

212 - ŒIL ROUGE ET/OU DOULOUREUX

Ce qu'il faut savoir

1. Connaître les gestes à faire et à ne pas faire.
2. Savoir énumérer les étiologies d'un œil rouge :
 - douloureux, avec ou sans baisse de l'acuité visuelle,
 - non douloureux, avec ou sans baisse de l'acuité visuelle.
3. Savoir s'orienter vers une étiologie d'après l'interrogatoire et l'examen non spécialisé.
4. Savoir évaluer le degré d'urgence de la prise en charge ophtalmologique.
5. Connaître les principaux examens complémentaires ophtalmologiques et non ophtalmologiques permettant le diagnostic et le traitement.
6. Savoir expliquer au patient le pronostic et la surveillance requise selon l'étiologie.

I - INTRODUCTION

Devant un œil rouge ou un œil douloureux, il faut savoir identifier une pathologie simple ne menaçant pas la vision (comme une hémorragie sous-conjonctivale ou une conjonctivite) d'une pathologie grave menaçant la «vision» et/ou l'intégrité du globe oculaire telle qu'une infection cornéenne, une uvéite antérieure, ou un glaucome aigu.

II - EXAMEN

A. L'Interrogatoire

- *précise le mode d'apparition de la rougeur oculaire :*

- récente ou ancienne,
- aiguë ou chronique,
- d'apparition brutale ou d'installation progressive,
- unilatérale ou bilatérale soit d'emblée soit avec un intervalle libre.

- *précise le type de la douleur :*

- douleurs superficielles
 - ◇ modérées, à type de sensation de grains de sable, évoquant une conjonctivite,
 - ◇ ou plus importantes, accompagnées de photophobie et d'un blépharospasme évoquant une kératite aiguë ;
- douleurs plus profondes,
 - ◇ modérées évoquant une uvéite antérieure ou une épisclérite,
 - ◇ intenses avec des irradiations dans le territoire du trijumeau évoquant un glaucome aigu.

- *recherche une baisse d'acuité visuelle ; l'absence de baisse d'acuité visuelle oriente vers une conjonctivite ou encore une épisclérite (moins fréquente).*

- *précise les antécédents ophtalmologiques et généraux.*

- *recherche une notion de traumatisme, même minime.*

B. Examen clinique

Bilatéral et comparatif.

1. Acuité visuelle

- de loin et de près,
- avec correction optique éventuelle.

2. Topographie et aspect de la rougeur oculaire :

- en nappe, hémorragique (hémorragie sous-conjonctivale spontanée) ; devant une hémorragie sous-conjonctivale, toujours penser à un corps étranger intraoculaire (CEIO) passé inaperçu : au moindre doute, demander des radiographies de l'orbite à la recherche d'un CEIO.

- diffuse : conjonctivite.
- en secteur : épisclérite
- autour du limbe sclérocornéen (vasodilatation concentrique des vaisseaux conjonctivaux limbiques, péricornéens, sur 360° = *cercle péricératique*) : kératite aiguë, uvéite antérieure.



Fig. 1 - Cercle péricératique.

3. Appréciation de la transparence cornéenne :

recherche d'une diminution de transparence

- localisée (kératite)
- ou diffuse (évoquant l'œdème cornéen par hypertension du glaucome aigu).

4. Examen après instillation d'un collyre à la fluorescéine (test à la fluorescéine) à la recherche d'une ulcération cornéenne :

l'épithélium cornéen normal ne retient pas la fluorescéine qui part contre se fixe sur le stroma en absence de l'épithélium ; ceci permet de colorer électivement les ulcérations cornéennes, qui peuvent être

- une ulcération cornéenne unique évoquant une kératite bactérienne,
- un ulcère dendritique évoquant une kératite herpétique,

- de petites ulcérations disséminées (kératite ponctuée superficielle = KPS) évoquant une kératite à adénovirus ou un syndrome sec oculaire.

5. Examen de la pupille :

- aspect (pupille déformée par des synéchiés irido-cristalliniennes évoquant une uvéite),
- taille (myosis évoquant une kératite aiguë ou une uvéite antérieure, semi-mydriase aréflexique évoquant un glaucome aigu).

6. Examen de la chambre antérieure :

- appréciation de la profondeur (chambre antérieure étroite évoquant un glaucome aigu),
- recherche à la lampe à fente des signes inflammatoires d'une uvéite antérieure (effet Tyndall, précipités rétrocornéens).

7. Mesure du tonus oculaire

- au tonomètre,
- ou par palpation bidigitale du globe oculaire à



travers la paupière supérieure, qui peut retrouver un globe oculaire « dur » en cas de glaucome aigu.

