

Item 81 - Œil rouge et/ou douloureux.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer un œil rouge et/ou douloureux. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: œil rouge et/ou douloureux	- Notion de traumatisme / contage - Prise de la PO / cercle péri-kératique - Test à la fluorescéine / ulcération - Effet Tyndall / gonioscopie - Épisclérite: test à la néosynéphrine - Kératite: cercle PK / oedème / fluorescéine - Uvéite: effet Tyndall / synéchies - GFA: HTO / 1/2 mydriase / gonioscopie - Traitement aigu: antalgique + hypotoniques (IV et local / NPO K+) + myotique	- Œil rouge = BAV ?- Ex. bilatéral et comparatif (4) - Pas d'ex. paraclinique ++ - HSC = rechercher CEIO - Conjonctivite = rechercher kératite - Kératite herpétique: CI corticoïdes - Bilan étiologique dans sclérite / uvéite - Facteur déclenchant si GFA - Iridotomie bilatérale post-GFA

Etiologies

Œil rouge sans BAV

- **non douloureux**
 - **Conjonctivite**: bactérienne / virale / allergique
 - **Hémorragie sous-conjonctivale**: spontanée
- **douloureux**
 - **Épisclérite**: idiopathique
 - **Sclérite**: idiopathique / BK / PR / Wegener

Œil rouge avec BAV

- **toujours douloureux X 5**
 - **Kératite aiguë**: herpétique ++ / adénovirus / zostérienne + Bactérienne = Abcès de cornée.
 - **Uvéite antérieure aiguë**: idiopathique / SPA / sarcoidose / Behçet
 - **Glaucome aigu**: par fermeture de l'angle (GFA) / néovasculaire
 - Traumatisme oculaire
 - Endophtalmie

Orientation diagnostique

Interrogatoire

- **Terrain**: atcd généraux et ophtalmologiques / rechercher port de lentille (!)
- **Anamnèse**: brutale ou progressive / notion de **traumatisme** / de contage
- **Caractériser la douleur ++**
 - Superficielle: modérée (conjonctivite) / intense (kératite)
 - Profonde: modérée (uvéite / épisclérite) / intense (GFA)
- **Recherche de signes associés**
 - Baisse de l'acuité visuelle (**BAV**) (**A savoir !**)
 - Prurit / photophobie / blépharospasme
 - Signes généraux: céphalée / fièvre..

Examen ophtalmologique

- **Bilatéral / comparatif** / schéma daté et signé (**A savoir !**)
- **Mesure de l'acuité visuelle**: subjective / de près (Parinaux) et de loin (Monnoyer)
- **Mesure du tonus oculaire +++**
 - à la palpation bidigitale + tonomètre (à air ou à aplanation)
 - Hypertonie = glaucome (par fermeture de l'angle ou néovasculaire)

- Hypotonie = trauma avec plaie transfixiante du globe
- **Examen à la lampe à fente (LAF): examen du segment antérieur +++**
 - **Pupilles:** myosis (kératite ou uvéite) / semi-mydriase (GFA)
 - **Annexes: rechercher blépharite / méïbomite**
 - **Conjonctive**
 - **Rougeur:** en nappe (HSC) / diffuse (conjonctivite) / localisée (épisclérite)
 - **Cercle périkératique:** du limbe scléro-cornéen (kératite / uvéite)
 - **Conjonctive palpébrale:** papille (conjonctivite allergique) / corps étranger
 - **Cornée**
 - **Etude de la transparence:** opacité localisée = kératite / diffuse = GAFA
 - **Test à la fluorescéine:** si fixation = ulcération cornéenne = kératite +++
 - → unique (bactérienne) / dendritique (HSV) / KPS (adénoV/ Sd sec)
 - **Chambre antérieure**
 - **Profondeur:** diminuée si glaucome aigu
 - **Effet Tyndall +++++:** cellules inflammatoires dans humeur aqueuse (uvéite antérieure)
 - **Présence:** de sang (hyphéma) / de pus (hypopion)
 - **Iris**
 - Synéchies irido-cristallinienne (uvéite)
 - **Gonioscopie:** vérifier ouverture de l'angle irido-cornéen si hypertension oculaire
- **Fond d'oeil après dilatation pupillaire**
 - Recherche une uvéite postérieure / examen de la rétine, etc.

