

# *Diagnostic et traitement de l'œil rouge et des troubles fréquents du segment antérieur en soins primaires*

## **Introduction**

Les médecins de soins primaires et d'autres non-ophtalmologistes sont souvent confrontés à des patients qui se plaignent d'un œil rouge. L'objectif principal de ce chapitre est de décrire le diagnostic différentiel et la prise en charge des affections qui causent ce syndrome. Un autre objectif est de guider le médecin de soins primaires dans les réponses aux questions suivantes : quelles sont les affections qui nécessitent un traitement immédiat? Quelles sont celles qui permettent de postposer le traitement dans l'attente de l'avis d'un ophtalmologiste? Quelles sont les affections nécessitant un traitement par un ophtalmologiste; quelles sont celles que le médecin de soins primaires peut traiter seul; enfin, quelles sont celles qui ne nécessitent pas de traitement?

## **Étiologie**

Un érythème oculaire et périoculaire peut avoir les origines suivantes : un traumatisme, une irritation chimique, une infection, une réaction allergique, une maladie systémique et une intervention chirurgicale. Une distinction essentielle s'impose entre les causes qui menacent ou ne menacent pas la vision. Les premières sont les infections de la cornée, une plaie perforante, un hyphéma (épanchement de sang dans la chambre antérieure de l'œil), une endophtalmie (infection intraoculaire), une cellulite orbitaire, une sclérite, une iritis et un glaucome aigu. Ces cas nécessitent l'intervention immédiate d'un ophtalmologiste. Les affections qui ne menacent pas la vision sont une hémorragie sous-conjonctivale (HSC), un orgelet, un chalazion, une blépharite, l'œil sec, une conjonctivite et la plupart des abrasions cornéennes. Elles sont communément et adéquatement traitées par des professionnels de soins primaires.

## **Tableau clinique**

Les plaintes oculaires subjectives peuvent être classées par la mnémotechnique RSVP : Rougeur, Sensibilité à la lumière, baisse de Vision ou douleur (*Pain*). Des symptômes spécifiques peuvent aider à révéler la cause des yeux rouges ([tableau 158.1](#)).

## **Démarche diagnostique**

Pour examiner un œil rouge dans des conditions optimales, le médecin de soins primaires a besoin de tableaux d'acuité permettant de tester la vision de loin et de près, de gouttes anesthésiantes, de bandelettes de papier imprégné de fluorescéine et d'une lampe stylo avec filtre bleu. L'examen devrait commencer par l'évaluation de l'acuité visuelle au moyen de l'échelle de Snellen, habituellement disponible dans la plupart des cabinets médicaux. Une carte de proxi-

**Tableau 158.1** Causes des plaintes oculaires

Symptôme	Cause
Démangeaison Photophobie	Allergie Abrasions cornéennes ou lésions de surface, infiltrats dus à des lentilles de contact, lentilles portées trop longtemps, kératite, iritis, glaucome aigu, ulcération de la cornée
Brûlure, irritation Douleur intense et profonde	Souvent œil sec, mais aussi blépharite, corps étranger et trichiasis Abrasions ou ulcérations cornéennes, sclérite, iritis, endophtalmie, kératite grave, grave épithéliopathie de surface, glaucome aigu à angle fermé
Sensibilité localisée de la paupière Sensation de corps étranger	Orgelet, chalazion, meibomite, cellulite Lésion de la surface cornéenne, rétention d'un corps étranger ou de débris, trichiasis, filaments de surface dus à une sécheresse oculaire
Vision de halo	Œdème cornéen quelle qu'en soit la cause (en particulier le syndrome de port trop long de lentilles de contact et le glaucome aigu)

**Encadré 158.1** Anamnèse : questions importantes et points à considérer

- Les deux yeux sont-ils touchés? Quel est l'état de la vision au moment de l'examen? Est-elle diminuée?
- Vision avant un traumatisme?
- Apparition soudaine ou progressive?
- Quelle est l'évolution des symptômes? Heures ou jours? Intermittents?
- Des membres de la famille ont-ils eu des yeux rouges récemment? Récente infection des voies respiratoires supérieures?
- Chirurgie oculaire récente? (Si oui, il faut consulter immédiatement un spécialiste.)
- Antécédents quant à l'utilisation de lentilles de contact? Sont-elles gardées durant le sommeil? (Si oui, le risque d'ulcère cornéen est 10 fois plus élevé.)
- Douleur? Sensation de corps étranger? Démangeaisons? Sensibilité à la lumière?
- Sécrétions? Rares ou abondantes? Aqueuses ou purulentes? Chroniques ou aiguës?
- Utilisation de tout médicament oculaire, actuellement ou jadis, y compris ceux obtenus sans prescription?
- Tout antécédent de traumatisme? Associations environnementales? Affections systémiques?

mité convient également. Les patients qui portent normalement des lunettes ou des lentilles de contact doivent les garder pour les tests. Les patients âgés de 40 ans sont susceptibles de presbytie, et bien qu'ils puissent avoir une bonne vision de loin, ils ont probablement besoin de lunettes grossissantes pour une bonne vision de près. En l'absence de perte de vision, les troubles oculaires responsables des yeux rouges sont traitables sans l'aide d'un ophtalmologiste. Si l'acuité visuelle est réduite, une maladie oculaire sérieuse est probable, et l'orientation vers un spécialiste est essentielle. À ce propos, il est très peu probable qu'une conjonctivite réduise l'acuité visuelle (encadré 158.1).

Après l'anamnèse et l'évaluation de l'acuité visuelle, un examen anatomique systématique de l'œil et de ses annexes s'impose. Tout d'abord, il faut inspecter le visage, les paupières, les orbites et rechercher d'éventuels ganglions lymphatiques préauriculaires. Ensuite, l'examen portera sur les

mouvements oculaires, les champs visuels, les pupilles et le globe, avec une attention particulière pour la conjonctive, la cornée et la sclérotique. Un biomicroscope (ou lampe à fente) est particulièrement utile pour l'examen de la chambre antérieure et pour rechercher une iritis, un hyphéma ou un glaucome à angle fermé. Si une lampe à fente n'est pas disponible, une lampe stylo peut suffire. Le caractère lisse et clair de la surface cornéenne et le réflexe à la lumière sont des éléments particulièrement importants de l'examen. Une goutte de fluorescéine stérile, lorsqu'elle est appliquée sur la conjonctive tarsienne inférieure au moyen d'une bandelette imprégnée de fluorescéine, est particulièrement utile pour révéler les zones dénudées de l'épithélium cornéen. Avec le clignotement, le colorant se répand à la surface de la cornée, mais n'adhère qu'aux endroits ulcérés, qui prennent alors une coloration vert vif sous l'effet de la lumière bleu cobalt de la lampe stylo. À la suite de l'examen à la fluorescéine, on mesure la pression intra-oculaire (PIO) au moyen d'un Tono-Pen™ ou d'une tonométrie par aplation de Goldmann. Une palpation digitale légère permet la détection, peu sensible, d'une pression élevée due à un glaucome aigu, ou peut déclencher une douleur en cas de sclérite, de glaucome aigu, d'iritis, ou d'un autre processus inflammatoire du segment antérieur. La palpation du globe est contre-indiquée s'il existe un antécédent de traumatisme et en cas de suspicion de rupture du globe (figure 158.1).

## Diagnostic différentiel

Le tableau 158.2 sert de guide dans la différenciation des manifestations fréquentes liées aux yeux rouges.

## Soins et traitement

### Affections des paupières, des cils et de l'appareil lacrymal

#### *Orgelet et chalazion*

Des glandes sébacées du bord palpébral peuvent être enflammées ou enkystées, ce qui se manifeste par un

**Figure 158.1 Démarche diagnostique.**

**Corps étrangers**



Le bord de la paupière est agrippé et tiré vers l'extérieur et vers le bas ; un applicateur ou tout autre bâtonnet est appliqué sur le pli tarsien

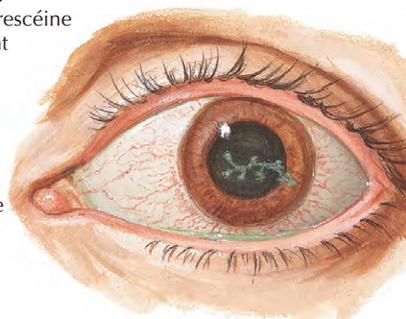


La paupière est éversée, exposant le corps étranger, qui peut alors être éliminé

**Kératite (inflammation de la cornée)**



Technique d'application de la bandelette de fluorescéine dans l'œil préalablement anesthésié



Kératite dendritique (herpès simplex) révélée par la fluorescéine



Kératite aiguë (injection ciliaire, surface cornéenne irrégulière)

**Traitement des cicatrices cornéennes**



Ulcère cornéen coloré par la fluorescéine ; hypopyon (pus dans la chambre antérieure)

*F. Netter M.D.*

gonflement nodulaire, rouge et sensible avec une cellulite localisée ou diffuse de la paupière. Un orgelet est une lésion inflammatoire du bord de la paupière, tandis qu'un chalazion se présente comme un nodule dans un site plus central de la paupière. Le traitement comprend des compresses chaudes appliquées sur les paupières 4 fois par jour pendant 3 à 5 min lorsque la lésion est aiguë ou subaiguë. Après chaque application de la compresse chaude, le patient doit masser la paupière ainsi que la ligne des cils afin de favoriser le drainage. Pour être efficace, ce traitement peut

prendre plusieurs semaines. Si un écoulement est constaté ou une infection suspectée, un onguent antibiotique topique (par exemple la bacitracine, la gentamicine, la bacitracine-néomycine-polymyxine B) devrait être appliqué sur la ligne des cils et sur la zone affectée 3 à 4 fois par jour. Parfois, des antibiotiques par voie orale sont nécessaires si le dysfonctionnement des glandes de Meibomius révèle un épaississement ou un enkystement marqué. Dans ce cas, le traitement de choix est la doxycycline, 100 mg 2 fois par jour pendant 1 mois, puis 1 fois par jour pendant au moins

