

# Œil rouge

J.-R. Fénolland, J.-P. Renard

*La rougeur oculaire est un symptôme extrêmement fréquent. Il s'agit d'un des premiers motifs de consultation auprès du médecin généraliste ou urgentiste, car toute atteinte ophtalmologique est très anxiogène pour les patients. L'œil rouge traduit le plus souvent une affection bénigne sans conséquence pour le pronostic visuel. Il ne faut pas pour autant négliger de bien examiner nos patients, car quelques affections peuvent rapidement compromettre la fonction visuelle. Le praticien non ophtalmologiste doit donc savoir appréhender l'œil rouge de façon simple, claire et efficace afin de rassurer le patient et débiter si nécessaire un traitement. Il faut également savoir orienter à bon escient lorsqu'un avis spécialisé est jugé nécessaire. Il est tout à fait possible d'examiner un patient sans lampe à fente au cabinet de médecine générale où un examen comparatif bilatéral systématisé et rigoureux sera la base d'une bonne prise en charge. L'usage de collyres corticoïdes sera contre-indiqué en l'absence d'avis spécialisé.*

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots-clés :** Œil rouge ; Conjonctivite ; Hémorragie sous-conjonctivale ; Sclérite ; Épisclérite ; Chalazion ; Kératite ; Uvéite ; Glaucome aigu

## Plan

■ Œil rouge sans baisse de l'acuité visuelle	1
Hémorragie sousconjonctivale	1
Conjonctivite	1
Épisclérite et sclérite	3
Ptérygion	3
Pathologie des annexes	3
■ Œil rouge avec baisse de l'acuité visuelle	4
Kératite	4
Uvéite	5
Glaucome aigu par fermeture de l'angle	6
■ Œil rouge dans des contextes particuliers	7
Brûlures oculaires	7
Après chirurgie ophtalmologique	7
Chez le porteur de lentilles	7
■ Conclusion	7



## ■ Œil rouge sans baisse de l'acuité visuelle

### Hémorragie sous-conjonctivale (Fig. 1)

L'hémorragie sous-conjonctivale est d'apparition soudaine et spontanée et se manifeste par une plage rouge vif bien localisée et unilatérale. Elle est souvent constatée par l'entourage du patient car elle ne s'accompagne d'aucun signe fonctionnel. Un facteur déclenchant tel qu'un effort de toux peut parfois être retrouvé.

Aucun traitement n'est indiqué. Après contrôle de l'acuité visuelle et en dehors d'un contexte traumatique, il faut simplement rassurer le patient et lui expliquer que la régression de la rougeur peut prendre quelques jours à parfois 2 à 3 semaines lorsque le saignement est important (chez les patients sous anticoagulants). En cas de récurrence, il convient de rechercher un facteur de risque : hypertension artérielle, diabète, fragilité capillaire, trouble de la coagulation<sup>[1]</sup>.

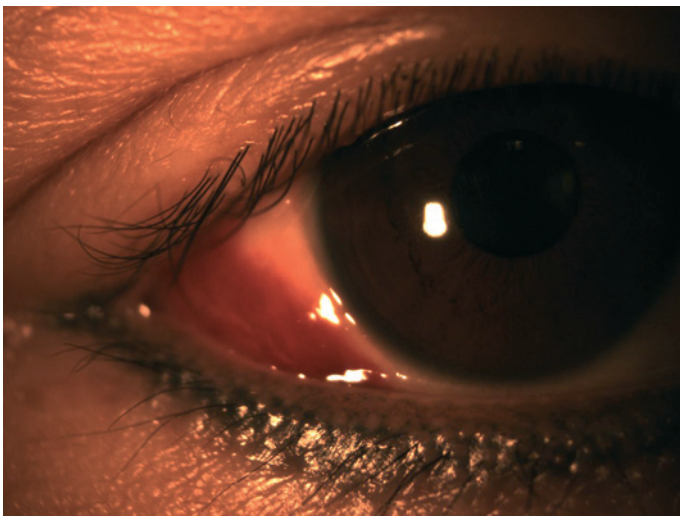
En cas d'hémorragie sous-conjonctivale post-traumatique, un avis ophtalmologique est nécessaire. La rougeur peut masquer une discrète rupture sclérale sous-jacente et justifier, selon l'examen spécialisé, une exploration au bloc opératoire avec désinsertion conjonctivale afin de contrôler l'intégrité de la sclère.

## Conjonctivite

La conjonctivite est la pathologie ophtalmologique la plus courante en médecine générale. Elle correspond à l'inflammation de la conjonctive, muqueuse qui recouvre la sclère (conjonctive bulbaire) et la face postérieure des paupières (conjonctive palpébrale). Les conjonctivites se traduisent par une hyperhémie conjonctivale diffuse plus ou moins marquée qui prédomine au niveau des culs-de-sac et de la conjonctive palpébrale sans constituer de cercle périkératique. Deux étiologies dominent : les conjonctivites infectieuses et les conjonctivites allergiques. Elles ne s'accompagnent pas habituellement de baisse de l'acuité visuelle.

## Conjonctivites infectieuses (Fig. 2)

Les conjonctivites infectieuses sont dominées par les conjonctivites virales qui selon les études représentent 50 à 90 % des causes infectieuses.



