

## Item 81 : Œil rouge et/ou douloureux.

Plan		
- Etiologies - Orientation diagnostique - Oeil rouge sans BAV . Conjonctivite / HSC / sclérite - Oeil rouge avec BAV . Kératite / uvéite / GFA		
Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer un oeil rouge et/ou douloureux. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / PMZ
- Polycopié national: <a href="#">item 212</a>	- Notion de traumatisme / contage - Prise de la PO / cercle péri-kératique - Test à la fluorescéine / ulcération - Effet Tyndall / gonioscopie - Epi/sclérite: test à la néosynéphrine - Kératite: cercle PK / oedème / fluorescéine - Uvéite: effet Tyndall / synéchies - GFA: HTO / 1/2 mydriase / gonioscopie - Tt aigu: antalgique + hypotoniques (IV et local / NPO K+) + myotique	- Oeil rouge = BAV ?- Ex. bilatéral et comparatif (4) - Pas d'ex. paraclinique ++ - HSC = rechercher CEIO - Conjonctivite = rechercher kératite - Kératite herpétique: CI corticoïdes - Bilan étiologique dans sclérite / uvéite - Facteur déclenchant si GFA - Iridotomie bilatérale post-GFA

- Etiologies

### Oeil rouge sans BAV

- non douloureux
  - Conjonctivite: bactérienne / virale / allergique
  - Hémorragie sous-conjonctivale: spontanée
- douloureux
  - Episclérite: idiopathique
  - Sclérite: idiopathique / BK / PR / Wegener

### Oeil rouge avec BAV

- toujours douloureux
  - Kératite aiguë: herpétique ++ / adénovirus / zostérienne
  - Uvéite antérieure aiguë: idiopathique / SPA / sarcoïdose / Behçet
  - Glaucome aigu: par fermeture de l'angle (GFA) / néovasculaire
  - Autres: traumatisme oculaire / endophtalmie

- Orientation diagnostique

### Interrogatoire

- Terrain: atcd généraux et ophtalmologiques / rechercher port de lentille (!)
- Anamnèse: brutale ou progressive / notion de **traumatisme** / de contage
- Caractériser la douleur ++
  - Superficielle: modérée (conjonctivite) / intense (kératite)
  - Profonde: modérée (uvéite / épisclérite) / intense (GFA)
- Recherche de signes associés

- Baisse de l'acuité visuelle (**BAV**) (**PMZ**)
- Prurit / photophobie / blépharospasme
- Signes généraux: céphalée / fièvre..

### Examen ophtalmologique

- **Bilatéral / comparatif** / schéma daté et signé (**PMZ**)
- **Mesure de l'acuité visuelle**: subjective / de près (Parinaux) et de loin (Monnoyer)
- **Mesure du tonus oculaire**
  - à la palpation bidigitale + tonomètre (à air ou à aplanation)
  - Hypertonie = glaucome (par fermeture de l'angle ou néovasculaire)
  - Hypotonie = trauma avec plaie transfixiante du globe
- **Examen à la lampe à fente (LAF): examen du segment antérieur +++**
  - **Pupilles**: myosis (kératite ou uvéite) / semi-mydriase (GFA)
  - **Annexes**: rechercher blépharite / méibomite
  - **Conjonctive**
    - **Rougeur**: en nappe (HSC) / diffuse (conjonctivite) / localisée (épisclérite)
    - **Cercle périkératique**: du limbe scléro-cornéen (kératite / uvéite)
    - **Conjonctive palpébrale**: papille (conjonctivite allergique) / corps étranger
  - **Cornée**
    - **Etude de la transparence**: opacité localisée = kératite / diffuse = GAFA
    - **Test à la fluorescéine**: si fixation = ulcération cornéenne = kératite
      - → unique (bactérienne) / dendritique (HSV) / KPS (adénoV/ Sd sec)
  - **Chambre antérieure**
    - **Profondeur**: diminuée si glaucome aigu
    - **Effet Tyndall**: cellules inflammatoires dans humeur aqueuse (uvéite antérieure)
    - **Présence**: de sang (hyphéma) / de pus (hypopion)
  - **Iris**
    - Synéchies irido-cristallinienne (uvéite)
    - **Gonioscopie**: vérifier ouverture de l'angle irido-cornéen
- **Fond d'œil après dilatation pupillaire**
  - Recherche une uvéite postérieure / examen de la rétine, etc.

