

Année 2022

N° : MS101/22

Mémoire de fin d'études

Pour L'obtention du Diplôme National de Spécialité

en : ANESTHESIE-REANIMATION

Intitulé

***INCIDENCE ET FACTEURS DE RISQUE DES
KERATOPATHIES D'EXPOSITION EN MILIEU
DE REANIMATION : A PROPOS DE 91 CAS***

Elaboré par :

Dr Khalid OUAHMANE

Sous la direction du

Professeur Ahmed Wajdi MAAZOUZI

Sommaire

Introduction	1
Matériel et méthodes	3
Résultats	7
I. Etude descriptive	8
1. Caractéristiques épidémiologiques.....	8
2. Données cliniques.....	10
3. Examen ophtalmologique	10
4. Evolution.....	13
II. Etude analytique.....	14
Discussion	15
Conclusion	20
Résumés	22
Références	26

Liste des figures

Figure 1: Lagophtalmie grade 3, un chémosis et une kératite d'exposition grade 4 chez une Patiente intubée admise pour prise en charge d'un traumatisme crânien. 11

Liste des tableaux

Tableau I: Caractéristiques de l'atteinte oculaire des patients de notre série..... 12

Tableau I: Facteurs de risque de survenue de kératopathie d'exposition en analyse univariée et multivariée..... 14



Introduction



Les priorités de gestion du patient gravement malade en réanimation reposent sur les problèmes potentiellement mortels, d'autres problèmes aux conséquences moins immédiates peuvent passer inaperçus. La kératopathie d'exposition (K E), observée chez 37 à 57 % des patients en réanimation, est l'une de ces morbidités "silencieuses". La d ficiance visuelle ou la perte de vision due à la KE, en particulier lorsque des complications secondaires telles qu'une infection de la cornée sont présentes, est un problème grave qui peut survenir si les précautions appropriées ne sont pas respectées et peut entraîner une invalidité à long terme [1].

Les paupières, le film lacrymal, le clignement ainsi que le phénomène de Bell sont les principaux facteurs de maintien de la régularité de la surface oculaire. Toute lésion ou absence d'un de ses mécanismes altère de façon variable la cornée [2].

La définition des kératopathies d'exposition varie dans la littérature, ce qui explique la grande variation des résultats quand à l'incidence et les facteurs de risques de leurs développements [3].

La prise en charge et la prévention de cette pathologie passent d'abord par l'identification des différents facteurs de risque [2].

Objectif

L'objectif de notre étude est de déterminer l'incidence et les facteurs de risque des kératopathies d'exposition au niveau du service de réanimation de l'Hôpital des spécialités de Rabat. Et ceci dans le but d'améliorer la qualité des soins de nos patients et de mettre la lumière sur la prise en charge en globalité du patient dont le pronostic vital est en danger.



Matériel et méthodes



Il s'agit d'une étude prospective observationnelle non interventionnelle type cohorte sur une période de 05 mois concernant les patients admis dans le service de neuroréanimation de l'hôpital de spécialité du centre hospitalier universitaire Ibn Sina de Rabat ayant une capacité de 08 lits.

Nous avons inclus tous les patients hospitalisés pendant plus de 24h au niveau du service de réanimation.

Les patients ont été examinés initialement après 24h de leurs admissions puis quotidiennement à la recherche d'un chémosis, d'une lagophtalmie et d'une kératopathie. L'examen clinique consistait en une inspection et un examen ophtalmoscopique de la surface oculaire avant et après instillation de fluorescéine à l'aide d'un ophtalmoscope par un ophtalmologiste.

Les données ont été recueillies grâce à une fiche d'exploitation préétablie en prenant en compte de plusieurs variables (Age et sexe ; ATCD ; Motifs d'admission et durée de séjour en réanimation ; Traitement et drogues reçus ; Données de l'examen des paupières (position), conjonctives et cornée ; existence d'une kératopathie et sa classification).

Le film lacrymal a été évalué par l'examen du ménisque lacrymal et du T-BUT après fluorescéine. Le film lacrymal était jugé altéré si le ménisque lacrymal était réduit (<1mm) et/ou si le T-BUT était inférieur à 10 secondes.

L'équipe du personnel soignant du service de réanimation appliquait un protocole de soins oculaires qui consistait en une occlusion palpébrale à l'aide de bandelettes adhésives (stéristrips) chez les patients intubés et sédatisés et un lavage au sérum physiologique dès l'admission.

