

Université Ferhat Abbas Sétif 1
Centre hospitalo-universitaire Sétif
Service d'ophtalmologie
Pr S. KHIAR

ŒIL ROUGE NON DOULEUREUX

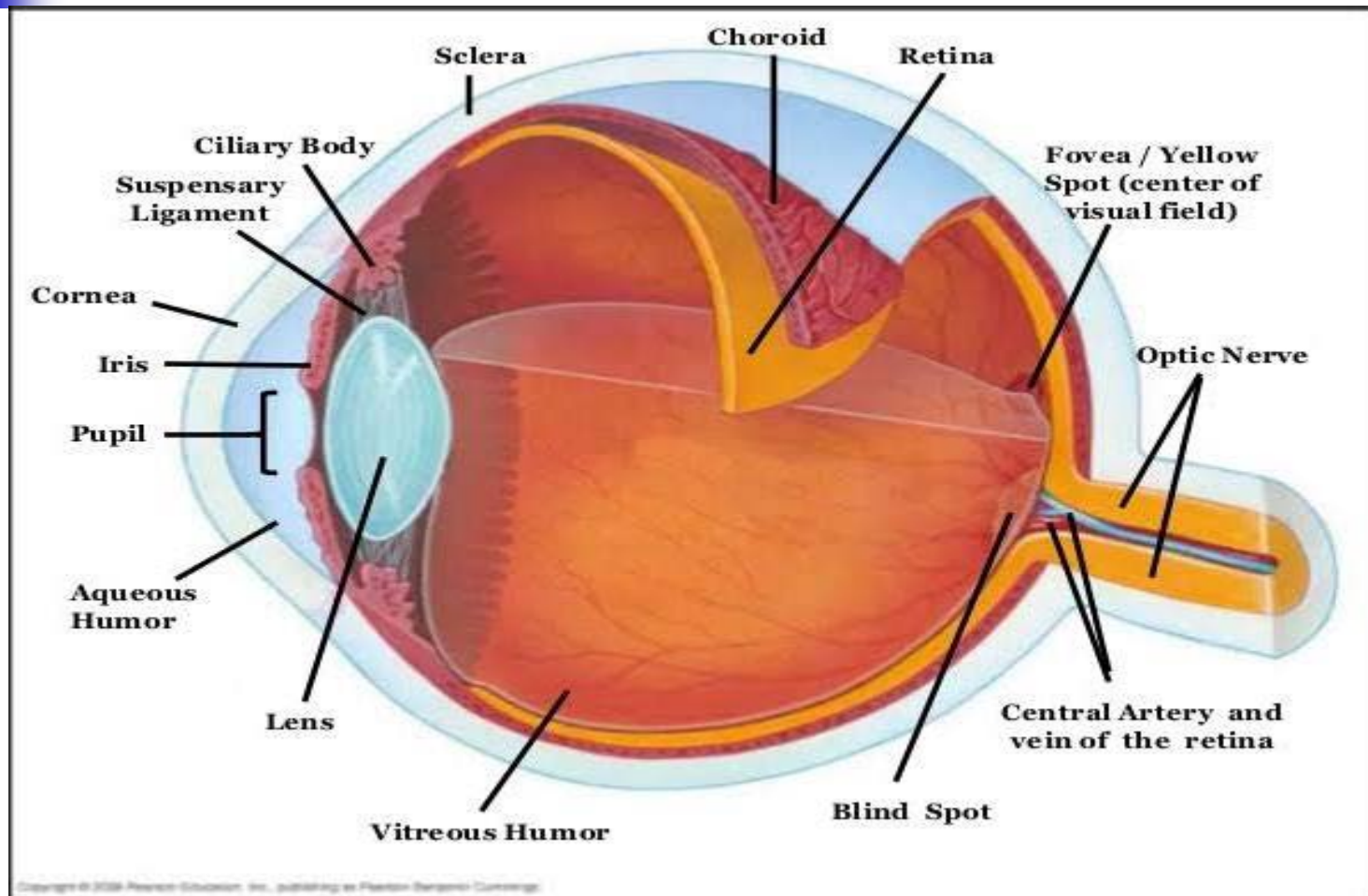




I-Introduction

- Un des motifs les **plus fréquents** de consultation en ophtalmologie
- Peut être un symptôme **isolée ou associé** à d'autres signes cliniques ophtalmologiques, voire généraux.

II-Rappel anatomique



De façon schématique, l'œil est formé de trois enveloppes et d'un contenu:



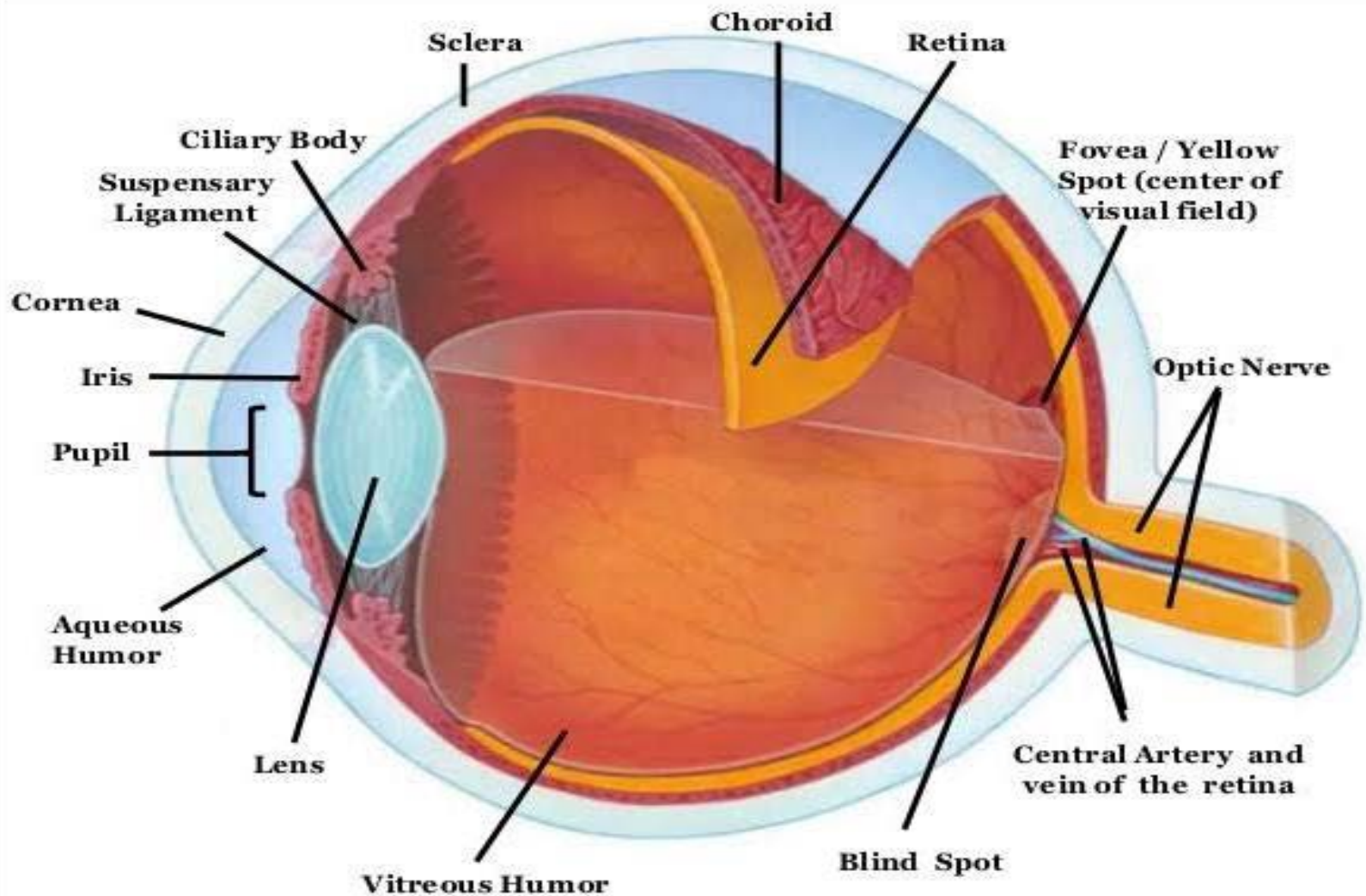
1. Les enveloppes, de dehors en dedans sont:

