

OEIL ROUGEDOULOUREUX ET NON DOULOUREUX

Dr MEZAACHE.S

MAITRE-ASSISTANTE

SERVICE D'OPHTALMOLOGIE CHU CONSTANTINE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020/2021

I. Introduction :

L'œil rouge accompagné de douleur est un motif fréquent de consultation en urgence ophtalmologique

Sa présence témoigne de pathologies très variées allant des formes bénignes à des affections sévères susceptibles de mettre en jeu la fonction visuelle.

Un bilan complet (interrogatoire, examen clinique) est indispensable afin de poser le diagnostic étiologique et permettre une prise en charge efficace.

II.CAT :

1- Interrogatoire

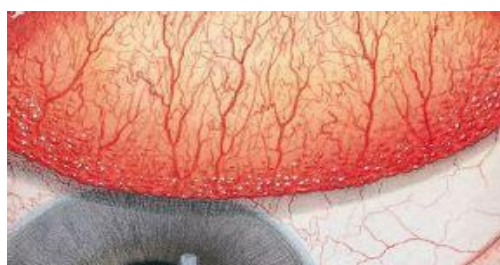
- Antécédents ophtalmologiques et généraux
- Notion de traumatisme récent, d'accident du travail
- Date et mode d'apparition des symptômes, évolutivité
- Signes d'accompagnement :

- ✓ douleur, baisse de l'acuité visuelle (BAV) : signes de gravités
- ✓ photophobie, larmoiement, blépharospasme : signes irritatifs

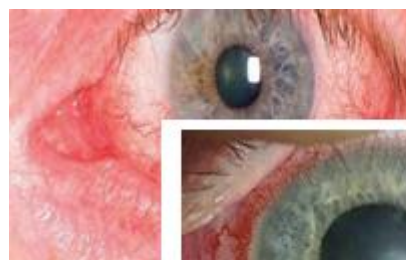
2-examen ophtalmologique bilatéral et comparatif :

- ✓ AV de près, de loin, sans et avec correction après réfractométrie automatisée
- ✓ LAF :

- Retourner les paupières



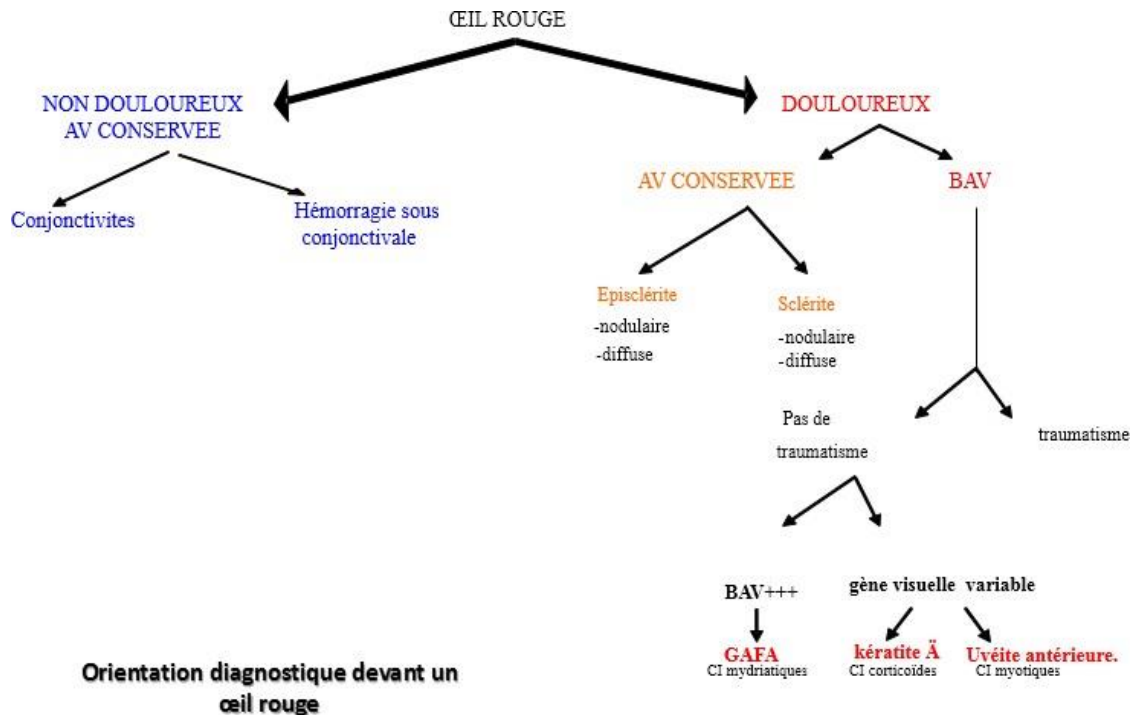
- Caractères de la rougeur Localisée ou diffuse



