

CAT devant un œil rouge non traumatique

Encadré par : Dr Slimani

Présenté par : Dr DJATAOU

INTRODUCTION

L'œil rouge est un motif très fréquent de consultation en ophtalmologie.

Il faut toujours rechercher la notion de:

- traumatisme
- douleur
- baisse d'acuité visuelle (BAV)

ŒIL ROUGE NON TRAUMATIQUE

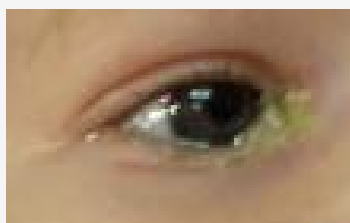
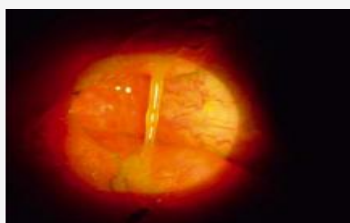
Œil rouge non douloureux sans BAV	<ul style="list-style-type: none"> • Les conjonctivites • L'hémorragie sous conjonctivale • Le ptérygion
Œil rouge douloureux sans BAV	<ul style="list-style-type: none"> • Sclérite • Episclérite
Œil rouge douloureux avec BAV	Kératite Uvéite Glaucome aiguë par fermeture de l'angle et le glaucome néovasculaire endophtalmie

Œil rouge non douloureux sans BAV

A/ LES CONJONCTIVITES

1-Bactériennes

SF	CLINIQUE	TRT
<ul style="list-style-type: none"> • ORND sans BAV • Uni ou bilatérale 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperhémie conjonctivale (HHC) • Secrétions purulentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavage au sérum • ATB collyre + pmd pdt 7-10 jrs



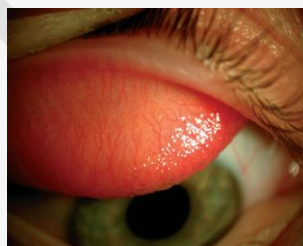
2-Virale

SF	CLINIQUE	TRT
<ul style="list-style-type: none"> • ORND sans BAV • unilatérale 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperhémie conjonctivale • Secrétions claires • Chemosis • Follicules au niveau de la conjonctive palpébrale • ADP douloureuse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de traitement spécifique • Lavage au serum • Anti septique • ATB en cas de surinfection



3- Allergique

SF	clinique	TRT
<ul style="list-style-type: none"> • ORND sans BAV • Bilatérale • Prurit • Sensation de grains de sable 	<ul style="list-style-type: none"> • HHC • Chemosis • Papilles conjonctivales 	<ul style="list-style-type: none"> • Anti histaminique et anti dégranulant local • CTC • Éviction de l'agent causal +++



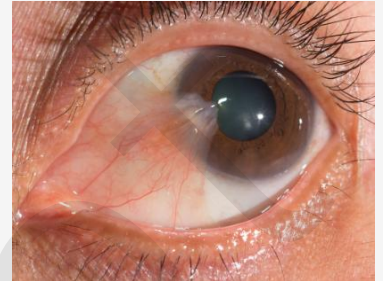
B/ HEMORRAGIE SOUS CONJONCTIVALE

Clinique	Etiologie	TRT
<ul style="list-style-type: none"> • Saignement dans l'épaisseur de la conjonctive 	<ul style="list-style-type: none"> • Fragilité capillaire • HTA • Diabète • Hémopathie • Trouble de coagulation... 	<ul style="list-style-type: none"> • Résorption spontanée en 1- 3 sem



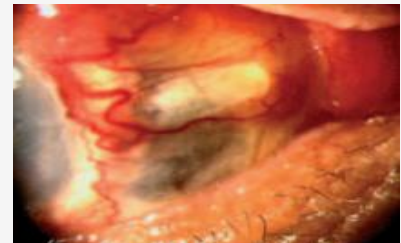
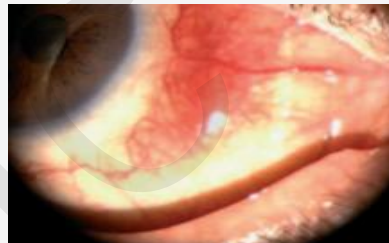
C/ Ptérygion