### Examens complémentaires

- **AUCUN**: le diagnostic est clinique dans la grande majorité des cas (**PMZ**)

- Diagnostic étiologique: œil rouge sans BAV

### Hémorragie sous-conjonctivale

- **Etiologies**
  - Fragilité vasculaire: spontanée / banale / fréquente
  - Rechercher une plaie transfixiante +/- **corps étranger** intra-oculaire (**PMZ**)
- **Diagnostic**
  - Terrain: rechercher HTA / Tt anti-coagulant
  - Œil rouge / sans BAV / non douloureux
  - Rougeur conjonctivale en nappe localisée
  - Examen ophtalmologique: AV = N / LAF = N / TO = N / FO = N
  - Signes négatifs: pas de photophobie / pas de larmoiement
- **Evolution**
  - Spontanément favorable sous 10 jours
- **Traitement**
  - Ambulatoire / information du patient sur le caractère bénin
  - Antiseptiques locaux en collyre 3x/jour / auto-surveillance

### Conjonctivite

- **Diagnostic positif**
  - Recherche contexte épidémique: contagé familial ou professionnel
  - **Signes fonctionnels = triade**
    - Œil rouge / **sans BAV** / non douloureux (ou superficielle/modérée)
    - **Prurit** / gêne oculaire (sensation de « grain de sable ») / photophobie
    - **Larmoiement** / œil collé le matin / sécrétions +/- purulentes (= bactérien)
  - **Examen ophtalmologique**

- LAF: rougeur conjonctivale diffuse / rechercher des papilles
- Test à la fluorescéine: rechercher une atteinte cornéenne (**PMZ**)
- MAV normale / PO normale / FO: segment postérieur normal
- **Diagnostic étiologique**
  - **Conjonctivite allergique**
    - Survenue **saisonnière** / sujet atopique / récidivante
    - Atteinte bilatérale avec prurit +++
    - Sécrétions claires / rhinite allergique associée
    - LAF: présence de **papilles** conjonctivales tarsiennes (aspect grenu)
    - **Traitement**
      - Eviction de l'allergène +/- test épicutané si récidives
      - Collyre anti-histaminique (crise) / larmes artificielles
  - **Conjonctivite bactérienne**
    - Germes: Gram (+): staph / strepto / haemophilus
    - Atteinte unilatérale (> bilatérale) / parfois intervalle libre
    - **Sécrétions purulentes** collant les cils au matin +++
    - **Traitement**
      - ABT en collyre probabiliste pendant 1 semaine
      - antiseptique en collyre 3x/j pendant 1 semaine
      - éducation: consulter en urgence si aggravation (BAV)
  - **Conjonctivite virale**
    - Contexte **épidémique**: très fréquente et contagieuse
    - Atteinte bilatérale / sécrétions claires
    - Rechercher des adénopathies prétragiques ++
    - Evolution spontanément favorable
    - **Traitement**
      - lavages oculaires / antiseptiques en collyre
      - MHD: hygiène des mains / **éviction scolaire** +++
      - éducation: consulter en urgence si aggravation (BAV)
  - **Conjonctivite sur syndrome sec oculaire**
    - Fréquente / sénile ++ / rechercher Gougerot-Sjögren (cf [item 116](#))
    - Atteinte classique (rougeur / grain de sable..) +/- atteinte cornéenne
    - Confirmation par test de Schirmer ou test au vert de lissamine
    - **Traitement**: larmes artificielles en collyre au long cours
  - **Conjonctivite à chlamydia**
    - Conjonctivite chronique et purulente (« des piscines »)
    - !! Peut donner un trachome: néovascularisation avec fibrose du tarse
    - → 2ème cause de cécité dans les PVD (après cataracte)