•Cercle péri kératique : CPK (signe de gravité)

•Apprécier l'état cornéen : test à la fluorescéine

- ✓ RPM
- ✓ Tonométrie : hypertonie oculaire (signe de gravité)
- ✓ Gonioscopie
- ✓ Fond d'œil



3-Diagnostic positif

- ❖ Œil rouge non douloureux avec acuité visuelle préservé
 - Hémorragie sous conjonctivale
 - Décollement hémattique de la conjonctive bulbaire d'apparition brutale
 - Placard rouge en nappe localisé à un secteur de la conjonctive bulbaire ou diffus
 - ✓ Traumatique
 - ✓ Hyperpression veineuse
 - ✓ Spontané
 - Bilan :
 - ✓ Recherche troubles de l'hémostase, troubles vasculaires ; diabète, HTA, prise médicamenteuse (anticoagulants, aspirine)
 - ✓ Si négatif : fragilité capillaire
 - Régression spontané en 3a20j selon la teinte de la biligenie locale
 - Conjonctivite
 - Inflammation de la muqueuse conjonctivale d'origine virale, bactérienne, ou allergique.
 - Pas de douleur mais picotement, prurit, sensation de grain de sable, photophobie
 - AV conservée, parfois vision brouillée car : larmolement avec sécrétion claire ou purulente collant les cils le matin
 - LAF :

✓ Modification du relief conjonctival

- Follicules lymphatiques blanchâtres
- Papilles de petite taille rouges centrées par un capillaire
- Végétations exubérantes ou pavés

✓ Vérifier l'intégrité segment antérieur et l'absence de CE

| | Bactérienne | Virale | Allergique (I et IV) |
|--------------|---|--|---|
| Contexte | +/- épidémique Bilatérale et symétrique CG+ : staph aureus, strepto B hémolytique, pneumocoque CB- : enteroB, Haemophilus, pyocyanique (lentilles, immunoD) | Epidémique +++ Adeno V Début unilatéral puis se bilatéralise et asymétrique Svt : kérato-conjonctivite Sd général : grippal, rhinite, pharyngite (si adénovirus) | Chronique bilatérale, par poussée Terrain atopique Associée à une blépharite, eczéma |
| Prurit | Non | +/- | +++ |
| Larmoiement | + | +++ | ++ clair |
| Secrétions | Purulentes +++ | +/- | +/- |
| ADP | +/- | ADP pré tragiennne, sous angulo maxillaires | Non |
| Aspect à LAF | Papilles | Follicules conjonctivaux + chemosis | Papilles exubérantes en pavé Chemosis + œdème palpébral, blépharite |
| Evolution | Rapide : 1 semaine | Lente : 3 à 6 semaines | Chronique, récidivant : recrudescence saisonnrière Exagérée par radiation solaire |
| Traitement | -SOINS LOCAUX : Nettoyage paupière, lavage secrétions au sérum physiologique Collyre ATB A large spectre pdt 7j -Prévention du risque contagieux (lavage mains ...) | -SOINS LOCAUX -Selon virus : Adénovirus : pas de trt spécifique Collyre antiseptique + collyre ATB si surinfection +corticoïde +surveillance Herpes VZV : trt antiviral+ trt de l'ulcère svt associé, CI corticoïde | -EVICTION DE L'ALLERGENE -SOINS LOCAUX -Collyres antiallergiques (anti HI et/ou antidégranulant mastocytaire) + corticoïdes locaux Si sévère : anti HI per os |

