

Département de médecine communautaire,  
de premier recours et des urgences  
Service de médecine de premier recours

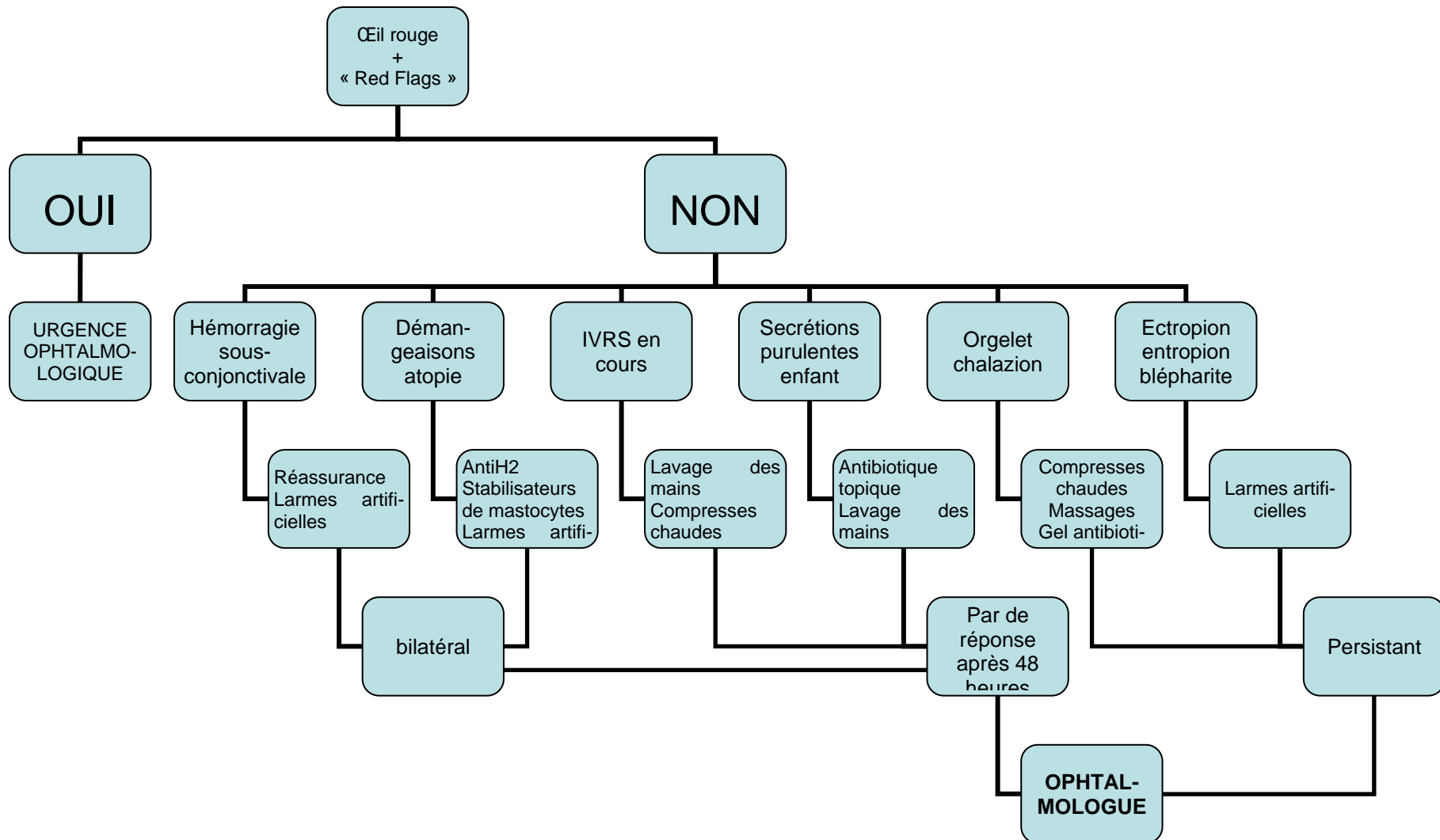
## **L'ŒIL ROUGE**

Dagmar M. Haller & Bijan Farpour  
Service de médecine de premier recours, HUG

**2013**

### **LES POINTS À RETENIR**

- Dans la plupart des situations, le médecin de premier recours est capable de reconnaître, diagnostiquer et traiter les causes d'œil rouge
- En cas de traumatisme, de douleur oculaire importante, de photophobie, d'un trouble visuel, d'infiltrat cornéen ou d'hypopion, de maladie chronique, de récurrence ou résistance au traitement, une consultation ophtalmologique souvent en urgence est indispensable
- La prescription des corticoïdes et des anesthésiques topiques est le domaine du spécialiste
