

# ŒIL ROUGE NON TRAUMATIQUE

## GENERALITES :

L'œil rouge et/ou douloureux est un motif fréquent de consultation en ophtalmologie.

Atteinte le plus souvent du segment antérieur.

Le bilan étiologique est indispensable pour différencier les pathologies bénignes du globe oculaire et les urgences ophtalmologiques mettant rapidement en jeu le pronostic visuel :

Un GLAUCOME AIGU PAR FERMETURE DE L'ANGLE IRIDO-CORNEEN.

Une KERATITE AIGUË.

Une UVEITE ANTERIEURE AIGUË (bilan étiologique +++).

Un corps étranger superficiel ou intra-oculaire

## EXAMEN CLINIQUE :

### 1. Interrogatoire :

L'âge et la profession du patient.

La notion d'un traumatisme oculaire, de projection d'un corps étranger et les circonstances de survenue (ACCIDENT DE TRAVAIL +++, bricolage...).

Les antécédents ophtalmologiques et généraux du patient.

L'existence d'un contexte épidémique (conjonctivite) familial ou professionnel.

Le caractère uni ou bilatéral des troubles.

Le mode de survenue (brutal/progressif).

Les signes fonctionnels associés :

Locaux (baisse d'acuité visuelle, sécrétions, prurit, larmoiement, photophobie, blépharospasme

Et/ou généraux (céphalées, syndrome méningé, syndrome grippal ou rhinopharyngé ...).

### 2. Examen clinique :

Il est le plus complet et le plus soigneux possible.

Il est systématiquement BILATERAL ET COMPARATIF.

#### A. Acuité visuelle :

Une mesure subjective de l'acuité visuelle De loin et de près

Œil par œil puis en vision binoculaire

Sans et avec une correction optique adaptée à la réfraction objective.

## ŒIL ROUGE NON TRAUMATIQUE

### **B. Examen à la lampe à fente :**

#### Les annexes :

Une blépharite.

Une méibomite.

Un CORPS ETRANGER SOUS PALPEBRAL pour lequel il est indispensable de RETOURNER SYSTÉMATIQUEMENT LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE.

Des follicules et des papilles sur la conjonctive palpébrale évoquant une conjonctivite.

Une cellulite et/ou une dacryocystite en inspectant le sac lacrymal et l'orbite.

#### La conjonctive :

La rougeur est soit :

Localisée (épisclérite).

Diffuse (conjonctivite).

En nappe (hémorragie sous conjonctivale).

Située autour du limbe scléro-cornéen (cercle périkeratique).

#### La cornée :

Son épaisseur.

Sa transparence.

Sa sensibilité.

Le TEST A LA FLUORESCÉINE. La fluorescéine est un colorant instillé dans l'œil au niveau du cul de sac conjonctival. La fluorescéine ne se fixe normalement pas sur un épithélium cornéen intact. Elle se fixe sur le stroma lorsqu'il existe des altérations épithéliales.

#### La chambre antérieure :

Sa profondeur : une chambre antérieure étroite ou plate évoque un glaucome aigu

L'existence d'une réaction inflammatoire en faveur d'une uvéite antérieure aiguë (EFFET TYNDALL et précipités rétro-descémétiques) .

La présence de sang (hyphéma) et/ou de pus (hypopion).

#### L'iris :

Une atrophie irienne (évocateur d'une étiologie herpétique),

Des synéchies irido-cristalliniennes ou irido-cornéennes (évocatrices d'une uvéite antérieure).

On analyse le réflexe photomoteur consensuel et direct (un myosis évoque une uvéite antérieure alors qu'une mydriase aréflexique évoque plutôt un glaucome aigu).

### **C. Tension oculaire :**

La mesure du tonus oculaire à air ou à aplanation.

Une HYPERTONIE oculaire évoque un GLAUCOME AIGU PAR FERMETURE DE L'ANGLE IRIDO-CORNEËN

## ŒIL ROUGE NON TRAUMATIQUE

### D. Fond d'œil :

L'examen ophtalmologique se termine par la réalisation d'un fond d'œil dilaté pour étudier l'état :

Du vitré (hyalite)

De la rétine (foyer rétinien, nécrose rétinienne, séquelle d'occlusion de la veine centrale de la rétine, rétinopathie diabétique)

Du nerf optique (papillite).

