

[Date]

Œil rouge douloureux

A.ACHELI

ACHELI A.

OPHTALMOLOGIE S6

Œil rouge douloureux

S6

Table des matières

1.	Introduction	3
2.	Examen.....	3
2.1	Interrogatoire	3
2.2.	Examen clinique, à la lampe à fente	3
3.	Etiologie.....	6
3.1.	Œil rouge unilatéral, douloureux, sans baisse de l'acuité visuelle	6
3.1.1.	Épisclérite	6
3.1.2.	Sclérite	6
3.2.	Œil rouge douloureux pouvant entraîner une baisse d'acuité visuelle	7
3.2.1	Kératite aiguë	7
3.2.2.	Uvéites antérieures.....	9
3.2.3.	Glaucome aigu par fermeture de l'angle	11
3.2.4.	Glaucome néovasculaire	12
4.	Points essentiels	12

Objectifs généraux

- Diagnostiquer un œil rouge et/ou douloureux.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Objectifs spécifiques

- Connaître les gestes à faire et à ne pas faire.
- Savoir énumérer les étiologies d'un œil rouge :
 - douloureux, avec ou sans baisse de l'acuité visuelle,
 - non douloureux, avec ou sans baisse de l'acuité visuelle.
- Savoir s'orienter vers une étiologie d'après l'interrogatoire et l'examen non spécialisé.
- Savoir évaluer le degré d'urgence de la prise en charge ophtalmologique.
- Connaître les principaux examens complémentaires ophtalmologiques et non ophtalmologiques permettant le diagnostic et le traitement.
- Savoir expliquer au patient le pronostic et la surveillance requise selon l'étiologie.

Œil rouge douloureux

Pr Acheli
CHU MUSTAPHA

1. Introduction

L'œil rouge et/ou douloureux est un motif fréquent de consultation en ophtalmologie. Il est important de savoir différencier une pathologie bénigne d'une pathologie grave menaçant la fonction visuelle (glaucome aigu par fermeture de l'angle, kératite aiguë, uvéite).

2. Examen

2.1 Interrogatoire

Il a pour objectif de :

- préciser le mode d'apparition de la rougeur oculaire :
 - récente ou ancienne, aiguë ou chronique, d'apparition brutale ou d'installation progressive, d'emblée ou avec un intervalle libre,
 - unilatérale ou bilatérale soit d'emblée soit avec un intervalle libre ;
- préciser le type de la douleur :
 - douleurs superficielles : modérées, à type de sensation de grains de sable, évoquant une conjonctivite, ou plus importantes, accompagnées de photophobie et d'un blépharospasme évoquant une kératite aiguë.,
 - douleurs plus profondes : modérées, évoquant une uvéite antérieure ou une épisclérite, ou intenses, avec des irradiations dans le territoire du trijumeau évoquant un glaucome aigu ;
- rechercher une baisse d'acuité visuelle : l'absence de baisse d'acuité visuelle oriente vers une conjonctivite ou encore une épisclérite (moins fréquente) ;
- préciser les antécédents ophtalmologiques et généraux, l'âge et la profession du patient ;
- rechercher une notion de traumatisme et les conditions de survenue (accident domestique ou du travail) ;
- rechercher les signes associés locaux : prurit, sécrétions, etc., et généraux : céphalées, fièvre, ORL, etc.

2.2. Examen clinique, à la lampe à fente

Il est bilatéral et comparatif.

→ Acuité visuelle

Elle est mesurée de loin et de près, avec correction optique éventuelle.

→ Conjonctive

Sont examinés la topographie et l'aspect de la rougeur oculaire :

- en secteur : épisclérite ;
- autour du limbe sclérocornéen (vasodilatation concentrique des vaisseaux conjonctivaux limbiques, péricornéens, sur 360° = cercle périkeratique) : kératite aiguë, uvéite antérieure.

→ Cornée

Il faut apprécier :

- sa transparence : perte de transparence (œdème, abcès) ;
- sa sensibilité ;
- la présence de dépôts sur sa face postérieure : dépôts rétrodescemétiques ou rétrocornéens (uvéites).