- ❖ œil rouge Dououreux SANS BAISSSE DE L'ACUITE VISUELLE : sclérite et épisclérite
- L'acuité visuelle est conservée.
- Episclérite : dilatation des vaisseaux épi scléaux superficiels (mobiles sur les plans profonds)
 - Formes cliniques : simples 80%(sectorielle ou diffuse), nodulaire 20%
 - Test à la néosynéphrine 10% positif : disparition de l'hyperhémie conjonctivale
- Sclérite : vaisseaux scléaux profond dilatés immobiles sur les plans profonds
 - Formes cliniques : antérieure (diffuse, nodulaire, nécrosante), postérieure
 - Test à la néosynéphrine négatif



4-CAT :

Arbre 3.2. Conduite à tenir devant une épisclérite, sclérite.

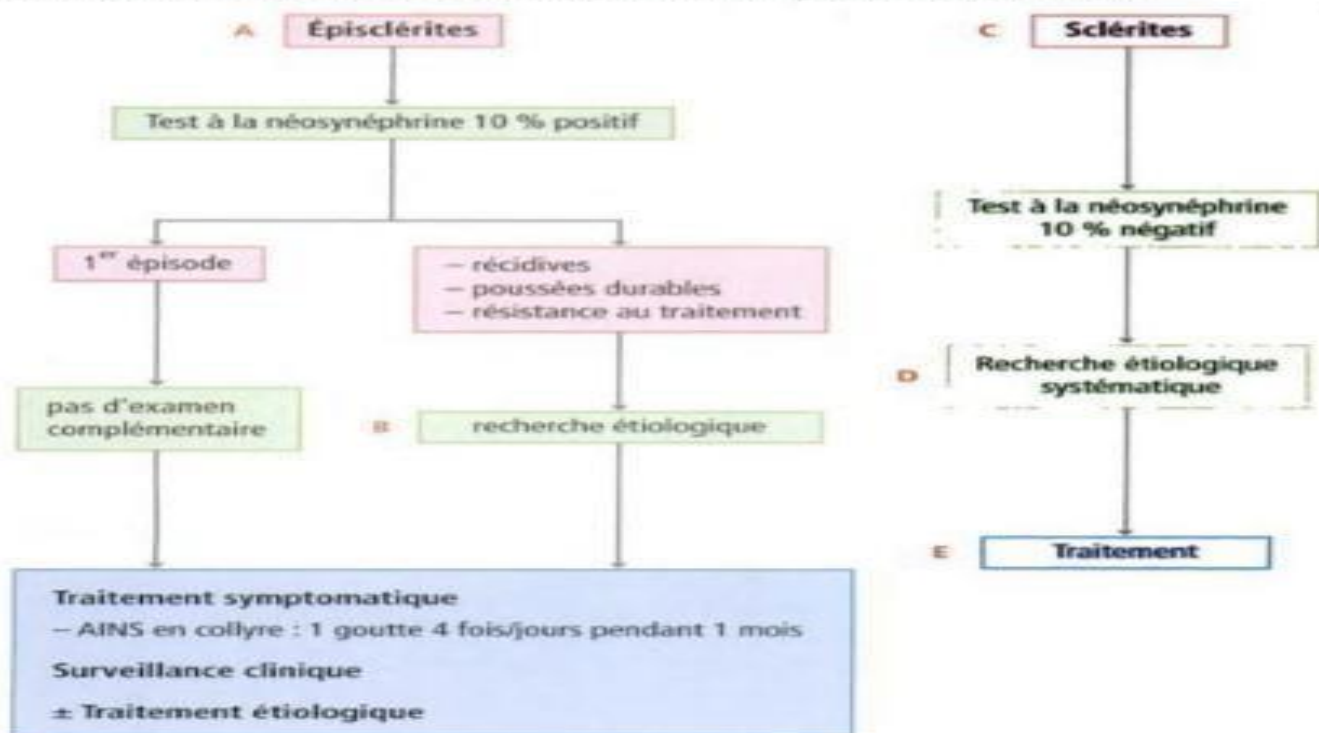


Tableau 3.4. Recherche étiologique systématique.