**Figure 1.** Hémorragie sous-conjonctivale.



**Figure 2.** Conjonctivite bactérienne.

### Conjonctivites virales

Les conjonctivites virales représentent la première cause de conjonctivite. Elles se manifestent par une hyperhémie importante, un larmoiement clair ainsi que des follicules conjonctivaux associés à de petites hémorragies. Les yeux peuvent être collés le matin. Le plus souvent, l'atteinte est d'abord unilatérale puis se bilatéralise en quelques jours. Les conjonctivites virales sont souvent concomitantes d'affections oto-rhino-laryngologiques (ORL). À la palpation, on peut retrouver une adéno-pathie prétragienne parfois volumineuse. Les virus les plus souvent en cause sont les adénovirus, extrêmement contagieux qui sévissent par vague épidémique. Le tableau clinique peut parfois être plus sévère avec un larmoiement, une photophobie et l'apparition d'un bourrelet conjonctival (ou chémosis) translucide faisant saillie entre les paupières. Lorsqu'une conjonctivite virale est suspectée et particulièrement en cas de conjonctivite épidémique à adénovirus, 95 % des patients sont encore contagieux dix jours après le début des symptômes et 5 % à 16 jours des premières manifestations [2,3]. Il est donc très important d'informer le patient sur la nécessité d'une hygiène stricte afin de limiter la transmission du virus pathogène. Le praticien doit également veiller à une bonne hygiène au cabinet. De nombreux virus peuvent être en cause comme l'herpès simplex virus (HSV) notamment. Des tableaux plus rares de conjonctivites hémorragiques également très contagieuses sont liés aux entérovirus.

### Conjonctivites bactériennes

Les conjonctivites bactériennes sont essentiellement causées par trois bactéries : *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* et *Hemophilus influenzae*. Les conjonctivites bactériennes sont en général à début brutal, unilatérales puis se bilatéralisent en 48 heures. Les sécrétions sont importantes et purulentes, les

paupières sont collées particulièrement le matin au réveil et il faut parfois rincer les cils afin de les décoller. L'hyperhémie conjonctivale est majeure, une adéno-pathie prétragienne peut être occasionnellement retrouvée.

*Chlamydiae trachomatis* est responsable en Europe de conjonctivites folliculaires subaiguës et donne les tableaux de conjonctivite à inclusions du nouveau-né, de conjonctivite purulente des piscines et à des « formes vénériennes » (syndrome de Fiessinger-Leroy-Rieter ou maladie de Nicolas-Favre). En Afrique et en particulier dans les zones intertropicales, *C. trachomatis* est responsable du trachome qui est la première cause de cécité d'origine infectieuse évitable dans le monde.

### Traitement

Les conjonctivites représentent une des premières causes de prescription d'antibiotiques au Royaume-Uni [4].

Il n'est pas nécessaire de prescrire d'antibiotique en cas de conjonctivite virale. Un antiseptique associé à des lavages oculaires au sérum physiologique permet d'éviter une surinfection fréquente par grattage. Le traitement des conjonctivites bactériennes est codifié par une conférence de consensus de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps) publiée en 2004 [5]. Les praticiens doivent essayer de suivre ce guide de bon usage des antibiotiques en ophtalmologie afin de limiter les résistances aux antibiotiques.

De façon simple, une conjonctivite bactérienne est suspectée devant un larmoiement purulent. Les facteurs de risque d'une conjonctivite sont : les monophtalmes, nouveau-nés, l'immunodépression, le diabète mal équilibré, un syndrome sec, une greffe de cornée, toute chirurgie oculaire récente, une corticothérapie locale, le port de lentilles de contact, un trouble de la statique palpébrale ou une obstruction des voies lacrymales. Les critères de gravité sont les suivants : sécrétions purulentes importantes, chémosis, œdème palpébral, larmoiement important, baisse de l'acuité visuelle.

En pratique, en cas de facteurs de risque ou de critères de gravité, le patient doit bénéficier d'un avis ophtalmologique.

Le traitement préconisé est le rinçage associé à un antiseptique en l'absence des facteurs de risque ou de gravités précités. Si une antibiothérapie topique est débutée, il ne faut pas utiliser de quinolones ni de chloramphénicol en première intention. Dans tous les cas, il faut insister sur la nécessité absolue de respect de la posologie et de la durée du traitement, y compris en cas d'amélioration clinique afin de limiter l'apparition des résistances. Les collyres à l'azithromycine ont l'avantage de limiter le nombre de gouttes instillées [6].

### Conjonctivites allergiques

La conjonctivite allergique est très fréquente. En effet, on estime qu'environ 20 % de la population présentent un terrain allergique [2]. Il existe plusieurs formes d'allergie oculaire [7]. Cliniquement, on observe des papilles au niveau de la conjonctive palpébrale après avoir retourné la paupière supérieure et on peut retrouver que les symptômes de prurit oculaire sont très fortement évocateurs d'allergie oculaire.