### ETIOLOGIES D'UN ŒIL ROUGE + INDOLORE + SANS BAV :

#### 1 . Hémorragie sous-conjonctivale :

##### A. Reflexe :

C'est une pathologie le plus souvent bénigne.

Il faudra toutefois systématiquement éliminer un corps étranger intraoculaire ayant pour porte d'entrée la conjonctive +++.

##### B. Examen clinique :

Le diagnostic est évoqué devant une rougeur isolée, en nappe spontanée, sans douleur, sans baisse d'acuité visuelle, sans photophobie ni larmoiement.

L'examen à la lampe à fente montre une rougeur en nappe dans une zone de la conjonctive.

L'examen de la cornée, de la chambre antérieure et de la pupille est normal.

Le fond d'œil recherche des hémorragies du segment postérieur ou une cause générale favorisante (hypertension artérielle ; trouble de la coagulation).

##### C. Etiologies :

Les hémorragies sous conjonctivales sont le plus souvent liées à une fragilité vasculaire, mais il faudra rechercher une pathologie générale sous-jacente (HTA et TROUBLE DE LA COAGULATION) surtout en cas d'hémorragies sous conjonctivales récidivantes.

**D. Evolution :** L'évolution est spontanément favorable en 10 jours.

**E. Traitement :** La prise en charge nécessite :

La mesure de la pression artérielle

D'ELIMINER UN CORPS ETRANGER INTRAOCULAIRE.

La réalisation d'un examen ophtalmologique complet, bilatéral et symétrique.

### 2 . Conjonctivite :

#### A. Signes fonctionnels :

Les circonstances de découverte sont :

- Un œil collé le matin.
- Des SECRETIONS.
- Une GENE OCULAIRE à type de sensation de sable, de corps étranger, de cuisson, de brûlures....
- Un larmoiement.
- Un prurit oculaire.
- L'œil est indolore et l'acuité visuelle est conservée.

#### B. Examen clinique :

L'interrogatoire recherche un contage familial ou professionnel.

L'examen à la lampe à fente montre :

Une rougeur conjonctivale diffuse.

Une cornée ne prenant pas la fluorescéine, éliminant ainsi une kératite associée.

Une chambre antérieure calme et profonde.

Une pupille ronde et réactive.

L'examen du segment postérieur est normal.

#### C. Etiologies :

Virales : Le diagnostic repose sur :

Un contexte épidémique viral familial ou professionnel.

Une symptomatologie bilatérale le plus souvent mais apparaissant en 2 temps.

Les sécrétions sont claires.

L'existence d'une adénopathie prétragienne douloureuse à la palpation.

L'examen de la conjonctive montre typiquement mais inconstamment des follicules (petites hyperplasies lymphoïdes avasculaires au centre).

Les virus sont le plus souvent des adénovirus.

- Le traitement préventif de l'entourage repose sur :

Une HYGIENE DES MAINS (lavage pluriquotidien, éviter de toucher les poignées des portes) et du linge de toilette (serviettes personnelles).

L'utilisation de collyres antiseptiques (Vitabact®).

Des LAVAGES OCULAIRES avec du sérum physiologique.

Une éviction scolaire prévient la contamination de l'entourage.

## OEIL ROUGE NON TRAUMATIQUE

### Bactériennes :

Le tableau clinique précédemment décrit est accompagné de sécrétions purulentes collant les cils le matin.

Les bactéries sont le plus souvent des grams positifs (staphylocoque, streptocoque, haemophilus ...).

En cas de port de lentilles de contact, il faut toujours éliminer une amibe et mettre la lentille en culture.

Les SIGNES DE GRAVITE sont: SECRETIONS PURULENTES IMPORTANTES, CHEMOSIS (OEDEME DE LA CONJONCTIVE), OEDEME PALPEBRAL. LARMOIEMENT IMPORTANT, BAISSSE DE L'ACUTE VISUELLE, MEME MODEREE, PHOTOPHOBIE.

Le traitement est probabiliste et ne nécessite pas de prélèvements bactériologiques de première intention.