| Examens complémentaires | Étiologie recherchée |
|--|--|
| NFS, VS, IDR à la tuberculine, radiographie thoracique, sérologie VZV, TPHA-VDRL | Tuberculose Zona Syphilis |
| c-ANCA (Anticorps Anti-Cytoplasme des Polynucléaires Neutrophiles), créatininémie, protéinurie, hématurie | Granulomatose de Wegener |
| Facteur rhumatoïde | Polyarthrite rhumatoïde |
| Facteurs anti-nucléaires, Ac. anti-DNA natifs | Autres vascularites : PAN, LED, Horton, Takayasu, Churg-Strauss |
| Enzyme de conversion de l'angiotensine, bilan phosphocalcique, typage HLA, sérologies (bactériennes, virales)... | Sarcoidose, SPA, psoriasis, Crohn, Behçet, polychondrite atrophiante, Lyme, goutte |
| | IDIOPATHIQUE +++ (diagnostic d'élimination) |

5-Traitement :

a. Traitement étiologique

b. Traitement symptomatique :

1) Première intention : AINS per os + pansement gastrique

2) Deuxième intention ou sclérite nécrosante :

1. corticothérapie per os 1mg/kg/j pendant 7 jrs puis dégression progressive.

2. Corticoïde en collyre (dexaméthasone)

3) Discuter les immunosuppresseurs : si corticodépendance ou corticorésistance.

❖ Œil rouge + douloureux + bav

➤ Gène visuelle variable

□ Kératite aiguë :

□ Inflammation cornéenne superficielle (test à la fluorescéine +) ou profonde secondaire soit :

- à une agression cornéenne micro-organisme (virale, bactérienne, parasitaire (amibes), mycosique) ---- abcès cornéen
- ou post traumatique
- ou d'origine allergique
- ou à un sd sec
- ou d'exposition



Recherche de critères de gravité et des facteurs de risques (tableau 3.6, protocole ci-contre)

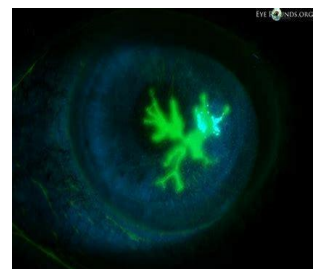
Tableau 3.6. Critères de gravité pour un abcès de cornée.

| Locaux | Généraux |
|--|-----------------------|
| Diamètre > 2 mm | Enfant |
| Abcès à moins de 3 mm de l'axe optique ou réaction de CA avec Tyndall > à 1+ | Monophtalme |
| Suspicion de germe virulent | Diabétique |
| Abcès sur greffon | Immunodéprimé |
| Menace de perforation | Patient peu compliant |
| Sclérite | |
| Endophtalmie associée | |
| Aggravation malgré un traitement antibiotique empirique de 24 h | |

- SF : douleur, BAV, photophobie, larmoiement, blépharospasme, hyperhémie conjonctivale, CPK
- Toujours rechercher un corps étranger
- Traitement urgent médical : cicatrisants cornéens (vit A), mouillants, collyre ATB si bactérienne ou ulcérée, antiviraux, anti-amibiens, antifongique, cycloplégique (atropine 1%) corticoïdes CI sauf si interstitielle

Kératites herpétiques:

- le plus souvent unilatérales.
- volontiers récidivantes.
- s'accompagnent d'une baisse de la sensibilité cornéenne.
- Kératites superficielles:
 - ✓ Souvent tableau de kérato-conjonctivite.
 - ✓ La kératite dendritique est l'aspect le plus caractéristique
 - ✓ L'évolution est le plus souvent favorable.
 - ✓ CI corticoïdes
- Kératites profondes:
 - ✓ Le plus souvent kérato-endothéliale kérato-uvéite
 - ✓ Evolution torpide, prolongée.
 - ✓ Laissent souvent des séquelles.
- Uvéite antérieure aiguë = iridocyclite
 - Inflammation de l'iris et du corps ciliaire



- Examen :

- Cornée : précipités rétro-descémétiques et tyndall dans la chambre antérieure
- Myosis, synéchies iridocristaliniennes
- Tonus : hypertonie est rare sauf si : herpès, zona
 - Bilan devant une première poussée d'uveite