Classifications :

La lagophthalmie a été classée en 3 grades, successivement :

Occlusion palpébrale

Conjonctive exposée

Limbe exposé.

L'atteinte cornéenne classé selon la classification de Mercieca en 6 stades:

Stade 0 : absence d'érosion

Stade 1 : kératite ponctuée superficielle du tiers inférieur de la cornée

Stade 2 : kératite ponctuée superficielle dépassant le tiers inférieur de la cornée

Stade 3 : ulcère macroépithéliale

Stade 4 : infiltration stromale

Stade 5 : ulcère stromal

Stade 6 : kératite microbienne

Le chémosis a été classé en 3 grades :

Absence d'œdème

Œdème sans effet dellen

Œdème avec effet dellen.

L'analyse statistique :

Les données ont été collectées dans un tableur Excel-TM. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS 20 .0.

Une étude descriptive globale de l'ensemble de la population a été réalisée. Les variables quantitatives sont décrites en termes de moyenne +/- écart-type, de médiane accompagnée des valeurs minimales et maximales.

Les variables qualitatives sont décrites en termes de fréquence et de pourcentage. Afin de déterminer les facteurs de pronostic visuel, des analyses bivariées puis multivariées par des modèles linéaires ont été réalisées.

En analyse bivariée, les variables qualitatives (comparaison de fréquence) ont été comparées selon le test du Chi² ou par le test d'exact de Fisher.

L'analyse multivariée a consisté en une régression logistique binaire par méthode ascendante pas à pas. Seules les variables pour lesquelles un $p < 0,05$ en analyse bivariée ont été retenues pour le modèle multivarié. Les odds ratios, leur intervalle de confiance à 95%, et le p sont présentés pour chaque variable significative étudiée.

Pour tous les tests statistiques, une valeur de p inférieure à 0,05 est considérée comme statistiquement significative.



Résultats



Nous avons examiné 91 patients hospitalisés dans le service de réanimation et répondant aux critères d'inclusion.

I. Etude descriptive

1. Caracteristiques epidemiologiques

L'âge moyen des patients était de **47+-20 ans**, 47% des patients étaient âgé de plus de 50 ans. Nous avons noté une légère prédominance masculine.

18,7% des patients étaient hypertendus. La moitié des patients étaient transférés directement du service d'urgence médicale et chirurgicale (**58,2%**). Le principal motif d'admission retrouvé était la détresse neurologique chez 38 patients (**41,8%**), suivi par la gestion post opératoire d'une neurochirurgie (essentiellement les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure **22%**) chez 28 patients (**30,8%**) et enfin un traumatisme crânien dans **26,4%** des cas. Ses données épidémiologiques ont été regroupées sur le **Tableau 1**.

Caractéristiques de la population	n=91
Age *	47+-20 (4 – 83)
<50 ans ^É	44(48,4)
>50 ans ^É	47(51,7)
Sexe ^É	
<i>Féminin</i>	44(48,4)
<i>Masculin</i>	47(51,6)
Mortalité ^É	41 (45,1)
ATCD ^É	
<i>HTA</i>	17(18,7)
<i>Sans ATCD</i>	53(58,8)
Service^É	
<i>urgence</i>	53(58,2)
<i>Neurologie</i>	10(11)
<i>neurochirurgie</i>	28(30,8)
Motif d'admission ^É	
<i>Détresse neurologique</i>	38(41,8)
<i>Gestion post opératoire (neurochirurgie)</i>	28(30,8)
<i>Traumatisme crânien</i>	24(26,4)
Pathologie causale^É	
<i>Tumeur fosse cérébrale postérieure</i>	20(22)
<i>AVCH</i>	20(22)
Durée d'hospitalisation aux urgences (jours)*	2,78+ ₋ 3,08(0-15)
Durée avant l'examen (jours)*	1,44+ ₋ 0,68 (1-3)
Durée de séjour en réanimation (jours)*	10,37+ ₋ 10,06 (2-80)
Ventilation Invasive ^É	77 (84,6)
Patients sédatisés ^É	75(82,4)
Usage de drogues vasoactifs ^É	87(85,7)
Patients sous antibiothérapie^É	59(64,8)
PEP utilisée (mmhg)*	5,51+ ₋ 1,17
Moyenne +₋ écart type*	
Fréquence (Pourcentage) ^É	
ATCD : Antécédents	

Tableau I: Caractéristiques de la population étudiée.

