|  |  |
| --- | --- |
| **Soumission N°** | ## |
| **Date du Dépôt** |  |
| **Auteur** | abdi rhizlane |
| **Co-Auteurs** |  |
| **Évaluateurs** | ### |

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre** | **Recommandations détaillées pour la gestion des abcès de cornée fongiques** |
| [**Code CIM\_11**](https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/fr#868865918) « **OMS** » | **H16.8** |

**Instructions aux auteurs/ évaluateurs**

**Recommandation=**

Instruction à Usage Pratique pour l’Ophtalmologiste « à faire / ou ne pas faire devant son patient ».

**Codage des Recommandations**

Ex : 9….\_**RD1**\_**25**

|  |  |
| --- | --- |
| **9….** | [Code CIM\_11](https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/fr#868865918) « Classification Internationale **OMS** » |
| **RD** | Recommandation diagnostique |
| **RT** | Recommandation Thérapeutique |
| **RS** | Recommandation Suivi |
| **RP** | Recommandation Préventive |
| **1 2 3 …** | Numéro de Recommandation |
| **25** | Année de Publication 2025 |

*Le Codage est un Référentiel Unique d’une Recommandation.*

**Notation d’une Recommandation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| +++++ | Obligation médico-Légale | ----- | Faute médicaux-Légale |
| ++++ | Obligatoire | ---- | À éviter ; contre indiqué |
| +++ | Fortement Recommandé | --- | Déconseillé |
| ++ | Recommandé | -- | Non Recommandé |
| + | Souhaitable | - | Pas nécessaire |
| 0 | Pas de consensus | 0 | Discutable |

**R\_Diagnostique**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Code** | **Recommandation** | **Notation** |
| H16.8\_RD1\_25 | Suspecter un abcès de cornée fongique devant:  - un infiltrat cornéen gris-blanc, flou, avec hypopyon ou anneau stromal chez un patient avec antécédents de traumatisme oculaire ou port de lentilles | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RD2\_25 | Réaliser un examen à la lampe à fente avec colorants et test à la fluo:  - pour évaluer l’étendue de l’infiltrat, la profondeur et la présence d’un défect épithélial. | +++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RD3\_25 | Effectuer un prélévement cornéen pour culture fongique et PCR fongique | +++++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RD4\_25 | Utiliser une tomographie par cohérence optique (OCT) antérieure pour évaluer la profondeur de l’infiltrat, l’amincissement cornéen et le risque de perforation | +++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RD5\_25 | Rechercher les facteurs de risque (traumatisme,port de lentilles de contact, corticothérapie, diabète) via un interrogatoire et un bilan systémique (glycémie, statut immunitaire). | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RD6\_25 | Vérifier l’absence d’atteinte intraoculaire (endophtalmie fongique) par échographie B en cas d’opacification cornéenne sévère ou hypopyon important | +++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RD7\_25 | Éviter un diagnostic présomptif sans confirmation microbiologique, sauf en cas d’urgence clinique avec risque imminent de perforation. | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RD8\_25 | Penser à une co-infection bactérienne ou virale en cas d’aggravation sous antifongiques seuls. | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RD9\_25 | Rechercher une kératite à Fusarium ou Aspergillus en cas d’évolution rapide, d’aspect plumeux, ou d’échec au traitement empirique. | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RD10\_25 | Répéter les prélèvements si la première culture est négative mais que la suspicion clinique est forte. | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RD ..\_25 | Utiliser la microscopie confocale cornéenne :  -Utile pour visualiser des filaments fongiques typiques  - Permet un diagnostic plus rapide avant les résultats de culture ou de PCR. | + |
| *Évaluation* |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **R\_Diagnostique** |
| **Contribution et expertise de l’évaluateur** |  |

**R\_Thérapeutique**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Code** | **Recommandation** | **Notation** |
| H16.8\_RT1\_25 | instaurer un traitement antifongique topique intensif (ex. natamycine 5% ou voriconazole 1% toutes les heures) dès la suspicion d’abcès fongique, ajusté après résultats microbiologiques. | ++++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RT2\_25 | Envisager un antifongique systémique (ex. voriconazole oral 200 mg x2/j, fluconazole 400 mg/j) pour les abcès profonds, les hypopyons ou les suspicions d’endophtalmie. | +++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RT3\_25 | Réaliser un débridement épithélial initial pour améliorer la pénétration des antifongiques topiques. | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RT4\_25 | Prescrire un collyre mydriatique (ex. atropine 1%) pour prévenir les synéchies et soulager la douleur. | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RT5\_25 | Envisager une greffe cornéenne thérapeutique (kératoplastie perforante) pour les abcès réfractaires ou à risque de perforation. | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RT6\_25 | Éviter les corticoïdes topiques ou systémiques en phase aiguë de l’infection fongique. | --- |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RT7\_25 | Considérer une injection intra-camérulaire de voriconazole (50 µg/0,1 mL) pour les abcès profonds avec atteinte de la chambre antérieure. | + |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RT8\_25 | Éviter les collyres antifongiques avec conservateurs pour un usage prolongé. | --- |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RT9\_25 | Ne pas interrompre les antifongiques avant cicatrisation complète de l’épithélium et disparition totale de l’infiltrat stromal. | +++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RT10\_25 | Envisager le cross-linking cornéen (CXL) en complément du traitement médical dans les kératites fongiques superficielles, non perforantes et réfractaires.. | + |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RT..\_25 | ministrer des antibiotiques topiques (ex. fluoroquinolone) en cas de co-infection bactérienne confirmée ou suspectée. | ++ |
| *Évaluation* |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **R\_Thérapeutique** |
| **Contribution et expertise de l’évaluateur** |  |