### Episclérite

- = inflammation de l'épisclère (entre la conjonctive et la sclère)
- **Etiologies**
  - Idiopathique +++
  - Si récidivante: maladie de système (PR / Crohn++)
- **Diagnostic**
  - → oeil rouge sans BAV **modérément douloureux**
  - **Signes fonctionnels**: douleur superficielle modérée
  - **Examen ophtalmologique**
    - Rougeur conjonctivale **localisée** / espaces de sclère blanche
  - **Test à la néosynéphrine** +++
    - Sympathomimétique → vasoconstriction (et mydriase)
    - Episclérite = disparition de la rougeur (« blanchiment ») (≠ sclérite)
  - **Examens complémentaires**
    - A visée étiologique: seulement si épisclérites récidivantes
    - Idem sclérite: IDR-RTx / ANCA / VZV / VDRL-TPHA / CCP..
- **Traitement**
  - Corticothérapie légère en collyre
  - Episode le plus souvent unique / idiopathique

### Sclérite

- = Inflammation de la sclère (antérieure)
- **Etiologies**

- **Rhumatologiques:** PR ++ / SPA / lupus / goutte..
- **Vasculaires:** Wegener ++ / PAN / Horton / Behçet
- **Granulomes:** tuberculose ++ / sarcoïdose
- **Infectieuses:** syphilis ++ / zona / herpès
- **Diagnostic**
  - → oeil rouge sans BAV **très douloureux**
  - **Signes fonctionnels**
    - douleur oculaire intense / profonde / insomniante
    - augmentée à la mobilisation du globe
  - **Examen ophtalmologique**
    - LAF: rougeur **diffuse** sous-conjonctivale profonde
    - +/- voussure violacée-noirâtre localisée / oedème scléral
    - Test à la **néosynéprine** négatif = rougeur persistante +++
  - **Examens complémentaires**
    - !! Systématique pour étiologie dès 1er épisode (≠ épisclérite)
    - ≠ IDR-RTx / VDRL-TPHA / ANCA / Ac anti-CCP / VZV
- **Traitement**
  - AINS PO + corticothérapie locale en collyre
  - !! **Pas de corticoïdes** si sclérite nécrosante: risque de perforation
  - Tt étiologique chaque fois que possible

Remarque: distinction sclérite ≠ épisclérite

épisclérite	sclérite
<ul style="list-style-type: none"> <li>• douleur superficielle modérée</li> <li>• rougeur localisée</li> <li>• test à la néosynéprine positif</li> <li>• pas de bilan étiologique initial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• douleur profonde intense</li> <li>• rougeur diffuse</li> <li>• test à la néosynéprine négatif</li> <li>• bilan étiologique systématique</li> </ul>

- Diagnostic étiologique: oeil rouge avec BAV

### Kératite aiguë

- **Diagnostic positif**
  - → oeil rouge / douloureux / avec BAV
  - **Signes fonctionnels**
    - Douleur oculaire superficielle intense / larmoiement / photophobie
    - Blépharospasme: douleur majorée au clignement des paupières
    - BAV variable selon localisation de l'ulcération (!! inconstante)
  - **Examen ophtalmologique**
    - Conjonctive = cercle périkératique: rougeur du limbe scléro-cornéen
    - Diminution localisée de la transparence cornéenne (oedème cornéen)
    - **Test à la fluorescéine: ulcération** (prise verte intense par stroma) (PMZ)
    - Signes négatifs: chambre antérieure = N / iris = N / TO = N / FO = N
- **Diagnostic étiologique**
  - **Kératite virale herpétique +++**
    - Test à la fluorescéine = ulcération **dendritique** / « en carte de géographie »
    - Evolution: favorable sous Tt / C°: récurrences +++ et BAV séquellaire
    - **Traitement**
      - Prise en charge ambulatoire / auto-surveillance: éducation du patient
      - Tt général par Valaciclovir PO
      - Tt antiviral local: **aciclovir** pommade, 1 application 5x/j pendant 1S
      - Lavage des yeux au sérum physiologique / pommade cicatrisante
      - !! **CI absolue** aux corticoïdes: risque de perforation cornéenne (PMZ)
  - **Kératite virale à adénovirus**