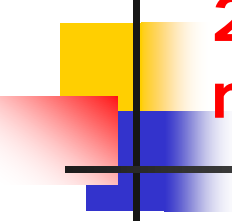
✓ **La sclérotique:**

✓ **L'uvée:**

qui comprend au niveau du segment antérieur
*l'iris et le corps ciliaire, et en arrière, la
choroïde.*

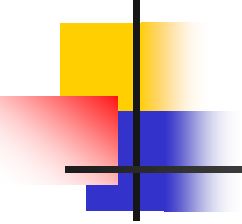
✓ **La rétine:**





2. Le contenu oculaire est représenté par les milieux transparents:

- ✓ **En avant, l'humeur aqueuse** qui remplit l'espace compris entre la cornée en avant, le cristallin en arrière.
- ✓ **Au milieu le cristallin**, lentille biconvexe suspendue au corps ciliaire par le tendon de Zinn (ou zonule).
- ✓ **En arrière, le corps vitré** qui remplit l'espace situé derrière le cristallin.



L'ensemble de ces structures est habituellement individualisé, tant sur le plan anatomique qu'en clinique, en segments:

- ✓ **Le segment antérieur**, comportant : la cornée, l'humeur aqueuse, l'iris, l'angle iridocornéen, le corps ciliaire et le cristallin.
- ✓ **Le segment postérieur**, comportant la sclérotique, la choroïde, la rétine et le corps vitré.



III-Diagnostic positif

1-Interrogatoire

Précise le mode d'apparition de la rougeur oculaire :

- récente ou ancienne,
- aiguë ou chronique,
- unilatérale ou bilatérale soit d'emblée soit avec un intervalle libre.

contexte épidémique: conjonctivite.



III-Diagnostic positif

1-Interrogatoire

ATCD ophtalmologiques et généraux

- Intervention chirurgicale.
- Traumatisme (même minime)
- Instillation de collyre, lentilles de contact
- Infection ORL simultanée, allergie



1-Interrogatoire

Signes accompagnateurs

- ✓ Baisse d'acuité visuelle
- ✓ Photophobie
- ✓ Blépharospasme
- ✓ Larmoiement (signes irritatifs)



2-Examen ophtalmologique

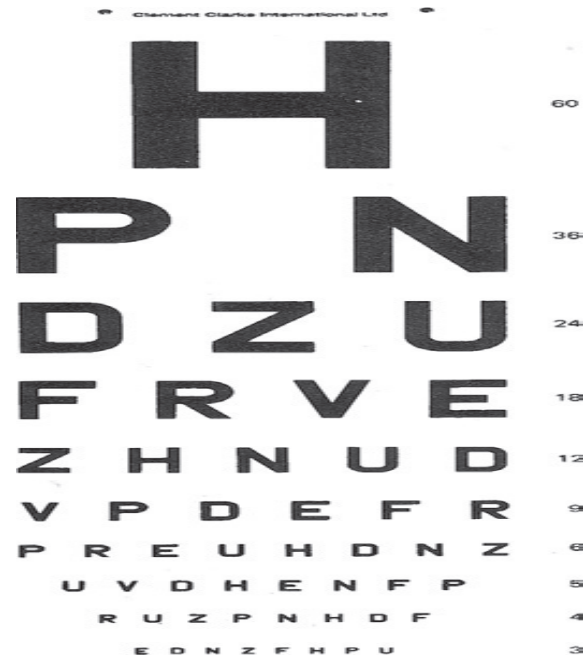
- Méthodique
- bilatérale et comparative
- De l'œil et de la région palpébrale



2-Examen ophtalmologique

Acuité visuelle

- ✓ de loin et de pré
- ✓ Avec une correction optique eventuelle





2-Examen ophtalmologique

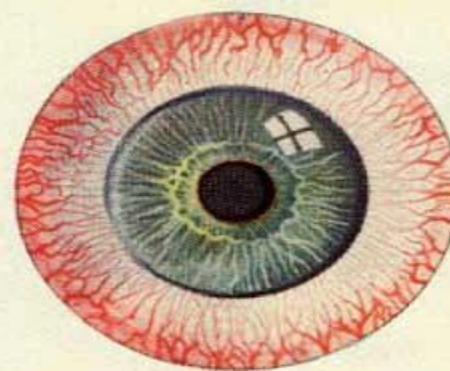
- **Inspection :**

- Topographie de la rougeur (localisée ou diffuse uni ou bilatérale)
- L'existence d'un larmoiement et/ou des sécrétions