8. Examen de la conjonctive palpébrale :

- recherche de follicules, ou encore de papilles évoquant une conjonctivite allergique ;
- toujours penser par ailleurs devant un œil rouge à retourner la paupière supérieure à la recherche d'un corps étranger sous-palpébral dont la projection a pu passer inaperçue.

9. Un examen du fond d'œil sera pratiqué devant une pathologie pouvant s'accompagner d'une atteinte vitréenne ou rétinienne :

par exemple, recherche de signes d'uvéite postérieure en présence d'une uvéite antérieure.

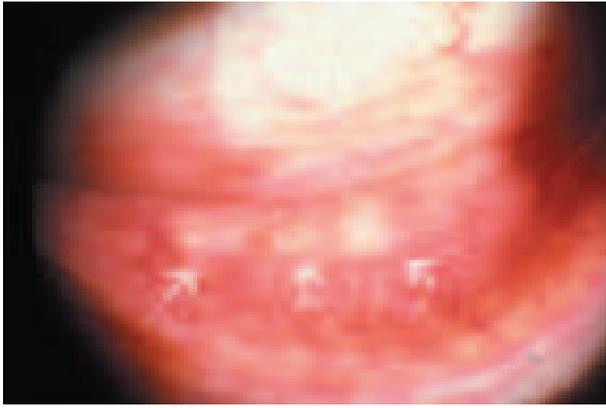


Fig. 2 - Conjonctivite folliculaire : présence de follicules (flèches) sur la conjonctive palpébrale inférieure.

III. ÉTIOLOGIE

Les causes d'œil rouge rentrent dans plusieurs cadres :

A. Œil rouge, non douloureux, sans baisse d'acuité visuelle

- Rougeur conjonctivale localisée, en nappe : hémorragie sous-conjonctivale spontanée ; fré-

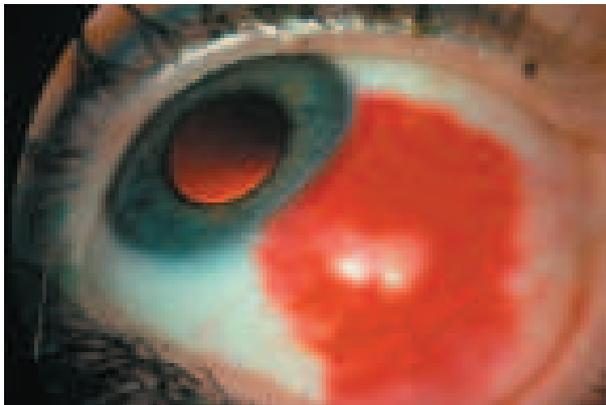


Fig. 3 - Hémorragies sous-conjonctivales spontanées.



Fig. 4 - Conjonctivite unilatérale.

quente, banale, elle régresse en quelques semaines sans traitement ; elle doit faire rechercher une hypertension artérielle.

+++ : ne pas méconnaître un corps étranger intraoculaire (cf. paragraphe Examen clinique).

- Rougeur conjonctivale diffuse : conjonctivite

1. Conjonctivite bactérienne :

◇ Rougeur conjonctivale diffuse, prédominant dans le cul-de-sac conjonctival inférieur,

◇ Le plus souvent bilatérale, parfois avec un intervalle libre.

◇ L'acuité visuelle est conservée

◇ Il existe des sécrétions muco-purulentes, collant les paupières le matin au réveil

◇ Le patient se plaint de douleurs superficielles modérées, à type de sensation de grains de sable.

◇ Un prélèvement pour examen bactériologique n'est pas nécessaire en première intention.

◇ Les conjonctivites bactériennes sont dues le plus souvent à des germes Gram positif (notamment streptocoque ou staphylocoque) ; elles guérissent sans séquelles par une antibiothérapie locale d'une semaine par un collyre à large spectre type Gentamycine ou Rifamycine (en évitant les collyres de génération récente, notamment les quinolone) 4 à 6 fois par jour auquel on peut associer une pommade antibiotique



Fig. 5 - Conjonctivite bactérienne ; présence de sécrétions conjonctivales.

le soir au coucher qui assure une couverture pendant la nuit (par exemple, Gentamycine collyre quatre à six fois par jour et Gentamycine pommade le soir au coucher pendant sept jours).

2. *Conjonctivites virales à adénovirus :*

◇ Très fréquentes, très contagieuses, elles surviennent par épidémies.

◇ Elles sont bilatérales, en général en deux temps.

◇ Elles s'accompagnent de sécrétions claires.

◇ La présence d'une adénopathie prétragienne est très évocatrice.

◇ Elles sont parfois difficiles à différencier d'une conjonctivite bactérienne, mais leur traitement à la phase aiguë est de toute façon le même : traitement antibiotique pendant une semaine pour éviter une surinfection bactérienne.