**R\_Suivi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Code** | **Recommandation** | **Notation** |
| H16.8\_RS1\_25 | Planifier un suivi quotidien initial (1-3 jours) à la lampe à fente pour évaluer la taille de l’infiltrat, l’hypopyon et la réponse au traitement. | +++++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RS2\_25 | Réaliser un OCT antérieure toutes les 1-2 semaines pour surveiller la profondeur de l’infiltrat et l’épaisseur cornéenne. | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RS3\_25 | Réévaluer la fréquence des antifongiques topiques (ex. q1h à q2h) après 5-7 jours en cas d’amélioration clinique (réduction de l’infiltrat). | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RS4\_25 | Définir la guérison par : absence d’infiltrat actif, cicatrisation épithéliale complète, normalisation de l’épaisseur cornéenne sur OCT. | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RS5\_25 | Poursuivre les antifongiques topiques pendant au moins 2 semaines après cicatrisation clinique pour éviter les rechutes. | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RS6\_25 | Documenter les réponses cliniques par photographie à la lampe à fente à chaque visite. | + |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RS7\_25 | Surveiller les effets secondaires des antifongiques systémiques (ex. voriconazole : hépatotoxicité, troubles visuels) par bilan hépatique (ALAT, ASAT) tous les 7-14 jours. | +++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RS8\_25 | Planifier un suivi à long terme (tous les 3-6 mois) après guérison pour détecter des séquelles ( opacité cornéenne)/  pouvant nécessiter une kératoplastie lamellairepeuvent nécessiter une kératoplastie lamellaire | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| \_RS9\_25 |  |  |
| *Évaluation* |  |  |
| \_RS10\_25 |  |  |
| *Évaluation* |  |  |
| \_RS..\_25 |  |  |
| *Évaluation* |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **R\_Suivi** |
| **Contribution et expertise de l’évaluateur** |  |

**R\_Préventive**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Code** | **Recommandation** | **Notation** |
| H16.8\_RP1\_25 | Éduquer les patients sur l’éviction des traumatismes oculaires:  - Recommander des lunettes protectrices pour les agriculteurs ou travailleurs exposés à des matières végétales. | ++++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RP2\_25 | Recommander une hygiène stricte des lentilles de contact: | +++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RP3\_25 | Éviter l’usage de corticoïdes topiques sans diagnostic microbiologique confirmé en cas de kératite suspectée. | +++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RP4\_25 | Surveiller les patients à risque (ex. diabétiques, immunodéprimés, agriculteurs) par des examens ophtalmologiques réguliers. | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RP5\_25 | Prescrire des antifongiques topiques prophylactiques (ex. natamycine) post-traumatisme oculaire dans les zones endémiques pour les champignons.( régions tropicales) | + |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RP6\_25 | Informer les patients des symptômes d’alerte (douleur oculaire, rougeur, baisse visuelle) et de la nécessité d’une consultation urgente. | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RP7\_25 | Éviter l’automédication avec des collyres (ex. antibiotiques, corticoïdes) en cas de symptômes oculaires sans consultation:  car retardent la cicatrisation et aggravent la symptomatologie | +++ |
| *Évaluation* |  |  |
| H16.8\_RP8\_25 | Promouvoir des campagnes d’éducation publique sur les risques fongiques dans les zones rurales ou tropicales. | ++ |
| *Évaluation* |  |  |
| \_RP9\_25 |  |  |
| *Évaluation* |  |  |
| \_RP10\_25 |  |  |
| *Évaluation* |  |  |
| \_RP..\_25 |  |  |
| *Évaluation* |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **R\_Préventive** |
| **Contribution et expertise de l’évaluateur** |  |

**Décision Finale**

**Refuser**

**Retour à l’Auteur pour modification**

**Accepter et publier**

**Évaluateur :**

*Le Journal RMO Remercie Infiniment l’Auteur et l’évaluateur de leurs contributions ;*

*Vos Noms seront affichés une fois l’article publié dans le Journal RMO.ma*

عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ رضي الله تعالى عنه: أَنَّ **رَسُولَ اللَّهِ ﷺ** قَال:

إِذَا مَاتَ ابنُ آدم انْقَطَعَ عَنْهُ عَمَلُهُ إِلَّا مِنْ ثَلَاثٍ:

**صَدَقَةٍ جَارِيَةٍ، أو عِلْمٍ يُنْتَفَعُ بِهِ،** أَوْ وَلَدٍ صَالِحٍ يَدْعُو لَهُ

رَوَاهُ مُسْلِمٌ