- Le traitement repose sur :

Conjonctivites bactériennes NON GRAVES : en l'absence de facteur de risque, le LAVAGES OCULAIRES avec du sérum physiologique et ANTISEPTIQUES LOCAUX. Les antibiotiques ont la même efficacité, mais risquent de sélectionner des souches résistantes.

Conjonctivites bactériennes GRAVES\* : une ANTIBIOTHERAPIE LOCALE (Rifamycine®, Tobrex®, Ciloxan®) 1 goutte 3 fois/j pendant 7 jours associée à des LAVAGES OCULAIRES avec du sérum physiologique.

Conjonctivites bactériennes SEVERES ou EN DEUXIEME INTENTION : FLUOROQUINOLONES ou ASSOCIATION D'ANTIBIOTIQUES .

Cas particuliers des conjonctivites à chlamydiae : le chlamydiae est responsable de conjonctivite purulente chronique et du trachome (conjonctivite puis néovascularisation cornéenne avec fibrose du tarse qui entraîne un trichiasis et un entropion responsable d'ulcérations cornéennes récidivantes et invalidantes)

### Allergiques :

- Le diagnostic est évoqué devant :

Un TERRAIN ATOPIQUE ou allergique connu, la notion d'une rhinite les jours précédents la conjonctivite.

Une conjonctivite bilatérale et saisonnière.

Une symptomatologie dominée par le PRURIT, le chémosis (œdème conjonctival), le LARMOIEMENT clair et l'existence de PAPILLES sur la conjonctive tarsale supérieure (petites élévations de la conjonctive, centrées par un vaisseau donnant un aspect grenu et bourgeonnant).

Un BILAN ALLERGIQUE tente de mettre en évidence l'allergène et le type d'hypersensibilité mise en jeu.

Le traitement repose sur l'EVICITION DE L'ALLERGENE, une DESENSIBILISATION, un COLLYRE ANTIALLERGIQUE (antihistaminique surtout en phase aiguë et/ou antidégranulants mastocytaires en traitement de fond) voire des corticoïdes locaux pour passer la phase aiguë.

## ŒIL ROUGE NON TRAUMATIQUE

### ETIOLOGIES D'UN ŒIL ROUGE + DOULOUREUX + SANS BAV :

#### 1 . Episclérite :

**A. Définition :** L'inflammation est localisée à l'épisclère située sous la conjonctive.

#### **B. Examen clinique :**

La symptomatologie est dominée par des douleurs oculaires modérées.

L'examen à la lampe à fente montre une rougeur conjonctivale localisée, DISPARAISSANT APRES INSTILLATION D'UN VASOCONSTRICTEUR (NEOSYNEPHRINE®).

#### **C. Etiologies :**

La cause idiopathique domine les étiologies devant un épisode unique d'épisclérite, mais une maladie de système est recherchée devant toute épisclérite récidivante.

#### **D. Traitement :**

Le traitement repose sur une CORTICOTHERAPIE LOCALE 1 goutte 3 fois/j pendant 10 jours.

#### 2. Sclérite :

#### **A. Examen clinique :**

La douleur est plus importante, plus profonde et est majorée par la mobilisation du globe oculaire.

L'examen à la lampe à fente montre :

Une rougeur localisée réalisant une petite voussure violacée douloureuse à la palpation ou diffuse, NE DISPARAISSANT PAS A L'INSTILLATION D'UN VASOCONSTRICTEUR

Un œdème scléral parfois nécrosant.

#### **B. Etiologies :** Les PRINCIPALES ETIOLOGIES sont :

Articulaires : spondyloarthrite ankylosante (SPA), polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux disséminé, goutte, maladie de Crohn, psoriasis.

Vasculaires : périartérite noueuse, maladie de Wegener, maladie de Horton, maladie de Behçet.

Granulomateuses : tuberculose, sarcoïdose, lèpre.

Infectieuses : syphilis, herpès, zona, mycoses, maladie de Lyme.

Traumatiques.

#### **C. Traitement :**

Le traitement repose sur le traitement étiologique et l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens généraux.

En cas d'échec, on aura recours aux corticoïdes et aux immunosuppresseurs généraux.