**Tableau 158.2** Manifestations fréquentes qui différencient les causes de l'œil rouge

	<b>Conjonctivite</b>	<b>Kératite (inflammation de la cornée ou corps étranger)</b>	<b>Iritis</b>	<b>Glaucome aigu à angle fermé</b>
Vision	Normale ou floue, s'éclaircissant avec le clignotement	Un peu floue	Un peu floue	Très floue
Sécrétion	Cils souvent croûteux; purulente = infection bactérienne; claire et aqueuse = infection virale*; filandreuse avec peu de mucus = allergie	Aucune à légère	Aucune	Aucune
Douleur	Aucune ou faible et superficielle	Aiguë, sensation marquée de corps étranger	Modérée; douleur et photophobie	Très grave, souvent avec nausées et vomissements
Distribution de la rougeur	Diffuse	Autour de la cornée	Autour de la cornée, Injection périlimbique	Diffuse, avec forte injection autour de la cornée
Apparence de la cornée	Claire	Terne ou réflexe à la lumière modifié; fluorescéine coloration positive; opacification présente	Claire ou légèrement trouble	Brumeuse, humide, assombrie; réflexe à la lumière modifié
Pression intraoculaire	Normale	Normale	Normale à faible	Très élevée
Taille de la pupille	Normale	Normale ou légèrement rétrécie	Contractée	Fixe, à moitié dilatée
Réponse pupillaire à la lumière	Normale	Normale	Contraction minimale	Généralement pas de réaction
Profondeur de la chambre antérieure	Normale	Normale	Normale	Peu profonde
Consultation recommandée	Non, sauf en cas de forte purulence	Oui	Oui	Oui

\*Des ganglions lymphatiques préauriculaires sont caractéristiques d'une conjonctivite virale.

2 mois ou plus. Le dysfonctionnement des glandes de Meibomius est particulièrement fréquent chez les hommes blancs d'âge moyen, et accompagne souvent la rosacée.

Si un chalazion ne parvient pas à disparaître et devient chronique (c'est-à-dire non sensible et localisé, ou persiste plus de 3 à 4 semaines), le recours à un ophtalmologiste est indiqué. Une masse palpébrale persistante ou récurrente est une indication de biopsie, car il pourrait s'agir d'un rare carcinome des glandes sébacées ou d'un carcinome épidermoïde de la paupière (figure 158.2).

### Blépharite

La blépharite est une inflammation chronique du bord de la paupière qui est associée à une infection à staphylocoques, à la séborrhée ou à la sécheresse oculaire. Ses symptômes peuvent être une sensation de brûlure, de corps étranger ou de granules; le bord des paupières est rouge et épaissi; les cils sont agglutinés et croûteux; les paupières collent au réveil le matin. La blépharite peut aussi être asymptomatique.

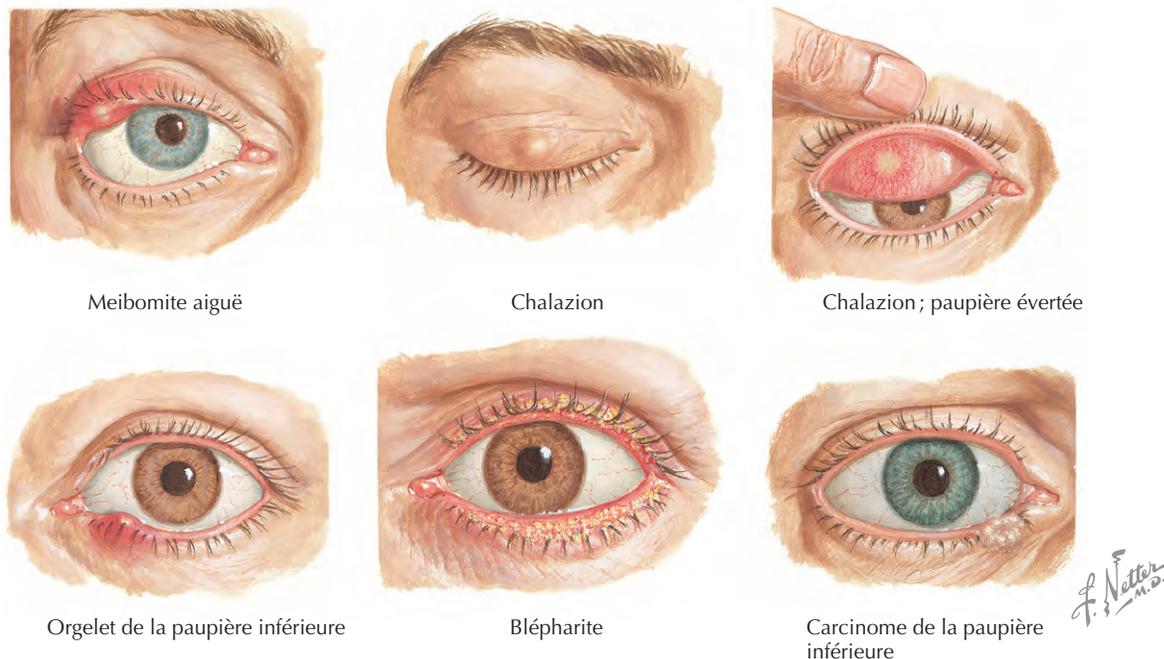
Le traitement consiste en l'application de compresses chaudes pour ramollir les croûtes ainsi qu'en une bonne

hygiène des paupières, notamment en nettoyant les paupières au moyen d'un coton-tige pour enlever les squames et les collerettes entourant les cils. Le patient peut utiliser un shampooing dilué pour bébé sur une lingette. Des trousses de nettoyage des paupières, disponibles dans le commerce, fonctionnent particulièrement bien et sont recommandées. Un onguent ophtalmique contenant un antibiotique et appliqué le soir après les soins d'hygiène palpébrale durant 2 à 6 semaines est nécessaire en cas d'infection bactérienne. Les cultures avec test de sensibilité sont rarement justifiées. Un traitement supplémentaire de la sécheresse oculaire peut aussi être essentiel, car celle-ci constitue un facteur favorisant de la blépharite.

### Cellulite des structures extraoculaires

#### *Cellulite préseptale (antérieure)*

Les symptômes et les signes de la cellulite antérieure sont un érythème de la paupière, un œdème tendu, de la chaleur, de la sensibilité et un lymphoedème fluctuant ou une enflure qui s'étend à la paupière opposée en passant sur l'arête nasale. Le patient est souvent incapable d'ouvrir les

**Figure 158.2 Affections des paupières.**

paupières à cause de l'œdème important, mais l'œil lui-même est relativement peu touché, avec peu ou pas d'injection conjonctivale. Souvent, le patient a des antécédents de sinusite, de piqûre d'insecte, de dacryocystite, d'abrasion cutanée locale, de lacération ou de plaie perforante. La cellulite préseptale est habituellement accompagnée d'un peu de fièvre et d'une élévation du nombre de globules blancs. La vision, les pupilles et la motilité oculaire sont normales, il n'y a aucune proptose (exophtalmie) et les mouvements oculaires ne déclenchent aucune douleur.

Les examens commencent par un hémogramme complet et des cultures à partir de toute plaie ouverte, d'un écoulement nasal purulent, de sécrétions conjonctivales ou de vésicules suintantes. Dans les cas bénins, sans abcès localisé, l'administration d'un antibiotique à large spectre par voie orale pendant 10 j est indiquée (par exemple l'amoxicilline-acide clavulanique, le céfaclor ou le triméthoprime-sulfaméthoxazole). En cas de conjonctivite secondaire, l'application locale d'un onguent avec antibiotique est indiquée : gentamicine, bacitracine, ciprofloxacine, érythromycine ou néomycine-bacitracine-polymyxine B; il faut déposer 1 cm d'onguent 3 à 4 fois par jour. Une tomodynamométrie (TDM) de l'orbite et des sinus est essentielle dans les cas modérés à sévères chez les enfants de moins de 5 ans et chez ceux qui n'ont pas d'amélioration sensible après quelques jours d'antibiothérapie par voie orale. Ces patients peuvent nécessiter une hospitalisation et des antibiotiques par voie intraveineuse (ceftriaxone, céfuroxime, ampicilline-sulbactam ou vancomycine). En cas de lésion traumatique du visage, les CDC (Centers for Disease Control and Prevention) recommandent l'injec-

tion d'anatoxine tétanique. Si une masse fluctuante ou un abcès est présent, l'exploration de la plaie, un débridement ou un drainage peuvent être nécessaires.

#### *Cellulite orbitaire (postérieure)*

Les symptômes et les signes de cellulite orbitaire postérieure sont la douleur oculaire, une vision trouble, des maux de tête, une vision double, de l'œdème des paupières, une inflammation palpébrale (érythème, chaleur, sensibilité) et une exophtalmie. Le chémosis et l'injection de la conjonctive, des restrictions des mouvements oculaires et la douleur à la tentative de mouvement des yeux sont les signes essentiels qui aident à différencier la cellulite orbitaire de la préseptale. La fièvre, un écoulement purulent, une diminution de la sensibilité périorbitaire, une diminution de la vision et une congestion veineuse de la rétine sont des signes inquiétants. Une TDM révèle souvent une sinusite, souvent ethmoïde. La zone périorbitaire peut être relativement peu enflammée. Une atteinte du nerf optique se manifeste par un œdème papillaire, une diminution de la vision et un déficit afférent pupillaire.

