

Cours de 6<sup>ème</sup> Année de médecine

**Œil rouge douloureux**  
**Œil rouge non douloureux**

**Objectifs :** Devant un œil rouge ou un œil douloureux

- Il faut savoir identifier une pathologie simple d'une pathologie grave menaçant la «vision» et/ou l'intégrité du globe oculaire.”
- Savoir s'orienter vers une étiologie d'après l'interrogatoire et l'examen non Spécialisé.
- Savoir expliquer au patient le pronostic et la surveillance requise selon l'étiologie.

**PLAN**

**I. INTRODUCTION**

**II. ETIOLOGIES**

**A. Œil rouge douloureux**

- œil rouge douloureux avec baisse de l'acuité visuelle
  - Kératites aiguës**
  - Uvéite antérieure aiguë**
  - Glaucome aigu par fermeture de l'angle (GAFA)**
- œil rouge douloureux sans baisse de l'acuité visuelle
  - Episclérite**
- œil rouge douloureux avec baisse de l'acuité visuelle dans un contexte traumatique

**B. Œil rouge non douloureux à vision conservée**

- Hémorragie sous conjonctivale
- Conjonctivites
- Le ptérygion

## I. INTRODUCTION

La survenue d'un œil rouge et /ou douloureux est un des motifs les plus fréquents de la consultation en ophtalmologie. Il nécessite un examen soigneux, suivant une démarche diagnostique précise, afin d'aboutir à une thérapeutique adaptée.

### 1- Interrogatoire :

- Antécédents ophtalmologiques et généraux
- Traitements reçus
- Notion de traumatisme oculaire
- Histoire de la maladie
- Mode d'apparition de la rougeur oculaire : aiguë/chronique, brutale/progressive, uni/bilatérale .....
- Type de douleurs : superficielles (modérées à type de grains de sable en faveur d'une conjonctivite ou importantes avec photophobie et blépharospasme en faveur d'une kératite aiguë) ou profondes (modérées en faveur d'une uvéite antérieure ou importantes avec irradiation dans le territoire du trijumeau en faveur d'un glaucome aigu).
- circonstances de survenue
  - Contexte traumatique
  - Contexte post opératoire
- Signes de gravité : baisse de l'acuité visuelle
- Signes associés :
  - ophtalmologiques : prurit, larmoiement, sécrétion , amputation du champs visuel.
  - généraux : céphalées, fièvre, neurologique, rhumatologique...

### 2. Examen ophtalmologique :

#### - Bilatéral et Comparatif :

- Mesure de l'acuité visuelle : de près et de loin avec correction optique si nécessaire

-Examen bio microscopique après dilatation pupillaire :

Examen de la conjonctive, des annexes, aspect de la rougeur oculaire, recherche de corps étranger intraoculaire, appréciation de la transparence cornéenne, test à la fluorescéine, examen de la pupille, **Examen de la pupille**, du cristallin, de la chambre antérieure (recherche d'un effet Tyndall, de précipités rétro-cornéens, appréciation de la profondeur)...

- Tonométrie

- Fond d'œil en cas de pathologie pouvant être associée à une atteinte vitréenne ou rétinienne ou du nerf optique et en absence de contre indication à la dilatation.

- **NB** : L'aspect de la rougeur peut orienter vers certaines étiologies :

- Hémorragie en nappe : devant une hémorragie sous-conjonctivale dans un contexte traumatique toujours penser à un corps étranger intraoculaire.
- En secteur : en faveur d'une épisclérite.
- Diffuse : en faveur d'une conjonctivite
- Autour du limbe scléro-cornéen à 360° (= cercle périkératique) : kératite aiguë, uvéite antérieure, glaucome aigu par fermeture de l'angle

## II. ETIOLOGIES :

### A. Œil rouge douloureux

#### 1- œil rouge douloureux avec baisse de l'acuité visuelle :

**1.1 Kératites aiguës** : Elles peuvent être de différentes origines. Elles correspondent à une inflammation cornéenne d'origine infectieuse accompagnée d'ulcérations cornéennes superficielles. Elles se manifestent par des douleurs oculaires superficielles importantes avec

- une baisse d'acuité visuelle, très variable suivant la localisation de l'atteinte cornéenne par rapport à l'axe visuel, une photophobie et un blépharospasme.
- la chambre antérieure est de profondeur et d'aspect normaux.