- La conjonctivite virale (ainsi que celle à chlamydia) est hautement contagieuse ; le médecin doit faire très attention pour ne pas la transmettre à d'autres patients ou à lui-même.





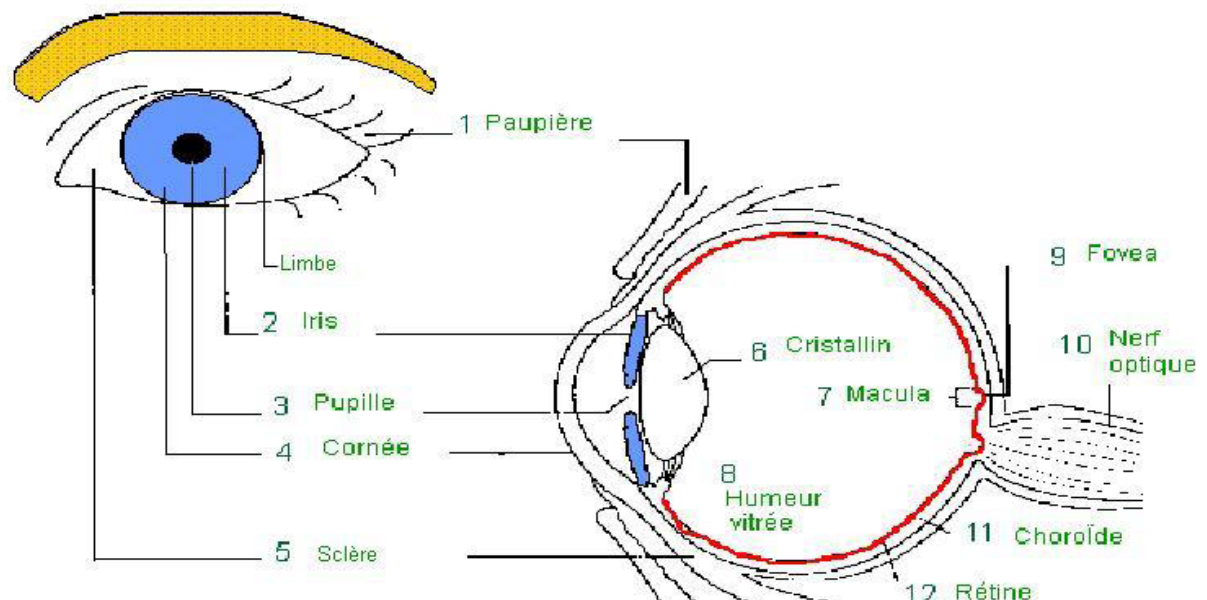
## L'ŒIL ROUGE

### 1. INTRODUCTION

L'œil rouge représente 1-4% des motifs de consultation chez les médecins de premier recours (MPR).<sup>1</sup> Il est important que ceux-ci puissent différencier les situations nécessitant une évaluation rapide par l'ophtalmologue de celles pour lesquelles ils peuvent eux-mêmes initier un traitement.

Ce texte se limite aux recommandations concernant l'attitude face à l'œil rouge pour le MPR et n'a pas la prétention de couvrir de manière exhaustive les différentes pathologies ophtalmologiques.