## ŒIL ROUGE NON TRAUMATIQUE

### ETIOLOGIES D'UN ŒIL ROUGE + DOULOUREUX + AVEC BAV :

#### 1 . Glaucome aigu par fermeture de l'angle irido-cornéen :

##### A. Examen clinique :

Le diagnostic repose sur :

Le terrain : patient HYPERMETROPE, œil trop petit avec un angle irido-cornéen étroit et des facteurs déclenchants (un stress, la prise de Médicaments mydriatiques, l'obscurité).

Des signes fonctionnels bruyants : BAISSSE D'ACUITE VISUELLE ; DOULEUR oculaire intense accompagnée de nausées et/ou de vomissements.

L'examen clinique : CERCLE PERIKERATIQUE, œdème cornéen, chambre antérieure étroite voire plate, SEMI-MYDRIASE AREFLEXIQUE, HYPERTONIE OCULAIRE TYPIQUEMENT SUPERIEURE A 50 MMHG (« œil bille de verre »).

La gonioscopie montre un ANGLE IRIDO-CORNEEN FERME.

##### B. Traitement :

Le traitement est une urgence ophtalmologique.

Il comprend : Un traitement symptomatique :

PARENTERAL INTRAVEINEUX : associant des antalgiques (Perfalgan®) et des HYPOTENSEURS OCULAIRES (DIAMOX® ET MANNITOL® 20 %) en l'absence de contre-indications.

LOCAL : HYPOTONISANT (bêta bloquant, inhibiteur de l'anhydrase carbonique, alpha 2 adrénérique) et myotique (Pilocarpine 2 %® dans les 2 yeux).

Un traitement CURATIF : IRIDECTOMIE PERIPHERIQUE (au laser YAG® ou chirurgicale) dans les 2 yeux.

Un traitement étiologique (chirurgie de la cataracte, ARRET DES MEDICAMENTS mydriatiques...).

Une surveillance ophtalmologique à vie est nécessaire : acuité visuelle, tonus oculaire, excavation papillaire.

#### 2. LES UVEITES :

##### A.Examen clinique :

Ce sont des inflammations de l'iris (iritis) et du corps ciliaires (cyclites).

L'œil est rouge avec un CERCLE PERIKERATIQUE

La baisse d'acuité visuelle est variable allant du simple flou visuel jusqu'à une simple perception lumineuse

## ŒIL ROUGE NON TRAUMATIQUE

### L'examen au bio-microscope montre :

Des PRECIPITES RETRO-DESCEMETIQUES (dépôts inflammatoires sur la face postérieure de la cornée).

Un effet TYNDALL de chambre antérieure, qu'il faut chiffrer en 1,2 ou 3 croix (protéines et cellules inflammatoires circulant dans l'humeur aqueuse)

Des SYNECHIES IRIDO-CRISTALLINIENNES ou IRIDO-CORNEENNES déformant la pupille.

En cas de secclusion pupillaire (synéchies irido-cristallinienne sur 360°), il faut se méfier d'une hypertonie oculaire.

Un myosis par synéchies irido-cristalliniennes. Le tonus oculaire est variable.

### Le fond d'œil dilaté recherche :

Un TYNDALL VITREEN (uvéite postérieure associée) ou des « œufs de fourmis » (uvéite intermédiaire).

Un FOYER RETINIEN (toxoplasmose, herpès).

Une vascularite (engagement vasculaire) artérielle et/ou veineuse.

Un œdème maculaire (épaississement maculaire).

### **B. Bilan :**

Le bilan étiologique est indispensable pour éviter les récides source de séquelles anatomiques et/ou fonctionnelles irréversibles.

Un BILAN PARACLINIQUE ciblé par l'interrogatoire mais comportant au minimum :

Une numération formule sanguine, une vitesse de sédimentation, des plaquettes.

Une radiographie pulmonaire (tuberculose et sarcoïdose) et des articulations sacro-iliaques (spondylarthrite ankylosante).

Une intradermoréaction (IDR) à la tuberculine. Un typage HLA B27 (spondylarthropathie).

Une sérologie TPHA-VDRL (syphilis).

Un dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (sarcoïdose).

Ce bilan recherche les causes les plus fréquentes d'uvéites antérieures. Le bilan reste négatif dans au moins un 1/3 des cas.