### Formes cliniques

La *conjonctivite saisonnière* est le tableau le plus courant (environ 80 % des conjonctivites allergiques). Il s'agit d'un tableau bruyant en période de pollinisation, en général au printemps (données disponibles sur le site du Réseau national de surveillance aérobiologique [www.pollens.fr](http://www.pollens.fr)). Les pneumallergènes (pollens de graminées ou d'arbres notamment) sont responsables de ce type d'allergie conjonctivale qui correspond à une hypersensibilité de type 1 médiée par les immunoglobulines E. La conjonctivite est fréquemment associée à une rhinite. Cliniquement, il s'agit d'un tableau bruyant, mais bénin associant à un chémosis un discret œdème palpébral. Le patient présente fréquemment une sensation d'inconfort rarement sévère associée à des démangeaisons importantes.

La *conjonctivite perannuelle* est une variante plus rare. Il s'agit d'un tableau de conjonctivite allergique chronique avec des exacerbations au printemps et à l'automne. Les principaux allergènes rencontrés sont les acariens, la poussière, la moisissure, les



**Figure 3.** Sclérite antérieure nodulaire : hyperhémie sectorielle.

phanères d'animaux ainsi que les allergènes professionnels. La clinique est souvent plus discrète avec un prurit minime.

La *kératoconjonctivite vernale*, contrairement aux deux précédentes, fait intervenir à la fois une hypersensibilité de type 1 et de type 4. Il s'agit d'une affection rare, touchant les enfants plutôt de sexe masculin qui peut entraîner une baisse de l'acuité visuelle ainsi qu'une photophobie et est donc potentiellement grave. Cliniquement, elle se manifeste par des papilles géantes au niveau de la conjonctive et on retrouve parfois un pseudoptosis. Une photophobie rebelle peut être particulièrement invalidante. Cette pathologie est responsable d'absentéisme scolaire, mais elle régresse le plus souvent spontanément à la puberté.

La *kératoconjonctivite atopique* est de diagnostic plus difficile, touche le plus souvent les hommes de 30 à 50 ans. Elle fait intervenir une hypersensibilité de type 1 et de type 4 chez des patients atopiques (patients ayant présenté ou présentant une dermatite atopique, un asthme ou une rhinite chronique). Au niveau clinique, on observe un lichénification des paupières, une madarose (perte des cils).

#### Traitement

Le traitement des conjonctivites allergiques repose en premier lieu sur l'éviction des allergènes. Un bilan allergologique peut être demandé afin de tenter une désensibilisation.

En cas de conjonctivite allergique, le traitement repose sur des rinçages au sérum physiologique frais qui permettent d'évacuer les allergènes des culs-de-sac conjonctivaux et sur la prescription de molécules antihistaminiques ou antidégranulants mastocytaires. Les antihistaminiques oraux peuvent être proposés en cas de rhinite associée, mais ne se substituent pas au traitement topique.

### Épisclérite et sclérite (Fig. 3)

L'épisclérite et la sclérite sont des atteintes inflammatoires respectives de l'épisclère ou de la sclère. Elles donnent toutes deux macroscopiquement un tableau de rougeur oculaire sectorielle sans baisse de l'acuité visuelle. L'interrogatoire permet de les différencier, car l'épisclérite s'associe à une simple gêne alors qu'en cas de sclérite, la douleur est plus lancinante voire insomnante et s'associe à une photophobie.

Les épisclérites simples ou nodulaires sont le plus souvent idiopathiques. Les sclérites (de forme antérieure diffuse, antérieure nodulaire, antérieure nécrosante avec ou sans inflammation et postérieure) sont, elles, associées dans 40 à 100% des cas à des maladies systémiques. Les sclérites postérieures peuvent être d'origine infectieuse<sup>[8]</sup>. Les étiologies de sclérite sont nombreuses et un bilan doit être prescrit par un ophtalmologiste ou un interniste.

### Ptérygion

Le ptérygion est une tuméfaction fibrovasculaire triangulaire à sommet cornéen d'origine conjonctivale qui envahit

## “ Point important

### Diagnostic étiologique des sclérites

- Polyarthrite rhumatoïde
- Vascularites systémiques :
  - périartérite noueuse
  - polychondrite atrophiante
  - granulomatose de Wegener
  - Churg-Strauss
  - cryoglobulinémie mixte
  - maladie de Horton
- Lupus érythémateux disséminé
- Spondylarthropathies liées au HLA B27 :
  - spondylarthrite ankylosante
  - arthrite psoriasique
  - entérocolopathies (Crohn, rectocolite hémorragique)
- Infectieuse :
  - tuberculose, syphilis, Lyme, lèpre
  - virale (HSV, virus varicelle zona [VZV], Epstein-Barr virus [EBV])
- Iatrogène
  - biphosphonate
  - éthanercept (Embrel®)

superficiellement la cornée au niveau de la fente palpébrale préférentiellement dans le quadrant nasal sur le méridien horizontal. Le diagnostic est le plus souvent aisé.

Les facteurs de risque sont l'exposition au soleil, à la chaleur ou à la poussière. Le ptérygion peut se compliquer d'une irritation de la surface oculaire avec rougeur localisée et sensation de grain de sable. Il peut également entraîner un astigmatisme cornéen important, voire une baisse de l'acuité s'il arrive à passer devant l'axe optique.

Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale et la récurrence est assez fréquente (environ 10%)<sup>[9]</sup>.