Pour rappel, l'œil est constitué des éléments suivant :



### 2. DEFINITION / CLASSIFICATION / ETIOLOGIE

Bien que la conjonctive soit la structure la plus souvent affectée, toutes les parties de l'œil sont susceptibles, par leur inflammation, d'entraîner une rougeur de l'œil. Le tableau 1 propose une liste des affections associées à un œil rouge, en fonction des structures anatomiques touchées, avec une indication des pathologies pouvant être (le plus souvent) traitées par le MPR.

Affections associées aux différentes structures anatomiques	Peut être traité en MPR (en l'absence de « red flag »)
<b>Paupière</b>	
- Blépharite	X
- Chalazion	X
- Orgelet	X
- Ectropion / entropion	X
<b>Conjonctive</b>	
- Conjonctivite infectieuse	X
- Conjonctivite allergique	X
- Œil sec	X
- Ptérygion	X
- Hémorragie sous-conjonctivale	X
<b>Cornée</b>	
- Kératite infectieuse (herpès, fongique...)	
- Kératite traumatique (lentilles de contact, trauma direct...)	
- Abrasion	X
- Corps étranger	
<b>Sclère / épisclère</b>	
- Sclérite / épisclérite	
- Fistule carotido-caverneuse	
<b>Chambre antérieure</b>	
- Uvéite inflammatoire	
- Uvéite infectieuse	
<b>Iris</b>	
- Glaucome aigu	
- Glaucome chronique	

**Tableau 1 :** Affections susceptibles d'entraîner un œil rouge avec indication des affections pouvant être traitées en MPR

### 3. SYMPTOMES ET SIGNES D'ALARME (« Red Flags »)

L'évaluation par le MPR comprend :

- une appréciation de l'état général du patient.
- une anamnèse pour exclure les situations urgentes (Tableau 2) puis si négative, une anamnèse ciblée sur les signes et symptômes (atopie, démangeaisons, notion de contag, présence de sécrétions (yeux collés), symptômes urogénitaux associés, mode de survenue : aigu, subaigu, chronique).
- un examen comparatif des deux conjonctives à la recherche de la rougeur (type, localisation, uni/bilatérale) et de sécrétions (présence, type).

Remarques : l'examen clinique sans les moyens utilisés par l'ophtalmologue – en particulier la lampe à fente – est limité. L'appréciation du tonus oculaire par palpation des globes oculaires n'est pas recommandée car trop peu fiable.

Certains signes/symptômes d'alarme doivent motiver une demande d'avis ophtalmologique en urgence (Tableau 2). Dans ces situations il n'est pas rare que le pronostic visuel dépende de la rapidité de la prise en charge par un spécialiste.<sup>2</sup>

#### **SYMPTOMES ou SIGNES**

- Baisse de la vision (vision floue et/ou diminuée)
- Diplopie (vision double)
- Douleur oculaire et/ou céphalée
- Antécédent d'intervention chirurgicale oculaire sur l'oeil symptomatique (même des années avant)
- Patient connu pour une pathologie oculaire
- Altération de l'état général <sup>a</sup>
- Traumatisme oculaire (contusions, plaies, brûlures) <sup>b</sup>
- Pas de réponse après 48h de ttt d'antibiotique ou autre ttt oculaire prescrit
- Zona de la première branche du trijumeau (aile du nez, oeil, front)
- Halos visuels autour des sources lumineuses
- Anisocorie nouvelle
- Exophtalmie nouvelle (fistule carotido-caverneuse)
- Porteur de lentilles de contact <sup>c</sup>
- Symptômes urogénitaux associés <sup>d</sup>