Le traitement requiert une hospitalisation avec intervention immédiate d'un ophtalmologiste. On procédera à une hémoculture et à une TDM avec contraste de l'orbite et des sinus, ou à une imagerie par résonance magnétique avec contraste. En cas d'atteinte sinusale, il faut faire appel à un oto-rhino-laryngologiste. Une antibiothérapie à large spectre par voie intraveineuse durant au moins 72 h sera suivie d'une administration orale pendant 1 semaine. *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Haemophilus influenzae*, *Bacteroides* spp. et des bâtonnets à Gram négatif (en

particulier après un traumatisme) sont les micro-organismes les plus fréquemment associés. L'avis d'un infectiologue et d'un pédiatre peut contribuer au choix des antibiotiques et de leur posologie. Pour les adultes, la ceftriaxone, 1 à 2 g toutes les 12 h, plus la vancomycine, 1 g par voie intraveineuse toutes les 12 h, est raisonnable comme traitement initial, la fonction rénale pouvant nécessiter un ajustement de la dose. En cas de cellulite orbitaire chronique ou si une infection anaérobie est soupçonnée, l'ajout de métronidazole, 15 mg/kg par voie intraveineuse toutes les 6 h, est nécessaire (ne pas dépasser 4 g/j). Chez les patients immunodéprimés, il faut exclure une infection fongique ; si elle est confirmée, un débridement chirurgical par un oto-rhino-laryngologiste est indiqué. *La phycomycose (mucormycose) est une maladie mortelle qui doit être envisagée chez tous les patients diabétiques ou immunodéprimés. Un débridement immédiat est généralement indiqué.*

Si la réponse aux antibiotiques par voie intraveineuse tarde, ou si un abcès sous-périoste s'est formé, une intervention chirurgicale s'impose. Chez tous les patients, une surveillance attentive est nécessaire afin de déceler à temps des complications comme une thrombose du sinus caverneux ou une méningite. Une grave exophtalmie requiert l'application d'une pommade antibiotique 4 fois par jour pour protéger la cornée et prévenir son ulcération.

### Obstruction du canal lacrymonasal

Les symptômes et les signes d'obstruction du canal lacrymonasal sont : œil larmoyant, présence de sécrétions mucoïdes humides ou sèches avec formation de croûtes sur les cils, principalement ceux du milieu, reflux de matière à partir des points lacrymaux sous l'effet d'une pression digitale sur le sac lacrymal (la région entre le canthus interne et le nez), érythème palpébral médian inférieur et gonflement de la région du canthus interne. Si du liquide muco-purulent est exprimé par la pression exercée sur le sac lacrymal, le patient est probablement atteint de dacryocystite (infection du sac lacrymal). L'étiologie de l'obstruction du canal lacrymonasal est congénitale ou acquise.

L'obstruction congénitale est généralement due à une membrane non perforée (soupape de Hasner) à l'extrémité distale du canal lacrymonasal. Environ 2 à 4 % des nourrissons nés à terme sont atteints, et le diagnostic est posé en général à l'âge de 1 à 2 semaines. Pour le traitement, on invite les parents à masser vers le bas, 2 à 4 fois par jour, le sac lacrymal et le conduit lacrymonasal au moyen de l'index. À la suite de ce traitement, le conduit s'ouvre spontanément dans 90 % des cas à l'âge de 1 an. Si ce n'est pas le cas après 6 à 8 mois, un ophtalmologiste devra juger s'il est indiqué de sonder et d'irriguer. *Si la pression du sac lacrymal ne produit aucun reflux ou si le patient garde les yeux fermés lorsqu'ils sont exposés à la lumière, l'intervention d'un ophtalmologiste pédiatrique est nécessaire.* Il est rare qu'une cellulite préseptale ou une dacryocystite se développe.

L'obstruction acquise du canal lacrymonasal est la conséquence d'une maladie nasale ou sinusale chronique, d'une dacryocystite, d'une opération antérieure, d'une tumeur ou d'un traumatisme naso-orbitaire. Une sténose d'involution est la cause la plus fréquente chez les personnes âgées. En cas de dacryocystite, le traitement comprendra des antibiotiques systémiques. Pour un enfant afebrile, dont le cas paraît bénin et dont les parents sont fiables, le traitement par céfador, 20 à 40 mg/kg/j par voie orale en trois doses fractionnées, est généralement efficace. Si un enfant a de la fièvre et une obstruction modérée à grave, alors que ses parents sont peu fiables, une hospitalisation est nécessaire ; il sera traité par la céfuroxime intraveineuse, 50 à 100 mg/kg/j en trois doses fractionnées. Chez l'adulte afebrile, avec une maladie bénigne, la céphalexine, 500 mg par voie orale toutes les 8 h, convient. L'adulte fébrile paraissant gravement malade doit être hospitalisé et traité par la céfazoline intraveineuse, 1 g toutes les 8 h. En plus de cela, des collyres d'antibiotiques (moxifloxacine, gatifloxacine, néomycine ou gentamicine), 4 fois par jour, des compresses chaudes et des massages doux de la région du canthus interne, 4 fois par jour, peuvent contribuer à soulager tous les patients. *Le recours aux stéroïdes nécessite une évaluation et une supervision par un ophtalmologiste.* Un abcès arrivant à maturité doit faire envisager l'incision et le drainage du sac lacrymal par un ophtalmologiste. Si l'obstruction est chronique ou récurrente, l'orientation vers un ophtalmologiste est également nécessaire. La correction chirurgicale par dacryocystorhinostomie avec sonde en silicone est généralement nécessaire après résolution de l'épisode aigu.

### Affections du segment antérieur : conjonctivite, sclérite, kératite, syndrome de l'œil sec et traumatisme

#### Conjonctivite

La conjonctivite peut être une affection isolée ou accompagner tout type d'inflammation oculaire. Elle se manifeste par une injection (rougeur) diffuse de la conjonctive bulbaire, palpébrale ou tarsale, sans distribution sectorielle. Elle est généralement indolore, au contraire d'une épisclérite ou d'une sclérite, mais le patient peut ressentir une irritation ou une sensation de corps étranger. Chez les adultes, une inflammation infectieuse et non infectieuse de la conjonctive entraîne généralement un écoulement oculaire, dont les caractéristiques suggèrent une étiologie particulière :

- bactérienne, si l'écoulement est purulent ;
- virale, s'il est séreux et aqueux ;
- allergique, s'il est aqueux avec de rares filaments muqueux grisâtres.

**CONJONCTIVITE BACTÉRIENNE (NON GONOCOCCIQUE).** Une conjonctivite bactérienne, non gonococcique, se manifeste par un écoulement purulent, léger à modéré, et par une

inflammation papuleuse de la conjonctive tarsienne, unilatérale ou bilatérale. Les micro-organismes communs sont les espèces *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp. et *Haemophilus* spp. (chez les enfants). On ne palpe pas d'adéno-pathie préauriculaire à moins que l'écoulement ne soit particulièrement purulent et causé par *Neisseria gonorrhoeae*.

Le traitement comprend des collyres d'antibiotiques : moxifloxacine, gatifloxacine, lévofloxacine, gentamicine, tobramycine, néomycine-polymyxine B-gramicidine ou sulfacétamide, 4 fois par jour pendant 5 à 7 j. Sinon, des onguents à la bacitracine, à la gentamicine, à la ciprofloxacine, à la néomycine-bacitracine-polymyxine B ou polymyxine B-bacitracine, environ 1 cm, 4 fois par jour pendant 5 à 7 j, peuvent être utilisés.

Le patient requiert un contrôle tous les 2 j, puis tous les 3 à 5 j jusqu'à la résolution. Si aucune amélioration n'est constatée dans les 3 j, ou si la vision se détériore, il faut faire appel à un ophtalmologiste. Un écoulement purulent abondant est une indication de coloration de Gram et de culture pour exclure une infection gonococcique. Dans une telle situation, recourir à un ophtalmologiste est sage. Chez les enfants, en cas de conjonctivite due à *H. influenzae*, étant donné le risque d'otite moyenne, de pneumonie ou de méningite, le traitement recommandé est l'amoxicilline-acide clavulanique, 20 à 40 mg/kg/j, per os, en trois doses fractionnées.

**CONJONCTIVITE VIRALE.** La conjonctivite virale est très contagieuse, car elle est généralement causée par un adénovirus. Souvent, les symptômes se manifestent 5 à 14 j après une infection des voies respiratoires supérieures ou un contact avec quelqu'un atteint de rhinopharyngite ou de conjonctivite. Les deux yeux sont touchés simultanément ou à la suite l'un de l'autre (jusqu'à 3 j d'intervalle). Les signes et symptômes sont : une irritation ou des démangeaisons oculaires, des ganglions préauriculaires palpables et une réaction de la conjonctive palpébrale inférieure de type folliculaire ou folliculopapillaire. Les follicules correspondent à l'accumulation de lymphocytes, de mastocytes et de plasmocytes dans le stroma de la conjonctive. Des pseudomembranes (débris inflammatoires et fibrine) ou de vraies membranes conjonctives témoignent de l'importance de l'infection. Dans 43 % des cas de conjonctivite adénovirale, on constate de petites HSC. En règle générale, la conjonctivite virale s'aggrave pendant les 4 à 7 premiers jours et l'affection peut durer 2 à 3 semaines. Après 2 à 7 j, une kératite ponctuelle peut être détectée. Des opacités sous-épithéliales peuvent se développer au cours des 7 à 14 premiers jours avec, en conséquence, une diminution de la vision, une réduction de la sensibilité au contraste, une photosensibilité et la sensation d'éblouissement ou la perception de halos autour des lumières vives.