### Pathologie des annexes

#### Chalazion et orgelet (Fig. 4)

Le chalazion est la pathologie palpébrale la plus fréquemment rencontrée en consultation de médecine générale. Il s'agit d'une tuméfaction inflammatoire douloureuse palpébrale, bien palpable et électivement douloureuse associée à une conjonctivite. On visualise bien le chalazion en retournant la paupière supérieure ou en éversant la paupière inférieure. Cette affection se rencontre dans les dysfonctionnements meibomiens : les glandes de Meibomius s'engorgent et s'obstruent avec une inflammation, voire une surinfection secondaire. Le traitement repose sur des massages palpébraux, après application de compresses ou d'un gant d'au chaude afin de drainer les glandes de Meibomius, et sur un traitement médical par pommade antibiotico-corticoïde<sup>[10]</sup>. Un drainage chirurgical peut être nécessaire en cas d'enkystement.

L'orgelet est plus rare. Il s'agit d'une tuméfaction douloureuse au niveau de la base d'un cil qui correspond à une folliculite staphylococcique. Le traitement par antibiotique n'est pas forcément recommandé devant la bonne évolution spontanée dans la majorité des cas.

#### Blépharites

La blépharite correspond à une inflammation de la paupière. Elle se manifeste par une rougeur palpébrale et est souvent associée à une inflammation conjonctivale. La rosacée oculaire est la plus fréquente étiologie des blépharites. Elle s'associe souvent à une acné rosacée de la face<sup>[11]</sup>. Cliniquement, la rosacée oculaire se manifeste par des télangiectasies du bord libre palpébral,



**Figure 4.** Chalazion. On distingue l'ostium de la glande de Meibomius bouché par du meibum purulent ainsi que la glande dilatée plus à distance dans la paupière.

un dysfonctionnement meibomien entraînant une inflammation chronique palpébrale puis un syndrome sec secondaire.

## ■ Œil rouge avec baisse de l'acuité visuelle

La baisse de l'acuité visuelle justifie une consultation chez l'ophtalmologiste. Dans ces pathologies, on retrouve constamment à l'examen clinique l'association de symptômes témoignant d'un syndrome irritatif du segment antérieur : rougeur en cercle périkeratique, larmoiement, photophobie et blépharospasme. Il est néanmoins facile d'orienter le diagnostic sans biomicroscope par des examens simples : une prise de fluorescéine ou une opacité cornéenne seront en faveur d'une kératite, une déformation de la pupille en feuille de trèfle ou un hypopion (collection blanchâtre en lunule déclive à niveau supérieur horizontal) seront en faveur d'une uvéite antérieure, une mydriase aréflexive dans un contexte algique majeur, avec à la palpation bidigitale, un globe dur comme une bille de verre orientera vers un glaucome aigu par fermeture de l'angle.

### Kératite

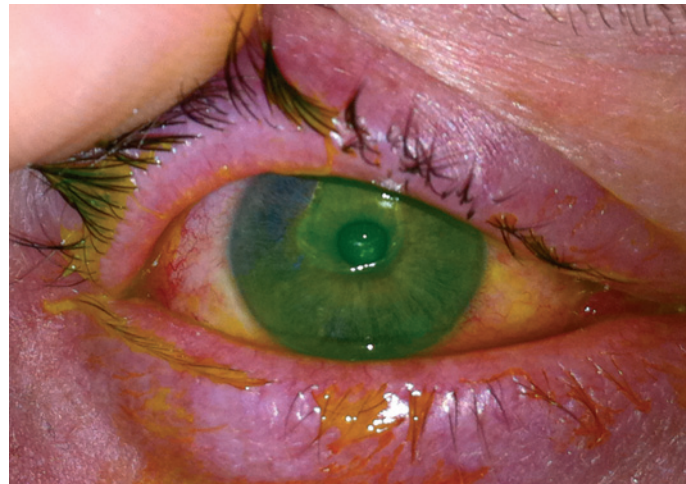
La kératite est une atteinte de l'intégrité de la cornée, superficielle ou profonde d'origine traumatique, infectieuse ou trophique. Elle se manifeste par une imprégnation par la fluorescéine dans les formes superficielles, associée à une opacification cornéenne en cas d'atteinte profonde (abcès, ulcère profond).

### Kératite traumatique

#### Kératite par corps étranger (Fig. 5)

L'interrogatoire est rapide. Bien souvent, le patient rapporte des circonstances évocatrices : contexte professionnel (carreleur, jardinier, tourneur). Le patient a parfois déjà observé le corps étranger dans un miroir.

L'examen doit être complet et facilité par l'instillation d'une goutte d'oxybuprocaine afin de relâcher le blépharospasme et à l'aide d'une loupe qui permet de repérer le corps étranger métallique ou végétal. Une goutte de fluorescéine permet d'évaluer l'importance de l'ulcération superficielle et il faut obligatoirement retourner la paupière supérieure en cas de kératite linéaire faisant suspecter un frottement par corps étranger sous-palpébral.



**Figure 5.** Kératite traumatique.

Le médecin traitant peut tenter l'ablation du corps étranger à l'aide d'un coin de compresse ou d'une microéponge d'ophtalmologie sans insister en cas de résistance. Dans tous les cas, un avis spécialisé s'impose après avoir prescrit une pommade cicatrisante et un pansement oculaire.