Clinique	Etiologie	TRT
<ul style="list-style-type: none"> • néoformation fibrovasculaire 	<ul style="list-style-type: none"> • UV +++ 	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgical • AINS



Les sclérites et les episclérites

SF	Clinique	TRT
<ul style="list-style-type: none"> • ORD sans BAV • La DLR augmente avec les mouvements oculaire + importante dans les sclerites 	<ul style="list-style-type: none"> • Rougeur violacée localisée avec vasodilatation vasculaire • Test à la <u>néosinéphrine</u> 10% : + episclérite - sclérite 	<ul style="list-style-type: none"> • AINS • CTC • Rechercher une maladie générale



Œil rouge douloureux avec BAV

A / Les kératites

-Rechercher la notion de port de lentille , traumatisme , conjonctivite, sd sec ou un sd viral

SF	Clinique	TRT
<ul style="list-style-type: none"> •ORD avec BAV •Larmoiement •Photophobie •Blépharospasme 	<ul style="list-style-type: none"> •HHC avec CPK •Test à la fluorescéine: positif dans les K superficielles et négatif K profonde 	<ul style="list-style-type: none"> •Selon l'étiologie

➤ Les étiologies

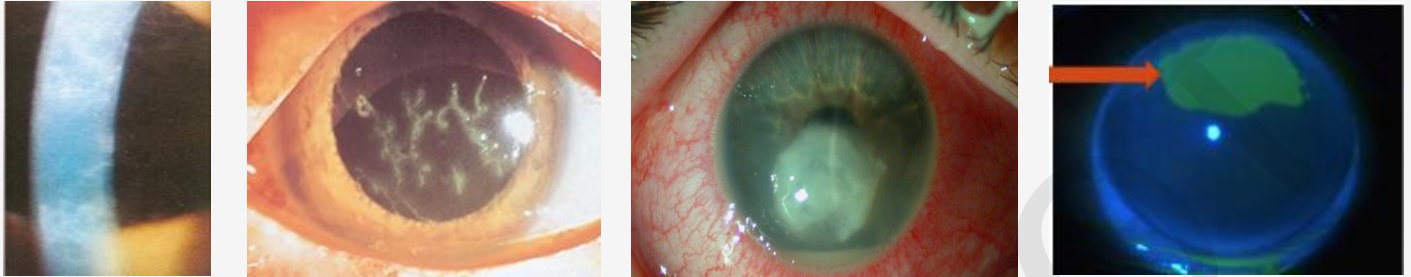
Les kératites superficielle

k infectieuse: virale, bactérienne ou parasitaire (LC++)

k sèche: sd sec, paralysie faciale, exophtalmie...

K post traumatique

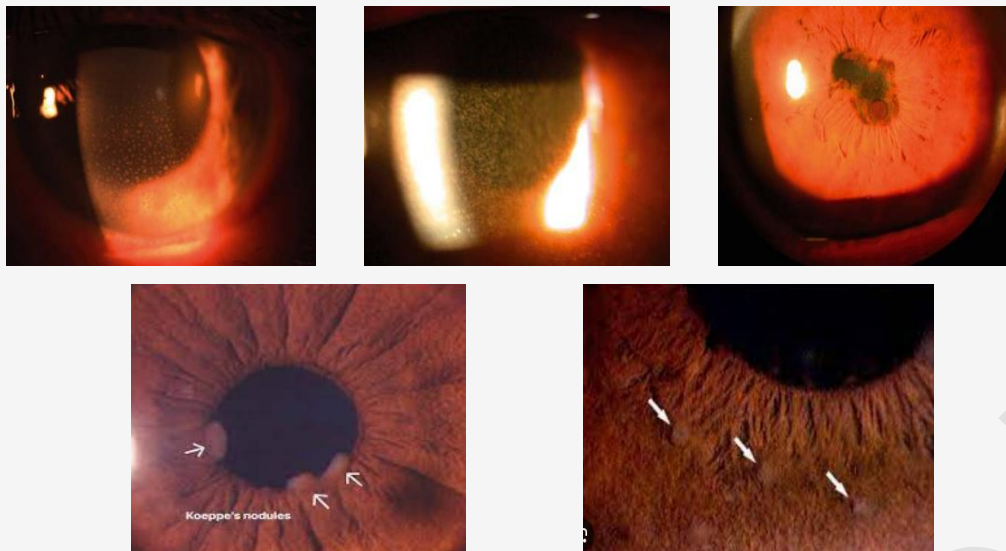
Les kératites profondes : TBC, syphilis, cause immunologique...