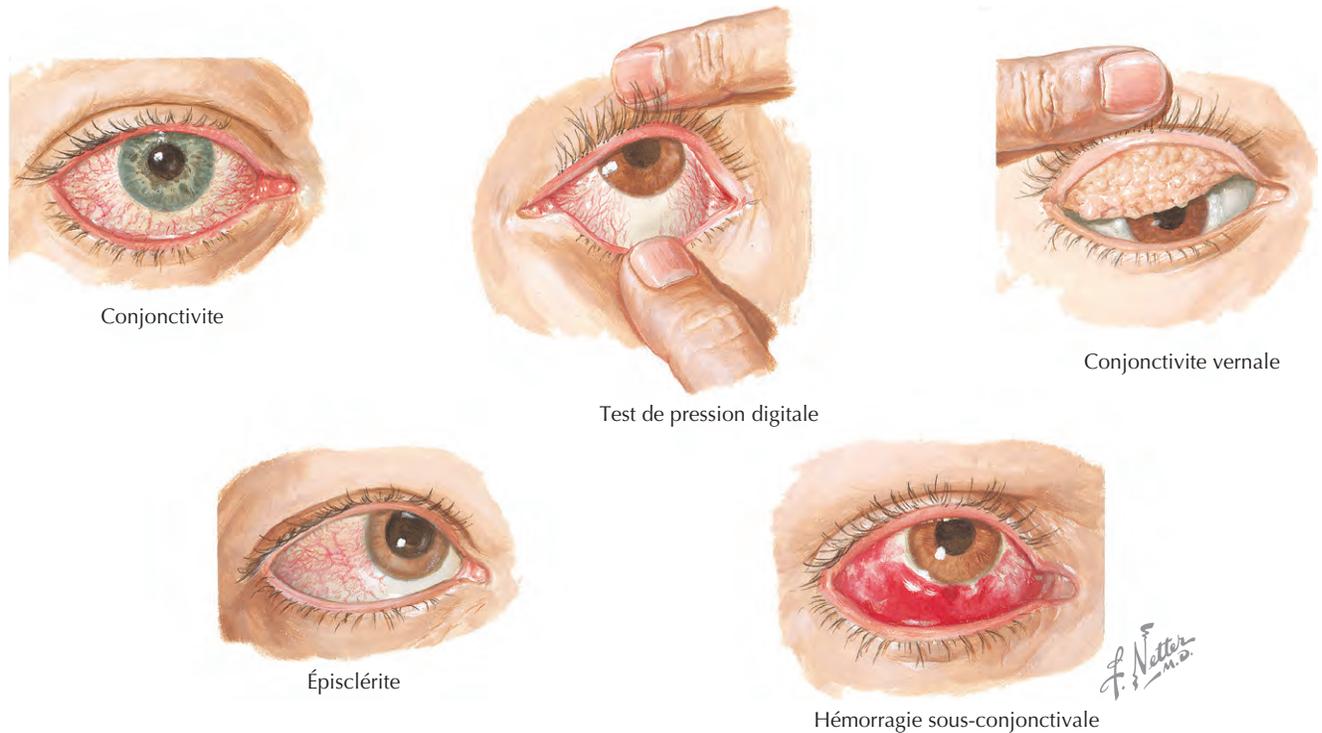
Le traitement consiste à prendre des mesures pour prévenir la transmission et les complications ainsi que pour soulager le patient de manière empirique. Pour éviter la propagation de l'infection à d'autres patients et réduire la

contamination des surfaces dans le cabinet médical, on examine le patient suspect de conjonctivite virale dans une zone séparée. Le nettoyage et la désinfection de tous les équipements utilisés au cours de l'examen sont obligatoires. Les poignées de porte et les objets touchés par le patient doivent également être désinfectés. Des solutions libérant du chlore (par exemple une solution d'hypochlorite de sodium à 2 %) et la povidone iodée (Bétadine®) sont efficaces dans l'élimination des virus en cause. Il faut utiliser des solutions de chlore fraîchement préparées, car l'activité se perd rapidement après dilution. L'alcool isopropylique n'est pas efficace pour la désinfection des surfaces contaminées par un adénovirus. Les patients sont priés d'éviter les contacts personnels et le partage de serviettes, oreillers ou tout autre article privé qui pourraient être contaminés par des sécrétions oculaires; s'ils se touchent les yeux, ils doivent se laver les mains. Le personnel de santé atteint de conjonctivite virale ne devrait pas avoir de contacts directs avec des patients durant au moins 14 j après l'apparition des symptômes. Des larmes artificielles réfrigérées ou des compresses froides peuvent soulager quelque peu les symptômes. En cas de fortes démangeaisons, des collyres antiallergiques ou anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) peuvent apporter un certain soulagement. Des antibiotiques topiques doivent être prescrits aux patients atteints d'érosions épithéliales étendues ou après élimination des membranes ou pseudomembranes.

Les corticostéroïdes topiques ne doivent être utilisés que par des professionnels des soins oculaires chez des patients atteints de conjonctivite membraneuse ou pseudomembraneuse, de kératite grave ou d'infiltrats sous-épithéliaux persistants, avec perte visuelle. *Les corticostéroïdes favorisent la réplication virale et facilitent la surinfection. Leur utilisation retarde l'élimination du virus et peut entraîner l'infection d'un plus grand nombre de patients lors d'une épidémie communautaire.*

**CONJONCTIVITE ALLERGIQUE.** Les signes et symptômes de conjonctivite allergique sont les démangeaisons, une sensation de brûlure, le caractère bilatéral, une injection conjonctivale modérée, parfois un œdème palpébral ou conjonctival (chémosis), une réaction papillaire de la conjonctive, éventuellement des filaments de mucosités blanchâtres. Les poussées sont souvent associées à des allergies respiratoires, saisonnières (pollens) ou pérennes (poils d'animaux, acariens de la poussière de maison, spores de moisissures).

Le traitement est symptomatique : éliminer ou éviter les allergènes en cause, appliquer des compresses froides ou instiller des larmes artificielles réfrigérées sont des mesures utiles. Pour les cas de gravité moyenne, des collyres efficaces contiennent soit des agents à la fois antihistaminiques et stabilisateurs des mastocytes (olopatadine, épinastine, kétotifène, azélastine), soit de purs antihistaminiques (lévocabastine, émédastine), soit de purs stabilisateurs de mastocytes (cromoglycate, lodoxamide, nedocromil, pemirolast),

**Figure 158.3 Conjonctivite, hémorragie sous-conjonctivale, épisclérite.**

ou encore des combinaisons décongestionnantes (naphazoline plus phéniramine). L'ajout d'un AINS (népafénac, kétorolac, bromfénac) peut être utile. Les cas graves et réfractaires au traitement requièrent l'intervention d'un ophtalmologiste. *Les stéroïdes topiques sont réservés aux cas graves et ne peuvent être utilisés qu'après examen par un ophtalmologiste (figure 158.3).*

#### Hémorragie sous-conjonctivale

Des HSC peuvent survenir spontanément, sans cause connue, ou après certains efforts qui ont le même effet qu'une épreuve de Valsalva : toux, éternuements, défécation ou levée d'un objet lourd. Les HSC sont souvent constatées au réveil. Selon une théorie, un frottement des yeux ou un contact avec l'oreiller durant le sommeil provoquerait facilement la rupture de minuscules vaisseaux sanguins irriguant une conjonctive mince et kystique. Il existe un lien possible soit avec la prise d'anticoagulants, d'aspirine, de vitamine E à dose élevée, soit avec une poussée d'hypertension artérielle ou une diathèse hémorragique, en particulier si les hémorragies sont bilatérales ou récurrentes. Typiquement, l'hémorragie survient de manière aiguë et unilatérale dans l'espace sous-conjonctival sans perte visuelle ni douleur ; elle se manifeste sous forme d'une tache rouge sang, dense et plate.

La prise en charge comprend un examen attentif afin d'écartier des causes traumatiques (plaie perforante ou rupture du globe). Si l'on suspecte une plaie perforante, il faut protéger l'œil au moyen d'une coquille dure et non par un

tampon, et consulter d'urgence un ophtalmologiste. Sinon, aucun traitement n'est nécessaire ; il faut rassurer le patient quant au pronostic, mais aussi lui expliquer que le sang ne sera complètement résorbé qu'après 2 à 3 semaines. Un contrôle est nécessaire si l'hémorragie n'a pas disparu après 3 semaines ou si elle se reproduit.

#### Syndrome de l'œil sec

Le syndrome de l'œil sec est une insuffisance de la sécrétion lacrymale (kératoconjonctivite sèche) ; il est extrêmement répandu dans la population vieillissante, en particulier chez les femmes de plus de 40 ans. Les plaintes dépassent souvent les signes trouvés à l'examen physique ; les symptômes peuvent être une sensation de brûlure, d'irritation, de granules, de corps étranger, de légère rougeur conjonctivale, de vision floue intermittente et de larmoiement réflexe. Les patients prétendent souvent qu'ils ne peuvent pas avoir le syndrome de l'œil sec puisque leurs yeux pleurent de manière constante. Cependant, le film lacrymal est riche en mucines et lipides (environ 85 %), la partie aqueuse ne représentant que 15 %. Par conséquent, il est souvent utile d'expliquer au patient la différence entre une lubrification insuffisante (manque de sébum à la surface) et la réaction de larmoiement réflexe pour compenser cette déficience. Typiquement, les symptômes du patient s'aggravent progressivement au cours de la journée.

Lire, regarder la télévision ou travailler à l'ordinateur de manière prolongée exacerbe souvent les symptômes de l'œil sec, car ces activités diminuent la fréquence du

clignotement et augmentent la perte aqueuse par évaporation. Les symptômes sont aggravés par la fumée, les courants d'air (par exemple un climatiseur de voiture ou un ventilateur), un taux faible d'humidité (surtout pendant l'hiver lorsque le chauffage est allumé) et la fatigue due au manque de sommeil.

L'abaissement bilatéral du niveau des larmes (moins de 0,3 mm dans le cul-de-sac conjonctival inférieur), un temps de rupture rapide du film lacrymal cornéen (discontinuité se formant en moins de 10 s) et des érosions épithéliales ponctuelles de la conjonctive ou de la cornée (facilement visualisées à la lampe à fente après coloration à la fluorescéine ou au vert de lissamine) sont caractéristiques de la maladie. On peut également observer un excès de mucus, des débris du film lacrymal, des filaments cornéens et de la mousse au bord palpébral (suggestive de colonisation staphylococcique). Une vision floue ou des éblouissements surviennent lorsque des érosions épithéliales interfèrent dans la transmission optique (c'est-à-dire dans la zone pupillaire), ces symptômes ayant tendance à être intermittents et variables.