#### Kératite phototraumatique

Les kératites phototraumatiques témoignent d'une souffrance de l'épithélium cornéen exposé à un rayonnement ultraviolet. Elles surviennent fréquemment chez les soudeurs (coup d'arc) ou au cours des sports d'hiver (ophtalmie des neiges) en l'absence de protection adaptée. L'atteinte cornéenne est en kératite ponctuelle superficielle difficile à observer sans l'aide d'une lampe à fente, mais le diagnostic est évoqué sur le contexte et les signes fonctionnels. L'atteinte est bilatérale, le blépharospasme et le larmoiement sont importants. Les manifestations sont toujours décalées de quelques heures après l'exposition. Bien souvent, le patient consulte la nuit, car la douleur devient insomnante. Le traitement comporte des agents cicatrisants comme de la pommade à la vitamine A. Il n'est pas nécessaire de référer ces patients, car la cicatrisation est de mise en 24 heures à quelques jours.

### Kératites infectieuses

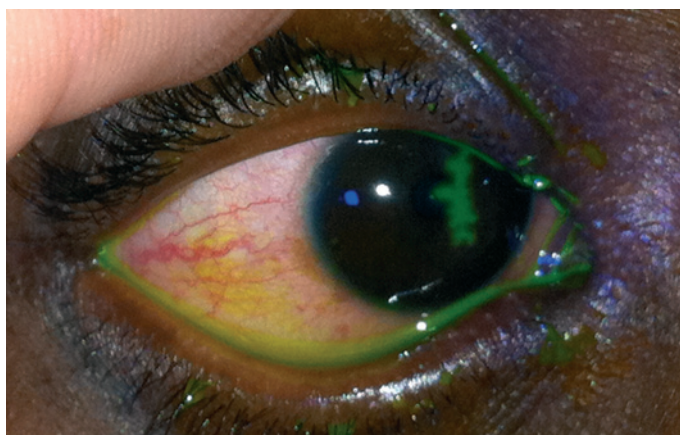
#### Kératite herpétique (Fig. 6)

La kératite herpétique est la première cause de cécité d'origine infectieuse dans les pays industrialisés. Il s'agit fréquemment d'un patient qui a déjà présenté une primo-infection à HSV, l'atteinte cornéenne étant le plus souvent une récurrence virale. Les facteurs de risque d'une kératite herpétique sont : fièvre, menstruation, exposition aux ultraviolets (UV), stress, surmenage, chirurgie oculaire. La forme typique est la kératite dendritique : on observe, après l'instillation d'une goutte de fluorescéine, une atteinte épithéliale caractéristique en feuille de fougère. Le patient présente une vive douleur trigémينية, un larmoiement important ainsi qu'un blépharospasme majeur. L'instillation oculaire de corticoïde est formellement contre-indiquée.

Le traitement repose sur les antiherpétiques topiques (aciclovir, ganciclovir) ou généraux (aciclovir, valaciclovir) associés à des collyres et pommades cicatrisantes. La cicatrisation est souvent bonne avec néanmoins des taies séquellaires possibles que l'on retrouve plus souvent après les atteintes stromales herpétiques plus profondes qui sont, elles, de mauvais pronostic.

#### Kératite bactérienne (Fig. 7)

Les kératites bactériennes sont liées à quatre grands groupes de bactéries : les staphylocoques, les streptocoques, les *Pseudomonas* et les entérocoques<sup>[12]</sup>. Les formes cliniques sont variables. La triade œil rouge en cercle périkeratique, larmoiement purulent et blépharospasme est constante. L'examen à la loupe peut mettre en évidence un abcès cornéen, opacité blanchâtre cornéenne qui souvent prend la fluorescéine. Il s'agit d'une urgence qui nécessite un



**Figure 6.** Kératite herpétique avec dendrites fluorescéine positive.



**Figure 7.** Abscès de cornée central.

avis spécialisé. Selon des critères cliniques, le traitement va consister en une double antibiothérapie associant une quinolone à un autre antibiotique à large spectre (gentamycine, tobramycine) ou en l'utilisation d'une bi- ou trithérapie de collyres renforcés, préparations hospitalières aux concentrations élevées après prélèvements cornéens. Selon la localisation de l'atteinte, le germe en cause et le délai dans la prise en charge, le pronostic visuel peut être réservé.

#### Kératite amibienne

La kératite amibienne est rare. Elle est quasiment exclusivement retrouvée chez le patient porteur de lentilles qui peut avoir entretenu ses lentilles avec de l'eau du robinet. Il s'agit d'une urgence ophtalmologique en raison de son caractère évolutif sévère. Son diagnostic est difficile et souvent retardé. La mise en évidence d'*Acanthamoeba* se fait soit par *polymerase chain reaction* (PCR) après prélèvement cornéen, soit par des techniques d'imagerie avancées de la cornée (microscopie confocale).