→ Examen après instillation dans le cul-de-sac conjonctival d'un collyre à la fluorescéine (colorant orange) :

Il recherche une ulcération cornéenne : l'épithélium cornéen normal ne retient pas la fluorescéine qui en revanche se fixe sur le stroma en absence de l'épithélium ; les ulcérations apparaissent vertes en lumière bleue, leur nombre et localisation orientent le diagnostic :

- une ulcération cornéenne unique et régulière évoque un traumatisme ;
- une ulcération localisée avec une zone blanche adjacente évoque une kératite bactérienne avec un abcès de cornée ;
- un ulcère dendritique évoque une kératite herpétique ;
- de petites ulcérations disséminées (kératite ponctuée superficielle = KPS) évoquent une kératite à adénovirus ou un syndrome sec oculaire.

→ Examen de l'iris et de la pupille

Il recherche :

- la présence de synéchies iridocristalliniennes (uvéites) ;
- une atrophie irienne (herpès) ;
- un myosis (kératite aiguë ou uvéite aiguë) ;
- une semi-mydriase aréflexique (glaucome aigu).

→ Examen de la chambre antérieure

Il a pour objectif :

- l'appréciation de la profondeur (chambre antérieure étroite ou plate évoquant un glaucome aigu) ;
- la recherche à la lampe à fente des signes inflammatoires d'une uvéite antérieure (effet Tyndall)

→ Mesure du tonus oculaire

Elle est effectuée au tonomètre à air ou à aplanation.

Une hypertonie évoque un glaucome aigu par fermeture de l'angle ou un glaucome néovasculaire.

Une hypotonie évoque une plaie oculaire transfixiante. (Voir cours traumatismes)

→ Examen de la conjonctive palpébrale

Il recherche :

- des follicules (conjonctivite virale), ou des papilles (conjonctivite allergique) ;
- un corps étranger sous la paupière supérieure : retourner systématiquement la paupière.

→ Examen du fond d'œil

Après dilatation, il sera pratiqué devant une pathologie pouvant s'accompagner d'une atteinte vitréenne ou rétinienne : il recherchera des signes d'uvéite postérieure en présence d'une uvéite antérieure.