◇ L'évolution est en règle spontanément favorable en quelques jours,

◇ Mais elle peut évoluer vers une kérato-conjonctivite à adénovirus (voir paragraphe «Kératite aiguë»).

3. *Conjonctivites allergiques :*

◇ Conjonctivite pollinique, de survenue saisonnière, bilatérale et récidivante, typiquement folliculaires, chez des sujets atopiques. Elle est traitée par un collyre anti-histaminique en traitement de la crise aiguë, et par un collyre anti-dégranulant mastocytaire en traitement de fond pendant la durée de l'exposition.

◇ Certaines conjonctivites de l'enfant («conjonctivite printanière») s'accompagnent sur la conjonctive palpébrale de volumineuses «papilles» qui peuvent être invalidantes et entraîner des complications cornéennes.

◇ Blépharo-conjonctivites allergiques, associant une conjonctivite à un eczéma des paupières; l'allergène est souvent un collyre ou un produit

cosmétique.

4. *Conjonctivites à chlamydiae :*

a) conjonctivite à inclusions : c'est une affection sexuellement transmissible, qui peut s'associer à une urétrite ou une vaginite.

b) trachome (conjonctivite à chlamydia trachomatis) : très fréquent et responsable de complications cornéennes très sévères, il est une des principales causes de cécité dans le tiers monde (serait la deuxième cause mondiale de cécité après la cataracte).

5. *Conjonctivites néonatales :*

a) conjonctivite gonococcique, de très mauvais pronostic, qui a heureusement disparue depuis l'instillation systématique d'un collyre antiseptique à la naissance.

b) conjonctivite à chlamydia, plus fréquente, secondaire comme la précédente à une infection maternelle génito-urinaire

c) imperforation du canal lacrymo-nasal : des conjonctivites à répétition chez le nouveau-né et le nourrisson doivent faire évoquer une imperforation congénitale du canal lacrymo-nasal.

6. *Syndrome sec oculaire :*

Très fréquente, l'insuffisance de sécrétion lacrymale peut être responsable d'une rougeur oculaire associée à une sensation de grains de sable ou à des douleurs oculaires superficielles ;

Ces signes fonctionnels sont secondaires une atteinte de l'épithélium conjonctival, associée ou non à une atteinte épithéliale cornéenne, par altération de la tropicité des cellules épithéliales.

Le diagnostic est fait principalement par le test de Schirmer (qui quantifie la sécrétion lacrymale) et par le test au vert de lysamine (colorant qui imprègne sélectivement les cellules épithéliales conjonctivales et/ou cornéennes altérées).

Il s'agit :

- le plus souvent d'un syndrome sec par involution

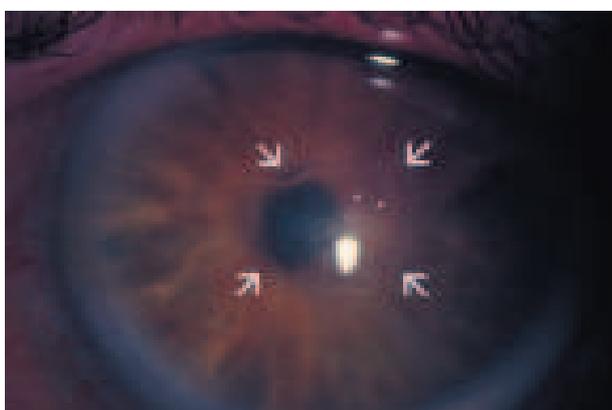


Fig. 6 - Ulcère cornéen (flèches = contours de l'ulcère).

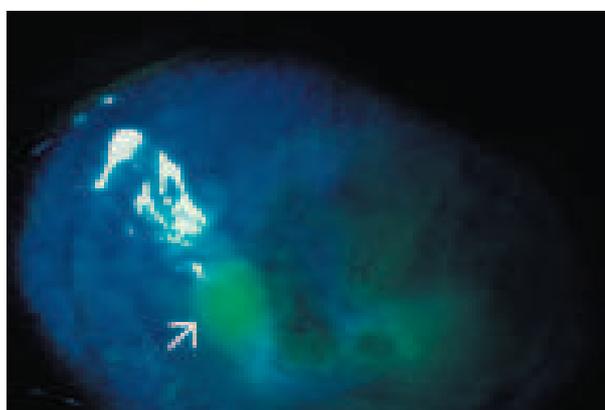


Fig.7 - Examen en lumière bleue après instillation d'une goutte de collyre à la fluorescéine.