**Tableau 2 :** Symptômes et signes d'alarme indiquant la nécessité de demander un examen spécialisé en urgence

- a. Concerne également tout patient qui ne peut éventuellement pas faire part de sa problématique oculaire (par exemple patient septique ou confus). Dans ces cas ne pas banaliser l'oeil rouge en concluant simplement à une conjonctivite, mais demander un avis ophtalmologique en urgence.
- b. En cas de brûlure oculo-palpébrale par acide, base, solvant, détergent, etc :il convient dans un premier temps, avant de référer au spécialiste, d'irriguer abondamment l'œil avec de l'eau du robinet ou Ringer ou solution saline pendant 30 min minimum (plusieurs litres)!
- c. Chez les porteurs de lentilles: risque infectieux plus important et évolution plus rapide. Adresser ces patients en urgence chez un ophtalmologue après leur avoir fait retirer les verres de contact, tout en les conservant dans leur étui pour l'analyse bactériologique. Il y a notamment un risque de kératite ulcéreuse à Pseudomonas ou Acanthamoeba (après baignades en eau sale) qui peut mener à une perforation oculaire !
- d. En cas de conjonctivite récidivante ou associée à des symptômes urogénitaux, une MST doit être suspectée : lancer la recherche de Chlamydia et Gonocoque urinaires et traiter le patient par voie systémique (Zithromax + Rocéphine), et son partenaire en cas de culture positive. Considérer une consultation gynécologique. La prise en charge de la conjonctivite associée nécessite des frottis, un traitement et un suivi spécifiques, pour lesquels une prise en charge par l'ophtalmologue est nécessaire.

## 4. DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

### 4.1 Yeux rouges pouvant être pris en charge par le MPR

Blépharite : Inflammation diffuse et chronique du bord libre de la paupière. On distingue la blépharite antérieure située à la base de l'implantation des cils et la blépharite postérieure située sur la face humide (=muqueuse interne) du bord libre de la paupière.

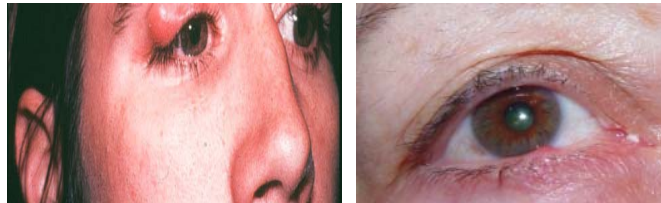


- Symptômes : gêne, irritation, sensation de corps étranger
- Signes : bords libres de la paupière enflammés avec éventuelle présence de croûtes, injection conjonctivale (blépharoconjonctivite)
- Causes: Pour la blépharite antérieure : colonisation par staphylocoque. Pour la blépharite postérieure : acné rosacée, dysfonction des glandes de meibomius
- Complications : orgelet, chalazion, sécheresse oculaire
- Traitement: compresses chaudes 4x/j (afin de maintenir le bord palpébral propre, ablation douce des croûtes à l'aide d'un Q-tips éventuellement imbibé de shampoing pour bébé dilué) + larmes artificielles (pour la sécheresse oculaire associée). Si chronique, adresser à l'ophtalmologue mais sans urgence (antibiotique éventuel)

Chalazion / orgelet : Il est cliniquement difficile de différencier le chalazion de l'orgelet. Les germes et le traitement étant similaires nous les avons regroupés. L'orgelet est une tuméfaction infectieuse localisée du bord libre de la paupière, qui correspond à une folliculite ciliaire (microabcès).



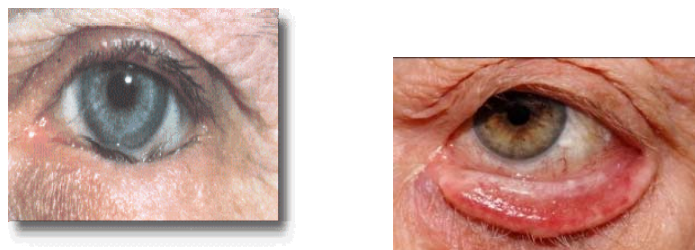
Le chalazion est une inflammation granulomateuse aiguë ou chronique d'une glande de meibomius (glandes qui sécrète le composant lipidique du film lacrymal), stérile la plupart du temps mais parfois associé à une surinfection par staphylocoques. Le chalazion est occasionnellement associé à une acné rosacée.