2. Données cliniques

La durée moyenne d'hospitalisation avant l'admission était de **2,8±3,1**.

Les patients ont été examinés en moyenne **1,4±0,7** jours après leurs admissions. La durée moyenne de séjour en réanimation de nos patients était de **10,37±10,06** jours [2-80]. **84,4 %** des patients étaient sous ventilation invasive et **85,7%** étaient sous drogues vasoactifs. **64,8%** des patients étaient sous antibiothérapie. La valeur moyenne de la PEP (pression expiratoire positive) utilisée était de **5,51±1,17** mmHg.

3. Examen ophtalmologique

L'examen journalier des patients retrouvait un film lacrymal altéré chez **41,8%** des patients. Un chémosis a été retrouvé chez **54,9%** des patients. **7,7%** avait un chémosis avec effet dellen. **50,5%** des patients ont développé une kératopathie d'exposition. Une lagophtalmie grade 3 a été retrouvée chez **7,7 %** des patients atteints de kératopathie (**Figure 1**).



Figure 1: Lagophtalmie grade 3, un chémosis et une kératite d'exposition grade 4 chez une Patiente intubée admise pour prise en charge d'un traumatisme crânien.

L'atteinte était bilatérale chez **93,4%** des patients atteints. Six patients présentaient un ulcère macro épithéliale. Un seul patient présentait un ulcère stromal bilatéral et deux patients ont présenté un abcès cornéen bilatéral. Aucune kératopathie d'exposition n'a été retrouvée chez les patients non sédatisés et non intubés.

L'ensemble des données de l'examen ophtalmologique ont été regroupé dans le **Tableau 2**.

Caractéristiques de l'atteinte oculaire	n(%)
Film lacrymal [£]	
<i>Altéré</i>	38(41,8)
Lagophtalmie [£]	
<i>Grade 1</i>	59(64,8)
<i>Grade 2</i>	25(27,7)
<i>Grade 3</i>	7(7,7)
Chémosis [£]	50(54,9)
Chémosis avec effet dellen [£]	7(7,7)
Kératopathie [£]	
<i>Grade 0</i>	45(49,5)
<i>Grade 1</i>	21(23,1)
<i>Grade 2</i>	16(17,6)
<i>Grade 3</i>	6(6,6)
<i>Grade 5</i>	1(1,1)
<i>Grade 6</i>	2(2,2)
Atteinte Bilatérale [£]	85(93,4)
Fréquence (Pourcentage) [£]	

Tableau I: Caractéristiques de l'atteinte oculaire des patients de notre série.

4. Evolution

Les patients atteints de kératopathie d'exposition grade 1, 2 et 3 ont bénéficié de lavage oculaire, d'antibiothérapie, de substituts lacrymaux à base d'acide hyaluronique sans conservateurs et de pommade à base de vitamine A. Une occlusion palpébrale a été effectuée à l'aide de bandelettes adhésives (stéristrips) par le personnel paramédical à chaque soin. L'évolution a été marquée par la cicatrisation épithéliale avec un délai moyens de 4 jours. L'antibiothérapie en collyre (Moxifloxacine) a été poursuivie pendant une durée moyenne de 10 jours chez les patients atteints de kératopathie grade 3.

La cicatrisation épithéliale sans opacité cornéenne a été obtenue chez tous les patients qui présentaient une kératopathie grade 1 à 3. Concernant les patients atteints d'ulcération stromale (Stade 5) et d'abcès de cornée (Stade 6), un traitement à base de collyres fortifiés préparés a été utilisé. L'évolution était favorable avec cicatrisation de l'ulcération stromale et de l'abcès de cornée avec l'apparition de néo-vaisseaux cornéens et de fibrose stromale. L'évaluation à long terme n'a pas été effectuée vue que certains patients ont été perdus de vue et d'autres patients sont malheureusement décédés.

II. Etude analytique

Il n'existait pas d'arguments statistiques en faveur d'une association entre la PEP et le risque de survenue de chémosis : OR : 1,770 (p : 0,2 ; [IC à 95% : 0,738-4,243]) ; Il n'existait pas de relation statistiquement significative avec les deux variables $r=0,135$ avec p à 0,2.