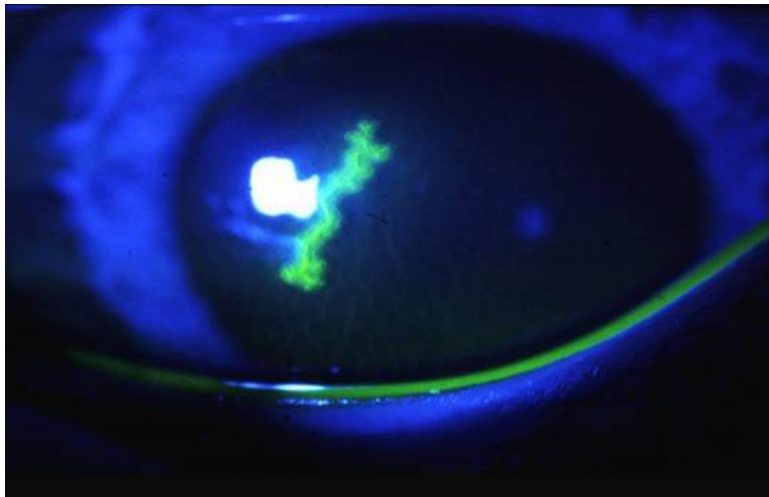
L'examen ophtalmologique retrouve une ou plusieurs ulcérations cornéennes visibles après l'instillation d'un collyre à la fluorescéine diminution de la transparence de la cornée localisée au niveau de l'ulcération et un cercle périkératique. Cet examen, en précisant l'aspect des ulcérations, oriente vers leur étiologie.

**Kératite post traumatique** : érosion cornéenne fluo positif

**Kératite herpétique** :

- Examen ophtalmologique : ulcération cornéenne dendritique (=arborescente) ou en carte de géographie visible après instillation d'un collyre à la fluorescéine.
- Traitement : antiviraux par voie générale (valaciclovir) pendant 1 à 2 semaines ± antiviraux locaux en pommade.
- Evolution : elle est généralement favorable mais la récurrence est fréquente.
- Education du patient( risque de récurrence), surveillance

**NB** : **contre-indication absolue** de la corticothérapie locale avant d'avoir éliminé une kératite herpétique et de façon plus générale devant toute ulcération cornéenne.



-Kératite Herpétique

- **Kératite virale à adénovirus** : peut compliquer une conjonctivite à adénovirus par le de kérato-conjonctivite adénovirus ou kérato-conjonctivite épidémique, car elle est extrêmement contagieuse

Examen ophtalmologique : ulcérations punctiformes disséminées visible après instillation d'un collyre à la fluorescéine (kératite ponctuée superficielle = KPS).

Traitement : lavages oculaires fréquents au sérum physiologique et antiseptique collyre 3 à 4 fois par jour. Des mesures d'hygiène pour l'entourage et une éviction scolaire ou arrêt de travail sont nécessaires. En cas de surinfection bactérienne, une antibiothérapie en collyre est mise en place.

Evolution : elle peut être la complication d'une conjonctivite à adénovirus ou de kérato-conjonctivite épidermique. Son évolution sous traitement est toujours favorable mais des opacités cornéennes séquellaires peuvent persister pendant plusieurs mois ou années et s'accompagner pendant ce délai d'une baisse d'acuité visuelle variable.

- **Kératite zostérienne** : est quasiment constante lors du zona par atteinte de la branche nasale du nerf ophtalmique (V1)

Examen ophtalmologique : ulcération cornéenne superficielle bénigne.

Evolution : elle est la première complication oculaire du zona ophtalmique. Elle peut évoluer dans un second temps vers une kératite neuro-paralytique grave secondaire à l'anesthésie cornéenne

- **Kératites bactériennes, mycosique et parasitaire (amibiennes)** :

**Définition** : Il s'agit souvent de la surinfection bactérienne d'une ulcération traumatique (coup d'ongle, branche d'arbre) ou d'une ulcération bactérienne survenue sous une lentille de contact (+++).

**Examen ophtalmologique** : infiltrat cornéen blanchâtre prenant la fluorescéine parfois associé à une réaction inflammatoire de type hypopion (= niveau de liquide purulent dans la chambre antérieure).

**Examens complémentaires** : des prélèvements bactériologique, mycologique et parasitaire doivent être effectués pour examen direct, mise en culture et antibiogramme.