Figure 1: Cercle périkératique

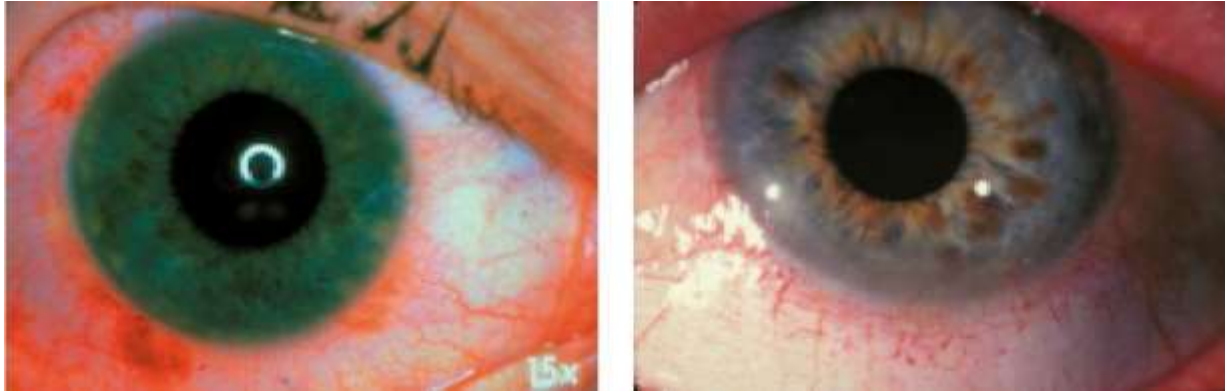


Figure 2: Abscès sous lentille

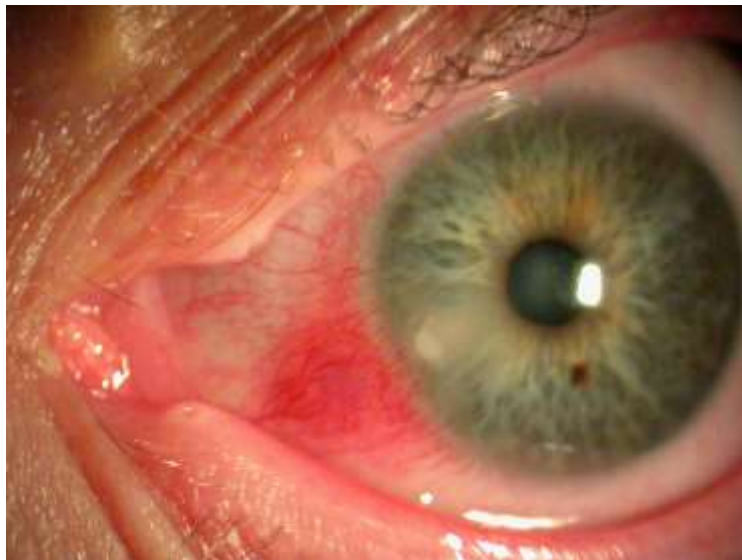


Figure 3 : Ulcère dendritique (herpès cornéen



3. Etiologie

Les causes d'œil rouge rentrent dans plusieurs cadres :

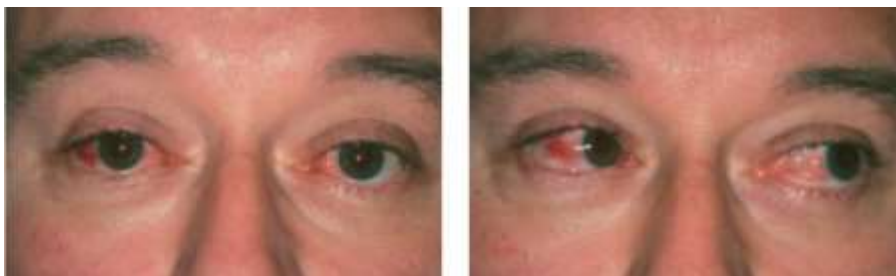
3.1. Œil rouge unilatéral, douloureux, sans baisse de l'acuité visuelle

3.1.1. Épisclérite

Il s'agit d'une inflammation localisée à l'épisclère (située sous la conjonctive), on note une rougeur en secteur qui disparaît après instillation d'un collyre vasoconstricteur (néosynéphrine). La douleur oculaire est modérée.

L'examen du segment antérieur est normal. Il est nécessaire de rechercher une maladie de système en cas de récurrence. L'épisclérite est traitée par corticothérapie locale.

Figure 4: Épisclérite : rougeur localisée dans le secteur temporal de l'œil droit



3.1.2. Sclérite

Il s'agit d'une inflammation localisée au niveau de la sclère, générant des douleurs oculaires importantes majorées à la mobilisation du globe. On observe une rougeur localisée en secteur qui ne disparaît pas à l'instillation d'un collyre vasoconstricteur (néosynéphrine). La sclérite requiert de rechercher une maladie de système. Le traitement consiste à administrer des anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie générale.

3.2. Œil rouge douloureux pouvant entraîner une baisse d'acuité visuelle

3.2.1 Kératite aiguë

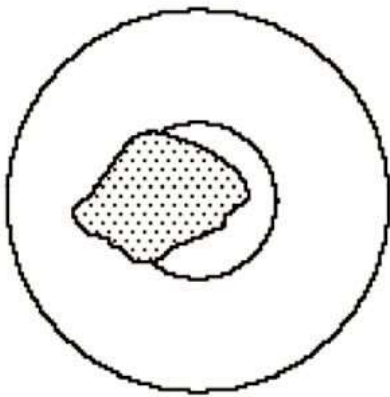
C'est une atteinte cornéenne qui s'accompagne d'ulcération(s) superficielle(s).