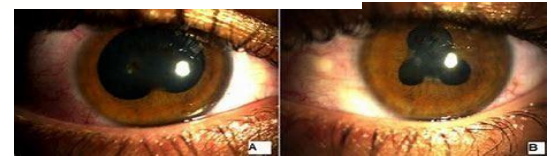
Prescrire le bilan d'uvéite

- 1^{re} intention (systématique) :
 - Radiographie thoracique,
 - Bilan biologique :
 - NFS, VS, CRP, électrophorèse des protéines, ionogramme sanguin, bilan phosphocalcique,
 - enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA),
 - TPHA, VDRL,
 - IDR à la tuberculine
- complémentaire (orienté par l'interrogatoire et la clinique)

Programmer un rendez-vous en médecine interne

Traitement :

- Etiologique
- Mydriatiques; atropine collyre + corticoïdes collyre et en sous-conjonctival+ pas de myotiques : favorisent synéchies
 - BAV +++



• Fxa

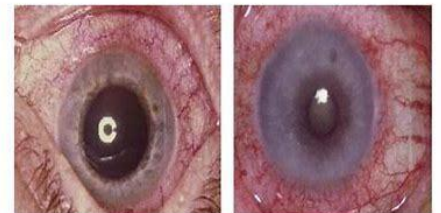
Cercle perikeratique

□ Crise de glaucome aiguë par fermeture de l'angle: GAFA

•clinique:

Signes fonctionnels :

- Baisse de l'acuité visuelle(BAV) brutale.
- Douleur.
- Nausées, vomissements, bradycardie.



Examen ophtalmologique :

- Lampe à fente(LAF) : cercle périkératique, œdème cornéen, CA étroite, semi-mydriase aréflexique.
- Tonométrie : PIO très élevée (entre 40 et 60 mm H) voire plus, sensation de bille d'ivoire au palper bi digital.
- Gonioscopie : angle fermé à 0
- Examen de l'œil Adelphe : CA étroite, angle fermable.

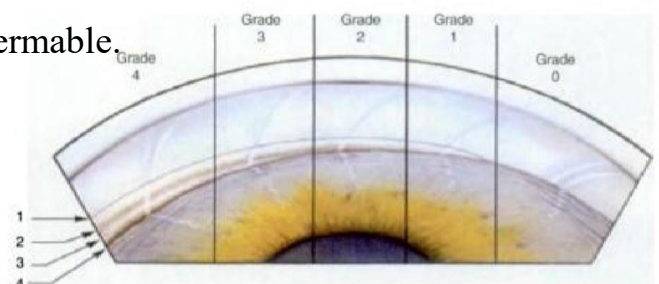


Figure 1.23. Classification de l'angle iridocornéen de Shaffer et Étienne (1 : ligne de Schwalbe, 2 : trabécule, 3 : éperon scléral, 4 : bande ciliaire).

CAT devant une crise aigue de GFA:

Urgence thérapeutique :

- hospitalisation
- déshydratation du vitré à l'aide du Mannitol à 20% en IV.
- diminution de la production d'humeur aqueuse à l'aide d'une ampoule de 500 mg en IV de Diamox, puis relais peros
- constriction pupillaire à l'aide de la pilocarpine à 2% : 1 goutte toutes les 5 minutes jusqu'au myosis puis 4 fois par jour et aussi dans œil adelphe 1 goutte 3 fois par jour.
- collyres hypotonisants
- Iridotomie périphérique:
 - ✓ Curative : au laser Yag associé au laser Argon dès que l'œdème cornéen diminue.
 - ✓ Préventive : au niveau de l'œil adelphe et en cas de chambre antérieure étroite avec angle fermable.
- Traitement chirurgical : des fois on aura recours à une iridectomie chirurgicale périphérique

4- Conclusion:

- ❖ Motif fréquent de consultation
- ❖ L'étude soigneuse des signes fonctionnels permet de prévoir le degré de gravité
- ❖ L'examen ophtalmologique va permettre de préciser le diagnostic afin de prescrire un traitement approprié.