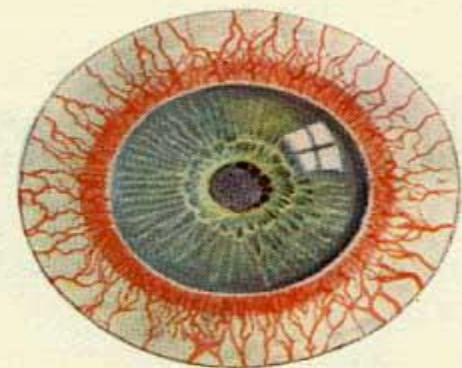


2-Examen ophtalmologique

- **Examen conjonctive** : bulbaire + palpébrale
- ❖ **Topographie et aspect de la rougeur:**
 - ✓ En nappe hémorragique
 - ✓ Diffuse
 - ✓ En secteur
- ❖ **Examen des culs de sac conjonctivaux** a la recherche de corps étrangers, follicules, papilles



rougeur
conjonctivale



rougeur
périskératique

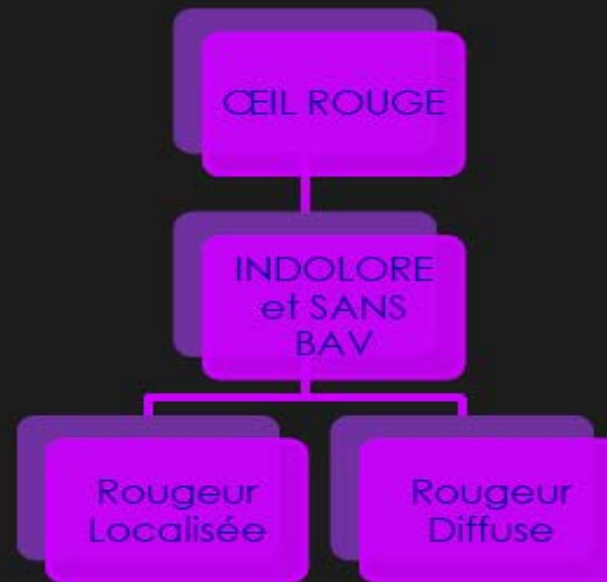


2-Examen ophtalmologique

- **Segment antérieur** :

- ✓ Cornée
- ✓ Chambre antérieure
- ✓ Iris
- ✓ Pupille (forme + réflexe photomoteur)

Œil rouge non douloureux sans BAV



Hémorragie SC



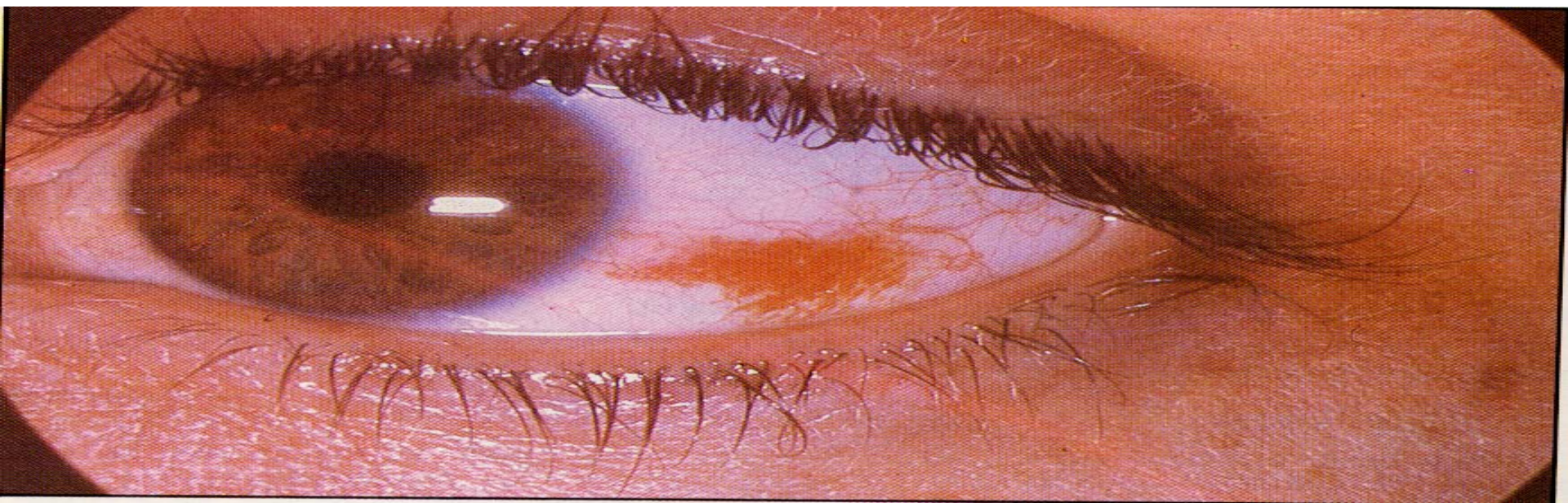
Conjonctivite





Hémorragie sous conjonctivale

- Atteinte unilatérale
- Spontanée ou post traumatique
- Rougeur localisée, rarement diffuse
- Indolore
- Sans BAV
- Pas de photophobie ni larmoiement





Examen à la lampe à fente :

Saignement dans l'épaisseur de la conjonctive donnant une rougeur homogène, unilatérale localisée ou diffuse.





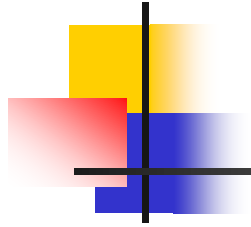
Hémorragie sous conjonctivale

Etiologie:

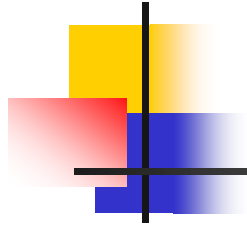
- Fragilité capillaire
- HTA
- Diabète
- Pathologie de coagulation

Traitement:

- Régression spontanée en 1-3 Semaines



Conjonctivites



- Inflammation de la muqueuse conjonctivale en réponse a une agression bactérienne , virale , parasitaire , mycosique ou allergique .
- Fréquente + + + et bénigne sauf si associé a un trachome .
- Tableaux cliniques polymorphes .
- Étiologies multiples .



Conjonctivites

- BACTERIENNE LE PLUS SOUVENT
- VIRALES
- ALLERGIQUES
- MYCOSIQUES , voire PARASITAIRES



Signes fonctionnels communs :

- Oeil rouge non douloureux sans BAV
- Sensations de grains de sables
- Sécrétion avec paupières collées le matin
- Prurit .
- Larmoiement +/- photophobie



Examen à la LAF :

- **Hyperhémie conjonctivale** prédominant au niveau des culs de sac et de la conjonctive palpébrale .
- **Hyperplasie papillaire ou folliculaire**
- Cornée normale
- Chambre antérieure , iris , tonus oculaire normaux .



A-Conjonctivites bactériennes

- Très fréquentes .
- •Bilatérales .
- •Début brutal.
- •Sans prurit .
- •Sécrétions mucopurulentes.
- •Rougeur conjonctivale diffuse .
- •Chémosis, œdème palpébral .
- •



Trépied évocateur:

- **Sécrétions mucopurulentes**
- **Absence de follicules.**
- **Absence d`ADP prétragienne.**





Agents:

- Staphylocoque doré
- Streptocoque
- Pneumocoque
- Haemophilus
- Gonocoque
- Chlamydia trachomatis.