### **C. Traitement :**

Le traitement médical est instauré en urgence. Il repose sur :

Un traitement symptomatique associant :

Des CORTICOÏDES LOCAUX en collyre et en pommade plusieurs fois par jour pendant au moins 10 jours puis DECROISSANCE PROGRESSIVE de la corticothérapie locale à adapter à l'évolution clinique.

Des COLLYRES MYDRIATIQUES : Atropine 1 %® et Mydriaticum® à visée antalgique et pour prévenir l'apparition de synéchies.

Un TRAITEMENT ETIOLOGIQUE.



### 3 . Kératite :

#### A . Signes fonctionnels :

Elles se manifestent par :

- Des DOULEURS oculaires majorées par le clignement des paupières.
- Une PHOTOPHOBIE.
- Des larmoiements.
- Un blépharospasme.

#### B . Interrogatoire :

L'interrogatoire recherche un facteur favorisant :

Le port de lentilles.

Un traumatisme oculaire avec ou sans projection d'un corps étranger.

Une conjonctivite.

Un syndrome sec.

Un syndrome viral (rhinite, angine, otite).

L'instillation prolongée de collyres conservés (kératite toxique).

Un diabète.

#### C . Examen clinique :

L'examen bio-microscopique fait le diagnostic positif :

Erosions ou ulcérations cornéennes mieux vues après instillation de FLUORESCEINE et examen de la cornée à la lumière bleue de la lampe à fente.

Cet examen clinique permet parfois de faire le diagnostic étiologique : une ulcération dendritique ou en carte de géographie évoque une étiologie herpétique qu'il faudra traiter spécifiquement.

La localisation de la kératite peut orienter vers une étiologie :

Si la kératite est supérieure, il faut éliminer un corps étranger sous palpébral en éversant la paupière supérieure.

Si la kératite est centrale, il faut éliminer une mal occlusion palpébrale.

Si la kératite est inférieure, il faut rechercher un syndrome sec et/ou une toxicité des collyres.

## OEIL ROUGE NON TRAUMATIQUE

### D . Etiologies :

#### 1 . Infections :

##### Virales :

Les adénovirus. Ils provoquent une kératite ponctuée superficielle (KPS) fluorescéine positive d'évolution spontanément favorable. Des opacités sous épithéliales séquellaires fluorescéines négatives peuvent entraîner une baisse d'acuité visuelle. Ces opacités sont invalidantes mais disparaissent quasi-constamment après plusieurs années.

L'HERPES +++ . Typiquement l'herpès provoque des ULCERATIONS DENDRITIQUES OU « EN CARTE DE GEOGRAPHIE ». Le traitement repose sur l'utilisation de collyre ganciclovir ou de pommade aciclovir 5 fois/jour dans l'œil atteint. Il peut toutefois être responsable d'une baisse d'acuité visuelle définitive par son caractère récidivant.

Les CORTICOÏDES SEULS SONT CONTRE INDIQUES dès qu'il existe une suspicion d'herpès.

##### Bactériennes, parasitaires et mycosiques :

Ces étiologies sont responsables d'ABCES CORNEENS se présentant sous la forme d'un infiltrat cornéen blanchâtre plus ou moins associé à une réaction inflammatoire de chambre antérieure avec au maximum formation d'un hypopion. Un prélèvement cornéen est systématique.

Le traitement repose sur une ANTIBIOTHERAPIE LOCALE INTENSIVE. Dès qu'il existe une réaction de chambre antérieure, il est nécessaire d'adjoindre aux collyres antibiotiques une antibiothérapie générale intraveineuse.

#### 2 . Syndrome sec

3 . Pathologies palpébrales : Innocclusion palpébrale, entropion, ectropion, trichiasis.

4 . Kératites iatrogéniques : Elles sont dues à l'instillation prolongée de collyres contenant des conservateurs toxiques pour l'épithélium cornéen.

### E . Traitements :

Le traitement est systématiquement ETIOLOGIQUE.

Le traitement symptomatique comporte l'instillation de :

COLLYRES ANTIBIOTIQUES à large spectre (Ciloxan® ou Tobrex®) 1 goutte 3 fois/j pendant 1 semaine.

CICATRISANTS : pommade vitamine A® 1 application matin et soir dans l'œil atteint pendant 48 heures.