B / L'uvéite antérieure aigue

SF	clinique	TRT
<ul style="list-style-type: none"> • ORD avec BAV • Photophobie • Larmoiement 	<ul style="list-style-type: none"> • HHC • Cercle périkeratique (CPK) • Précipités retro cornéens (PRC) • Chambre antérieure (CA) siège d'un tyndall • Myosis • Nodules de koepple et de busacca • Synéchies irido cristalliniennes • Hypopion • Tonus oculaire TO peut être nml, bas ou augmenté 	<ul style="list-style-type: none"> • CTC collyre et pmd • Cycloplégique • Recherche étiologique++

Etiologies	
	<p>!/ \ Evoquer un herpès devant : uvéite unilatérale hypertensive + atrophie irienne → Corticothérapie après 48h minimum de TTT AV</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idiopathique ++ - Infection virale : HSV – VZV – CMV – VIH - Infection Bactérienne : Syphilis – BK – Maladie de Lyme – Griffe du chat - Infection parasitaire : Toxoplasmose - Inflammatoire : Sarcoidose – Behçet – SPA – PR – LED - Lymphome oculaire <p>!/ \ A évoquer systématiquement devant une uvéite chez le sujet âgé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Post-traumatique/CE intraoculaire méconnu - Inflammation post-opératoire



C / Glaucome aiguë par fermeture de l'angle

Augmentation Brutale et Importante de la pression intra-oculaire .

Cette hypertonie aiguë peut provoquer en quelques heures une neuropathie optique glaucomateuse irréversible → risque de cécité.

/!\ Urgence absolue diagnostique et thérapeutique

C L I N I Q U	Terrain	Hypermétropie +/- ATCD d'épisodes antérieurs spontanément résolutifs
	Facteur déclenchant	<ul style="list-style-type: none"> - AG - Stress - Obscurité - TTT parasympatholytique : Anticholinergique Antispasmodique – Laxatifs – AntiH1 – ADTC – NRL – Hypnotiques – Antidiarrhéique – Antiparkinsonien
E		<ul style="list-style-type: none"> - TTT sympathicomimétique : Bronchodilatateur – Adrénaline – IMAO – Antitussifs – Dérivés nitrés
	Signes fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Début brutal - Douleur oculaire unilatérale – Irradiation dans le territoire du trijumeau - BAV +/- impression de halos colorés autour des lumières - Rougeur oculaire - Photophobie - Céphalées – Sueurs – Nausées, vomissements
	Examen physique	<ul style="list-style-type: none"> - Palpation : Œil atteint dur comme une bille - LAF : <ul style="list-style-type: none"> Cercle périkératique – Semi-mydriase aréflexique Œdème cornéen (buvée épithéliale) Chambre antérieure plate - Gonioscopie : Fermeture de l'angle irido-cornéen - TO > 40mmHg - Examen de l'œil adelphe systématique : Recherche de FF Petite longueur axiale – Chambre antérieure étroite – Angle irido-cornéen étroit – Cataracte intumescence – Iris plateau