- Complications : perforation cornéenne, endophtalmie, taie cornéenne séquellaire responsable d'une baisse d'acuité visuelle définitive.
- Traitement : antibiotiques en collyre à fortes concentrations et à fréquence rapprochée.
- 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

- **Kérato-conjonctivite sur syndrome sec** :

- Une atteinte cornéenne peut s'associer à l'atteinte conjonctivale ( syndrome sec oculaire).

- **Kératite par in occlusion palpébrale**:

- Elles sont notamment retrouvées en cas de paralysie faciale.
- Traitement : tarsoraphie (= fermeture partielle de la paupière par des points de suture afin de préserver l'épithélium cornéen).

- **Autres formes de kératites**

## **1.2 Uvéite antérieure aiguë :**

-**Définition** : inflammation intra-oculaire portant sur l'uvéite antérieure (corps ciliaire et iris) = iridocyclite, son incidence est relativement faible dans la population générale

- Signes fonctionnels : œil rouge, douloureux avec baisse de l'acuité visuelle, douleurs profondes modérées.

### **-Examen ophtalmologique :**

- Cercle périkératique : vasodilatation concentrique des vaisseaux conjonctivaux limbiques péricornéens sur 360°.
- Myosis, réflexe photomoteur faible ou absent
- Précipités rétro-cornéens : dépôts de cellules inflammatoires à la face postérieure de la cornée.
- Phénomène de Tyndall : protéines et cellules inflammatoires en suspension visibles dans la chambre antérieure.
- Synéchies irido-cristalliniennes ou synéchies postérieures : adhérences inflammatoires entre la face postérieure de l'iris et la capsule antérieure du cristallin.
- Transparence cornéenne normale
- Le fond d'œil doit être systématique à la recherche d'une atteinte du segment postérieur associée (= uvéite postérieure) analysant la rétine, les vaisseaux et la tête du nerf optique.

### **-Evolution**

L'évolution se fait par poussées, régressant sous traitement, mais laissant quelques fois des séquelles (synéchies, cataracte)

### **- Etiologies et bilan étiologique :**

- Idiopathique (>50%)
- Causes focales
- Spondylarthrite ankylosante : uvéites à hypopion de bon pronostic.
- Uvéite herpétique
- Arthrite chronique juvénile : uvéite antérieure sévère accompagnée d'une cataracte et d'une kératite en bandelette.
- Sarcoïdose : tous les types d'uvéites notamment des uvéites granulomateuses avec nodules iriens.
- Syphilis : tous les types d'uvéites.
- Maladie de Behçet : uvéite à hypopion associée à une hyalite.
- Le bilan étiologique minimal systématique à la recherche des principales étiologies est donc : NFS, VS, CRP, enzyme de conversion de l'angiotensine, radiographie de thorax, typage, HLA, IDR à la tuberculine, TPHA-VDRL. Sérologie VIH.

### **-Traitement :**

- Local symptomatique : collyre anti-inflammatoire corticoïde et/ou AINS, collyre
- mydriatique pour lutter contre les synéchies postérieures.
- Etiologique en cas de bilan étiologique positif.

## **1.3. Glaucome aigu par fermeture de l'angle (GAFA) :**

**physiopathologie :** Le **GAFA** est un épisode aigu d'hypertonie oculaire survenant généralement chez des sujets prédisposés (hypermétrope, avec une chambre antérieure et un

angle irido-cornéen étroits) ,l'augmentation du tonus oculaire est due à un blocage pupillaire (=blocage du passage de l'humeur aqueuse vers la chambre antérieure par l'iris qui s'accroche au cristallin) qui pousse vers l'avant la racine de l'iris qui vient fermer l'angle irido-cornéen et ainsi empêcher l'évacuation de l'humeur aqueuse à travers le trabéculum.

**Facteurs déclenchant :**

Anesthésie générale, passage à l'obscurité, collyre mydriatique, médicaments para sympatholytiques (exemple : antidépresseurs tricycliques) ou sympathomimétiques

**Signes fonctionnels :** œil rouge, douloureux avec baisse de l'acuité visuelle brutale et importante, des douleurs profondes, violentes, irradiant dans le territoire du trijumeau, souvent associées à des nausées, des vomissements et des céphalées

**Examen ophtalmologique :** bilatéral et comparatif :

- Cercle périkératique

Semi-mydriase aréflexique (abolition du RPM direct et du RPM consensuel à l'éclairement de l'œil sain

- Diminution de la transparence de la cornée par un œdème de cornée (=buée épithéliale)
- Chambre antérieure étroite
- Angle irido-cornéen fermé à la gonioscopie
- Tonus oculaire très élevé, toujours supérieur à 50 mmHg, souvent vers 80 mmHg avec un globe en « bille de bois » à la palpation bi digitale.
- NB : l'examen de l'autre œil retrouve généralement une chambre antérieure et un angle irido-cornéen étroits.