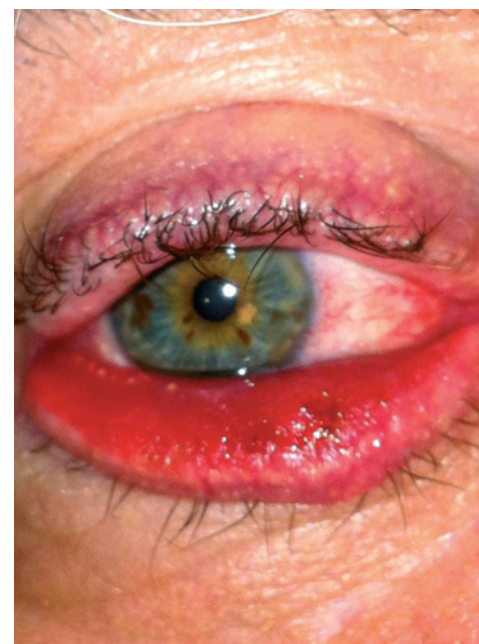
#### Kératite fongique

Les kératites fongiques sont rares. Il faut les évoquer après traumatisme par corps étranger végétal et chez des patients porteurs de lentilles ou au terrain débilite.

### Kératites trophiques

#### Kératite secondaire à un syndrome sec

Les syndromes secs sont courants et leur fréquence augmente avec l'âge. Il touche volontiers les femmes après la ménopause. Les signes fonctionnels sont pauvres, mais peuvent parfois être invalidants et source d'angoisse. Une sensation de grain de sable et un larmoiement paradoxal lors d'exposition au vent froid sont



**Figure 8.** Entropion sévère.

le plus souvent rencontrés. Le traitement repose sur la prescription d'agents mouillants qui se substituent aux larmes.

#### Kératite liée à une malposition palpébrale (Fig. 8)

Les malpositions palpébrales sont souvent la cause de kératite. L'entropion spasmodique sénile entraîne une inversion du bord libre palpébral inférieur et parfois supérieur avec irritation chronique de la surface de l'œil par les cils. Ce phénomène est également retrouvé dans les trichiasis: des cils anormaux sont orientés vers la cornée. Enfin, les ectropions sévères ou les lagophthalmies (postparalysie faciale) sont, eux, responsables de kératites d'exposition.

### Uvéite

Le terme d'uvéite regroupe l'ensemble des inflammations endoculaires. On les classe anatomiquement selon le site de l'inflammation en: uvéite antérieure (segment antérieur de l'œil), uvéite intermédiaire (atteinte du vitré), uvéite postérieure (atteinte rétinienne et/ou choroïdienne) ou panuvéite (atteinte de l'ensemble des structures endoculaires)<sup>[13]</sup>. Les uvéites peuvent être aiguës, récidivantes ou chroniques et à début insidieux ou brutal.

### Clinique

La rougeur oculaire en cercle périkératique se retrouve essentiellement dans les uvéites antérieures qui représentent la forme clinique la plus fréquente (50 à 90% des uvéites selon les études). La douleur peut être très variable, parfois inexistante dans les formes insidieuses, mais, le plus souvent, il s'agit d'une gêne. L'acuité visuelle peut être bien conservée avec uniquement la perception d'un brouillard ou de halos par le patient. Au stade des complications, l'acuité visuelle est effondrée en rapport avec un œdème maculaire cystoïde qui est la complication rétinienne redoutée de toute affection inflammatoire endoculaire chronique.

À l'examen macroscopique avec une loupe, la cornée est claire, on peut visualiser un hypopion blanchâtre dans les formes très inflammatoires et fibrineuses (Fig. 9). L'iris, classiquement en myosis, peut être déformé en feuille de trèfle par des adhérences de sa face postérieures à la face antérieure du cristallin (synéchies iridocristalliniennes) (Fig. 10). La pression intraoculaire est normale, abaissée ou augmentée. Une lampe à fente permet d'objectiver

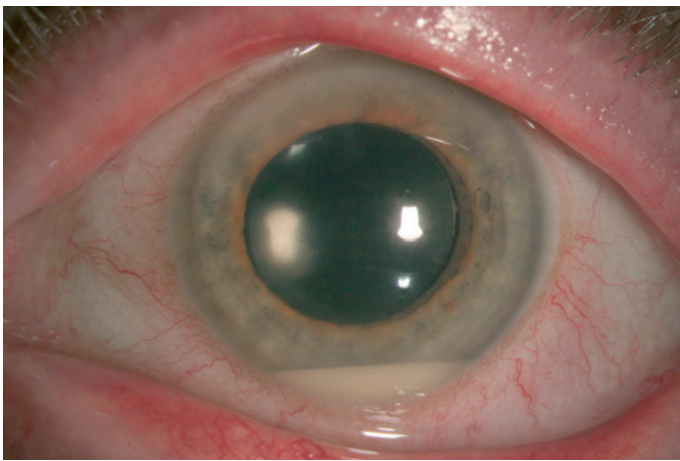


Figure 9. Hypopion.



Figure 10. Pupille en feuille de trèfle.

l'inflammation en chambre antérieure en visualisant des cellules inflammatoires dans l'humeur aqueuse (effet Tyndall), cellules qui peuvent s'amasser à la face postérieure de la cornée et former des précipités rétrocornéens.

Les étiologies sont multiples et leur diversité nécessite un bilan clinique et paraclinique spécialisé.