Traitement:

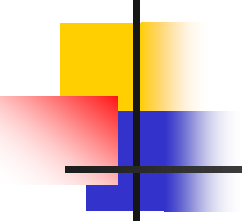
- ATB en collyre pendant 8 à 10 j
- Lavage au sérum



B-Conjonctivites virales

Caractères communs aux conjonctivites virales:

- Fréquentes : 15% des conjonctivites .
- Sécrétions claires
- Complications possibles:
 - * Kératoconjonctivites
 - * Kérato-uvéites

- 
-
- Apparaissent par des épidémies
 - Notion de contagion
 - Elles sont dominées par les conjonctivites à adénovirus.

Conjonctivites virales



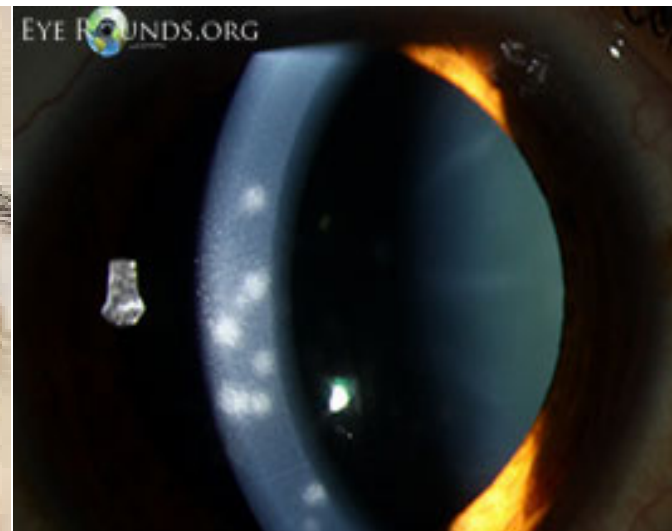
Conjonctivites virales



Conjonctivites virales



Conjonctivites virales





Traitement:

- Traitement par lavage oculaire fréquent au sérum salé + collyre antiseptique
- Corticoïdes **contre indiqués**
- Prévention par hygiène des mains et minimisation de contact
- Eviction scolaire + + + +



Conjonctivites allergiques

- **ATCDS familiaux et/ou personnels d'atopie ou allergie**
- **signes ORL associés**
 - éternuements
 - rhinorrhée claire
 - picotements du nez
- **Bilatérales**
- **Contexte saisonnières**
- **PRURIT**, rougeur, larmoiement et photophobie

Conjonctivites allergiques



Conjonctivites allergiques





Traitement

- Eviction, élimination et évitement de l'allergène s'il est identifié
- Antihistaminiques et/ou Antidégranulants mastocytaires en collyre (parfois par voie orale)
- Les corticoïdes sont utilisées dans la phase d'attaque ou lorsqu'il y a une atteinte cornéenne

OEIL ROUGE DOULOUREUX



Dr HEBBACHE

Résident en Ophtalmologie

SERVICE D'OPHTALMOLOGIE

CHU Sétif

Introduction:

- **L'œil rouge accompagné de douleur est un motif fréquent de consultation en urgence ophtalmologique**
- **Sa présence témoigne de pathologies très variées allant des formes bénignes à des affections sévères susceptibles de mettre en jeu la fonction visuelle.**
- **Un bilan complet(interrogatoire, examen clinique) est indispensable afin de poser le diagnostic étiologique et permettre une prise en charge efficace.**

CAT:

- **INTERROGATOIRE:**
 - **Antécédents ophtalmologiques et généraux**
 - **Notion de traumatisme récent, d'accident du travail**
 - **Date et mode d'apparition des symptômes, évolutivité**
 - **Signes d'accompagnement :**
 - douleur, baisse de l'acuité visuelle (BAV) : signes de gravités
 - photophobie, larmoiement, blépharospasme: signes irritatifs

- **EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE BILATÉRAL ET COMPARATIF:**
- **AV de près, de loin, sans et avec correction après réfractométrie automatisée**
- **LAF :**

- Retourner les paupières



- Caractères de la rougeur

- Localisée ou diffuse



- Cercle périkeratique : CPK (signe de gravité)



- Apprécier l'état cornéen: test à la fluorescéine

- RPM

- Tonométrie : hypertonie oculaire (signe de gravité)