- Germes : Staphylocoque aureus et Staphylocoque epidermidis
- Symptômes : douleurs palpébrales
- Signes : nodule érythémateux douloureux sur le bord palpébral, près de l'insertion des cils.
- Complications : cellulite pré-septale ; chronicisation vers l'enkystement
- Traitement : Appliquer compresses chaudes et massage de la paupière 3x/jour pendant une dizaine de jours + pommade antibiotique (gel de tobramycine)<sup>3</sup>. Si se chronicise avec enkystement inesthétique: traitement chirurgical par l'ophtalmologue

Entropion / ectropion : Malposition du bord libre de la paupière avec déviation des cils en dedans (entropion) ou en dehors (ectropion) qui peut provoquer une irritation conjonctivale et des lésions cornéennes.

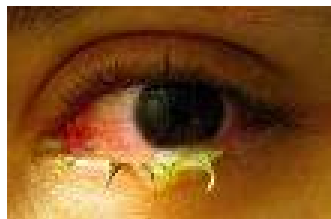
- Diagnostic différentiel : cils trichiasiques (=anomalie de l'insertion des cils dans la paupière).
- Attitude en cas de gêne oculaire simple (irritation) : proposer des larmes artificielles puis adresser à l'ophtalmologue mais sans urgence.





Conjonctivite infectieuse : En cas de conjonctivite infectieuse il est cliniquement extrêmement difficile de faire la différence entre une origine virale et bactérienne. C'est pour cette raison que nous avons choisi de regrouper les conjonctivites virales et bactériennes sous un même chapitre. Les examens bactériologiques et virologiques (culture, PCR) apportent peu de bénéfices : ils sont chers et longs à réaliser. Ils ne sont utiles qu'en cas de persistance des symptômes malgré un traitement antibiotique ou de conjonctivite particulièrement sévère.<sup>4, 5</sup>

Certains symptômes et signes parlent davantage en faveur d'une atteinte bactérienne plutôt que virale mais la différentiation clinique entre les deux demeure difficile (Tableau 3).



- Germes : Les études dans lesquelles des cultures des sécrétions oculaires ont été réalisées montrent que l'origine des conjonctivites est bactérienne dans 40% des cas, virale dans 36% et 24% d'autre origine (y inclus allergique) chez l'adulte tandis que chez l'enfant elle est dans 78% des cas bactérienne, dans 13% virale et dans 2% allergique.<sup>5</sup> Parmi les conjonctivites bactériennes, on trouve essentiellement les germes suivants: Staphylocoques aureus, Haemophilus influenzae (chez les enfants), Streptocoque pneumoniae, Streptocoque viridans, Moraxella catarrhalis, des Grams négatifs intestinaux (E. Coli) et, chez les porteurs de verres de contacts ou les patients fragilisés (malades chroniques), le Pseudomonas aeruginosa.<sup>1, 4</sup> Dans les conjonctivites virales, 65-90% des cas sont dus à l'adénovirus (différents sérotypes).

Eléments cliniques	Plutôt viral	Plutôt bactérien
Age < 12 ans	Rare	Fréquent
Age > 12 ans	Fréquent	Rare
Sensation de brûlure	Fréquente	Rare
Sensation de corps étranger	Fréquente	Rare
Sécrétions séromuqueuses	+++	-
Sécrétions purulentes	-	+++
Lymphadénopathie pré-auriculaire	Fréquente	Rare
Hémorragies conjonctivales et/ou sous-conjonctivales	Fréquente	Rare
Notion de contagé	Fréquente	Rare
IVRS associée	Fréquente	Rare