Les affections associées sont nombreuses. La sécheresse oculaire est très fréquente après une intervention de type LASIK (*Laser-assisted in situ keratomileusis*, ou kératomileusis in situ assistée par laser). La cause est une dénervation cornéenne relative qui perturbe la sensibilité cornéenne normale et la boucle de rétroaction vers la glande lacrymale avec, en conséquence, une réduction de la production de larmes. La microscopie confocale a montré que le nombre de faisceaux de fibres nerveuses dans le stroma diminuait de 90 % immédiatement après l'opération LASIK. En 1 an, leur nombre remonte, mais reste inférieur de moitié à leur chiffre d'origine.

Des connectivites, comme le syndrome de Sjögren, la polyarthrite rhumatoïde, la granulomatose de Wegener et le lupus érythémateux disséminé, peuvent se manifester par une kératoconjunctivite sèche. Des troubles cicatriciels des conjonctives souvent associés au syndrome de l'œil sec font suite notamment à une pemphigoïde oculaire cicatricielle (généralement sévère), un syndrome de Stevens-Johnson, un trachome ou des brûlures chimiques. Le syndrome peut être un effet secondaire de médicaments, entre autres de diurétiques, d'antihistaminiques, d'antidépresseurs, d'agents dermatologiques desséchants et d'anticholinergiques.

La fermeture incomplète des paupières expose la cornée; c'est ainsi qu'un syndrome de l'œil sec peut se développer à la suite d'une paralysie de Bell, d'une exophtalmie due à une maladie thyroïdienne de Basedow (ou de Graves), de cicatrices ou d'un mauvais positionnement des paupières. D'autres causes sont une carence en vitamine A, une infiltration des glandes lacrymales (sarcoïdose, tumeur) et une fibrose des glandes lacrymales induite par irradiation.

Les mesures initiales peuvent comprendre l'instillation toutes les 2 à 4 h de larmes artificielles, de gouttes de ciclosporine à 0,2 % 2 fois par jour, d'un gel lubrifiant ou d'un onguent au coucher. Si la cornée est exposée durant

le sommeil, il est recommandé de maintenir les paupières collées par un onguent ou de porter des lunettes de protection conservant l'humidité (par exemple Tranquileyes™ ou Eye Eco™). Les patients ne doivent pas recourir à un pansement pour maintenir leurs yeux clos; en effet, les paupières parviennent souvent à s'ouvrir sous le tampon, ce qui augmente le risque d'abrasion. Les gels lubrifiants sont généralement préférés aux onguents, parce qu'ils troublent moins la vision. Des humidificateurs au chevet du lit peuvent également s'avérer utiles. De plus, on conseille la consommation d'acides gras oméga 3 (huile de poissons capturés dans la nature), environ 2000 mg/j, pour l'amélioration de la qualité du film lacrymal précornéen (couche de mucine et de lipides).

Si le syndrome de l'œil sec est grave ou ne répond pas aux mesures reprises ci-dessus, on fera appel à un ophtalmologiste qui pourra, dans un premier temps, boucher les points lacrymaux afin d'aider le patient à retenir les larmes naturelles. (*Les bouchons de type intracanalair ne devraient jamais être utilisés, car un biofilm bactérien peut se développer et provoquer une canaliculite.*) Si les bouchons en place n'occasionnent pas d'épiphora, l'obstruction des points lacrymaux par cautérisation, après l'enlèvement des bouchons, peut se révéler particulièrement bénéfique. Le maintien à long terme des bouchons méatiques est déconseillé en raison du relâchement et de la formation de biofilms bactériens. En cas de syndrome grave, il faut envisager la fermeture par cautérisation des points lacrymaux supérieurs et inférieurs. En plus, des implants lubrifiants Lacrisert® en hydroxypropyl cellulose sans conservateur (3,5 mm de long et 1,27 mm de diamètre, placés dans le fornix latéral inférieur) stabilisent et épaississent le film lacrymal précornéen, s'avérant utiles dans les cas modérés et graves de syndrome de sécheresse oculaire.

### *Pinguécula et ptérygion*

Les pinguéculas et les ptérygions sont des masses bénignes de dégénérescence élastosique provenant de la conjonctive bulbaire interpalpébrale (nasale ou temporale), causées par une irritation chronique d'origine actinique (lumière ultraviolette) ou due à une exposition au vent, à la poussière ou à la sécheresse oculaire. Les pinguéculas sont des nodules d'un blanc jaunâtre, généralement asymptomatiques et limités à la conjonctive. Les ptérygions sont des excroissances fibrovasculaires triangulaires qui s'étendent sur la cornée.

Le traitement comprend une lubrification oculaire comme dans l'œil sec, à commencer par des larmes artificielles 4 à 6 fois par jour, plus une protection contre les rayons ultraviolets ou les irritants (par exemple des lunettes de soleil ou, le cas échéant, des lunettes de sécurité). Des AINS sous forme topique sont utiles pour atténuer l'inflammation (par exemple népafénac 3 fois par jour, kétorolac 4 fois par jour ou bromfénac 2 fois par jour) pendant 2 semaines. Un ptérygion grandissant rapidement et réfractaire ou une inflammation grave doivent faire consulter un ophtalmologiste.

### Abrasion cornéenne

Les signes et symptômes caractéristiques d'une abrasion de la cornée sont une forte douleur, de la photophobie, une sensation de corps étranger, un larmoiement, de la rougeur, des antécédents d'égratignure oculaire et une érosion épithéliale qui se colore en vert brillant à la fluorescéine. En absence d'un traumatisme récent et si les symptômes sont survenus au réveil, un syndrome d'érosion récurrente est probable.

La prise en charge devrait commencer par la localisation et l'évaluation de la taille de la lésion épithéliale au moyen de la fluorescéine. L'érosion mise à part, le reste de la cornée doit être clair. Il est essentiel de rechercher les infiltrats, une lacération cornéenne, une plaie perforante et la réaction de la chambre antérieure. Si la cornée a un aspect brumeux, une surinfection est possible, et l'intervention d'un ophtalmologiste est nécessaire. La paupière doit être éversée à la recherche d'un éventuel corps étranger. La douleur peut être soulagée par des gouttes cycloplégiques (cyclopentolate à 1 %, homatropine à 5 %). Des analgésiques oraux contenant de la codéine ou un autre agent stupéfiant approprié peuvent être prescrits si la douleur du patient est insupportable. *Les anesthésiques topiques sont contre-indiqués!* Ils servent uniquement à faciliter l'examen et confirmer le diagnostic, un soulagement immédiat survenant en quelques secondes dès leur instillation.

Les antibiotiques topiques sont recommandés pour la prophylaxie des infections. Les porteurs de lentilles de contact doivent être protégés contre *Pseudomonas* spp. (par exemple ciprofloxacine, tobramycine, gentamicine, moxifloxacine, gatifloxacine) et doivent être suivis quotidiennement jusqu'à guérison de l'érosion épithéliale. Les gouttes sont utilisées 4 fois par jour; les onguents doivent être utilisés tous les 2 à 4 h. Ils constituent une barrière plus efficace entre la surface de la paupière et l'érosion, mais ils brouillent la vision. Si les deux types de préparation sont utilisés, pour accroître la pénétration du collyre, il faut l'instiller avant l'application de l'onguent.

Coller les paupières du patient au moyen d'un onguent pour les tenir fermées peut augmenter le confort, mais n'est pas conseillé chez les porteurs de lentilles de contact. En outre, la fermeture des paupières par collage ou par un pansement est contre-indiquée si l'abrasion est due à un traumatisme par une matière végétale (par exemple une branche d'arbre), des matières végétales ou de faux ongles. Pour favoriser la guérison et soulager la douleur, le patient doit garder les yeux fermés autant que possible. Les AINS topiques (népafénac 3 fois par jour, kétorolac 4 fois par jour ou bromfénac 2 fois par jour) augmentent le confort, mais peuvent retarder la guérison épithéliale.

Si l'abrasion n'est pas guérie dans les 24 à 48 h, l'orientation vers un ophtalmologiste est indiquée. Si l'abrasion est grande ou centrale, elle doit être suivie quotidiennement. Si, à un moment quelconque, des infiltrats apparaissent, il faut procéder d'urgence à des cultures et consulter

un ophtalmologiste, ces patients nécessitant un traitement plus agressif.

### Lésions chimiques

**LÉSIONS CAUSÉES PAR DES ACIDES.** Des acides, comme celui des batteries de voiture ( $H_2SO_4$ ), l'eau de Javel, le réfrigérant ( $H_2SO_3$ ), des conservateurs de fruits et des produits chimiques servant à la gravure du verre précipitent les protéines des tissus, mais ne pénètrent pas dans la cornée aussi profondément que les substances alcalines; néanmoins, ils causent directement des lésions cornéennes.

Le traitement des blessures acides commence par une irrigation abondante et immédiate, pendant au moins 30 min, de préférence avec du sérum physiologique ou la solution de lactate de Ringer. Il est utile d'instiller un anesthésique topique et de se servir d'un spéculum à paupières ou d'une lentille d'irrigation de Morgan. Ensuite, 5 à 10 min après l'irrigation, il faut mesurer le pH dans le cul-de-sac conjonctival inférieur; le pH atteint devrait être neutre (7,0); sinon, l'irrigation doit se poursuivre. Le volume nécessaire pour neutraliser le pH peut varier de 2 à 8 l. Si le pH reste anormal, essayer le fornix avec un coton-tige humidifié est efficace pour éliminer les particules retenues qui peuvent s'y être déposées.

Les lésions dues à des acides sont traitées comme les abrasions cornéennes, l'orientation vers un ophtalmologiste étant nécessaire.