Examens complémentaires

- AUCUN: le diagnostic est clinique dans la grande majorité des cas (**A savoir !**)

Diagnostic étiologique: oeil rouge sans BAV

Hémorragie sous-conjonctivale

- **Etiologies**
 - Fragilité vasculaire: spontanée / banale / fréquente
 - Rechercher une plaie transfixiante +/- **corps étranger** intra-oculaire (**A savoir !**)
- **Diagnostic**
 - Terrain: rechercher HTA / traitement anti-coagulant
 - Oeil rouge / sans BAV / non douloureux
 - Rougeur conjonctivale en nappe localisée
 - Examen ophtalmologique: AV = N / LAF = N / TO = N / FO = N
 - Signes négatifs: pas de photophobie / pas de larmoiement
- **Evolution**
 - Spontanément favorable sous 10 jours
- **Traitement**
 - Ambulatoire / information du patient sur le caractère bénin
 - Antiseptiques locaux en collyre 3x/jour / auto-surveillance

Conjonctivite

- **Diagnostic positif**
 - Recherche contexte épidémique: contage familial ou professionnel
 - **Signes fonctionnels = triade**
 - Oeil rouge / **sans BAV** / non douloureux (ou superficielle/modérée)
 - **Prurit** / gêne oculaire (sensation de « grain de sable ») / photophobie
 - **Larmoiement** / oeil collé le matin / sécrétions +/- purulentes (= bactérien)
 - **Examen ophtalmologique**
 - LAF: rougeur conjonctivale diffuse / rechercher des papilles
 - Test à la fluorescéine: rechercher une atteinte cornéenne (**A savoir !**)
 - MAV normale / PO normale / FO: segment postérieur normal
- **Diagnostic étiologique**
 - **Conjonctivite allergique**
 - Survenue **saisonnière** / sujet atopique / récidivante
 - Atteinte bilatérale avec prurit +++
 - Sécrétions claires / rhinite allergique associée
 - LAF: présence de **papilles** conjonctivales tarsiennes (aspect grenu)
 - **Traitement**
 - Eviction de l'allergène +/- test épicutanés si récidives
 - Collyre anti-histaminique (crise) / larmes artificielles
 - **Conjonctivite bactérienne**

- Germes: Gram (+): staph / strepto / haemophilus
- Atteinte unilatérale (> bilatérale) / parfois intervalle libre
- **Sécrétions purulentes** collant les cils au matin +++
- **Traitement**
 - ABT en collyre probabiliste pendant 1 semaine: Tobramycine
 - LAVAGE oculaire Serum physiologique (retrait sécrétions)
 - antiseptique en collyre 3x/j pendant 1 semaine
 - éducation: consulter en urgence si aggravation (BAV)
- **Conjonctivite virale**
 - Contexte **épidémique**: très fréquente et contagieuse
 - Atteinte bilatérale / sécrétions claires
 - Rechercher des adénopathies prétragiennes ++
 - Evolution spontanément favorable
 - **Traitement**
 - lavages oculaires / antiseptiques en collyre
 - MHD: hygiène des mains / **éviction scolaire** +++
 - éducation: consulter en urgence si aggravation (BAV)
- **Conjonctivite sur syndrome sec oculaire**
 - Fréquente / sénile ++ / rechercher Gougerot-Sjögren (cf [Pathologies auto-immunes : aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.](#))
 - Atteinte classique (rougeur / grain de sable..) +/- atteinte cornéenne
 - Confirmation par test de Schirmer ou test au vert de lissamine
 - **Traitement**: larmes artificielles en collyre au long cours
- **Conjonctivite à chlamydia**
 - Conjonctivite chronique et purulente (« des piscines »)
 - !! Peut donner un trachome: néovascularisation avec fibrose du tarse
 - → 2ème cause de cécité dans les PVD (après cataracte)
 - Complication des conjonctivites: Kérato-conjonctivite: Test Fluorescéine +++.

Episclérite

- = inflammation de l'épisclère (entre la conjonctive et la sclère)
- **Etiologies**
 - Idiopathique +++
 - Si récidivante: maladie de système (PR / Crohn++)
- **Diagnostic**
 - → oeil rouge sans BAV **modérément douloureux**
 - **Signes fonctionnels**: douleur superficielle modérée
 - **Examen ophtalmologique**
 - Rougeur conjonctivale **localisée** / espaces de sclère blanche
 - **Test à la néosynéphrine** +++
 - Sympathicomimétique → vasoconstriction (et mydriase)
 - Episclérite = disparition de la rougeur (« blanchiment ») (≠ sclérite: rougeur persistante)
 - **Examens complémentaires**
 - A visée étiologique: seulement si épisclérites récidivantes
 - Idem sclérite: IDR-RTx / ANCA / VZV / VDRL-TPHA / CCP..
- **Traitement**
 - Corticothérapie légère en collyre, avec DECROISSANCE
 - Episode le plus souvent unique / idiopathique