Elle se manifeste par :

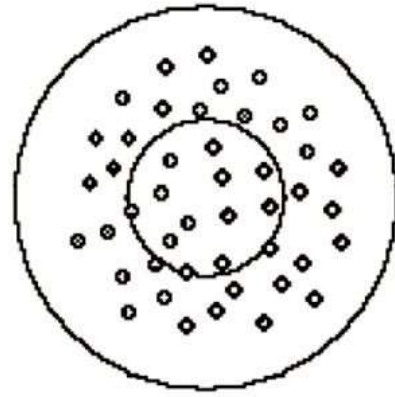
- une baisse d'acuité visuelle, très variable suivant la localisation de l'atteinte cornéenne par rapport à l'axe visuel,
- des douleurs oculaires superficielles importantes,
- un larmoiement
- une photophobie
- un blépharospasme

L'examen à la lampe à fente retrouve : des érosions et des ulcérations de la cornée, une diminution de transparence de la cornée, souvent localisée au niveau de l'ulcération, et un cercle périkératique (voir paragraphe Examen clinique) ; la chambre antérieure est de profondeur et d'aspect normaux.

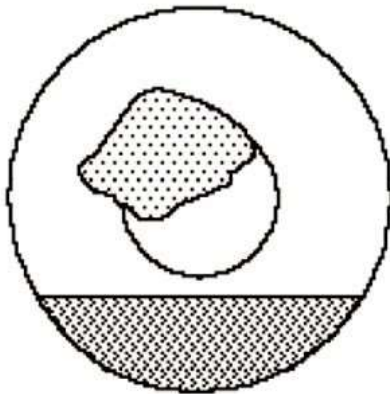
Figure 5: Représentation schématique des principales formes de kératite



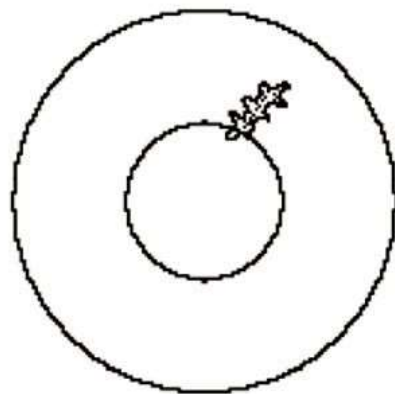
ulcère cornéen



kératite ponctuée superficielle



ulcère cornéen à hypopion



kératite herpétique dendritique

3.2.1.1. Kératite virale

a) Kératite à adénovirus

Elle peut compliquer une conjonctivite à adénovirus (voir plus haut à Conjonctivite) : on parle de kératoconjonctivite à adénovirus ou kératoconjonctivite épidémique. Elle est caractérisée par des petites ulcérations disséminées (kératite ponctuée superficielle à fluo +). L'évolution est toujours favorable, mais elle peut laisser des opacités dans les couches antérieures de la cornée qui peuvent mettre plusieurs mois ou plusieurs années à régresser et s'accompagner pendant ce délai d'une baisse d'acuité visuelle.

Le traitement est le même que pour la conjonctivite à adénovirus.

b) Kératite herpétique

Il s'agit d'une ulcération cornéenne d'aspect typique, de forme arborescente, en feuille de fougère = à ulcère dendritique, parfois plus étendue, moins typique, en carte de géographie.

Le traitement réside dans les antiviraux par voie générale (Zelitrex) pouvant être associés à des antiviraux locaux en collyre ou en pommade (ex. : aciclovir en pommade) pendant 1 à 2 semaines.

Les kératites herpétiques peuvent être aggravées de façon majeure par une corticothérapie locale qui peut au maximum entraîner une perforation cornéenne : d'où la règle absolue de ne jamais prescrire une corticothérapie locale sans avoir éliminé une kératite herpétique, et de façon plus générale toute ulcération cornéenne.

L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement, mais le risque est celui des récurrences, ainsi que de l'évolution vers une kératite profonde par atteinte cornéenne stromale pouvant laisser une baisse d'acuité visuelle définitive.

3.2.1.2. Kératites bactériennes, parasitaires et mycosiques

Il s'agit souvent de la surinfection bactérienne d'une ulcération traumatique (coup d'ongle, branche d'arbre) ou d'une ulcération bactérienne survenue sous une lentille de contact (+++) qui évoluent vers un abcès de cornée.