**LÉSIONS CAUSÉES PAR DES ALCALIS.** La lessive de soude (NaOH), la potasse caustique (KOH) ou l'ammoniaque ( $NH_4$ ) ont tendance à causer des dommages plus graves que ceux dus à la chaux,  $Ca(OH)_2$ , ou à l'hydroxyde de magnésium,  $Mg(OH)_2$ . Les nettoyants ménagers, les engrais et les réfrigérants contiennent de l'ammoniaque, alors que de la chaux est présente dans le ciment, le mortier et le plâtre. De l'hydroxyde de magnésium se trouve dans certains articles de pyrotechnie (fusées éclairantes et cierges magiques). Les alcalis causent des lésions oculaires immédiates et différées, car ils pénètrent dans les tissus plus profondément que les acides; aussi, leurs brûlures sont généralement plus graves.

Le traitement d'une lésion par un alcali commence par une irrigation abondante, immédiate, comme en cas de brûlure par un acide. L'urgence est impérative, même si de l'eau non stérile est le seul liquide d'irrigation disponible! C'est en commençant l'irrigation le plus tôt possible que l'on pose le geste thérapeutique le plus efficace, susceptible de préserver la vision. Il ne faut jamais utiliser de solution acide pour neutraliser les brûlures alcalines (ou vice versa). En cas de brûlure alcaline, après le début de l'irrigation, il faut faire appel d'urgence à un ophtalmologiste.

### Syndrome des lentilles de contact portées trop longtemps

Un stress hypoxique de l'épithélium cornéen conduit aux mêmes complications et symptômes que l'abrasion cornéenne, c'est-à-dire de la douleur, des larmoiements et de

la photophobie. Ce syndrome est souvent dû au port des lentilles de contact au cours du sommeil ou à une adhérence trop forte de la lentille; il se manifeste par un œdème cornéen, une vision trouble, une hyperémie conjonctivale et parfois des infiltrats cornéens. Le facteur déclenchant est souvent un passage insuffisant des larmes entre la lentille et la cornée et, dès lors, une élimination insuffisante des déchets métaboliques.

Le traitement est le même que pour l'abrasion de la cornée. Il faut rechercher la présence éventuelle d'ulcérations et d'infiltrats; le patient, bien sûr, ne peut plus faire usage de ses lentilles. Des contrôles quotidiens sont nécessaires et, si aucune amélioration n'est constatée après 1 à 2 j, un ophtalmologiste devra intervenir.

### *Kératite infectieuse*

Une kératite infectieuse est la conséquence de la destruction inflammatoire de l'épithélium et du stroma de la cornée à la suite d'une infection. Elle est généralement unilatérale. Les facteurs de risque comprennent le port de lentilles de contact, un traumatisme, le syndrome des yeux secs, une maladie chronique de la surface oculaire, des corticostéroïdes topiques, des anomalies des paupières, l'exposition à divers agents agresseurs et l'hypoesthésie cornéenne.

Les symptômes de la kératite *bactérienne* sont une rougeur avec une douleur, modérée ou forte, de la photophobie, une vision réduite et un écoulement purulent. La lampe stylo ou la lampe à fente révèle une opacité cornéenne discrète, grise ou blanche (infiltrat). Un transfert urgent chez un ophtalmologiste est indiqué pour le diagnostic et le traitement.

La kératite *virale* est le plus souvent causée par l'infection récurrente due au virus herpès simplex 1. Les poussées sont favorisées par l'exposition au soleil, le stress, une maladie, un traumatisme, les règles et l'immunosuppression. Les signes et symptômes sont les yeux rouges avec écoulement aqueux et la sensation de corps étranger. La lésion caractéristique de l'épithélium cornéen est une érosion de forme dendritique ou ramifiée, bien mise en évidence par une coloration à la fluorescéine (voir la [figure 158.1](#)). L'aide d'un ophtalmologiste est essentielle et urgente. Les stéroïdes topiques ne doivent jamais être utilisés si l'on suspecte une kératite herpétique.

Les autres causes de kératite sont multiples, mais les infections les plus fréquentes sont fongiques (particulièrement fréquentes après un traumatisme au contact d'une plante ou de matière végétale) ou parasitaires (par exemple *acanthamoeba*, une infection particulièrement douloureuse et souvent due à une mauvaise hygiène des lentilles souples ou à l'usage des bains à remous).

### *Hyphéma*

L'hyphéma est la présence de sang dans la chambre antérieure, généralement à la suite d'un traumatisme conton-

dant. Outre la douleur et des rougeurs, la vision est floue; quant aux globules rouges, soit ils sont en suspension et ne sont détectables que par la lampe à fente (microhyphéma), soit ils forment une couche visible à la lampe stylo, généralement dans la partie inférieure de la chambre antérieure. La pupille peut être irrégulière, former un pic ou être insensible du côté atteint ([figure 158.4](#)).

Si possible, on évaluera l'acuité visuelle, mais tout autre examen sera effectué avec prudence en évitant la moindre manipulation du globe, car des lésions concomitantes peuvent être présentes. Si, chez un enfant, l'hyphéma est signalé comme s'étant produit spontanément, il faut suspecter la maltraitance. Le traitement comprend la protection de l'œil et le repos avec la tête surélevée d'au moins 30°. Les AINS et l'aspirine sont contre-indiqués. La lecture est interdite, car le mouvement des yeux peut déclencher un nouveau saignement, mais regarder la télévision est permis. La consultation immédiate d'un ophtalmologiste est indiquée.

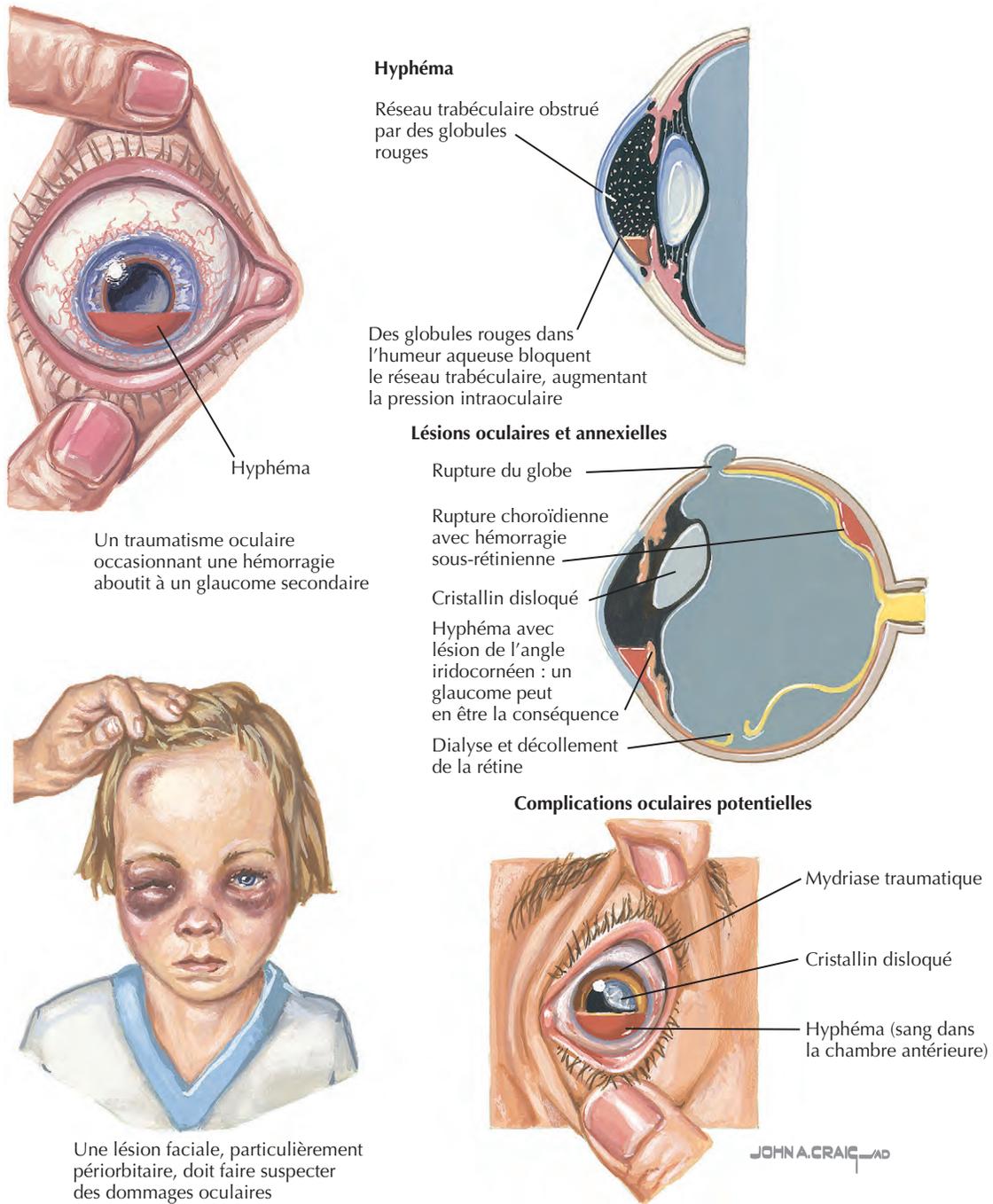
### *Épisclérite et sclérite*

Les symptômes et les signes d'*épisclérite* sont l'apparition brutale d'une rougeur (sectorielle dans 70 % des cas, diffuse dans 30 %) dans un œil ou les deux, généralement chez de jeunes adultes; cet érythème s'efface après instillation de phényléphrine à 2,5 % (ce qui est sans effet sur la sclérite); le patient ressent une douleur oculaire sourde, mais modérée; sa vision est normale et l'on n'observe aucun écoulement oculaire. Des antécédents d'épisodes récurrents sont fréquents.