- Gonioscopie

- Fond d'oeil

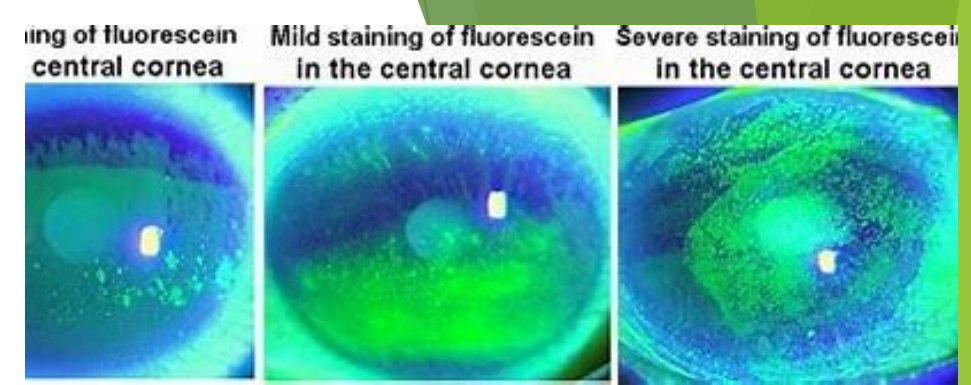
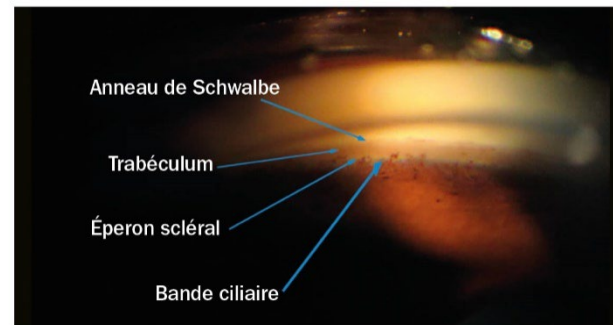
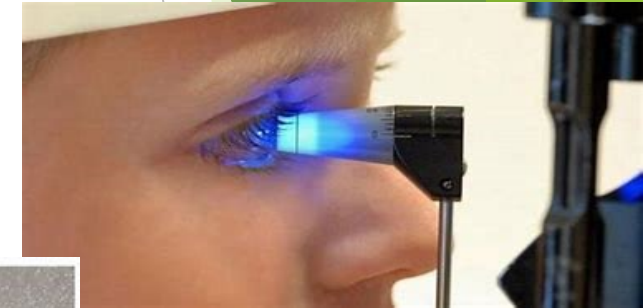
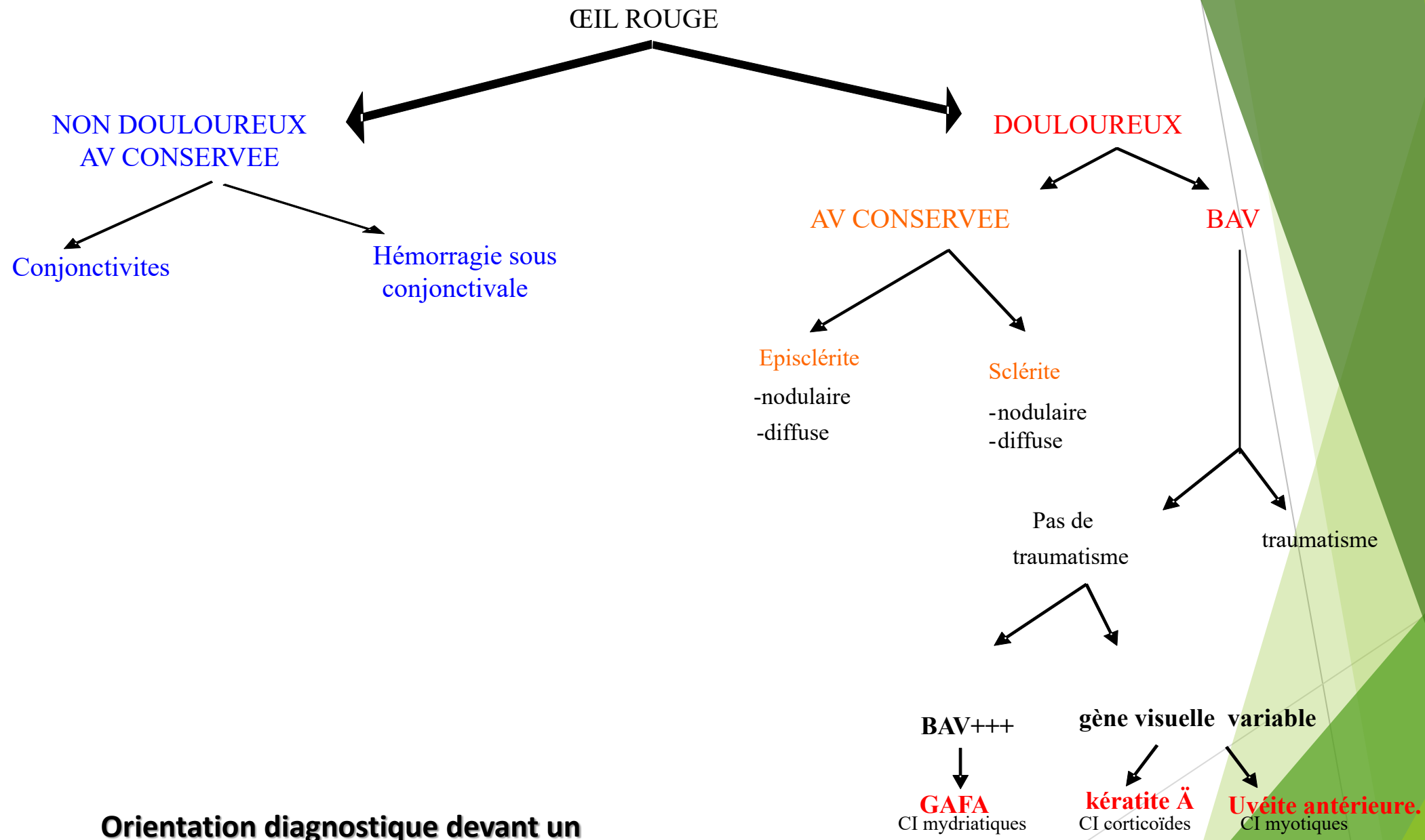


Figure 2. Angle irido-cornéen ouvert chez un patient Africain, vu par gonioscopie



Heiko Philippin





**Orientation diagnostique devant un
œil rouge**

Diagnostic positif :

- Œil rouge non douloureux avec acuité visuelle préservé
 - Hémorragie sous conjonctivale
 - Décollement hémattique de la conjonctive bulbaire d'apparition brutale
 - Placard rouge en nappe localisé à un secteur de la conjonctive bulbaire ou diffus
 - Traumatique
 - Hyperpression veineuse
 - Spontané
 - **Bilan :**
 - Recherche troubles de l'hémostase, troubles vasculaires ; diabète, HTA, prise médicamenteuse (anticoagulants, aspirine)
 - Si négatif : fragilité capillaire
 - **Régression spontané** en 3a20j.

➤ Conjonctivite

- **Inflammation de la muqueuse conjonctivale d'origine virale, bactérienne, ou allergique.**
- **Pas de douleur mais picotement, prurit, sensation de grain de sable, photophobie**
- **AV conservée, parfois vision brouillée car : larmoiement avec sécrétion claire ou purulente collant les cils le matin**
- **LAF :**
 - **Modification du relief conjonctival**
 - Follicules lymphatiques blanchâtres
 - Papilles de petite taille rouges centrées par un capillaire
 - Végétations exubérantes ou pavés
 - **Vérifier l'intégrité segment antérieur et l'absence de CE**



	Bactérienne	Virale	Allergique (I et IV)
Contexte	+/- épidémique Bilatérale et symétrique CG+ : staph aureus, strepto B hémolytique, pneumocoque CB- : enteroB, Haemophilus, pyocyanique (lentilles, immunoD)	Epidémique +++ Adeno V Début unilatéral puis se bilatéralise et asymétrique Svt : kérato-conjonctivite Sd général : grippal, rhinite, pharyngite (si adénovirus)	Chronique bilatérale, par poussée Terrain atopique Associée à une blépharite, eczéma
Prurit	Non	+/-	+++
Larmolement	+	+++	++ clair
Secrétions	Purulentes +++	+/-	+/-
ADP	+/-	ADP pré tragienne, sous angulo maxillaires	Non
Aspect à LAF	Papilles	Follicules conjonctivaux + chemosis	Papilles exubérantes en pavé Chemosis + œdème palpébral, blépharite
Evolution	Rapide : 1 semaine	Lente : 3 à 6 semaines	Chronique, récidivant : recrudescence saisonnière Exagérée par radiation solaire
Traitement	-SOINS LOCAUX : Nettoyage paupière, lavage secrétions au sérum physiologique Collyre ATB A large spectre pdt 7j -Prévention du risque contagieux (lavage mains ...)	-SOINS LOCAUX -Selon virus : Adénovirus : pas de trt spécifique Collyre antiseptique + collyre ATB si surinfection +corticoïde +surveillance Herpes VZV : trt antiviral+ trt de l'ulcère svt associé, CI corticoïde	-EVICITION DE L'ALLERGENE -SOINS LOCAUX -Collyres antiallergiques (anti HI et/ou antidégranulant mastocytaire) + corticoïdes locaux Si sévère : anti HI per os