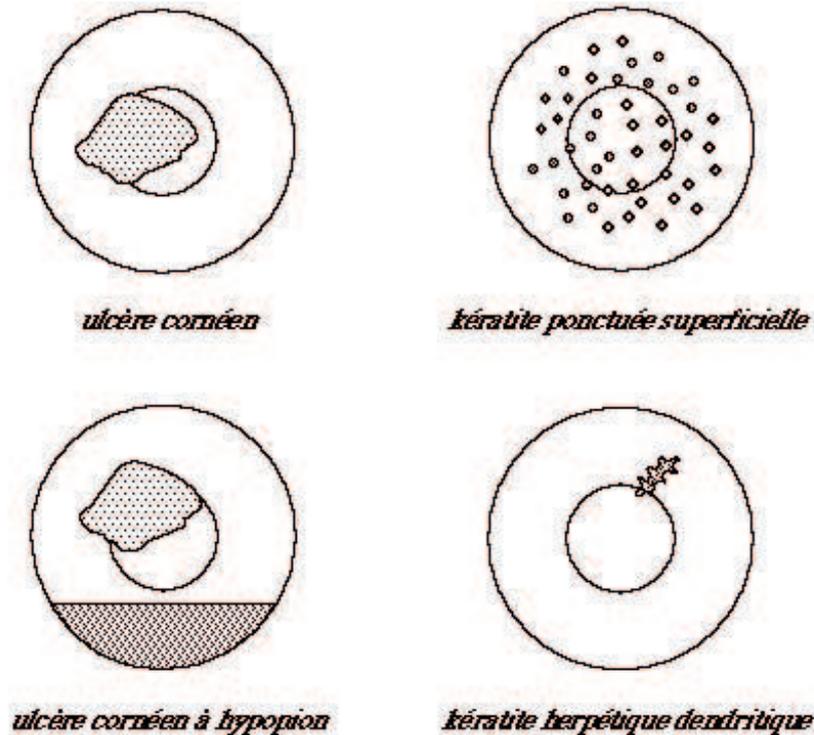


Fig.8 - Représentation schématique des principales formes de kératite

sénile des glandes lacrymales,

- mais il peut s'agir également d'un syndrome sec dans le cadre d'un syndrome de Gougerot-Sjögren ou d'un syndrome sec secondaire à un traitement parasympholytique par voie générale, notamment antidépresseur tricyclique.

Le traitement repose sur l'instillation de substituts des larmes.

B. Œil rouge douloureux avec baisse d'acuité visuelle

1. Kératite aiguë : c'est une atteinte cornéenne qui s'accompagne d'ulcération(s) superficielle(s).

Il existe:

♦ une baisse d'acuité visuelle, très variable suivant la localisation de l'atteinte cornéenne par rapport à l'axe visuel,

♦ des douleurs oculaires superficielles importantes, accompagnées d'une photophobie et d'un blépharospasme.

À l'examen existe une diminution de transparence de la cornée, souvent localisée au niveau de l'ulcération, et un cercle périkératique (voir paragraphe Examen clinique); la chambre antérieure est de profondeur et d'aspect normaux.

L'instillation d'un collyre à la fluorescéine permet de mieux voir la ou les ulcérations : celles-ci s'imprègnent de fluorescéine et prennent une teinte jaune vert ; lors d'un examen en lumière bleue, elles

prennent une teinte vert franc et deviennent mieux visibles. Cet examen, en précisant l'aspect des ulcérations, oriente vers leur étiologie.

Principales étiologies :

a) une kératite à adénovirus peut compliquer une conjonctivite à adénovirus (voir plus haut paragraphe conjonctivite) : on parle de kérato-conjonctivite à adénovirus ou kérato-conjonctivite épidémique, car elle est extrêmement contagieuse ; elle se traduit par de petites ulcérations disséminées (« **kératite ponctuée superficielle = KPS** » fluo +). Son évolution est toujours spontanément favorable, mais elle peut laisser des opacités dans les couches antérieures du stroma cornéen qui peuvent mettre plusieurs mois ou plusieurs années à régresser et s'accompagner pendant ce délai d'une baisse d'acuité visuelle.

b) kératite herpétique (+++)

Elle se traduit par une ulcération cornéenne d'aspect typique, de forme arborescente, en feuille de fougère = « **ulcère dendritique** », parfois un peu moins typique, « **en carte de géographie** ».

Le traitement repose sur les antiviraux locaux (aciclovir en pommade ou ganciclovir en gel) pendant une à deux semaines, ou encore sur un antiviral par voie générale (Zelitrex).