**Tableau 3** : Eléments cliniques en faveur d'une origine bactérienne ou virale (adapté de O'Brien et al.<sup>5</sup>

- Arrêt de travail : L'adénovirus est extrêmement contagieux, raison pour laquelle dans certains pays les patients sont contraints d'accepter un arrêt de travail ou de garder les enfants à la maison pendant 5 à 10 jours. Pour les conjonctivites dont l'origine bactérienne est présumée, une autorisation de retourner au travail/école est donnée après 24-48 heures d'antibiothérapie efficace.
- Traitement : Il existe une controverse au sujet de la nécessité de prescrire ou non des antibiotiques en cas de conjonctivite infectieuse. En effet, la majorité (60%) des conjonctivites infectieuses se résolvent spontanément en une à deux semaines.<sup>6</sup>
  - o Les arguments en faveur d'un traitement antibiotique : un soulagement rapide des patients et une diminution de la durée des symptômes (env. 2 jours de moins par rapport aux patients non traités), un taux de complications (kératites) plus bas et une réduction de la contagiosité, éléments qui, conjointement, concourent à diminuer les répercussions socio-économiques (arrêt de travail, école).
  - o Les arguments en défaveur des antibiotiques sont : l'augmentation des résistances aux antibiotiques et le risque de traiter inutilement des conjonctivites virales.
- Il est possible de sursoir au traitement systématique par antibiotiques topiques de tous les patients se présentant avec une conjonctivite infectieuse. Un traitement antibiotique devrait en revanche être proposé d'emblée aux enfants, aux patients immunosupprimés, aux diabétiques mal contrôlés, aux adultes dont les symptômes/signes sont d'emblée importants et évocateurs d'une origine bactérienne (cf Tableau 3) et chez les patients qui ne ressentent pas d'amélioration après 48-72 heures de toilette oculaire (compresses chaudes).
- L'antibiotique de préférence est la Tobramycine (Tobrex®).<sup>3</sup> Les quinolones de dernière génération (ofloxacin (Floxal®), moxifloxacin (Vigamox®)) sont réservées au traitement des infections graves (abcès, etc) et devraient donc être prescrits uniquement par l'ophtalmologue. La fucidine est à éviter au vu de la résistance croissante de l'*Haemophilus influenzae* et du *Staphylococcus aureus*, notamment chez les enfants chez qui les conjonctivites sont quasiment toujours bactériennes, à *Haemophilus Influenzae*.
- Chez les enfants : prescrire un antibiotique d'office car les conjonctives sont souvent d'origine bactérienne, à appliquer aux 2 yeux car l'infection de l'œil controlatéral est quasiment inévitable. Eviter les quinolones (incertitudes concernant effets potentiels sur la croissance) et la fucidine (résistance à *H. influenzae*).
- Il est fortement recommandé dans tous les cas, d'appliquer des compresses chaudes, de se laver les mains de manière répétée. Les compresses chaudes augmentent la circulation sanguine et lavent les sécrétions. Utiliser un tissu (ser-

viète) plutôt que des mouchoirs en papier afin que la chaleur soit bien gardée. A noter que de l'eau (non cuite) tiède-chaude du robinet suffit. L'efficacité du thé/tisanes n'est pas prouvée. Un antiseptique (par exemple Désomédine®, 3-4 x 1 gouttes/j pendant 7j) peut être proposé en plus de la toilette oculaire si l'on pense qu'il s'agit d'une conjonctivite virale, ceci afin de prévenir une surinfection.

- La prescription de corticoïdes topiques par les MPR est à bannir étant donné qu'ils peuvent être néfastes en cas d'atteinte virale, pour l'HSV notamment (augmentation de la réplication virale due à leur effet immunosuppresseur local).

Conjonctivite allergique : liée au contact entre un allergène et la surface de l'œil (pollen, poussières, poils de chats, etc).

- Anamnèse : rechercher une atopie, rhinite allergique.
- Symptômes : atteinte bilatérale le plus souvent avec démangeaisons +++, larmoiements, sécrétions aqueuses (« yeux coulent »). Souvent associé à une rhinite.
- Signes : rougeur de la conjonctive, chémosis (oedème de la conjonctive se caractérisant par un bourrelet de forme circulaire situé autour de la cornée), sécrétions séromuqueuses.
- Traitement : topique associant un antihistaminique topique et/ou des stabilisateurs des mastocytes (cromoglycates) et des larmes artificielles.
- Le traitement oculaire topique est supérieur aux antihistaminiques per os.

Il n'y a pas de différence d'efficacité entre les antihistaminiques oculaires. Exemples d'antihistaminiques topiques: Emedastine (Emadine®), Lévocabastine (Livostin®), Ketotifen (Zaditen®), Olopatidine (Opatonol®) Fréquence d'application : 2-4 x 1 goutte 2-4x/j. Préférer les formulations monodoses (=sans agents conservateurs).