Sclérite

- = Inflammation de la sclère (antérieure)
- **Etiologies**
 - **Rhumatologiques**: PR ++ / SPA / lupus / goutte..
 - **Vasculaires**: Wegener ++ / PAN / Horton / Behçet
 - **Granulomes**: tuberculose ++ / sarcoidose
 - **Infectieuses**: syphilis ++ / zona / herpès
- **Diagnostic**
 - → oeil rouge sans BAV **très douloureux**
 - **Signes fonctionnels**
 - douleur oculaire intense / profonde / insomniant + + + +
 - augmentée à la mobilisation du globe
 - **Examen ophtalmologique**
 - LAF: rougeur **diffuse** sous-conjonctivale profonde
 - +/- voussure violacée-noirâtre localisée / oedème scléral
 - Test à la **néosynéphrine** négatif = rougeur persistante +++

- Examens complémentaires
 - !! Systématique pour étiologie dès 1er épisode (≠ épisclérite)
 - ≠ IDR-RTx / VDRL-TPHA / AAN / ANCA / Ac anti-CCP / VZV
- Traitement
 - AINS PO (Ketoprofène)
 - Corticothérapie locale en collyre (Dexaméthasone avec décroissance progressive).
 - !! **Pas de corticoïdes** si sclérite nécrosante: risque de perforation
 - Traitement étiologique chaque fois que possible

Remarque: distinction sclérite ≠ épisclérite

épisclérite	sclérite
<ul style="list-style-type: none"> ■ douleur superficielle modérée ■ rougeur localisée ■ test à la néosynéphrine positif ■ pas de bilan étiologique initial 	<ul style="list-style-type: none"> ■ douleur profonde intense ■ rougeur diffuse ■ test à la néosynéphrine négatif ■ bilan étiologique systématique

Diagnostic étiologique: oeil rouge avec BAV

Kératite aiguë

- Diagnostic positif
 - → oeil rouge / douloureux / avec BAV
 - Signes fonctionnels
 - Douleur oculaire superficielle intense / larmoiement / photophobie
 - Blépharospasme: douleur majorée au clignement des paupières
 - BAV variable selon localisation de l'ulcération (!! inconstante)
 - Examen ophtalmologique
 - Conjonctive = cercle périkératique: rougeur du limbe scléro-cornéen
 - Diminution localisée de la transparence cornéenne (oedème cornéen)
 - **Test à la fluorescéine: ulcération** (prise verte intense par stroma) (**A savoir !**)
 - Signes négatifs: chambre antérieure = N / iris = N / TO = N / FO = N
- Diagnostic étiologique
 - Kératite virale herpétique +++
 - Test à la fluorescéine = ulcération **dendritique** / « en carte de géographie »
 - Evolution: favorable sous traitement / C°: récurrences +++ et BAV séquellaire
 - **Traitement**
 - Prise en charge ambulatoire / auto-surveillance: éducation du patient
 - Traitement général par Valaciclovir PO
 - Traitement antiviral local: **aciclovir** pommade, 1 application 5x/j pendant 1S
 - Lavage des yeux au sérum physiologique / pommade cicatrisante
 - !! **CI absolue** aux corticoïdes: risque de perforation cornéenne (**A savoir !**)
 - Kératite virale à adénovirus
 - Ulcérations **ponctuées disséminées** → kératite ponctuée superficielle (KPS)
 - Sur conjonctivite à adénovirus ++ = kérato-conjonctivite épidémique (enfants, Classes, Collectivité).
 - Evolution = toujours spontanément favorable mais parfois lentement
 - **Traitement**
 - Prise en charge ambulatoire / auto-surveillance: éducation du patient
 - Lavage des yeux au sérum physiologique / pommade cicatrisante
 - Kératites bactériennes = Abcès
 - Test à la fluorescéine = ulcération **unique** (traumatique surinfectée)
 - Rechercher port de lentille de contact +++ (cf coup d'ongle..)
 - LAF = infiltrat cornéen blanchâtre +/- hypopion (pus dans CA)
 - **Traitement**
 - prélèvement local +++
 - **Collyre antibiotique:**
 - Forme non grave (pas dans axe visuel, petite taille < 2mm, CA: Tyndall < 1+) --> Ambulatoire: Tobramycine / Ciprofloxacine collyre toutes les heures
 - Forme grave (axe visuel, taille élevée, Tyndal > 1+): Hospitalisation pour collyre fortifié
 - Si résistance au traitement: évoquer kératite mycotique ou parasitaire (amibes ++ surtout si lentille --> ajout Héxamidine: antiseptique actif sur les amibes))
 - Kératite virale zostérienne
 - Complication d'un zona ophtalmique (cf **Infections à herpès virus du sujet immunocompétent**)
 - Ulcération superficielle (bénigne) +/- kératite neuro-paralytique (grave) (complication : uvéite / glaucome)