Les kératites herpétiques peuvent être aggravées de façon majeure par une corticothérapie locale qui peut au maximum entraîner une perforation cor-

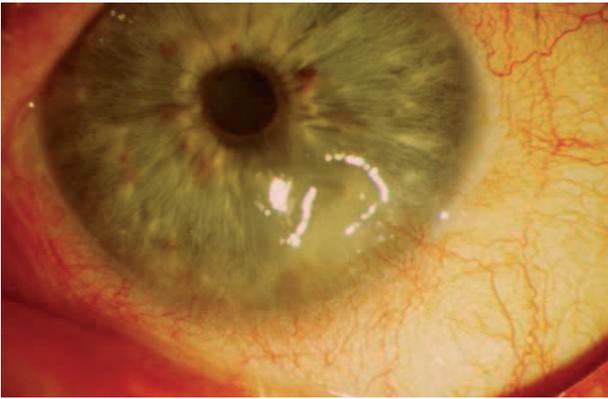


Fig. 9 - Ulcère cornéen

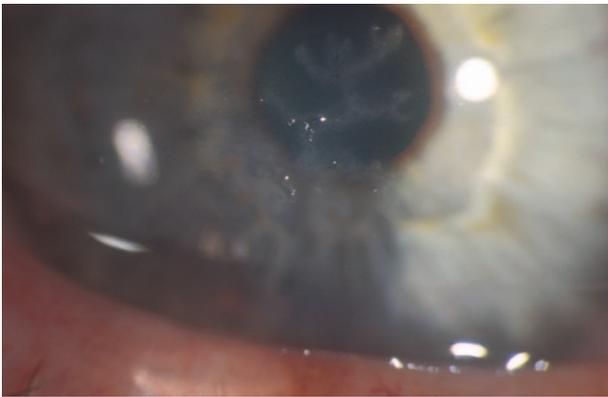


Fig. 10 - Kératite herpétique : ulcère dendritique.

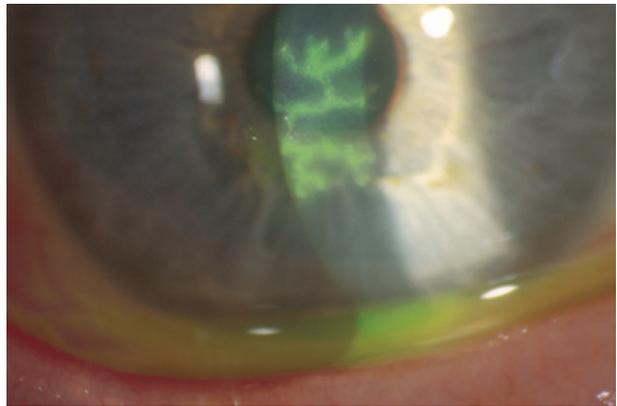


Fig. 10 - Ulcère dendritique après instillation de fluorescéine.

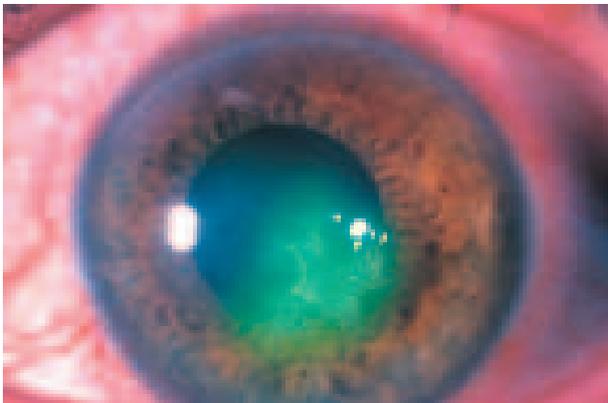


Fig. 10 - Kératite herpétique : ulcère géographique.



Fig. 10 - Kératite stromale.



Fig. 11 - Zona ophthalmique.

néenne : d'où la règle absolue de ne jamais prescrire une corticothérapie locale sans avoir éliminé une kératite herpétique, et de façon plus générale toute ulcération cornéenne.

L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement, mais le risque est celui des récidives, ainsi que de l'évolution vers une kératite profonde par atteinte cornéenne stromale pouvant laisser une baisse d'acuité visuelle définitive.

c) kératites zostériennes : le zona ophthalmique peut se compliquer

◇ soit de kératites superficielles, contemporaines de l'épisode aigu du zona, directement liées à l'atteinte virale,

◇ soit secondairement d'une kératite neuro-paralytique, grave (kératite dystrophique secondaire à l'anesthésie cornéenne).

◇ par ailleurs, dans le zona ophthalmique, un traitement par valaciclovir (Zelitrex®) instauré précocément, dans les 3 premiers jours, permet de réduire la durée des douleurs zostériennes.

d) kératites bactériennes et amibiennes :

Il s'agit souvent de la surinfection bactérienne d'une ulcération traumatique (coup d'ongle, branche d'arbre) ou d'une ulcération survenue sous une lentille de contact (+++) ; l'examen retrouve une plage blanche d'infiltration cornéenne, colorée par la fluorescéine, parfois un niveau liquide purulent dans la chambre antérieure = hypopion (« ulcère à hypopion »).

Un prélèvement doit être effectué pour examen direct, mise en culture et antibiogramme.