Elles sont caractérisées par la présence d'une plage blanchâtre d'infiltration cornéenne, colorée par la fluorescéine, parfois un niveau liquide purulent dans la chambre antérieure = hypopion (Ulcère à hypopion).

Un prélèvement est requis au niveau de l'abcès pour examen direct, mise en culture et antibiogramme.

Le traitement doit être instauré précocement : collyres antibiotiques administrés plusieurs fois par jour qui peuvent être suffisants dans les formes vues tôt et peu sévères. Pour les abcès importants, il est préférable d'hospitaliser le patient et d'instaurer un traitement par des collyres fortifiés. (Collyres à forte concentration obtenus à partir de préparations pour injections intraveineuses) toutes les heures. L'évolution peut être défavorable :

- soit à la phase aiguë. :
 - par l'extension postérieure de l'infection aboutissant à un tableau d'endophtalmie,
 - ou par une perforation cornéenne ;
- soit à distance par une taie cornéenne cicatricielle responsable d'une baisse d'acuité visuelle définitive si elle siège dans l'axe visuel.

En cas de survenue chez un porteur de lentilles de contact, il faut se méfier d'une kératite amibienne et effectuer des prélèvements pour un traitement adapté en milieu hospitalier.

3.2.2. Uvéites antérieures

Ce sont des inflammations de l'iris (iritis) et du corps ciliaire (cyclite) : on parle d'iridocyclite.

Le patient présente un œil rouge associé à une baisse d'acuité visuelle et à des douleurs profondes, le tout en général modéré.

L'atteinte peut être uni ou bilatérale, parfois récidivante et à bascule.

L'examen à la fente retrouve :

- un cercle périkératique ;
- une transparence cornéenne normale ;
- une pupille en myosis ;
- parfois des adhérences inflammatoires entre face postérieure de l'iris et capsule antérieure du cristallin (synéchies iridocristalliniennes, ou synéchies postérieures), responsables d'une déformation pupillaire ;
- un phénomène de Tyndall : présence de protéines et de cellules inflammatoires circulant dans l'humeur aqueuse ;
- des dépôts de cellules inflammatoires à la face postérieure de la cornée : précipités rétrocornéens.

L'examen du fond d'œil doit être systématique à la recherche d'une atteinte vitréenne, rétinienne ou choroïdienne signant l'existence d'une uvéite postérieure.

La recherche d'une étiologie est systématique mais reste souvent négative (50 % des cas) ; les principales causes sont :

- la spondylarthrite ankylosante
- l'uvéite herpétique
- l'arthrite juvénile idiopathique chez l'enfant
- la sarcoïdose
- la maladie de Behçet
- le LED (lupus érythémateux disséminé) ;
- le lymphome oculocérébral chez le sujet âgé.

La prise en charge associe :

- traitement local systématique :
 - par collyres mydriatiques, pour la prévention ou la suppression des synéchies postérieures,
 - et par collyres corticoïdes ;
- traitement étiologique éventuel.