Concernant la corrélation chémosis et lagophtalmie : Il existait une corrélation positive $r=0,426$ d'intensité moyenne avec un $p<0,001$.

Les facteurs de risque de survenue de kératopathie d'exposition : En analyse **univariée** et en ajustant sur les variables, 5 facteurs ont été associés à la survenue de kératopathie d'explosion : l'âge, le chémosis, la lagophtalmie, la durée de séjour en réanimation.

En analyse **multivariée**, seuls le chémosis (OR 25,28 ; IC 3,34-191,5) $p=0,002$, la lagophtalmie (OR 40,83 ; IC 4,34- 383,6) $p=0,001$ et la durée de séjour en réanimation OR 12,28 ; IC 1,47-101,23) $p=0,02$ étaient des facteurs de risque de survenue de kératopathie d'exposition. (**Tableau 3**)

	ANALYSE UNIVARIEE			ANALYSE MULTIVARIEE		
	Odds Ratio	P value	IC � 95%	Odds Ratio	P value	IC � 95%
Age	0,355	0,017	0,152-0,830	0,445	0,287	0,100- 1,974
Chémosis	31,73	0,000	8,396-119,96	25,28	0,002	3,339-191,52
Lagophtalmie	40,31	0,000	8,624-188,44	40,836	0,001	4,347-383,666
Durée de séjour en réanimation	18,20	0,000	4,919-67,34	12,283	0,020	1,476- 102,230
Vent invasive	4,637	0,026	1,198-17,95	0,807	0,807	0,038-12,845
PEP utilisée	1,149	0,742	0,502-2,632			

Tableau II: Facteurs de risque de survenue de kératopathie d'exposition en analyse univariée et multivariée.



Discussion



Le chémosis en milieu de réanimation, également appelé « œil du ventilé » est une complication souvent négligée mais potentiellement grave chez les patients en soins intensifs, résultant des effets physiologiques indésirables de la ventilation mécanique. La ventilation à pression positive et le bandage serré du tube endotrachéal confèrent à une élévation de la pression veineuse jugulaire ce qui compromet le retour veineux des structures oculaires et conduit à une séquestration de liquide dans les tissus périoculaires et à un chémosis. La surcharge liquidienne, le déséquilibre électrolytique, l'hyperperméabilité capillaire et la pression oncotique plasmatique basse secondaire à une hypoprotéïnémie associée à des périodes d'immobilisation prolongées en particulier en position ventrale entraînent le développement d'un œdème facial sévère et d'un chémosis. Les atteintes oculaires associées à la ventilation mécanique sont liées à une pression expiratoire positive (PEP) supérieure à 5 cm H₂O. Cette pression favorise la rétention de sodium et d'eau et aggrave le chémosis.

L'incidence des kératopathies d'exposition varie entre 3,6 % à 60 % chez les patients ayant séjournés dans des unités de soins intensifs en fonction des études [3,4,5,6].

Les facteurs de risque connus de la kératopathie d'exposition en service de soins intensifs ou de réanimation sont tout d'abord des facteurs inhérents aux patients représentés par la perte de conscience et la paralysie faciale. Tous ces facteurs altèrent l'occlusion palpébrale et le clignement et aboutissent à une lagophtalmie [4,5,7]. Le risque est également considérablement augmenté chez les patients présentant un traumatisme crânien et/ou oculaire [6]. L'apparition

précoce du chémosis dans la période postopératoire peut être expliquée par plusieurs facteurs dont la durée de chirurgie, la position de la tête et l'excès d'apport hydrique. Les facteurs inhérents à la ventilation invasive et aux traitements administrés sont représentés par les traitements sédatifs, les bloquants neuromusculaires et la ventilation mécanique [8].

La lagophtalmie est principalement liée au chémosis et l'incidence retrouvée dans notre étude s'approche de celle des autres séries. La lagophtalmie est la principale cause des troubles de la surface oculaire chez les patients en unité de soins intensifs [9]. Mercieca et al. [1] ont rapporté un pourcentage de 75 % de lagophtalmie chez les patients sédatisés. De plus, il a été rapporté que la ventilation mécanique à pression positive augmente le risque de kératopathie d'exposition en provoquant un chémosis et en réduisant la production de larmes [1,8]. Ce risque augmente avec la durée d'hospitalisation, l'existence d'une pathologie sous-jacente ou d'un traumatisme supplémentaire [1,5,8]. Des études ont montré que 60 % des patients intubés-ventilés présentaient une lagophtalmie et sont donc à risque de kératopathie [1].