## “ Point important

### Diagnostic étiologique d'une uvéite antérieure aiguë

- Idiopathique
- Spondylarthropathies liées au HLA B27
  - spondylarthrite ankylosante
  - arthrite psoriasique
  - entérocolopathies (Crohn, rectocolite hémorragique)
  - syndrome de Fiessinger-Leroy-Rieter
  - arthrite juvénile idiopathique
- Affections virales du groupe herpès (HSV, VZV, cytomégalovirus [CMV])
- Sarcoidose
- Maladie de Behçet
- Tuberculose
- Syphilis

Tableau 1.

Bilan de première intention en cas d'uvéite antérieure aiguë.

<b>Biologique</b>	NFS, VS, CRP Électrophorèse des protéines sériques Ionogramme sanguin, bilan phosphocalcique ECA TPHA-VDLR Recherche HLA B27
<b>Radiologique</b>	Radiographie thoracique
<b>Consultation chez le médecin traitant</b>	IDR à la tuberculine

NFS : numération-formule sanguine ; VS : vitesse de sédimentation ; CRP : *C reactive protein* ; TPHA : *treponema pallidum hemagglutininations assay* ; VDRL : *venereal disease research laboratory* ; HLA : *human leucocyte antigen* ; ECA : enzyme de conversion de l'angiotensine ; IDR : intradermoréaction.

## Traitement

Le traitement des uvéites est tout d'abord étiologique. Tout patient présentant une uvéite doit bénéficier d'un bilan minimum de débrouillage à la recherche des principales étiologies (Tableau 1). Le bilan est négatif dans la moitié des cas, on parle alors d'uvéite idiopathique. Le traitement topique est à débiter par l'ophtalmologiste toutefois un patient qui présente des récurrences fréquentes et qui connaît bien sa maladie peut se voir prescrire un traitement par son médecin traitant en attendant la consultation d'ophtalmologie. On lui prescrira un collyre à la dexaméthasone associé à de l'atropine 1% deux fois par jour. L'avis ophtalmologique pourra ainsi être différé de quelques heures.

## Glaucome aigu par fermeture de l'angle

La crise de glaucome aigu par fermeture de l'angle (GAFA) nécessite une prise en charge médicale en urgence afin de préserver la fonction visuelle. Au cours d'une crise de GAFA, l'iris va se plaquer contre la cornée en périphérie au niveau de l'angle irido-cornéen et obstruer le trabéculum. La pression intraoculaire (PIO) va brutalement augmenter pour atteindre des valeurs supérieures à 50 mmHg pouvant même aller jusqu'à 80 mmHg. À de telles pressions, la destruction du nerf optique peut être totale en quelques heures avec une perte définitive de la fonction visuelle.

## Clinique

Il s'agit le plus souvent d'un tableau bruyant associant œil rouge, baisse de l'acuité visuelle et douleurs d'instauration brutale chez un patient hypermétrope fort le plus souvent à un âge avancé. L'instauration de la crise de GAFA survient volontiers dans les ambiances lumineuses de semi-obscurité alors que la pupille est en semi-mydriase ou parfois après un effort de lecture. La rougeur est en cercle périkératique, la baisse de l'acuité visuelle en rapport avec un œdème de cornée qui empêche de distinguer les détails de l'iris. La pupille est en semi-mydriase aréflexique et la chambre antérieure est effacée. La douleur est au premier plan : elle est intense, le plus souvent diffuse, orbitaire avec irradiation céphalique. Cette douleur est parfois associée à des douleurs abdominales avec nausées et vomissements par mise en jeu du réflexe oculogastrique. Au palper bidigital, l'œil prend la consistance d'une bille de verre.

## Traitement

Le traitement repose sur une baisse de la pression intraoculaire (PIO) par inhibition de synthèse de l'humeur aqueuse par acétazolamide intraveineux, déshydratation du vitré par mannitol intraveineux et traitement hypotonisant topique. Une fois la PIO abaissée, la pupille est mise en myosis à l'aide de pilocarpine 2%. Le traitement consiste ensuite à réaliser une iridotomie périphérique au laser qui doit être effectuée également sur l'œil adelphe de manière préventive.

## ■ Œil rouge dans des contextes particuliers

### Brûlures oculaires

Les brûlures oculaires peuvent être extrêmement graves. Le rinçage abondant à l'eau pendant 15 à 20 minutes est la clé de la prise en charge<sup>[14]</sup>. Un contrôle du pH après rinçage peut être utile afin de vérifier l'efficacité de celui-ci. Les brûlures par acide sont moins graves que les brûlures par bases. En effet, les bases réalisent une saponification des lipides et continuent de progresser en profondeur dans le globe malgré une normalisation du pH. Un contrôle ophtalmologique est donc nécessaire.

### Après chirurgie ophtalmologique

Les patients qui présentent une baisse de l'acuité visuelle associée à un œil rouge et douloureux dans les décours d'une chirurgie doivent immédiatement consulter leur chirurgien. En effet, le risque majeur est l'endophtalmie postopératoire dont l'incidence est d'environ 0,5 à 1% après chirurgie de la cataracte selon les séries<sup>[15]</sup>. Malgré une antibiothérapie intravitreuse, les résultats, en termes d'acuité visuelle, sont très péjoratifs.