Exemples de stabilisateurs des mastocytes : Cromosol-ophta®, Opticrom®, Tilavist®, Cromabak®.

- Les larmes artificielles diminuent la gêne, nettoient la surface, diluent les allergènes et pallient à la sécheresse oculaire souvent associée. Exemples de larmes artificielles : Viscotears®, Lacrycon®, Lacrinorm®, Oculac®, etc.
- Le traitement peut prendre jusqu'à 48h avant de faire son effet. Il est à poursuivre sur un mois minimum (temps d'exposition aux allergènes).
- CAVE : Risque d'effet rebond avec les traitements associant un antihistaminique à un vasoconstricteur local (p.ex. Spersallerg®, Antistin®), très appréciés car effet immédiat. Ils ne devraient pas être utilisés plus que 7 jours consécutifs.

Ptérygion : Prolifération conjonctivale le plus souvent du côté nasal empiétant sur la cornée en avançant progressivement vers le centre.



- Symptômes: indolore ou sensation de sable, rougeur, irritation. Atteinte du champ visuel possible
- Facteur de risque: exposition solaire.
- Attitude si gêne oculaire ou doute quant à étiologie: réassurance, larmes artificielles et adresser à l'ophtalmologue mais sans urgence.
- Traitement: chirurgical si menace visuelle, gêne esthétique ou irritation chronique.

Hémorragie sous-conjonctivale : patient a soudainement remarqué une rougeur conjonctivale localisée ou diffuse.



- Symptômes : habituellement aucun, une gêne légère éventuellement.
- Signes : nappe de sang sous-conjonctivale (hématome), localisée ou diffuse. Pas de sécrétions.
- Etiologies : spontané, traumatisme mineur (parfois le patient ne l'a pas remarqué), anti coagulation, trouble de la crase, pic hypertensif, épreuves de Valsalva (toux, vomissement, accouchement).
- Attitude : Si atteinte unilatérale et unique : aucune mesure particulière. Il faut surtout s'assurer qu'il n'y pas d'autres localisations de saignement ; Si atteinte bilatérale ou si récurrence : contrôler la tension artérielle, la crase et les thrombocytes.
- Traitement : rien (réassurance) ou éventuellement des larmes artificielles pour soulager la gêne occasionnellement associée.
- Evolution : résorption spontanée de l'hématome en 2-3 semaines.
- CAVE : si absence de résorption après 3 semaines envisager une pathologie sous-jacente et adresser au spécialiste.

#### **4.2 Œil rouge nécessitant une prise en charge d'emblée, et en urgence, par un ophtalmologue**

Kératite : Inflammation de la cornée (souvent associée à inflammation conjonctivale).



- Etiologie : traumatique (lentilles de contact, trauma direct, chimique), herpès (kératite dendritique), bactérien, fongique (amibien).<
- Anamnèse : port de lentilles de contact, traumatisme, érosions cornéennes récurrentes.
- Symptômes : rougeur périlimbique +/- sectorielle. Point blanc/zone blanchâtre cornéen.
- Attitude : adresser à l'ophtalmologue en urgence !

Sclérite / épisclérite : atteintes en général associées à des maladies systémiques telles la maladie de Wegener, la Polyarthrite rhumatoïde, l'arthrite rhumatoïde juvénile, le virus HSV, la tuberculose, les oreillons, la syphilis, la varicelle.



- Signes: Rougeur localisée de la sclère et/ou épisclère, souvent accompagnée de chémosis (oedème de la conjonctive se caractérisant par un bourrelet de forme circulaire situé autour de la cornée).
- Symptômes : douleurs sévères.
- Attitude : adresser à l'ophtalmologue en urgence !

Fistule carotido-caverneuse : chez le sujet jeune, l'origine est souvent post-traumatique. Chez le sujet âgé (femme le plus souvent), dysplasie vasculaire.