L'évolution peut être favorable si un traitement peut être mis en route précocément :

◇ collyres antibiotiques administrés toutes les heures qui peuvent être suffisants dans les formes vus tôt et peu sévères,

◇ mais le plus souvent il est préférable d'instaurer un traitement par des collyres à forte concentration préparées à partir de préparations pour injections intraveineuse (« collyres fortifiés »), traitement réalisé en milieu hospitalier.

L'évolution peut être défavorable,

◇ soit à la phase aiguë par l'extension postérieure de l'infection aboutissant à un tableau d'endophtalmie ou par une perforation cornéenne,

◇ soit à distance par une taie cornéenne centrale responsable d'une baisse d'acuité visuelle définitive.

En cas de tableau atypique ou de résistance au traitement, il faut penser à une kératite amibienne : effectuer les prélèvements adaptés pour un traitement adapté en milieu hospitalier.

e) « kérato-conjonctivites sèches » : comme nous l'avons vu plus haut, le syndrome sec oculaire

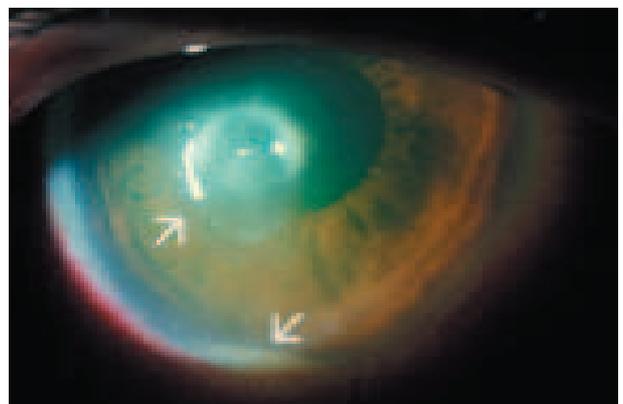


Fig. 12 - Ulcères à hypopion.

peut associer une atteinte cornéenne à l'atteinte conjonctivale.

f) *kératites par innoclusion palpébrale*, en particulier au cours des paralysies faciales : elles peuvent nécessiter une tarsorrhaphie : fermeture partielle de la fente palpébrale par la mise en place de points de suture, permettant d'assurer la protection de l'épithélium cornéen par la conjonctive palpébrale.

2. Uvéites antérieures. Ce sont des inflammations de l'iris (iritis) et du corps ciliaire (cyclite) : on parle d'*irido-cyclite*.

Le patient présente un œil rouge associé à une baisse d'acuité visuelle et à des douleurs profondes, le tout en général modéré.

On retrouve à l'examen un cercle périkératique, une transparence cornéenne normale, une pupille en myosis, parfois des adhérences inflammatoires entre face postérieure de l'iris et capsule antérieure du cristallin (« *synéchies irido-cristalliniennes* » ou « *synéchies postérieures* »), responsables d'une déformation pupillaire

L'examen à la lampe à fente peut retrouver :

◇ le phénomène de Tyndall : présence de protéines et de cellules inflammatoires circulant dans l'humeur aqueuse,

◇ des dépôts de cellules inflammatoires à la face postérieure de la cornée : précipités rétrocornéens.

L'examen du fond d'œil doit être systématique à la recherche d'une atteinte vitréenne, rétinienne ou choroïdienne associée (= uvéite postérieure).

a) la recherche d'une cause est souvent négative au cours des uvéites antérieures (plus de la moitié des cas) ; l'enquête étiologique doit rechercher les **causes principales** que sont :

◇ *spondylarthrite ankylosante* : elle s'accompagne fréquemment d'une uvéite antérieure de caractère récidivant mais de bon pronostic ; le diagnostic repose sur la recherche clinique et radiographique d'une sacroilélite et surtout sur la recherche de l'*antigène HLA B-27*, d'autant que l'uvéite antérieure peut précéder l'atteinte des sacro-iliaques.