- Traitement = antiviraux (valaciclovir) en local si précoce (< 3 jours) et général

- **Kératite sur syndrome sec**

- = kératite ponctuée superficielle / sur conjonctivite sèche +++

Uvéite antérieure aiguë

- **Définition**

- Uvéite **antérieure** = iritis (iris) + cyclite (corps ciliaire) = irido-cyclite
- !! NPO de préciser antérieur : cf uvéite postérieure (BAV sans oeil rouge)

- **Etiologies (7):**

- Idiopathique: le plus souvent
- Spondylarthrite ankylosante (**SPA**) ++ (cf [Spondylarthrite inflammatoire.](#))
- Granulomatoses: **sarcoïdose** ++ / tuberculose / **Crohn**
- Maladie de Behçet (uvéite à hypopion typique: cf [Pathologies auto-immunes : aspects épidémiologiques, diagnostiques et principes de traitement.](#))

- **Infectieuse:**

- syphilis secondaire
- Herpes +++ (Y penser chez le sujet agé car couvrir)
- Lyme

- **CAS PARTICULIER:**

- Enfant Arthrite juvénile chronique (uvéite + kératite)
- Sujet agé: Herpes +++++ et Lymphome oculaire.

- **Examen clinique: Réflex uvéite : FO et TO +++++**

- **Signes fonctionnels**

- Douleur profonde en général modérée
- BAV très variable: de flou à quasi-cécité
- +/- photophobie / larmoiement clair

- **Examen ophtalmologique (4)**

- **Cercle péri-kératique** mais transparence normale de la cornée (≠ kératite)
- **Synéchies** (adhérences) **irido-cristalliniennes** → déformation pupillaire
- **Précipités rétro-cornéens** (dépôts de c. inflammatoires sur cornée post.)
- Chambre antérieure = **effet Tyndall** (protéines + cellules inflammatoires)
- Transparence cornéenne normale / Fluo -
- **Tonus oculaire = typiquement hypotonique (inconstant)**
- **FO = rechercher une uvéite intermédiaire (hyalite:tyndall vitréen) ou postérieure ++ (oedème maculaire / chorioretinite / vascularite rétinienne)**

- **Examens complémentaires**

- **Bilan à visée étiologique de 1ère intention (5)**

- NFS-P / VS-CRP / EPP (inflammation)
- Ag HLA B27 + radio rachis/bassin (SPA)
- Radio thorax + IDR (BK / sarcoïdose)
- Enzyme de conversion / calcémie (sarcoïdose)
- TPHA-VDRL (syphilis)

- **Evolution**

- Récidives homo ou controlatérales (cf pathologie générale ++)
- Complications: glaucome chronique à angle ouvert / cataracte

- **Traitement**

- Urgence ophtalmologique / prise en charge ambulatoire
- **Traitement symptomatique**
 - Collyre mydriatique: prévention des synéchies (!! après avoir éliminer le GFA) / à visée antalgique
 - Corticothérapie locale en collyre (!! après avoir éliminer la kératite) et en pommade
- **Traitement étiologique (A savoir !)**
 - !! NPO chaque fois que possible +++
 - Ex: AINS sur SPA / corticoïdes sur sarcoïdose, etc.
- **Information / surveillance**

Glaucome aigu par fermeture de l'angle (GAFA) ou Crise aiguë par fermeture de l'angle (CAFA)

- **Définition**

- Episode aigu d'HTO par fermeture de l'angle irido-cornéen

- **Physiopathologie**

- Humeur aqueuse: synthétisée par procès ciliaires / évacuée par trabéculum (dans CA)
- 1. Blocage pupillaire: iris accolé au cristallin → accumulation en chambre postérieure
- 2. Blocage prétrabéculaire: par refoulement de l'iris → fermeture de l'angle
- 3. Pas d'évacuation de l'humeur aqueuse = HTO = glaucome aigu

- **Facteurs de risque**

- Hypermétropie ++ / chambre antérieure étroite (cataracte ++) --> REFLEXE: PAS DE DILATATION POUR FO SI

CHAMBRE ANTERIEURE ETROITE.