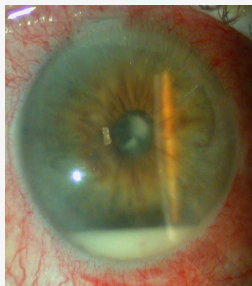
T R A I T E M E N T	Mise en condition	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation en urgence en ophtalmologie - Arrêt du facteur déclenchant (TTT ++)
	TTT spécifique	<ul style="list-style-type: none"> - Général <ul style="list-style-type: none"> * Mannitol 20% IV en l'absence de CI (I. cardiaque et rénale) * Puis inhibiteur de l'anhydrase carbonique (Diamox) IV en l'absence de CI (I. rénale – IHC – ATCD de lithiase urinaire – Allergie aux sulfamides) - Local : <ul style="list-style-type: none"> * Multithérapie de collyres hypotonisants en l'absence de CI : <ul style="list-style-type: none"> βbloquant – α2 + - Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique /!\ Collyres analogues de la PG déconseillés car pro-inflammatoires * Myotiques : <ul style="list-style-type: none"> Immédiatement dans l'œil adelphe Une fois la pupille réactive et le TO diminué dans l'œil atteint
	TTT symptomatique	ATG +/- supplémentation K+ (Diamox)
	TTT chirurgical	<ul style="list-style-type: none"> - Rapidement après la crise – TTT des 2 yeux = Levée de CI des TTT mydriatiques - Iridectomie périphérique chirurgicale - Iridotomie périphérique au laser YAG
	Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité : Douleur – AV – TO – RPM A distance : Perméabilité de l'iridectomie - Excavation - Tolérance : Kaliémie – Urée – Créat – BHC - ECG

D / Glaucome néovasculaire

C L I N I Q U E	Terrain	Ischémie rétinienne avec néo-vaisseaux (OVCR – Rétinopathie diabétique-Drépanocytose)
	Signes fonctionnels	- Début brutal - Douleur oculaire unilatérale – Irradiation dans le territoire du trijumeau - BAV +/- impression de halos colorés autour des lumières - Rougeur oculaire - Photophobie - Céphalées – Sueurs – Nausées, vomissements
	Examen physique	- Palpation : Œil atteint dur comme une bille - LAF : Cercle périkeratique – Semi-mydriase aréflexique Rubéose irienne Œdème cornéen (buée épithéliale) Chambre antérieure profonde - Gonioscopie : Néo-vaisseaux dans l'angle irido-cornéen
		- FO : Néo-vaisseaux - TO > 40mmHg
	Bilan pré-thérapeutique	Diamox : Ionogramme sanguin – Urée – Créatinémie – GAJ – BHC – ECG
T R A I T E M E N T	Mise en condition	- Hospitalisation en urgence en ophtalmologie
	TTT spécifique	- Général * Mannitol 20% IV en l'absence de CI (I. cardiaque et rénale) * Puis inhibiteur de l'anhydrase carbonique (Diamox) IV en l'absence de CI (I. rénale – IHC – ATCD de lithiase urinaire – Allergie aux sulfamides) - Local : * Multithérapie de collyres hypotonisants en l'absence de CI : βbloquant – α2 + - Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique /!\ Collyres analogues de la PG déconseillés car pro-inflammatoires
	TTT symptomatique	ATG +/- supplémentation K+ (Diamox)
	TTT étiologique	- Photocoagulation rétinienne des zones ischémiques - Cyclodestruction des procès ciliaires
	Surveillance	- Efficacité : Douleur – AV – TO – RPM A distance : Perméabilité de l'iridectomie - Excavation - Tolérance : Kaliémie – Urée – Créat – BHC – ECG



D / Endophthalmie aiguë



/!\ Urgence absolue diagnostique et thérapeutique

Clinique	Anamnèse	Chirurgie oculaire récente Trauma oculaire avec CE
	Signes fonctionnels	- BAV brutale - Œil rouge et douloureux +/- œdème palpébral
	Examen physique	- LAF : Effet Tyndal – Hypopion - TO : Hypertonie oculaire - FO : Hyalite
Paraclinique		Ponction de vitré – Envoi en bactériologie
TTT		- Hospitalisation en urgence en ophtalmologie - ATB : IV – Intra-vitréenne – Collyres large spectre - Corticoïdes : Locaux immédiatement / Généraux après 48h d'ATB - Collyre mydriatique