Diagnostic positif:

- **ŒIL ROUGE DOULOUREUX SANS BAISSÉ DE L'ACUITÉ VISUELLE : SCLÉRITE ET ÉPISCLÉRITE**

- **L'acuité visuelle est conservée.**
- **Épiscléríte** : dilatation des vaisseaux épiscléaux superficiels (mobiles sur les plans profonds)
 - **Formes cliniques**: simples 80% (sectorielle ou diffuse), nodulaire 20%
 - Test à la néosynéphrine 10% positif: disparition de l'hyperhémie conjonctivale
- **Scléríte** : vaisseaux scléaux profond dilatés immobiles sur les plans profonds
 - **Formes cliniques**: antérieure (diffuse, nodulaire, nécrosante), postérieure
 - Test à la néosynéphrine négatif
- **CAT :**



Arbre 3.2. Conduite à tenir devant une épisclérite, sclérite.

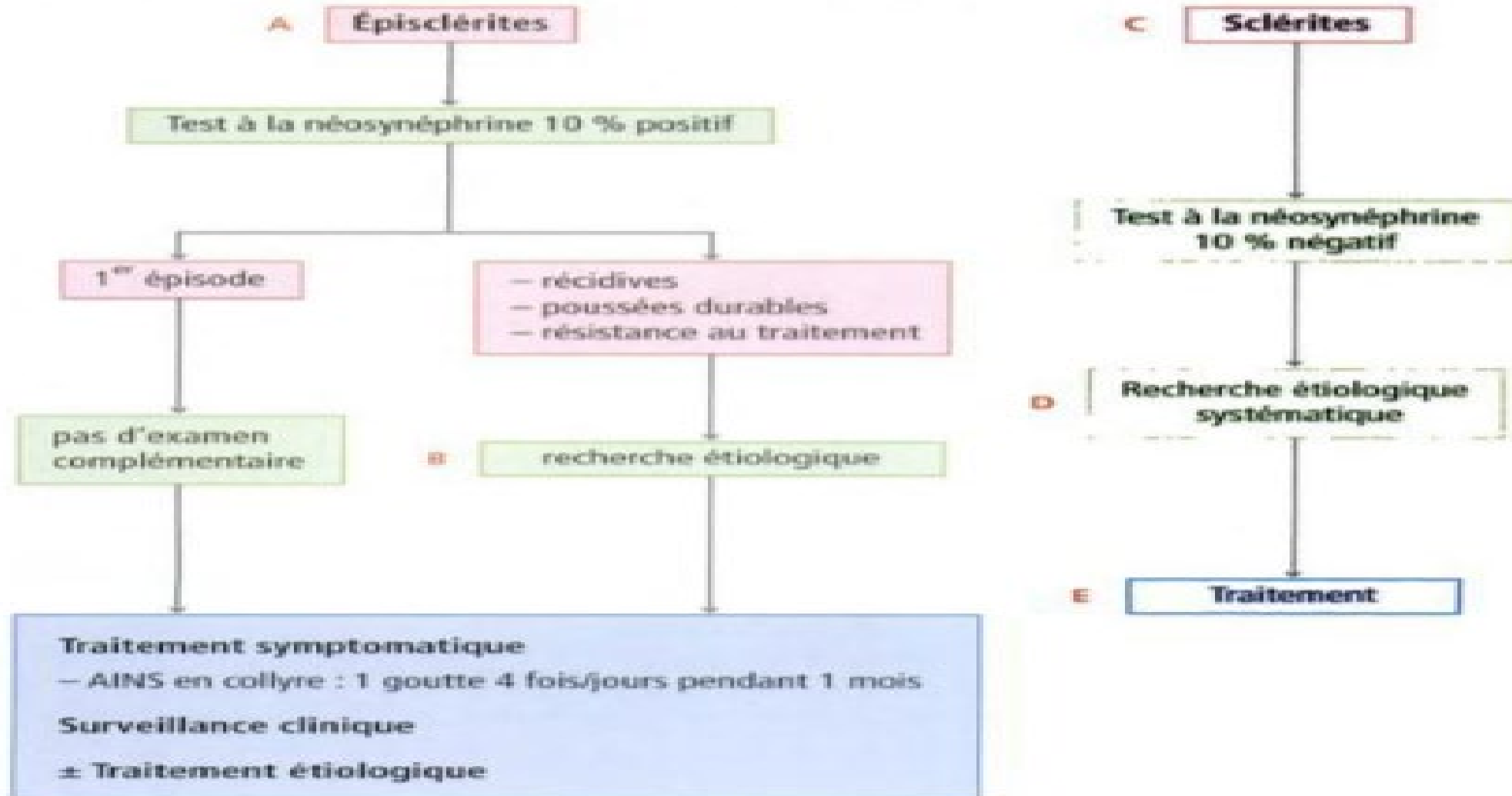


Tableau 3.4. Recherche étiologique systématique.

Examens complémentaires	Étiologie recherchée
NFS, VS, IDR à la tuberculine, radiographie thoracique, sérologie VZV, TPHA-VDRL	Tuberculose Zona Syphilis
c-ANCA (Anticorps Anti-Cytoplasme des Polynucléaires Neutrophiles), créatininémie, protéinurie, hématurie	Granulomatose de Wegener
Facteur rhumatoïde	Polyarthrite rhumatoïde
Facteurs anti-nucléaires, Ac. anti-DNA natifs	Autres vascularites : PAN, LED, Horton, Takayasu, Churg-Strauss
Enzyme de conversion de l'angiotensine, bilan phosphocalcique, typage HLA, sérologies (bactériennes, virales)...	Sarcoïdose, SPA, psoriasis, Crohn, Behçet, polychondrite atrophiante, Lyme, goutte
	IDIOPATHIQUE +++ (diagnostic d'élimination)

❑ Traitement :

- Traitement étiologique
- Traitement symptomatique:
 - *Première intention*: AINS peros + pansement gastrique
 - *Deuxième intention ou sclérite nécrosante* :
 - corticothérapie peros 1mg/kg/j pendant 7 jrs puis dégression progressive.
 - Corticoïde en collyre (dexaméthasone)
 - *Discuter les immunosuppresseurs*: si corticodépendance ou corticorésistance.