Une occlusion palpébrale par des rondelles oculaires peut être proposée à visée antalgique pendant 2-3 jours.

Une surveillance ophtalmologique est nécessaire pour constater la guérison (disparition de la symptomatologie initiale, acuité visuelle restituée , cornée fluorescéine négative).

### **4 . Traumatismes oculaires :**

#### **A. Brûlures oculaires :**

Les BASES sont les PLUS TOXIQUES

Le traitement en urgence repose sur un lavage oculaire abondant.

#### **B. Corps étrangers cornéens :**

L'interrogatoire retrouve la notion de bricolage, de travail manuel et/ou de promenade en forêt.

La PAUPIERE SUPERIEURE est SYSTEMATIQUEMENT EVERSEE pour rechercher un CE SOUS PALPEBRAL.

Le traitement comporte :

L'extraction du corps étranger après anesthésie locale

L'instillation d'un collyre antibiotique : Tobrex® 1 goutte 3 fois/j pendant 8 jours ou Azyter® 1 goutte matin et soir pendant 3 jours.

L'instillation d'un cicatrisant, pommade vitamine A® (1 application matin et soir) ou Euronac® (1 goutte matin et soir) pendant 1 semaine.

#### **C. Corps étrangers (ce) intra oculaires :**

Ils doivent être suspectés devant tout traumatisme oculaire.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM), la réalisation d'un fond d'oeil à l'aide d'un VERRE A 3 MIROIRS et la mesure du TONUS OCULAIRE A L'APLANATION sont CONTRE-INDIQUEES en urgence.

La VACCINATION ANTITETANIQUE est vérifiée.

Le corps étranger oculaire peut être visualisé par un scanner, une radiographie standard de l'orbite (face, profil et incidence de Blondeau) ou une échographie oculaire en mode B.

Le traitement repose en urgence sur une hospitalisation en ophtalmologie, une ANTIBIOTHERAPIE INTRA VEINEUSE et la suture de la porte d'entrée.

Une surveillance ophtalmologique régulière dépistera des complications précoces (endophtalmie, inflammation...) ou retardées (cataracte unilatérale, ophtalmie sympathique, sidérose et/ou chalcose).

#### **D. Contusions oculaires :**

L'examen clinique initial doit être complet bilatéral et symétrique (acuité visuelle, tonus oculaire, examen à la lampe à fente et fond d'œil dilaté).

Cet examen est consigné sur une observation datée et signée.

### **5. Glaucome neovasculaire :**

Il survient dans un contexte d'ischémie rétinienne (rétinopathie diabétique, occlusion de la veine centrale de la rétine, drépanocytose...).

La baisse d'acuité visuelle s'accompagne d'un œil rouge et douloureux.

L'examen clinique montre une RUBEOSE IRIENNE et l'existence de NEOVAISSEAUX DANS L'ANGLE IRIDO-CORNEEN en gonioscopie.

Le reste de l'examen clinique recherche d'autres NEOVAISSEAUX au niveau PRE- RETINIENS ou PRE PAPILLAIRES.

Le traitement repose sur une photocoagulation rétinienne des zones ischémiques et sur une cyclo-destruction des procès ciliaires.

### **6. Endophtalmie :**

C'est une infection oculaire qui survient dans un contexte opératoire, de corps étranger oculaire passé inaperçu (endophtalmie exogène) ou spontanément dans un contexte de septicémie (endophtalmie endogène).

Les circonstances de découverte sont une baisse brutale de l'acuité visuelle et/ou un œil rouge et douloureux.

L'examen clinique montre une inflammation du segment antérieur (effet tyndall, fibrine en chambre antérieure, hypopion, synéchie irido-cristallinienne) et postérieur (hyalite).

La prise en charge comprend :

Des PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES (PONCTION DE CHAMBRE ANTERIEURE).

Des anti-inflammatoires stéroïdiens locaux (Tobradex®, Chibrocadron®, injection sous- conjonctivale de dexaméthasone) et généraux (Cortancyl®).

Une ANTIBIOTHERAPIE GENERALE (Pipéracilline® et Ciflox®) et locale (injection intra-vitréenne d'antibiotique et collyres antibiotiques à large spectre).

Une surveillance clinique régulière (acuité visuelle, inflammation oculaire).