- Ulcérations **ponctuées disséminées** → kératite ponctuée superficielle (KPS)
- Sur conjonctivite à adénovirus ++ = kérato-conjonctivite épidémique
- Evolution = toujours spontanément favorable mais parfois lentement
- **Traitement**
  - Prise en charge ambulatoire / auto-surveillance: éducation du patient
  - Lavage des yeux au sérum physiologique / pommade cicatrisante
- **Kératites bactériennes**
  - Test à la fluorescéine = ulcération **unique** (traumatique surinfectée)
  - Rechercher port de lentille de contact +++ (cf coup d'ongle..)
  - LAF = infiltrat cornéen blanchâtre +/- hypopion (pus dans CA)
  - **Traitement**
    - prélèvement local +++ / collyre antibiotique +/- « fortifiés »
    - Si résistance au Tt: évoquer kératite mycotique ou parasitaire (amibes ++)
- **Kératite virale zostérienne**
  - Complication d'un zona ophtalmique (cf [item 84](#))
  - Ulcération superficielle (bénigne) +/- kératite neuro-paralytique (grave) (complication : uvéite / glaucome)
  - Tt = antiviraux (valaciclovir) en local si précoce (< 3 jours) et général
- **Kératite sur syndrome sec**
  - = kératite ponctuée superficielle / sur conjonctivite sèche +++

### Uvéite antérieure aiguë

- **Définition**
  - Uvéite **antérieure** = iritis (iris) + cyclite (corps ciliaire) = irido-cyclite
  - !! NPO de préciser antérieur : cf uvéite postérieure (BAV sans oeil rouge)
- **Etiologies (7)**
  - Idiopathique: le plus souvent
  - Spondylarthrite ankylosante (**SPA**) ++ (cf [item 182](#))
  - Granulomatoses: **sarcoïdose** ++ / tuberculose / **Crohn**
  - Maladie de Behçet (uvéite à hypopion typique: cf [item 116](#))
  - Infectieuse: syphilis secondaire / uvéite herpétique / Lyme
  - Arthrite juvénile chronique (uvéite + kératite)
- **Examen clinique**
  - **Signes fonctionnels**
    - Douleur profonde en général modérée
    - BAV très variable: de flou à quasi-cécité
    - +/- photophobie / larmoiement clair
  - **Examen ophtalmologique (4)**
    - **Cercle péri-kératique** mais transparence normale de la cornée (≠ kératite)
    - **Synéchies** (adhérences) **irido-cristalliniennes** → déformation pupillaire
    - **Précipités rétro-cornéens** (dépôts de c. inflammatoires sur cornée post.)
    - Chambre antérieure = **effet Tyndall** (protéines + cellules inflammatoires)
    - Transparence cornéenne normale / Fluo -
    - Tonus oculaire = typiquement hypotonique (inconstant)
    - FO = rechercher une uvéite postérieure ++ (tyndall vitréen) / oedème maculaire / chorioretinite / vascularite rétinienne
- **Examens complémentaires**
  - **Bilan à visée étiologique de 1ère intention (5)**
    - NFS-P / VS-CRP / EPP (inflammation)
    - Ag HLA B27 + radio rachis/bassin (SPA)
    - Radio thorax + IDR (BK / sarcoïdose)
    - Enzyme de conversion / calcémie (sarcoïdose)
    - TPHA-VDRL (syphilis)
- **Evolution**
  - Récidives homo ou controlatérales (cf pathologie générale ++)
  - Complications: glaucome chronique à angle ouvert / cataracte
- **Traitement**
  - Urgence ophtalmologique / prise en charge ambulatoire
  - **Tt symptomatique**
    - Collyre mydriatique: prévention des synéchies (!! après avoir éliminer le GFA) / à visée antalgique
    - Corticothérapie locale en collyre (!! après avoir éliminer la kératite) et en pommade
  - **Tt étiologique (PMZ)**

- !! NPO chaque fois que possible +++
- Ex: AINS sur SPA / corticoïdes sur sarcoïdose, etc.

- Information / surveillance

## Glaucome aigu par fermeture de l'angle (GAFA) ou Crise aiguë par fermeture de l'angle (CAFA)

- Définition

- Episode aigu d'HTO par fermeture de l'angle irido-cornéen

- Physiopathologie

- Humeur aqueuse: synthétisée par procès ciliaires / évacuée par trabéculum (dans CA)
- 1. Blocage pupillaire: iris accolé au cristallin → accumulation en chambre postérieure
- 2. Blocage prétrabéculaire: par refoulement de l'iris → fermeture de l'angle
- 3. Pas d'évacuation de l'humeur aqueuse = HTO = glaucome aigu

- Facteurs de risque

- Hypermétropie ++ / chambre antérieure étroite (cataracte ++)

- Examen clinique

- Rechercher le facteur déclenchant (PMZ)

- Toutes les causes de mydriase: stress / AG / obscurité subite
- **Médicaments**: anticholinergiques / tricycliques / sympathicomimétiques...