### Chez le porteur de lentilles

La lentille de contact, corps étranger posé à la surface oculaire est un facteur de risque majeur de kératite<sup>[12]</sup>. Il est important de contre-indiquer le port de lentilles dès que le patient est vu en consultation et de ramener à son ophtalmologiste les lentilles dans leur boîtier ainsi que le produit d'entretien pour des mises en culture.

### “ Points essentiels

- Ne jamais prescrire de collyres corticoïde ou anesthésique sans avis spécialisé.
- Un test à la fluorescéine positif ou une opacité cornéenne justifient une consultation ophtalmologique en urgence.
- Un œil rouge associé à des vomissements est un glaucome aigu par fermeture de l'angle jusqu'à preuve du contraire.
- La fréquence élevée des conjonctivites virales et la haute contagiosité de la conjonctivite à adénovirus nécessitent des mesures d'hygiène stricte pour le patient et son médecin.
- Un œil rouge dans les suites d'une chirurgie de la cataracte nécessite un avis ophtalmologique en urgence.



## ■ Conclusion

Dans la grande majorité des cas, un médecin non ophtalmologiste peut diagnostiquer et traiter un œil rouge. S'il diagnostique une pathologie grave, il doit l'adresser à un ophtalmologiste et éviter de prescrire un collyre corticoïde sans s'être assuré que le patient ne débute pas une kératite herpétique.

L'ophtalmologie est une part importante de l'exercice de chaque médecin qui doit s'y préparer en ayant à sa disposition du matériel et des collyres qui rendront bien des services au quotidien.

## ■ Références

- [1] Fukuyama J, Hayasaka S, Yamada K, Setogawa T. Causes of subconjunctival hemorrhage. *Ophthalmologica* 1990;**200**:63–7.
- [2] Leonardi S, Miraglia del Giudice M, La Rosa M, Bellanti JA. Atopic disease, immune system, and the environment. *Allergy Asthma Proc* 2007;**28**:410–7.
- [3] Leibowitz HM. The red eye. *N Engl J Med* 2000;**343**:345–51.
- [4] Petersen I, Hayward AC. Antibacterial prescribing in primary care. *J Antimicrob Chemother* 2007;**60**(Suppl. 1):i43–7.
- [5] AFSSAPS. Collyres et autres topiques dans les infections oculaires superficielles. Paris, 2004, 25p.
- [6] Abelson MB, Heller W, Shapiro AM, Si E, Hsu P, Bowman LM. Clinical cure of bacterial conjunctivitis with azithromycin 1%: vehicle-controlled, double-masked clinical trial. *Am J Ophthalmol* 2008;**145**:959–65.
- [7] Creuzot-Garcher C. Different clinical forms of conjunctival allergy. *J Fr Ophthalmol* 2007;**30**:288–91.
- [8] Okhravi N, Odufuwa B, McCluskey P, Lightman S. Scleritis. *Surv Ophthalmol* 2005;**50**:351–63.
- [9] Luanratanakorn P, Ratanapakorn T, Suwan-Apichon O, Chuck RS. Randomised controlled study of conjunctival autograft versus amniotic membrane graft in pterygium excision. *Br J Ophthalmol* 2006;**90**:1476–80.
- [10] Dua HS, Nilawar DV. Nonsurgical therapy of chalazion. *Am J Ophthalmol* 1982;**94**:424–5.
- [11] Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Feinstein A, Odom R, et al. Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2002;**46**:584–7.
- [12] Bourcier T, Thomas F, Borderie V, Chaumeil C, Laroche L. Bacterial keratitis: predisposing factors, clinical and microbiological review of 300 cases. *Br J Ophthalmol* 2003;**87**:834–8.
- [13] Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol* 2005;**140**:509–16.
- [14] Wagoner MD. Chemical injuries of the eye: current concepts in pathophysiology and therapy. *Surv Ophthalmol* 1997;**41**:275–313.
- [15] Barry P, Seal DV, Gettinby G, Lees F, Peterson M, Revie CW. ESCRS study of prophylaxis of postoperative endophthalmitis after cataract surgery: Preliminary report of principal results from a European multicenter study. *J Cataract Refract Surg* 2006;**32**:407–10.

J.-R. Fénolland, Assistant des hôpitaux des Armées (fenolland@gmail.com).

J.-P. Renard, Professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Clinique d'ophtalmologie, Hôpital d'instruction des Armées du Val-de-Grâce, 74, boulevard de Port-Royal 75230 Paris cedex 05, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Fénolland JR, Renard JP. Œil rouge. EMC - Traité de Médecine Akos 2013;8(3):1-7 [Article 6-0031].

Disponibles sur [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)



Arbres décisionnels



Iconographies supplémentaires



Vidéos/ Animations



Documents légaux



Information au patient



Informations supplémentaires



Auto-évaluations



Cas clinique

Cet article comporte également le contenu multimédia suivant, accessible en ligne sur [em-consulte.com](http://em-consulte.com) et [em-premium.com](http://em-premium.com) :

### **1 information supplémentaire**

*[Cliquez ici](#)*

### **1 cas clinique**

*[Cliquez ici](#)*