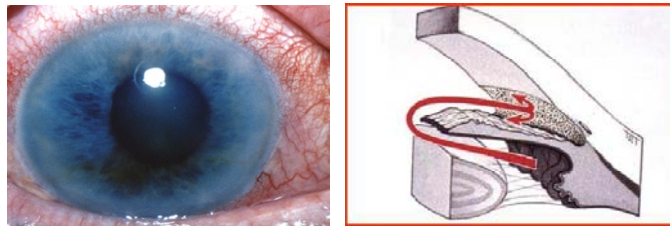
- Symptômes : Baisse d'acuité visuelle pouvant aller jusqu'à la cécité.
- Signes : rougeur conjonctivale (correspond à la dilatation des vx épiscléaux secondaire à la communication artério-veineuse), exophtalmie parfois pulsatile. Au CT : exophtalmie avec dilatation de la veine ophtalmique supérieure.
- Attitude: prise en charge en urgence par l'ophtalmologue.

Uvéite : Atteinte inflammatoire intraoculaire, de la chambre antérieure et/ou postérieure (« devant ou derrière l'iris »).



- **Symptômes: photophobie+++, douleurs sourdes (modérées), baisse de la vision.**
- Signes: rougeur périlimbique (=cercle périkératique ou périlimbique), myosis (spasme sphinctérien).
- Etiologies (selon localisation) :  
Chambre antérieure : associée à HLA-B27 (spondylarthrite ankylosante, arthrite psoriasique, Crohn, RCUH), Herpès, Behçet, Sarcoïdose.  
Chambre postérieure : Toxoplasmose, Behçet, Sarcoïdose, Tuberculose, Syphilis.
- Attitude : Adresser d'emblée les patients connus pour ces pathologies associées, pour un avis ophtalmologique, même si asymptomatiques sur le plan oculaire.

Glaucome aigu : Crise aiguë par fermeture soudaine de l'angle irido-cornéen. Augmentation de la pression oculaire dans la chambre postérieure par blocage du passage de l'humeur aqueuse à travers la pupille, ce qui va pousser en avant l'iris et fermer ainsi l'angle. Exemple de cause : cataracte intumescence, etc. quelquefois subaiguë par néo-vascularisation ou processus cicatriciel de l'angle.



- Symptômes: douleurs intenses (oculaires et céphalées !), halos visuels, nausées, vomissements, photophobie modérée.
- Signes: rougeur oculaire, mydriase moyenne, réflexe photomoteur absent ou diminué (pupille ne réagit pas à la lumière), patient hyperalgique avec baisse de l'état général.
- Attitude : Prise en charge en urgence par l'ophtalmologue.
- CAVE : en cas de céphalée aiguë aux urgences, penser aussi à la crise de glaucome et rechercher donc une rougeur oculaire !<sup>7</sup>

## 5. BIBLIOTHEQUE

1. Hovding G. Acute bacterial conjunctivitis. Acta ophthalmologica. 2008; **86**(1): 5-17.
2. de Nicola R, Mann F, Milea D, Barale PO. Ophtalmologie en urgence. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009.
3. Besson M, Besson M, Brandstätter H, Desmeules J, Gaspoz J, Kramer-Gauchat M, et al. Liste de médicaments de premier recours. Genève: Service de médecine de premier recours, HUG; 2011.
4. Rietveld RP, ter Riet G, Bindels PJ, Sloos JH, van Weert HC. Predicting bacterial cause in infectious conjunctivitis: cohort study on informativeness of combinations of signs and symptoms. BMJ. 2004; **329**(7459): 206-10.
5. O'Brien TP, Jeng BH, McDonald M, Raizman MB. Acute conjunctivitis: truth and misconceptions. Current medical research and opinion. 2009; **25**(8): 1953-61.
6. Sheikh A, Hurwitz B, van Schayck CP, McLean S, Nurmatov U. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. The Cochrane database of systematic reviews. 2012; **9**: CD001211.
7. Borruat FX. Céphalées et oeil. Revue medicale suisse. 2007; **3**(98): 422, 4-6, 9-30.

J. Sommer-Bühler, E. Baglivo, H. Stalder, 2002  
Mise à jour en 2010 par A. Brawand Bron, S. Dreifuss, J.-M. Gaspoz  
Mise à jour en 2013 par DM Haller et B. Farpour