La plupart des cas d'épisclérite guérissent spontanément en 3 semaines environ. Toutefois, la consultation d'un ophtalmologiste est nécessaire pour confirmer le diagnostic. Certains cas nécessitent des AINS, soit en application locale, soit par voie orale (népafénac 3 fois par jour), ou les deux. La résistance au traitement peut signifier qu'une maladie systémique est sous-jacente; un bilan systémique par le médecin de soins primaires s'avère alors nécessaire.

Une *sclérite* se développe généralement de manière progressive. Le symptôme caractéristique est une douleur oculaire forte et lancinante qui peut irradier vers l'arcade sourcilière, le front, la tempe ou la joue. La douleur peut tirer le patient de son sommeil. La rougeur ne pâlit pas avec la phényléphrine à 2,5 %; à l'examen macroscopique, l'œil a une teinte bleutée à la lumière naturelle. La vision est normale ou légèrement diminuée. La photophobie est importante, car 30 % des patients ont en même temps une iritis. Il peut y avoir du larmoiement, mais sans écoulement oculaire anormal. Parmi les patients atteints de sclérite, 25 à 50 % ont une maladie systémique sous-jacente, généralement une connectivite, comme une polyarthrite rhumatoïde, une granulomatose de Wegener ou une polycondrite atrophiant (ou récidivante). Moins souvent, la maladie sous-jacente est une spondylarthrite ankylosante, un lupus érythémateux disséminé, une périartérite noueuse, une maladie inflammatoire de l'intestin, la goutte, la

**Figure 158.4 Hyphéma.**



séquelle d'un zona ophtalmique, une sarcoïdose, une maladie de Lyme, une tuberculose, le syndrome Reiter ou une infection bactérienne ou parasitaire. Aussi, un bilan approfondi par un rhumatologue ou un interniste est nécessaire.

Les patients atteints de sclérite requièrent un examen par un ophtalmologiste, car des complications menaçant la vision peuvent survenir. Un travail d'équipe regroupant un interniste ou un rhumatologue et un ophtalmologiste est essentiel pour orienter la thérapie systémique. L'ophtalmologiste suivra l'inflammation oculaire et l'interniste ou le rhumato-

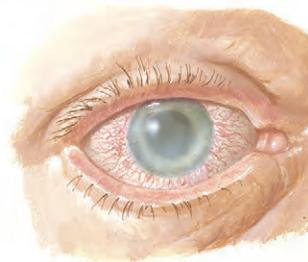
logue prescrira et surveillera le traitement immunosuppresseur systémique.

### Iritis

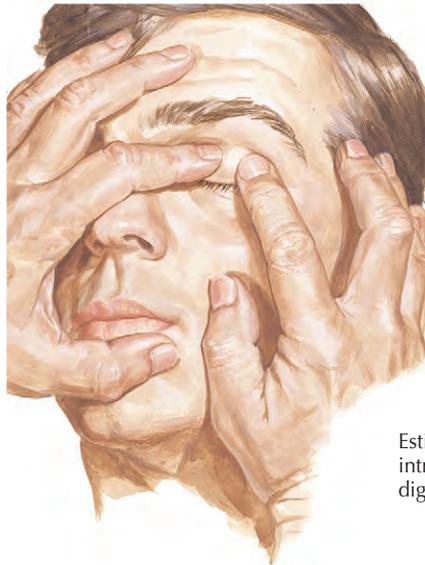
L'iritis est une inflammation de la chambre antérieure. Elle se manifeste par de la rougeur autour du limbe, des douleurs oculaires, des céphalées (décrites comme languissantes), de la photophobie, une baisse de vision, un myosis (pupille petite, pouvant être fixée ou peu réactive en raison d'adhérences postérieures), un hypopyon (accumulation de globules

**Figure 158.5 Iritis.**

Iritis : constriction pupillaire, injection ciliaire, œdème palpébral supérieur



Glaucome aigu : dilatation pupillaire, injection ciliaire, cornée « brumeuse »



JOHN A. CRAIG MD

Estimation de la pression intraoculaire par la palpation digitale

blancs dans la partie inférieure de la chambre antérieure) et des précipités cornéens. Certaines affections peuvent être associées : une arthrite, des infections, une sarcoïdose, une urétrite et les troubles inflammatoires de l'intestin. En cas de traumatisme oculaire contondant, l'iritis peut n'apparaître qu'après 1 à 3 j. Les complications de l'iritis sont notamment une pression oculaire élevée, un glaucome chronique à angle fermé et une cataracte. L'orientation rapide vers un ophtalmologiste est indiquée (figure 158.5).

### Glaucome aigu à angle fermé

Le glaucome aigu à angle fermé est dû à une obstruction soudaine de l'écoulement aqueux provenant de l'œil. Il survient de manière typique chez des personnes avec des angles iridocornéens étroits et qui subissent une augmentation aiguë de la PIO lorsque la pupille se dilate. Les facteurs prédisposants sont la pénombre, les mydriatiques topiques, certains médicaments systémiques et un stress émotionnel. En général, le glaucome aigu à angle fermé est unilatéral, s'accompagne de fortes douleurs oculaires, de rougeur de l'œil, d'une pupille non réactive à moitié dilatée, d'une nébulosité de la cornée, d'une vision trouble, d'une céphalée frontale, de halos autour des lumières, de

nausées ou de vomissements. L'œil affecté peut être ferme ou dur à la palpation.

Le traitement optimal nécessite l'intervention immédiate d'un ophtalmologiste. Si le traitement par l'ophtalmologiste doit être retardé de 1 h ou plus, le traitement initial doit être le suivant :

- pilocarpine à 2 %, 1 goutte, puis répétez après 15 min;
- maléate de timolol à 0,5 %, 1 goutte (s'il n'y a pas d'asthme ou d'insuffisance cardiaque);
- apraclonidine à 0,5 %, 1 goutte;
- acétazolamide, 500 mg par voie orale ou par voie intraveineuse (si aucune contre-indication);
- envisager l'administration intraveineuse d'une solution à 20 % de mannitol (si aucune contre-indication).

### Éviter les erreurs de traitement : mises en garde thérapeutiques

#### Anesthésiques topiques

Pour l'analgésie, il ne faut jamais recourir aux anesthésiques locaux. Premièrement, ils inhibent la croissance et la guérison de l'épithélium cornéen. Deuxièmement, ils éliminent le réflexe protecteur de clignotement, ce qui expose la

cornée aux agents extérieurs, à la déshydratation, à la rupture épithéliale, ce qui prédispose le patient à l'infection et à la fonte cornéenne (destruction ulcéreuse). Troisièmement, ils induisent une épithéliopathie ponctuelle qui dégrade la vision. Enfin, il faut savoir qu'en raison de l'effet immédiat, il est tentant pour le personnel médical et les patients de les utiliser malgré le risque de complications graves.

### *Corticostéroïdes topiques*

Les collyres ou les onguents aux corticostéroïdes (seuls ou en combinaison avec un antibiotique) ne doivent jamais être administrés ou prescrits par le médecin de soins primaires, sauf sous la supervision étroite et directe d'un ophtalmologiste. Cette recommandation est fondée sur plusieurs observations. Tout d'abord, les corticostéroïdes topiques inhibent la cicatrisation des plaies, retardent la réépithélialisation et peuvent conduire à une perforation dans des affections neurotrophiques comme le zona ophthalmique. Ils peuvent masquer une inflammation, ce qui procure au patient un sentiment de fausse sécurité, alors qu'une fonte cornéenne peut survenir. En outre, les stéroïdes topiques favorisent la kératite fongique et herpétique et, en cas d'utilisation prolongée, ils contribuent à la formation de cataracte sous-capsulaire postérieure.

Le glaucome induit par les corticostéroïdes est à angle ouvert; il peut être causé par une corticothérapie prolongée, qu'elle soit locale, périoculaire (y compris les crèmes pour la peau), inhalée ou systémique. Environ un tiers de tous les patients démontrent une certaine réactivité aux stéroïdes, mais une élévation cliniquement significative de la PIO ne s'observe que dans un petit pourcentage de cas. Le type et la puissance de l'agent, le mode d'administration et la fréquence ainsi que la sensibilité individuelle conditionnent la longueur du délai avant l'élévation de la PIO et son ampleur. Si cette augmentation est forte, le nerf optique peut être endommagé de manière asymptomatique, ce qui risque d'aboutir à une perte de vision permanente. Par conséquent, lorsqu'un médecin de soins de santé primaires prescrit des stéroïdes systémiques, il est recommandé de faire contrôler la PIO par un ophtalmologiste environ tous les 3 mois. Lorsque les stéroïdes topiques sont arrêtés, l'élévation de la PIO peut persister pendant plusieurs mois. Lors de l'arrêt de stéroïdes systémiques, la PIO se normalise généralement en quelques jours.

### *Orientation vers l'ophtalmologiste*

Toute inégalité pupillaire chez un patient avec des yeux rouges est un signe de maladie oculaire grave qui justifie la consultation d'un ophtalmologiste. Celle-ci est également indiquée si la vision baisse de manière aiguë et importante, un diagnostic de conjonctivite étant improbable. Enfin, si le patient atteint de rougeur oculaire porte des lentilles de contact souples, l'intervention du spécialiste est fortement conseillée, car l'interprétation des observations à la lampe à fente requiert de l'expérience pour différencier les complications. Une communication et une coopération étroites

entre le médecin de première ligne et l'ophtalmologiste sont essentielles pour un diagnostic précoce et une prise en charge réussie des patients atteints de rougeur oculaire.