Figure 6: Représentation schématique des signes d'uvéite antérieure

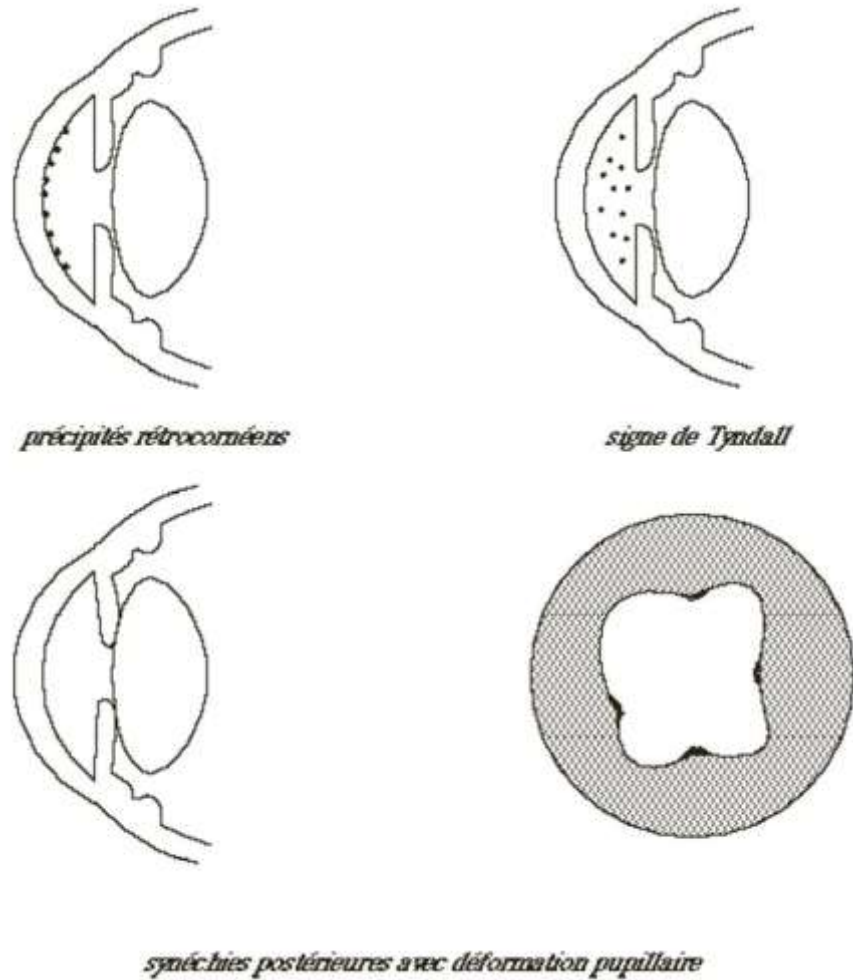


Figure 7: Uvéite antérieure : synéchie irido-cristallinienne

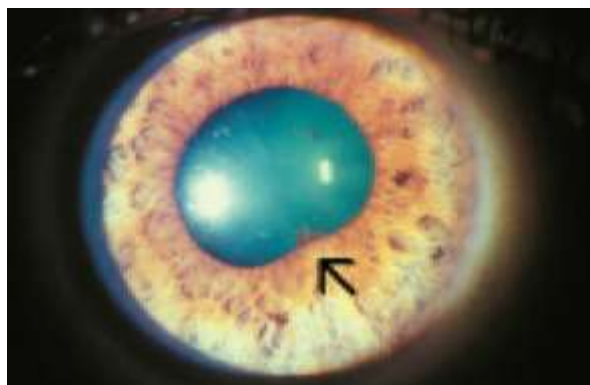


Figure 8: Uvéite antérieure : précipités rétro-cornéens



3.2.3. Glaucome aigu par fermeture de l'angle

C'est une affection rare mais de pronostic s.v.re en l'absence d'un traitement précoce.

Le glaucome aigu par fermeture de l'angle survient :

- sur des facteurs prédisposant :
 - forte hypermétropie,
 - chambre antérieure étroite,
 - angle iridocornéen étroit,
 - gros cristallin
- lors de circonstances entraînant une mydriase (stress, prise de médicaments mydriatiques, obscurité).

La crise est due à un blocage pupillaire. La mydriase entraîne un accollement de la face antérieure du cristallin et de la face postérieure de l'iris sur 360°. L'humeur aqueuse produite au niveau des procès ciliaires en arrière de l'iris, passe à travers la pupille, puis est évacuée par le trabéculum.

En cas de blocage pupillaire, elle ne peut plus passer et s'accumule dans la chambre postérieure ce qui refoule la racine de l'iris vers l'avant et aboutit à un blocage trabéculaire. L'angle iridocornéen se ferme et l'humeur aqueuse n'étant plus évacuée à travers le trabéculum la pression intraoculaire augmente.