**Traitement : Urgence thérapeutique :**

**Dans un premier temps :**

- Hospitalisation en ophtalmologie
- Général : acétazolamide (Diamox) et/ou intra-veineux
- Local : collyre hypotonisant dans l'œil atteint, collyre myotique dans l'œil sain immédiatement et après normalisation du tonus oculaire dans l'œil atteint.

**Dans un second temps :** (après la crise)

- Iridotomie périphérique au laser ou iridectomie périphérique chirurgicale de l'œil atteint permettant le passage de l'humeur aqueuse même en cas de survenue d'un nouveau blocage pupillaire.
- Iridotomie périphérique préventive de l'œil adelphe.
- Evolution : pathologie rare mais au pronostic très sévère. La cécité survient en quelques jours en l'absence de traitement.
- **NB : le glaucome néo vasculaire** se manifeste par un tableau clinique similaire avec en plus la présence d'une **néo vascularisation irienne**.

- **Œil rouge douloureux avec baisse de l'acuité visuelle dans un contexte a)traumatique :**

-corps étranger superficiel : projection de métal

- brûlure oculaire(physique, chimique : base ou acide)nécessite un lavage abondant ,prolongé et immédiat voir hospitalisation en cas de forme grave.

- érosion post traumatique :absence de baisse de l'acuité visuelle en absence d'atteinte centrale.

b) **Contexte post opératoire :**

-End ophtalmie aigue qui nécessite un traitement rapide en milieu hospitalier.

-Rejet de greffe de cornée.

c) **Autre contexte : ethmo dite aigue** : pathologie pédiatrique : œdème palpébrale, rougeur avec exophtalmie voir ophtalmologie nécessite avis ORL.

## 2.2- Œil rouge douloureux sans baisse de l'acuité visuelle :

- **Episclérite** :
  - signes fonctionnels : douleur oculaire modérée
  - examen ophtalmologique : rougeur conjonctivale modérée en secteur.
  - Traitement : corticothérapie locale en collyre à faibles doses pendant 10 jours.
- **Sclérite** :
  - signes fonctionnels : douleur oculaire importante, insomniante , BAV.
  - Examen ophtalmologique : rougeur profonde localisée sous conjonctivale associée à un œdème scléral. Le diagnostic se fait au scanner qui objective un épaissement scléral rehaussé après injection.
  - Traitement : AINS per os et en collyre et corticothérapie locale en collyre.
- **Ptérygion inflammatoire.**

## B. Œil rouge non douloureux

### 1) Hémorragie sous conjonctivale :

- c'est une atteinte fréquente et bénigne qui régresse spontanément en quelques semaines sans traitement.
- Elle doit faire rechercher une hypertension artérielle et un corps étranger intraoculaire, ou un trouble de la coagulation et éliminer un traumatisme
- Examen ophtalmologique : rougeur conjonctivale en nappe localisée ou diffuse parfois même un chémosis hémorragique. .
- La cornée et la chambre antérieure sont normales
- On pratique un FO d'œil systématique et si le bilan est normal, on parle de fragilité vasculaire (idiopathique)

**2) Conjonctivites** : Elles peuvent être de différentes origines. Elles se manifestent par des signes fonctionnels communs à toutes les étiologies : œil rouge (=rougeur conjonctivale diffuse) non douloureux sans baisse de l'acuité visuelle, prurit, sensation de grain de sable dans l'œil, sécrétions et paupières collées le matin. Le diagnostic positif est bio microscopique

**2.1) Conjonctivites bactériennes** : sont le plus souvent bilatérales et symétriques, les germes à gram positif, comme le staphylococcus auréus, le streptocoque ou le pneumocoque sont les germes le plus souvent retrouvés.