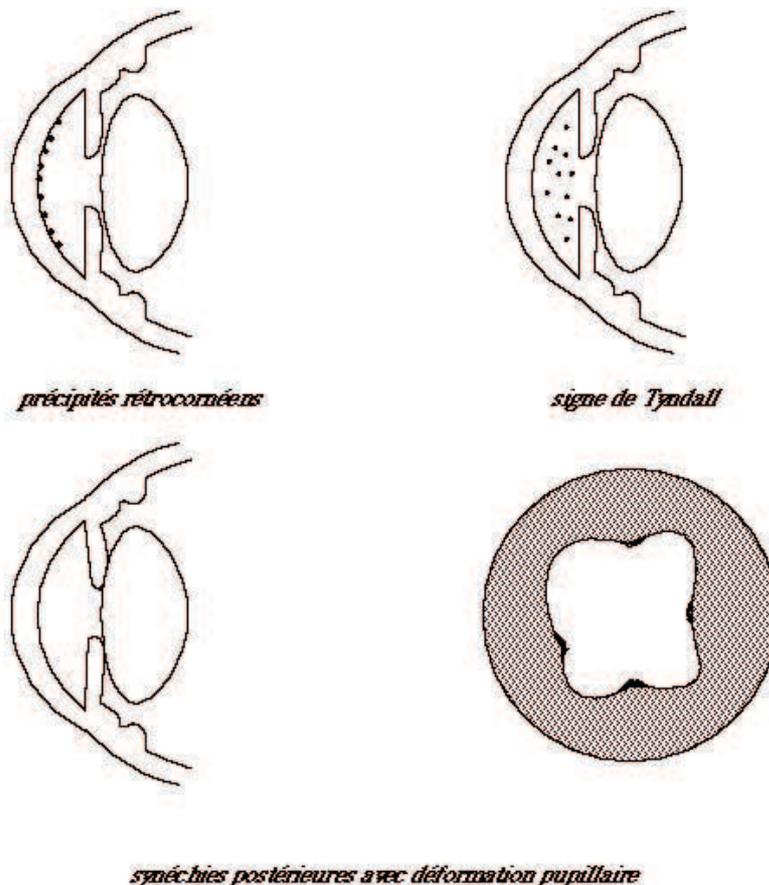


Fig. 13 - Représentation schématique des signes d'uvéite antérieure.

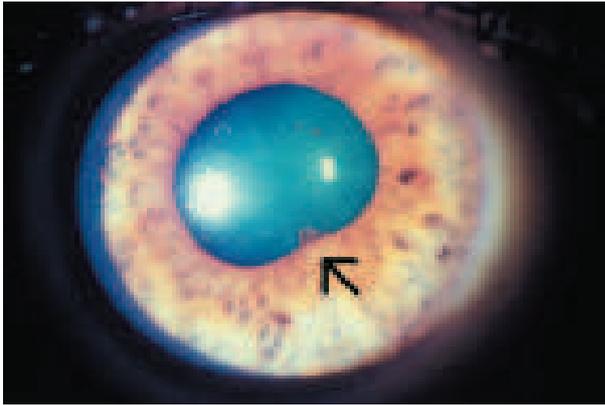


Fig. 14 - Uvéite antérieure : synéchie irido-cristallinienne.

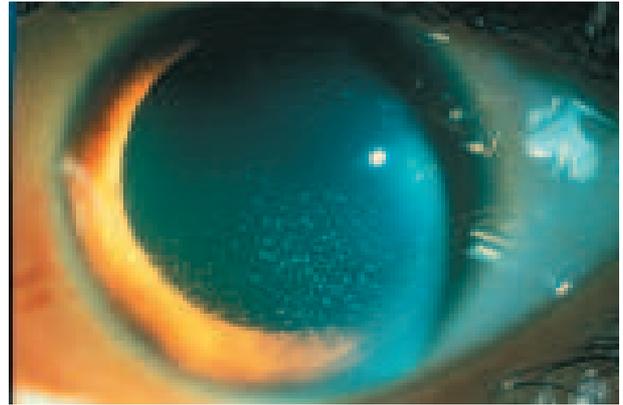


Fig. 15 - Uvéite antérieure : précipités rétro-cornéens.



Fig. 16 - Uvéite antérieure : précipités rétrocornéens (examen la lampe à fente).



Fig. 17 - Kératite en bandelette (uvéite antérieure au cours d'une arthrite chronique juvénile de l'enfant).

◇ uvéite herpétique : suspectée chez des patients présentant déjà des antécédents d'herpès oculaire.

◇ arthrite chronique juvénile de l'enfant : donne une uvéite antérieure sévère qui s'accompagne d'une cataracte et d'une kératite d'aspect particulier (*kératite en bandelette*).

◇ sarcoidose : uvéite antérieure granulomateuse pouvant donner des nodules iriens ; elle est volontiers associée à une inflammation vitréenne (hyalite), à une choroïdite ou à une vasculite rétinienne.

◇ maladie de Behcet : elle donne classiquement une uvéite antérieure récidivante à hypopion associée à une hyalite et à une vascularite rétinienne.

b) le **traitement** associé :

◇ traitement symptomatique local, systématique :

- par collyres mydriatiques, pour la prévention ou la suppression des synéchies postérieures,

- et par corticoïdes (et/ou des AINS) locaux le plus souvent en collyre, parfois dans des formes sévères en injections sous-conjonctivales.

◇ traitement étiologique éventuel.

3. Glaucome aigu par fermeture de l'angle

C'est une affection de pronostic très sévère en l'absence d'un traitement précoce, mais très rare (beaucoup plus rare que le glaucome chronique à angle ouvert).