- Signes fonctionnels

- Oeil rouge avec BAV souvent massive d'apparition **brutale**
- Douleur intense +++ / oculaire et extra-oculaire (territoire du V)
- Signes associés: photophobie / nausées et vomissements

- Examen ophtalmologique

- Examen **bilatéral** et comparatif: risque de GFA controlatéral (PMZ)

- Tonus oculaire

- Tonus = **HTO** > 50 mmHg / « bille de bois » à la palpation

- Examen à la lampe à fente (biomicroscope) (5)

- Conjonctive = **cercle péri-kératique** / hyperhémie
- Iris = pupille en **semi-mydriase aréflexique** ++
- **Oedème cornéen**: ↓ diffuse de la transparence (« buée épithéliale »)
- Chambre antérieure = **étroite** ou plate (voire absente)
- **Gonioscopie** = fermeture de l'angle (PMZ)

- Examen au fond d'oeil: segment postérieur normal

- Examens complémentaires

- !! Aucun examen ne doit retarder la prise en charge
- En pratique: bilan pré-thérapeutique (lors de la pose de VVP)
  - en prévention des ES du Diamox®
    - iono sg / créatinine (car hypokaliémant)
    - bilan hépatique (car hépatotoxique)
    - glycémie (car apparenté sulfamide)
  - ECG: rechercher signes d'IC (cf mannitol)
  - hCG: si femme en âge de procréer (PMZ)

- Evolution

- Pronostic sévère en l'absence de traitement précoce
- → cécité définitive en quelques jours (atteinte du n. optique)

- Traitement

- Mise en condition

- **Hospitalisation** en ophtalmo / urgence +++ / pose VVP
- ARRÊT immédiat de tout médicament mydriatique (PMZ)

- Tt à la phase aiguë (3)

- Tt hypotonisant

- par voie générale

- Acétazolamide (Diamox®) IV + **Diffu-K**
- + soluté hyperosmolaire: mannitol 20% IV

- par voie locale

- !! dans les **deux yeux** (PMZ)
- Béta-bloquants en collyre (timolol: Timoptol®)
- +/- en association (analogues PG / α-adrénergiques..)

- Tt myotique

- Pilocarpine 2% en collyre (décolle l'iris du cristallin)
- **Oeil adelphe**: d'emblée et en **urgence**: éviter un GAFA controlatéral (PMZ)

- **Oeil atteint: après** normalisation PO ou réapparition du RPM
- **Antalgique**
  - selon EVA / paracétamol 3x1g en IV (!! NPO)
- **Au décours (48h)**
  - **Iridotomie au laser (ou iridectomie périphérique)**
    - Permet passage de l'humeur aqueuse même si blocage pupillaire
    - **!! aux deux yeux**: prévention en controlatéral systématiquement (**PMZ**)
    - Remarque: lève les contre-indications médicamenteuses du GAFA
- **Surveillance**
  - **Clinique**: AV / tonus / réflexe photomoteur ++ / FO
  - **Paraclinique**: tolérance du Tt médical = bilan bio standard

### Synthèse pour questions fermées

5 causes d'oeil rouge avec BAV ?

- Kératite aiguë
- Uvéite antérieure aiguë
- Glaucome aigu par fermeture d'angle
- Traumatisme oculaire
- Endophtalmie

3 éléments d'anamnèse à rechercher devant une hémorragie sous conjonctivale ?

- HTA
- Tt anticoagulant (à ne pas arrêter)
- Corps étranger intra oculaire (notion de projectile...)

1 test permettant de faire la différence entre une épisclérite et une sclérite ?

- Test à la néosynéphrine (vasoconstricteur) : blanchissement en cas d'épisclérite / rougeur persistante en cas de sclérite

1 étiologie à toujours éliminer devant une pseudo-uvéite antérieure du sujet âgé ?

- Lymphome oculaire ++

2 éléments de la physiopathologie de la crise aiguë par fermeture de l'angle ?

- Blocage pupillaire
- Blocage prétrabéculaire