- **ŒIL ROUGE + DOULOUREUX + BAV**

- **Gène visuelle variable**

- ▣ **Kératite aiguë :**

⇒ Inflammation cornéenne superficielle(test à la fluorescéine +) ou profonde secondaire soit:

- à une agression cornéenne micro-organisme (virale, bactérienne, parasitaire(amibes), mycosique)→abcès cornéen
- ou post traumatique
- ou d'origine allergique
- ou à un syndrome sec
- ou d'exposition



Abcès cornéen:

Recherche de critères de gravité et des facteurs de risques (tableau 3.6, protocole ci-contre)

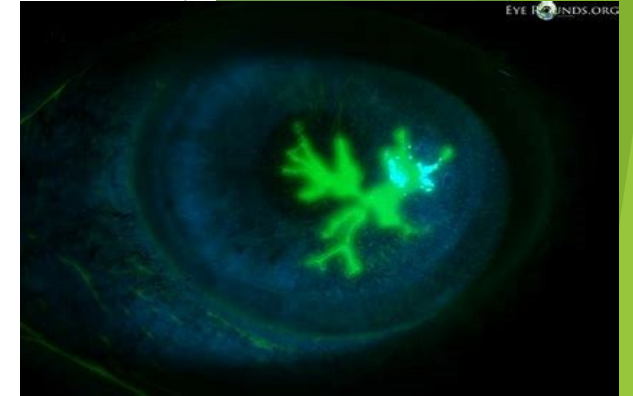
Tableau 3.6. Critères de gravité pour un abcès de cornée.

Locaux	Généraux
Diamètre > 2 mm	Enfant
Abcès à moins de 3 mm de l'axe optique ou réaction de CA avec Tyndall > à 1+	Monophtalme
Suspicion de germe virulent	Diabétique
Abcès sur greffon	Immunodéprimé
Menace de perforation	Patient peu compliant
Sclérite	
Endophtalmie associée	
Aggravation malgré un traitement antibiotique empirique de 24 h	

- ⇒ **SF** : douleur, BAV , photophobie, larmoiement, blépharospasme, hyperhémie conjonctivale, CPK
- ⇒ Toujours rechercher un corps étranger
- ⇒ Traitement urgent médical : cicatrisants cornéens, mouillants, collyre ATB si bactérienne ou ulcérée, antiviraux, anti-amybiens, antifongiques, cycloplégiques(atropine 1%) corticoïdes CI sauf si interstitielle

Kératites herpétiques:

- le plus souvent unilatérales.
- volontiers récidivantes.
- s'accompagnent d'une baisse de la sensibilité cornéenne.
 - ***Kératites superficielles:***
 - Souvent tableau de kérato-conjonctivite.
 - La kératite dendritique est l'aspect le plus caractéristique
 - L'évolution est le plus souvent favorable.
 - CI corticoïdes
 - ***Kératites profondes:***
 - Le plus souvent kérato-endothéliale → kérato-uveite
 - Evolution torpide, prolongée.
 - Laissent souvent des séquelles.



■ **Uvéite antérieure aiguë = iridocyclite**

□ Inflammation de l'iris et du corps ciliaire

□ **Examen**

- **Cornée** : précipités rétro-descémétiques et tyndall dans la chambre antérieure
- **Myosis**, **synéchies iridocristaliniennes**
- **Tonus** : hypertonie est rare sauf si : herpès, zona

□ Bilan devant une première poussée d'uveite

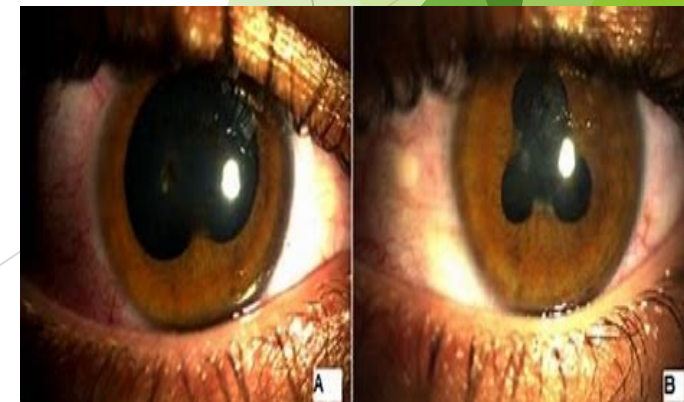
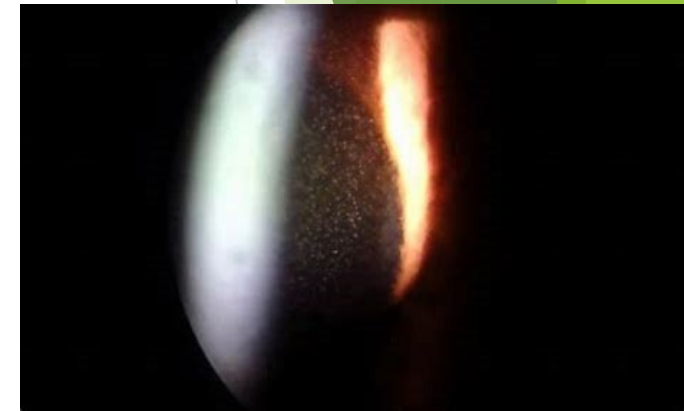
Prescrire le bilan d'uvéite

- 1^{re} intention (systématique) :
 - Radiographie thoracique,
 - Bilan biologique :
 - NFS, VS, CRP, électrophorèse des protéines, ionogramme sanguin, bilan phosphocalcique,
 - enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA),
 - TPHA, VDRL,
 - IDR à la tuberculine
- complémentaire (orienté par l'interrogatoire et la clinique)

Programmer un rendez-vous en médecine interne

□ **Traitement :**

- Etiologique
- Mydriatiques; atropine collyre + corticoïdes collyre et en sous-conjonctival
+ pas de myotiques : favorisent synéchies



➤ **BAV** +++

❑ **Crise de glaucome aigue par fermeture de l'angle: GAFA**

clinique:

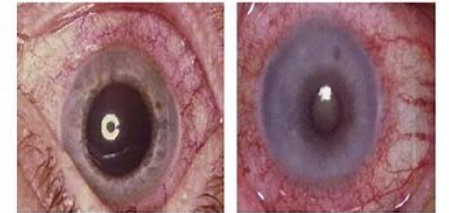
Signes fonctionnels :

- Baisse de l'acuité visuelle(BAV) brutale.
- Douleur.
- Nausées, vomissements ,bradycardie.

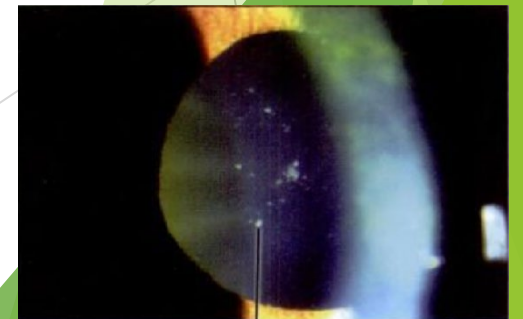
Examen ophtalmologique :

- Lampe à fente(LAF) : cercle périkeratique, œdème cornéen, CA étroite, semi-mydriase aréflexique.
- Tonométrie : PIO très élevée (entre 40 et 60 mm Hg) voire plus, sensation de bille d'ivoire au palper bidigital.