Les facteurs de risques retrouvés dans les séries sont la sédation, la paralysie neuromusculaire, la lagophtalmie, la défaillance d'organes, la durée de séjour en réanimation et la mortalité pour la série de Imanaka et al. [5]. Dans l'étude de Hernandez et al. [4], les principaux facteurs de risques étaient l'altération de la conscience (GCS).

Divers protocoles de soins oculaires ont été décrits afin de protéger la surface cornéenne chez les patients admis en réanimation, notamment l'utilisation de lubrifiants (méthylcellulose, gel et pommade à base de vitamine

A) et de stér strips, les lentilles bandages, l'utilisation de lunettes à chambre humide ou de chambre humide avec des lunettes de natation, l'humidification des paupières avec de la gaze imbibée d'eau stérile, l'utilisation de couvertures en polyéthylène et tarsorrhaphie et l'utilisation de bouchons méatiques. La surélévation de la tête est aussi recommandée [3]. Cependant, nous n'avons pas trouvé de protocole totalement efficace et/ou standard dans la littérature, et malheureusement, la kératopathie d'exposition se développe toujours chez les patients en soins intensifs. Différentes études ont comparé l'efficacité de ces méthodes de soins dans la prévention des lésions oculaires superficielles et ont montré des résultats parfois contradictoires. Dans l'étude de Lenart et al [10], les soins oculaires avec une pommade lubrifiante selon un horaire régulier et défini a permis de réduire efficacement la prévalence des KE chez les patients sédatisés. Dans l'étude de Babamohamadi et al. [11]., les effets de la pommade à la vitamine A et de la chambre humide dans la prévention des troubles de la surface oculaire ont été comparés, les résultats ont montré que les deux méthodes étaient inefficaces. L'étude de Bendavid [12] a conclu à la supériorité de l'utilisation combinée des lentilles bandages et des bouchons méatiques à l'utilisation des lubrifiants seuls pour arrêter le processus de kératopathie.

Ezra et al. [13] ont comparé les effets des lubrifiants oculaires et des pansements hydrogel de polyacrylamide sur la prévention de la kératopathie d'exposition chez les patients en soins intensifs, les deux méthodes étant efficaces de manière égale. Sivasankar et al. [6] ont objectivé que l'utilisation combinée de lunettes de natation et l'humidification régulière des paupières avec de la gaze imbibée d'eau stérile est plus efficace que l'utilisation combinée de lubrifiants oculaires et de bandelettes adhésives sur les paupières pour prévenir

la kératopathie d'exposition. Pour le traitement de la lagophtalmie en soins intensifs, les résultats de l'étude de Niksereht et al. [9] ont montré que la combinaison d'une couverture en polyéthylène et de gouttes de larmes artificielles peut être efficace pour réduire la gravité de la lagophtalmie. Par conséquent, l'utilisation de cette méthode est recommandée pour les patients admis en unité de soins intensifs.

Une méta-analyse [14] incluant 7 études prospectives randomisées a évalué l'efficacité des chambres humides, des gels aqueux et des larmes artificielles pour la prévention des KE. L'utilisation de chambre humide permettait une réduction de l'incidence des lésions par rapport à la simple lubrification de l'œil. Une réduction du risque avec l'utilisation de chambre humide par rapport aux larmes artificielles. En revanche, la chambre humide n'était pas supérieure à l'application de gel. L'existence de ces différents résultats nous inciterai à faire des études comparatives pour déterminer l'efficacité des différents moyens dans notre contexte.

Limite de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle non interventionnelle qui ne permet pas de décrire un nouveau protocole et ne compare pas entre les différents moyens thérapeutiques. Néanmoins cette étude peut constituer la base d'une recherche ultérieure car elle vise à déterminer les facteurs de risque et l'incidence des kératopathies d'exposition en utilisant un protocole simple de soin en unité de réanimation.