## **Futures directions**

Une conjonctivite virale (en particulier lorsqu'elle est due à un adénovirus) reste une affection fréquente et une cause importante de morbidité oculaire. L'isolement du virus par culture est actuellement le test de référence pour la détection directe de l'adénovirus, mais les résultats ne sont généralement disponibles qu'après plusieurs jours ou semaines. En conséquence, la culture n'est d'aucune utilité pour la prise de décision thérapeutique. Le test actuel de réaction en chaîne à la polymérase offre la précision nécessaire pour le diagnostic de conjonctivite adénovirale, mais il n'est pas assez rapide et simple pour être utilisé dans un cabinet médical. Les cliniciens ont besoin d'une méthode très précise leur permettant d'identifier une conjonctivite adénovirale en un temps relativement court (moins de 30 min) afin de pouvoir intervenir utilement et limiter autant que possible la propagation de l'infection. En outre, on espère que de nouveaux agents antiviraux seront capables, en application locale, de réduire la réplication virale et donc la durée de la maladie. Au moment d'écrire ces lignes, le seul collyre antiviral disponible dans le commerce est la trifluridine (Viroptic®), qui contient du thimérosal, un antiseptique mercuriel fréquemment irritant. Dans une étude prospective en aveugle de la trifluridine, on n'a pas observé de différence entre le groupe expérimental et le groupe traité par des larmes artificielles. D'autres tests en développement manquent de sensibilité. En attendant les progrès diagnostiques et thérapeutiques, il convient de rappeler que, si un membre du personnel de santé contracte une kérato-conjonctivite épidémique, il devra éviter tout contact avec les patients durant une période minimale de 14 j. Les adultes devraient aussi éviter les contacts rapprochés pendant les périodes de haute transmissibilité, tout au moins durant la période de sécrétion oculaire importante.

## **Ressources supplémentaires**

American Academy of Ophthalmology (Preferred Practice Patterns). Primary angle closure glaucoma; primary open angle glaucoma; and comprehensive adult medical evaluation. San Francisco : American Academy of Ophthalmology; 2005.

*Ces directives préférées, proposées par l'American Academy of Ophthalmology, sont conçues pour identifier, sur base des meilleures données scientifiques disponibles, les caractéristiques et les composantes des soins oculaires de qualité. Elles constituent une bonne revue du sujet repris dans le titre, et sont mises à jour tous les 5 ans.*

Pavan-Langston D, éd. Manual of ocular diagnosis and therapy. 5<sup>e</sup> éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

*Cet ouvrage constitue une source d'informations utiles au médecin de première ligne.*

Tasman WJ, Jaeger EA, éd. Duane's clinical ophthalmology. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins; 2004.

*Cet ouvrage en plusieurs volumes, consacré par le temps, fournit une revue exhaustive de l'ophtalmologie.*

## Données probantes

- American Academy of Ophthalmology. External disease and cornea. Vol. 8. Basic and clinical science course. Vol. 9. Intraocular inflammation and uveitis. Vol. 10. Glaucoma. San Francisco : American Academy of Ophthalmology; 2006-2007.  
*La BCSC (Basic and Clinical Science Course) est une série de 14 volumes de textes fondamentaux dans lesquels l'American Academy of Ophthalmology fournit aux ophtalmologistes les informations de base nécessaires pour réussir leur examen de certification. Chaque volume est un excellent aperçu du thème de l'intitulé et comprend un grand nombre de photos, de diagrammes et des illustrations instructives. Il ne s'agit pas de livres exhaustifs, mais ils constituent plutôt une excellente source d'informations de base.*
- American Academy of Ophthalmology (Preferred Practice Patterns). Bacterial keratitis; blepharitis; conjunctivitis; dry eye syndrome. San Francisco : American Academy of Ophthalmology; 2003 [Bacterial Keratitis : 2005].  
*Ces directives préférées, proposées par l'American Academy of Ophthalmology, sont conçues pour identifier, sur la base des meilleures données scientifiques disponibles, les caractéristiques et les composantes des soins oculaires de qualité. Elles constituent une bonne revue du sujet repris dans le titre, et sont mises à jour tous les 5 ans.*
- Albert DM, Jakobiec F, éd. Principles and practice of ophthalmology. 2<sup>e</sup> éd. Philadelphie : WB Saunders; 2000.  
*Cet ouvrage en plusieurs volumes est une référence utile et exhaustive en matière d'ophtalmologie.*
- Ang RT, Dartt DA, Tsubota K. Dry eye after refractive surgery. *Curr Opin Ophthalmol* 2001; 12 (4) : 318-22. PMID : 11507347.  
*Cet article est consacré au syndrome de l'œil sec qui peut compliquer une chirurgie réfractive.*
- Avellon A, Perez, P, Aguilar JC, et al. Rapid and sensitive diagnosis of human adenovirus infections by a generic polymerase chain reaction. *J Virol Methods* 2001; 92 (2) : 113-20. PMID : 11226558.  
*Cet article traite de la réaction en chaîne à la polymérase comme test diagnostique des infections à adénovirus.*
- Bradford CA, éd. Basic ophthalmology for medical students and primary care residents. 8<sup>e</sup> éd. San Francisco : American Academy of Ophthalmology; 2004.  
*Cet ouvrage est une excellente référence clinique pour les prestataires de soins primaires.*
- Darougar S, Grey RG, Thaker U, et al. Clinical and epidemiological features of adenovirus keratoconjunctivitis in London. *Br J Ophthalmol* 1983; 67 : 1-7. PMID : 6293533.  
*Voici une revue utile des infections adénovirales ophtalmiques.*
- Garg A, Pandey SK, éd. Textbook of ocular therapeutics. 2<sup>e</sup> éd. New Delhi : Jaypee Brothers; 2003.  
*Les chapitres de cet ouvrage sont organisés de manière telle qu'ils servent de référence rapide aux ophtalmologistes; les auteurs s'efforcent également de rapporter les progrès en thérapeutique oculaire.*
- Green SM. Tarascon pocket pharmacopoeia. Lompoc : Tarascon Publishing; 2007.  
*Ce guide pratique et rapide a été conçu pour aider le praticien à prescrire des produits pharmaceutiques en dehors de sa spécialité. Il est subdivisé par rubriques spécialisées très utiles (comme l'ophtalmologie et la dermatologie) et par catégories pertinentes (par exemple les analgésiques et les antibiotiques). Les noms commerciaux et génériques sont indexés par ordre alphabétique.*
- Johns KJ, éd. Eye care skills. Cédérom. San Francisco : American Academy of Ophthalmology; 2005.  
*Ce cédérom comprend huit séries d'exercices éducatifs en PowerPoint de formation pédagogique pour les non-spécialistes et les fournisseurs de soins de santé associés. Il est disponible auprès de l'American Academy of Ophthalmology, PO Box 7424, San Francisco, CA 94120-7424.*
- Kaiser PK, Friedman NJ, Pineda R, éd. The Massachusetts eye and ear infirmary illustrated manual of ophthalmology. 2<sup>e</sup> éd. Philadelphie : WB Saunders; 2004.  
*Ce guide pratique, tout en couleurs, offre d'abondantes informations cliniques. Il comprend des centaines de photographies cliniques et constitue un manuel concis d'ophtalmologie générale particulièrement utile pour les pourvoyeurs de soins de santé primaires et les praticiens en formation.*
- Kawana R, Kitamura T, Nakagomi O, et al. Inactivation of human viruses by povidone-iodine in comparison with other antiseptics. *Dermatology* 1997; 195 : 29-35. PMID : 9403252.  
*Cet article concerne l'efficacité de l'iodure de povidone comme antiseptique.*
- Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ, éd. Cornea. 2<sup>e</sup> éd, vol. 2. Philadelphie : Elsevier Mosby; 2005.  
*C'est le meilleur ouvrage exhaustif consacré à la maladie cornéenne et annexielle. Il est bien illustré et riche en références.*
- Kunimoto DY, Kanitkar KD, Makar MS, éd. The Wills eye manual : office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease. 4<sup>e</sup> éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins; 2004.  
*Cet excellent manuel donne un accès rapide à des informations couvrant presque tous les troubles oculaires couramment rencontrés en consultation, à l'hôpital ou en salle d'urgence. Les principales caractéristiques de différenciation sont soulignées afin d'aider le praticien dans sa démarche diagnostique.*
- Lee BH, McLaren JW, Erie JC, et al. Reinnervation in the cornea after LASIK. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2002; 43 (12) : 3660-4. PMID : 12454033.  
*Cet article fournit des informations sur la dénervation cornéenne à la suite d'une intervention LASIK.*
- Palay DA, Krachmer JH, éd. Ophthalmology for the primary care physician. 1<sup>re</sup> éd. Saint Louis : Mosby; 1997.  
*Voici une référence ophtalmique utile en un seul volume pour le pourvoyeur de soins primaires.*
- Romanowski EG, Yates KA, Gordon YJ. Topical corticosteroids of limited potency promote adenovirus replication in the Ad5/NZW rabbit ocular model. *Cornea* 2002; 21 (3) : 289-91. PMID : 11917178.  
*Cet article concerne l'infection adénovirale comme complication des corticostéroïdes topiques.*
- Tabery H. Corneal epithelial changes due to adenovirus type 8 infection. *Acta Ophthalmol Scand* 2000; 78 : 45-8. PMID : 10726788.  
*Cet article décrit l'anatomopathologie de l'infection à adénovirus type 8.*
- Toda I, Asano-Kato N, Komai-Hori Y, et al. Dry eye after laser in situ keratomileusis. *Am J Ophthalmol* 2001; 132 (1) : 1-7. PMID : 11438046.  
*Dans cet article, il est question du syndrome de l'œil sec qui complique l'intervention LASIK.*
- Ward JB, Siojo LG, Waller SG. A prospective, masked clinical trial of trifluridine, dexamethasone, and artificial tears in the treatment of epidemic keratoconjunctivitis. *Cornea* 1993; 12 : 216-21. PMID : 8500334.  
*Cet article traite de l'efficacité de la trifluridine en cas de kérato-conjunctivite épidémique.*
- Wilson SE, Ambrosio R. Laser in situ keratomileusis-induced neurotrophic epitheliopathy. *Am J Ophthalmol* 2001; 132 (3) : 405-6. PMID : 11530056.  
*Cet article traite des épithéliopathies neurotrophiques compliquant une intervention LASIK.*