
	Date	__ __ __
	271	
Ponction aspiration	<input type="checkbox"/>	
Biopsie du vitré	<input type="checkbox"/>	
Prélèvement au cours d'une vitrectomie 272	<input type="checkbox"/>	
si OUI, germe(s) retrouvé(s) :		
- au direct	<input type="checkbox"/>	
- à la culture	<input type="checkbox"/>	

## VI - ATTITUDE THERAPEUTIQUE

- **DELAI** entre les premiers signes fonctionnels et l'injection intra-oculaire  
(*merci d'indiquer votre réponse en heures*) :

..... heures  
28

### 1 - ANTIBIOTHERAPIE

OUI NON

29

#### a - VOIE LOCALE

##### 1 - Collyre

OUI NON

30

Date d'instauration

— — —

301

Antibiotique(s) :

302

Protocole et durée du traitement :

303

##### 2 - sous-conjonctivale

OUI NON

31

Date d'instauration

— — —

311

Antibiotique(s) :

312

Protocole et durée du traitement :

313

##### 3 - Voie intra-oculaire

OUI NON

32

#### \* Injection(s) en chambre antérieure

OUI NON

321

#### ➔ 1<sup>ère</sup> Injection :

Nature et concentration du ou des antibiotique(s) :

322

Vancomycine Vancocine® .....

Ceftazidime Fortum® .....

Amikacine Amiklin® .....

Gentamicine Gentalline® .....

Autres .....

Date d'injection

— — —

323

→ Avez-vous réalisé **une 2<sup>ème</sup> injection ?** OUI NON

33

Nature et concentration du ou des antibiotique(s) :

331

Vancomycine Vancocine® .....

Ceftazidime Fortum® .....

Amikacine Amiklin® .....

Gentamicine Gentalline® .....

Autres .....

Date d'injection

332

— — —

→ Avez vous réalisé **une 3<sup>ème</sup> injection ?** OUI NON

34

Nature et concentration du ou des antibiotique(s) :

341

Vancomycine Vancocine® .....

Ceftazidime Fortum® .....

Amikacine Amiklin® .....

Gentamicine Gentalline® .....

Autres

Date d'injection

342

— — —

→ Avez vous réalisé **des injections supplémentaires ?**

35

Protocoles et dates :

351

\* **Injections intra-vitreennes**

OUI

NON

36

→ **1<sup>ère</sup> Injection :**

Nature et concentration du ou des antibiotique(s) :

361

Vancomycine Vancocine® .....

Ceftazidime Fortum® .....

Amikacine Amiklin® .....

Gentamicine Gentalline® .....

Autres .....

Date d'injection

362

— — —

→ Avez vous réalisé **une 2<sup>ème</sup> injection ?** OUI NON

37

Nature et concentration du ou des antibiotique(s) :

371

Vancomycine Vancocine® .....

Ceftazidime Fortum® .....

Amikacine Amiklin® .....

Gentamicine Gentalline® .....

Autres .....

Date d'injection

372

— — —

→ Avez vous réalisé **une 3<sup>ème</sup> injection ?** OUI NON

38

Nature et concentration du ou des antibiotique(s) :

381

Vancomycine Vancocine® .....

Ceftazidime Fortum® .....

Amikacine Amiklin® .....

Gentamicine Gentalline® .....

Autres .....

Date d'injection

382

— — —

→ Avez vous réalisé **des injections supplémentaires ?**

39

Protocoles et dates :

391

b - VOIE SYSTEMIQUE

40

OUI

NON

Date d'instauration

401

— — —

Antibiotique(s) :

402

Protocole et durée du traitement :

403

## 2 - CORTICOTHERAPIE

41

### a - Voie locale

411

Date d'instauration

412

Lequel :

413

Posologie :

414

Durée du traitement :

415

OUI

NON

OUI

NON

—

—

—

### b- voie intra-oculaire

42

Date d'instauration

421

Lequel :

422

Posologie :

423

OUI

NON

—

—

—

### c - Voie sous-conjonctivale

43

Date d'instauration

431

Lequel :

432

Posologie :

433

Nombre d'injections :

434

OUI

NON

—

—

—

### d - Voie latéro-bulbaire

44

Date d'instauration

441

Lequel :

442

Posologie :

443

Nombre d'injections :

444

OUI

NON

—

—

—

### e - Voie générale

45

Date d'instauration

451

Lequel :

452

Mode d'administration :

- flash IV

453

- per os

454

Posologie :

455

Durée du traitement :

456

OUI

NON

—

—

—

OUI

NON

OUI

NON

### 3 - VITRECTOMIE

<sup>46</sup>

a - Date

<sup>461</sup>

b - En première intention

<sup>462</sup>

c - En seconde intention

<sup>463</sup>

Pourquoi ?

<sup>4631</sup>

OUI

NON

— — —

OUI

NON

OUI

NON

### VII - COMPLICATIONS

<sup>47</sup>

Phtisie

Décollement de rétine

Membrane épirétinienne

Ablation de l'implant

Remplacement de l'implant

Décompensation cornéenne

Autres gestes chirurgicaux

Lequel

### VIII - EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES

Avez-vous réalisé des examens complémentaires pour juger du résultat final ?

<sup>48</sup>

OUI

NON

Angiographie

OUI

NON

<sup>481</sup> Si OUI, résultat :

OCT

OUI

NON

<sup>482</sup> Si OUI, résultat :

Echographie

OUI

NON

<sup>483</sup> Si OUI, résultat :

Autres

OUI

NON

<sup>484-</sup> Si OUI, résultat :

### IX - RESULTATS

	Acuité visuelle finale à 3 mois
PL	<sup>49</sup>
CLD	<sup>49</sup>
AV/10	<sup>49</sup>
AV Parinaud	<sup>491</sup>

**Merci d'adresser le questionnaire à l'O.N.D.E. à l'adresse ci-après :**

Observatoire National des Endophtalmies, service d'Ophtalmologie,

C.H.I. Villeneuve-Saint-Georges 40 allée de la Source 94190 VILLENEUVE-SAINT-GEORGES Cedex