Conclusion



La kératopathie d'exposition est une complication indéniablement grave et fréquente en milieu de réanimation comme le corrobore notre étude. La lagophtalmie et le chémosis sont les deux principaux facteurs de risque. La prévention passe tout d'abord par la sensibilisation du personnel soignant et reposera sur des méthodes accessibles et connues efficaces. Ces moyens peuvent être adaptés au cas par cas. Les patients à risque, les patients intubés, sédatisés, les patients qui présentent une occlusion palpébrale incomplète (lagophtalmie) et la durée longue de séjour en réanimation) nécessitent une surveillance par un personnel qualifié et par un ophtalmologiste entraîné afin de proposer les moyens de prévention adaptés et de traiter si nécessaire toute kératopathie



Résumés



Résumé

Titre : Incidence et facteurs de risque des kératopathies d'exposition en milieu de réanimation :   propos de 91 cas

Auteur : Dr Khalid OUAHMANE

Directeur de thèse : PR A.W.Maazouzi

Mots clefs : Chémosis; Kératopathie d'exposition; Oeil du ventilé; Lagophtalmie.

Les complications cornéennes secondaires à l'exposition représentent un problème grave chez les patients admis dans des unités de soins intensifs qui sont vulnérables. Ce qui peut altérer la fonction visuelle.

Il s'agit d'une étude prospective observationnelle non interventionnelle type cohorte sur une période de 05 mois concernant les patients admis dans le service de réanimation de l'hôpital de spécialité de Rabat ayant une capacité de 08 lits.

 tude réalisée à l'hôpital de spécialité, centre hospitalier universitaire Ibn Sina de Rabat.

Nos résultats étaient semblables à la littérature. L'âge moyen des patients était de 47+-20 ans, 47% des patients étaient  g  de plus de 50 ans. On a noté une légère prédominance masculine.

18,7% des patients étaient hypertendus. La moitié des patients étaient transférés directement du service d'urgence médicale et chirurgicale (58,2%). Le principal motif d'admission retrouvé était la détresse neurologique chez 38 patients (41,8%), suivi par la gestion post opératoire d'une neurochirurgie (essentiellement les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure 22%) chez 28 patients (30,8%) et enfin un traumatisme crânien dans 26,4% des cas.

Il existait une corrélation positive $r=0,426$ d'intensité moyenne avec un $p<0,001$ en analyse univariée et multivariée. Cinq facteurs ont été associés à la survenue de kératopathie d'exposition : l' ge, le chémosis, la lagophtalmie, la durée de séjour en réanimation.

Abstract

Title: Incidence and risk factors of exposure keratopathy in intensive care unit : about 91 cases

Author: Dr Khalid OUAHMANE

Supervisor: PR A.W.Maazouzi

Keywords: Chemosis; Exposure keratopathy; ventilated eye; Lagophthalmos.

Corneal complications secondary to exposure represent a serious problem in patients admitted to intensive care units who are vulnerable. which can impair visual function. This is a prospective observational non-interventional cohort-type study over a period of 05 months concerning patients admitted to the intensive care unit of the specialty hospital in Rabat with a capacity of 08 beds. Study carried out at the specialty hospital, Ibn Sina university hospital in Rabat. Our results were similar to the literature.

The average age of patients was 47+-20 years old, 47% of patients were over 50 years old. A slight male predominance was noted. 18.7% of patients were hypertensive. Half of the patients were transferred directly from the medical and surgical emergency department (58.2%).

The main reason for admission found was neurological distress in 38 patients (41.8%), followed by postoperative management of neurosurgery (mainly posterior fossa tumors 22%) in 28 patients (30.8 %) and finally head trauma in 26.4% of cases.

There was a positive correlation $r=0.426$ of mean intensity with a $p<0.001$ in univariate and multivariate analysis. Five factors have been associated with the occurrence of explosive keratopathy: age, chemosis, lagophthalmos, length of stay in intensive care.

ملخص

العنوان: نسبة الإصابة وعوامل الخطورة للتعرض لاعتلال القرنية في وحدة العناية المركزة: حوالي 91 حالة

الكاتب: د خالد وحمان

المشرف: الأستاذ أ. و. المعزوزي

الكلمات الأساسية: ارتشاح الملتحمة، اعتلال القرنية، لاغوفثالوس

La traduction est trop longue pour être enregistrée

تمثل مضاعفات القرنية الثانوية للتعرض مشكلة خطيرة لدى المرضى الذين يتم إدخالهم إلى وحدات العناية المركزة المعرضين للخطر. والتي يمكن أن تضعف الوظيفة البصرية.