Il survient chez des sujets prédisposés, en général hypermétropes, présentant une chambre antérieure et un angle irido-cornéen étroits ; la crise de glaucome aigu est due à la survenue d'un blocage pupillaire = blocage du passage de l'humeur aqueuse (sécrétée par le corps ciliaire) vers la chambre antérieure à travers la pupille : ceci « pousse en avant » la racine de l'iris qui vient fermer l'angle irido-cornéen,

et supprimer l'écoulement de l'humeur aqueuse à travers le trabéculum.

Le blocage pupillaire survient lors du passage à l'obscurité, l'anesthésie générale, tous les collyres mydriatiques, ainsi que tous les médicaments parasymphatholitiques (antidépresseurs tricycliques,...) ou sympathomimétiques.

- Cliniquement existent des douleurs très profondes, irradiant dans le territoire du trijumeau, souvent associées à des nausées ou à des vomissements qui peuvent égarer le diagnostic. La baisse d'acuité visuelle est brutale et massive.

- À l'examen,
 - l'œil est rouge,
 - la transparence de la cornée est diminuée de façon diffuse par l'œdème cornéen dû à l'hypertonie oculaire majeure ;
 - la pupille est en semi-mydriase aréflexique (abolition du RPM direct, et abolition du RPM consensuel à l'éclaircissement de l'œil sain) ;
 - la chambre antérieure est étroite à l'examen à la



Fig. 18 - Glaucome aigu par fermeture de l'angle : pupille en semi-mydriase, diminution diffuse de la transparence cornéenne par œdème cornéen secondaire à l'hypertonie oculaire.



lampe à fente, l'angle irido-cornéen (s'il est visible malgré l'œdème cornéen) est fermé.

- le tonus oculaire est très élevé, toujours supérieur à 50 mm Hg, souvent vers 80 mm Hg : on peut alors apprécier, sans tonomètre, la « dureté » du globe oculaire par une palpation bidigitale à travers la paupière supérieure.

- l'autre œil dont l'examen doit être systématique, présente le plus souvent une chambre antérieure étroite et à l'examen gonioscopique un angle irido-cornéen étroit.

- L'évolution se fait rapidement, en quelques jours, vers la cécité, en absence d'un **traitement** mis en route le plus précocement possible :

- acétazolamide (Diamox®) par voie intraveineuse,
- Mannitol à 20% (par ex., 500 ml en 20 minutes),
- collyres hypotonisants,
- collyre myotique instillé toutes les heures (instillé également, 3 ou 4 fois par jour à titre préventif, dans l'œil sain) : le myosis a pour but de lever le blocage pupillaire et de réouvrir l'angle irido-cornéen fermé.

- dès que la crise est jugulée - tonus oculaire revenu à la normale - et que l'état local le permet, est pratiquée une iridotomie périphérique au laser : perforation irienne de petite taille en périphérie de l'iris, qui permet de rétablir le passage d'humeur aqueuse en chambre antérieure même si survenait à nouveau un blocage pupillaire ; l'iridotomie au laser est le plus souvent également pratiquée, à titre préventif, sur l'autre œil.

- **Glaucome néovasculaire** : le glaucome néovasculaire (voir chapitres rétinopathie diabétique et occlusions veineuses rétiniennes) donne un tableau clinique tout à fait similaire, si ce n'est en plus la



Fig. 19 - Épisclérite : rougeur localisée dans le secteur temporal de l'œil droit.

présence d'une néovascularisation irienne ; son pronostic est très sévère.

L'œil présente une rougeur en secteur, associée à une douleur localisée.

C. Œil rouge, douloureux, sans baisse d'acuité visuelle :

Évoque une **épisclérite** (inflammation sclérale superficielle) :

La vision est conservée, l'examen du segment antérieur normal. Un bilan étiologique doit être pratiqué à la recherche d'une maladie de système.

EN BREF

- Pas de baisse d'acuité visuelle, sécrétions conjonctivales, paupières collées le matin au réveil : conjonctivite bactérienne banale ; traitement antibiotique local à large spectre.
- Baisse d'acuité visuelle :
 - diminution de transparence cornéenne, cercle périkératique, ulcération fluo + : kératite ; **pas de corticoïdes locaux.**
 - myosis, cercle périkératique, cornée claire : uvéite antérieure ; traitement mydriatique et une corticoïde local + bilan étiologique
 - cécité unilatérale, douleurs +++, syndrome digestif, mydriase, cornée opaque, élévation+++ du tonus oculaire : glaucome aigu ; Diamox intraveineux, Mannitol en perfusion, collyre myotique (œil atteint et œil controlatéral).
- Dans tous les cas d'œil rouge, examen ophtalmologique spécialisé en l'absence d'amélioration rapide, en quelques jours.

