

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: item 212	- 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 **saisonnaire** / 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"> • douleur superficielle modérée • rougeur localisée • test à la néosynéprine positif • pas de bilan étiologique initial 	<ul style="list-style-type: none"> • douleur profonde intense • rougeur diffuse • test à la néosynéprine négatif • bilan étiologique systématique

- 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