L'hypertonie oculaire majeure entraîne une altération de l'endothélium cornéen (œdème cornéen), une ischémie du sphincter irien (semi-mydriase aréflexique) et une atrophie optique si elle se prolonge (baisse d'acuité visuelle définitive).

a) Signes fonctionnels

Les signes fonctionnels sont bruyants :

- douleurs très profondes, irradiant dans le territoire du trijumeau
- souvent associées à des nausées ou à des vomissements qui peuvent égarer le diagnostic
- la baisse d'acuité visuelle est brutale et massive

b) Examen

Il relève les éléments suivants :

- l'œil est rouge
- la transparence de la cornée est diminuée de façon diffuse par l'œdème cornéen dû à l'hypertonie oculaire majeure
- la pupille est en semi-mydriase aréflexique
- la chambre antérieure est étroite, l'angle iridocornéen est fermé

- l'hypertonie oculaire est majeure, toujours supérieur à 50 mm Hg
- le patient peut décrire des épisodes transitoires qui correspondent à des fermetures incomplètes de l'angle iridocornéen. Ces épisodes se traduisent par des crises d'œil rouge et douloureux spontanément résolutives.
- l'examen de l'autre œil doit être systématique car il présente la plupart du temps la même prédisposition anatomique.

L'évolution se fait rapidement, en quelques jours, vers la cécité, en absence d'un traitement.

c) Traitement

Il s'agit **d'une urgence thérapeutique** nécessitant une hospitalisation en ophtalmologie et la mise en place d'une voie veineuse périphérique.

Le traitement général comporte :

- inhibiteurs de l'anhydrase carbonique en l'absence de contre-indication Acétazolamide (Diamox) par voie intraveineuse (CI si allergie aux sulfamides, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique sévère, antécédents de coliques néphrétiques) et supplémentation potassique,
- solutés hyperosmolaires en l'absence de contre-indication (Mannitol à 20%, CI insuffisance cardiaque, insuffisance rénale),
- collyres hypotonisants,
- collyres myotiques instillés toutes les heures (aussi dans l'autre œil en préventif)

La surveillance du traitement repose sur l'ionogramme sanguin, la glycémie, l'urée, la créatininémie, le bilan hépatique, l'ECG (électroencéphalogramme).

Quand la crise est jugulée, le tonus oculaire est revenu normal, la cornée est claire, il faut réaliser une iridotomie périphérique qui empêchera la survenue d'un nouvel épisode. Il s'agit de pratiquer un petit trou à la périphérie de l'iris ce qui permet de court-circuiter le passage pupillaire de l'humeur aqueuse. Ce traitement est réalisé au laser Yag. En cas d'échec du laser, l'iridectomie sera réalisée chirurgicalement. Ceci est systématiquement réalisé sur les deux yeux.

Après la réalisation de l'iridectomie il n'y a plus de contre-indication médicamenteuse.

3.2.4. Glaucome néovasculaire

Il survient dans un contexte d'ischémie rétinienne (rétinopathie diabétique compliquée, OVCR ischémique, drépanocytose, etc.).

Il est caractérisé par la présence de néovaisseaux sur l'iris (rubéose irienne) et dans l'angle iridocornéen (examen en gonioscopie).

L'examen du fond d'œil après dilatation pupillaire recherche des signes d'ischémie et de néovaisseaux.

Le traitement est réalisé par hypotonisants locaux et généraux, et photocoagulation des territoires ischémiques rétiens.

4. Points essentiels

- Pas de baisse d'acuité visuelle, sécrétions conjonctivales, paupières collées le matin au réveil : conjonctivite bactérienne banale ; traitement antibiotique local à large spectre.
- Baisse d'acuité visuelle :

ACHELI A.
ŒIL ROUGE DOULOUREUX

- diminution de transparence cornéenne, cercle périkératique, ulcération fluo + : kératite ; pas de corticoïdes locaux ;
- myosis, cercle périkératique, cornée claire : uvéite antérieure ; traitement mydriatique et corticoïdes locaux + bilan étiologique ;
- cécité unilatérale, douleurs +++, syndrome digestif, mydriase, cornée opaque, élévation +++ du tonus oculaire : glaucome aigu ; Diamox intraveineux, mannitol en perfusion, collyre myotique (œil atteint et œil controlatéral).
- Dans tous les cas d'œil rouge, examen ophtalmologique spécialisé en l'absence d'amélioration rapide, en quelques jours.