- Examen clinique
 - Rechercher le facteur déclenchant (A savoir !)
 - Toutes les causes de mydriase:
 - stress
 - AG
 - obscurité subite
 - **Médicaments**: anticholinergiques / tricycliques / sympathicomimétiques...(Antidépresseur Tricyclique)
 - Signes fonctionnels
 - Oeil rouge avec BAV souvent massive d'apparition **brutale**
 - Douleur intense +++ / oculaire et extra-oculaire (territoire du V)
 - Signes associés: photophobie / nausées et vomissements
 - Examen ophtalmologique
 - Examen **bilatéral** et comparatif: risque de GFA controlatéral (A savoir !)
 - **Tonus oculaire**
 - Tonus = **HTO** > 50 mmHg / « bille de bois » à la palpation
 - **Examen à la lampe à fente (biomicroscope) (5)**
 - Conjonctive = **cercle péri-kératique** / hyperhémie
 - Iris = pupille en **semi-mydriase aréflexique** ++
 - **Oedème cornéen**: ↓ diffuse de la transparence (« buée épithéliale »)
 - Chambre antérieure = **étroite** ou plate (voire absente)
 - **Gonioscopie** = fermeture de l'angle (A savoir !)
 - **Examen au fond d'oeil**: segment postérieur normal
- Examens complémentaires
 - !! Aucun examen ne doit retarder la prise en charge
 - **En pratique: bilan pré-thérapeutique** (lors de la pose de VVP)
 - **en prévention des ES du Diamox®**
 - iono sg / créatinine (car hypokaliémant)
 - bilan hépatique (car hépatotoxique)
 - glycémie (car apparenté sulfamide)
 - **ECG**: rechercher signes d'IC (cf mannitol)
 - **hCG**: si femme en âge de procréer (A savoir !)
- Evolution
 - Pronostic sévère en l'absence de traitement précoce
 - → cécité définitive en quelques jours (atteinte du n. optique)
- Traitement
 - **Mise en condition**
 - **Hospitalisation** en ophtalmo / urgence +++ / pose VVP
 - **ARRÊT** immédiat de tout médicament mydriatique (A savoir !)
 - **Traitement à la phase aiguë (3)**
 - **Hospitalisation ++++++**
 - **Traitement hypotonisant**
 - **par voie générale**
 - Acétazolamide (Diamox®) IV + **Diffu-K**
 - + soluté hyperosmolaire: mannitol 20% IV
 - **par voie locale**
 - !! dans les **deux yeux** (A savoir !)
 - Béta-bloquants en collyre (timolol: Timoptol®)
 - +/- en association (analogues PG / α-adrénergiques..)
 - **Traitement myotique**
 - Pilocarpine 2% en collyre (décolle l'iris du cristallin) une fois le Tonus maîtrisé
 - **Oeil adelphe**: d'emblée et en **urgence**: éviter un GAFA controlatéral (A savoir !)
 - **Oeil atteint**: **après** normalisation PO ou réapparition du RPM
 - **Antalgique**
 - selon EVA / paracétamol 3x1g en IV (!! NPO)
 - **Au décours (48h)**
 - **Iridotomie au laser (ou iridectomie périphérique)**
 - Permet passage de l'humeur aqueuse même si blocage pupillaire
 - !! **aux deux yeux**: prévention en controlatéral systématiquement (A savoir !)
 - Remarque: lève les contre-indications médicamenteuses du GAFA
 - **Surveillance**
 - **Clinique**: AV / tonus / réflexe photomoteur ++ / FO
 - **Paraclinique**: tolérance du traitement médical = bilan bio standard

Synthèse pour questions fermées

5 causes d'oeil rouge avec BAV ?

- Kératite aiguë: Virale ou Bactérienne (Abscess)
- Uvéite antérieure aiguë
- Glaucome aigu par fermeture d'angle
- Traumatisme oculaire
- Endophtalmie

3 éléments d'anamnèse à rechercher devant une hémorragie sous conjonctivale ?

- HTA
- Traitement anticoagulant (à ne pas arrêter)
- Corps étranger intra oculaire (notion de projectile...) + + + + A savoir !

1 test permettant de faire la différence entre une épisclérite et une sclérite ?

- Test à la néosynéphrine (vasoconstricteur) : blanchissement en cas d'épisclérite / rougeur persistante en cas de sclérite

1 étiologie à toujours éliminer devant une pseudo-uvéite antérieure du sujet âgé ?

- Lymphome oculaire + +

2 éléments de la physiopathologie de la crise aiguë par fermeture de l'angle ?

- Blocage pupillaire - Blocage prétrabéculaire