Cercle perikeratique



GLAUCOME AIGU PAR FERMETURE DE L'ANGLE



- Gonioscopie: angle fermé à 0
- Examen de l'œil adelphe : CA étroite, angle fermable.

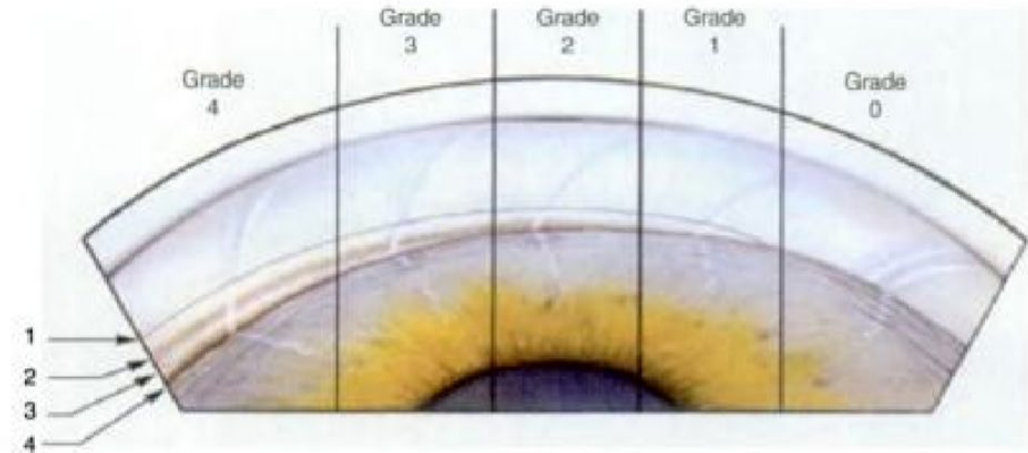


Figure 1.23. Classification de l'angle iridocornéen de Shaffer et Étienne (1 : ligne de Schwalbe, 2 : trabéculum, 3 : éperon scléral, 4 : bande ciliaire).

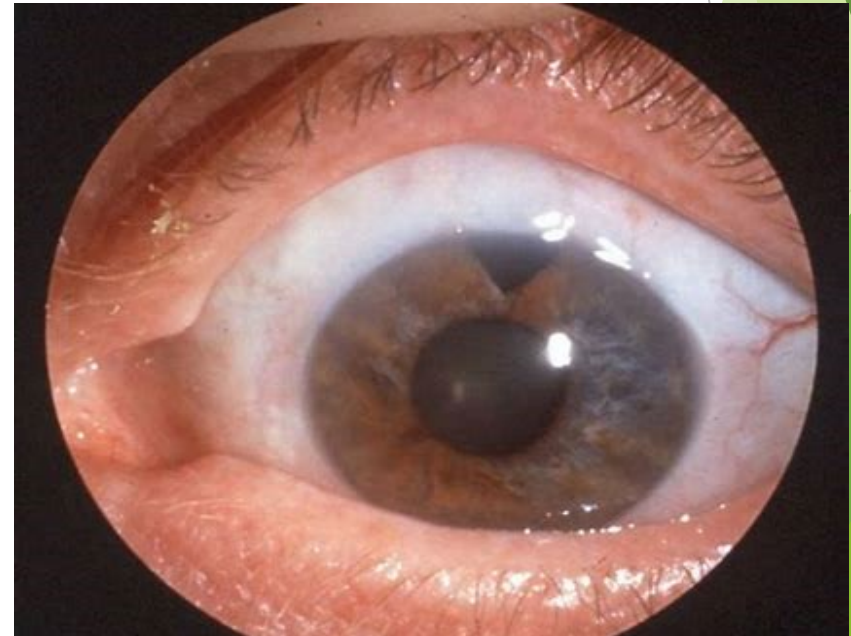
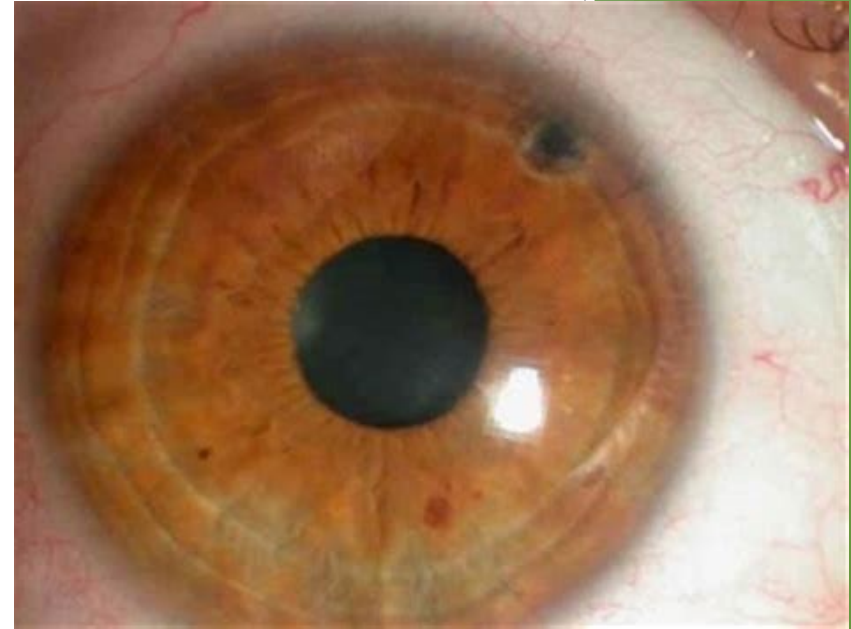
CAT devant une crise aigue de GFA:

Urgence thérapeutique :

- hospitalisation
- déshydratation du vitré à l'aide du Mannitol à 20% en IV.
- diminution de la production d'humeur aqueuse à l'aide d'une ampoule de 500 mg en IV de Diamox, puis relais peros
- constriction pupillaire à l'aide de la pilocarpine à 2% : 1 goutte toutes les 5 minutes jusqu'au myosis puis 4 fois par jour et aussi dans œil adelphe 1 goutte 3 fois par jour.
- collyres hypotonisants



- Iridotomie périphérique:
 - ✓ Curative : au laser Yag associé au laser Argon dès que l'œdème cornéen diminue.
 - ✓ Préventive : au niveau de l'œil adelphe et en cas de chambre antérieure étroite avec angle fermable.
- Traitement chirurgical : des fois on aura recours à une iridectomie chirurgicale périphérique



Conclusion:

- Motif fréquent de consultation
- L'étude soigneuse des signes fonctionnels permet de prévoir le degré de gravité
- L'examen ophtalmologique va permettre de préciser le diagnostic afin de prescrire un traitement approprié.