هذه دراسة قائمة على الملاحظة غير تداخلية من النوع الأتراب على مدى فترة 5 أشهر تتعلق بالمرضى المقبولين في وحدة العناية المركزة في المستشفى التخصصي بالرباط بسعة 08 أسرة. أجريت الدراسة في المستشفى التخصصي، مستشفى ابن سينا الجامعي بالرباط.

كانت نتائجنا مشابهة للأدبيات. كان متوسط عمر المرضى 47 + 20 سنة، و 47% من المرضى تزيد أعمارهم عن 50 سنة. لوحظ هيمنة الذكور طفيفة. 18.7% من المرضى يعانون من ارتفاع ضغط الدم. تم تحويل نصف المرضى مباشرة من قسم الطوارئ الطبية والجراحية (58.2%).

كان السبب الرئيسي للقبول الذي تم العثور عليه هو الضائقة العصبية لدى 38 مريضاً (41.8%) ، تليها إدارة ما بعد الجراحة لجراحة المخ والأعصاب (بشكل رئيسي أورام الحفرة الخلفية 22%) في 28 مريضاً (30.8%) وأخيراً صدمة الرأس في 26.4% من الحالات. كان هناك ارتباط إيجابي $r = 0.426$ من متوسط الشدة مع $p > 0.001$ في التحليل أحادي المتغير ومتعدد المتغيرات. ارتبطت خمسة عوامل بحدوث اعتلال القرنية الانفجاري: العمر ، والتسمم الكيميائي و مدة الإقامة في العناية المركزة.



Références



- [1] **Mercieca F, Suresh P, Morton A, et al.**
Ocular surface disease in intensive care unit patients. *Eye (Lond) Pt* 1999;2:231-6.
- [2] **Soner Demirela, Tongabay Cumurcua, Penpegül Fırat, MustafaAydoğanb, Selim Doğanaya .**
Effective management of exposure keratopathy developed in intensive care units: The impact of an evidence based eye care education programme *Intensive and Critical Care Nursing* (2014) 30, 38—44.
- [3] **ANDRE GRIXTI.**
Common Ocular Surface Disorders in Patients in Intensive Care Units. *THE OCULAR SURFACE / JANUARY 2012, VOL. 10 NO. 1.*
- [4] **Hernandez EV, Mannis MJ.**
Superficial keratopathy in intensive care unit patients. *Am J Ophthalmol* 1997;2:212-6
- [5] **Imanaka H, Taenaka N, Nakamura J, et al.**
Ocular surface disorders in the critically ill. *Anesth Analg* 1997;85:343-6
- [6] **Sivasankar S, Jasper S, Simon S, et al.**
Eye care in ICU. *Indian J Crit Care Med* 2012;10:11—4.
- [7] **Suresh et al. ,**
Eye care for the critically ill. *Intensive Care Med* (2000) 26: 162±166.

- [8] **Girgin KN, Iscimen R, Baykara M, et al.**
Ocular surface disorders in critically ill patients. *J Turkish Society of Intensive Care* 2009;7:79—83.
- [9] **Tahere Nikseresht, Mansour Rezaei , and Alireza Khatony .**
The Effect of Three Eye Care Methods on the Severity of Lagophthalmos in Intensive Care Patients: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Hindawi Journal of Ophthalmology*. Volume 2021, Article ID 6348987, 7 pages
- [10] **S B Lenart, J A Garrity.**
Eye care for patients receiving neuromuscular blocking agents or propofol during mechanical ventilation. *Am J Crit Care*. 2000 May;9(3):188-91.
- [11] **Babamohamadi H., Nobahar M., Razi J., Ghorbani R.**
Comparing vitamin A and moist chamber in preventing ocular surface disorders. *Clinical Nursing Research*. 2018;27(6):714–729. doi: 10.1177/1054773817695618
- [12] **Itai Bendavid et al.,**
Prevention of Exposure Keratopathy in Critically Ill Patients: A Single-Center, Randomized, Pilot Trial Comparing Ocular Lubrication With Bandage Contact Lenses and Punctal Plugs. *Crit Care Med*. 2017 Nov;45(11):1880-1886.

[13] D G Ezra et al.,

Preventing exposure keratopathy in the critically ill: a prospective study comparing eye care regimes. *Br J Ophthalmol.* 2005 Aug; 89(8): 1068–1069.

[14] Zhou Y, Liu J, Cui Y, et al.

Moisture chamber versus lubrication for corneal protection in critically ill patients: a meta-analysis. *Cornea* 2014;33:1179-85