Il peut s'agir de gram négatif comme les entérobactéries, le pseudomonas ou les hemophilus

- Signes fonctionnels : sécrétions muco-purulentes, atteinte uni- ou bilatérale, paupières collées le matin avec un œdème palpébral dans les formes sévères.
- Examen ophtalmologique : rougeur oculaire prédominant dans le cul-de-sac conjonctival inférieur.
- Elles sont majoritairement dues à des germes Gram positifs (streptocoque ou staphylocoque).
- Traitement : lavages oculaires fréquents au sérum physiologique et antibiotiques collyre (gentamycine) 4 à 6 fois par jour pendant 1 semaine ± pommade antibiotique (gentamycine pommade) le soir au coucher.
- Evolution : la guérison est rapide et sans séquelle.

**2.2 Conjonctivites virales** : plusieurs virus sont en cause dans ce type de conjonctivite, les examens complémentaires sont rarement demandés

- Signes fonctionnels : très fréquentes, sécrétions claires, atteinte bilatérale par épidémies, forme très contagieuse.

- Examen ophtalmologique : présence fréquente d'une adénopathie prétragienne , parfois un syndrome grippal.

▪  
**a) Adénovirus :**

Responsable de petites épidémies de conjonctivites folliculaire aigues très contagieuse, les signes sont souvent bilatéraux et asymétriques, surviennent après 8 à 10 jours d'incubation.

Elles sont suivies d'une atteinte cornéenne à type de kératite ponctuée superficielle, ou de kératite sous épithéliales avec des opacités nummulaires entraînant une baisse de l'acuité visuelle si leur localisation est centrale. Elles s'accompagnent de sécrétions claires. La présence d'une adénopathie prétragienne est très évocatrice

**Traitement** : lavages oculaires fréquents au sérum physiologique et antiseptique collyre 3 à 4 fois par jour. des mesures d'hygiène pour l'entourage et une éviction scolaire ou arrêt de travail sont nécessaires. En cas de surinfection bactérienne, une antibiothérapie en collyre est mise en place.

**b) Herpes virus hominis de type 1** : l'herpesv1 réalise un aspect de kerato conjonctivite s'intégrant dans une primo infection herpétique

Le tableau est souvent bruyant et débute par l'apparition de vésicules palpébrales, puis survient une conjonctivite folliculaire aigue , avec une adénopathie prétragienne associée à une kératite épithéliale dont l'aspect dendritique est caractéristique

Le traitement repose sur la prescription d'antiviraux locaux de type acyclovir.

**c) Entérovirus** : l'entérovirus est responsable de conjonctivites folliculaires très contagieuses dont l'incubation est courte (24h). Il agit de conjonctivites hémorragiques (œdème et hémorragies sous conjonctivales)

- **Evolution** : la guérison intervient en 10 à 15 jours.
- la prévention de la contamination est essentielle/ lavage des mains désinfection des instruments ,collyres unidoses 0 usage unique

**2.3. Conjonctivite allergique :**

- Signes fonctionnels : de survenue saisonnière sur un terrain allergique, atteinte bilatérale et récidivante, prurit important, larmoiement ,œdème palpébral parfois associé à une rhinite, ou un œdème de Quincke
- Examen ophtalmologique : papille conjonctivales, chémosis.
- Traitement : éviction de l'allergène, lavages oculaires fréquents au sérum physiologique, anti-histaminique en collyre en traitement de la crise, anti-dégranulant mastocytaire en traitement de fond pendant les périodes d'exposition de l'allergène ± désensibilisation après bilan allergologique.

❖ **formes particulières**

-**La blépharo-conjonctivite eczémateuse par allergie de contact** hypersensibilité de type 4 est une conjonctivite folliculaire associée à un eczéma des paupières très prurigineux :

L allergène est soit un collyre, soit d'origine, soit d'origine cosmétique ou professionnelle.

**La conjonctivite printanière** (hypersensibilité de type1) aux pneumallergènes et antigènes microbiens survient chez les sujets jeunes(8 à 15ans) , présentant un terrain allergique, avec recrudescence saisonnière



Les signes fonctionnels sont intenses marqués par une photophobie, un larmolement abondant, un prurit intense .

L'examen bio microscopique objective une conjonctive palpébrale tapissée de larges papilles ou pavés.

Les complications cornéennes font la gravité de la maladie (ulcération cornéenne)

L'évolution se fait par poussées annuelle et la guérison survient spontanément à la puberté.

#### **2.4. Conjonctivite à Chlamydia :**

- **1- Conjonctivite à inclusions de l'adulte :** infection sexuellement transmissible pouvant être associée à une urétrite ou une vaginite. Elle se manifeste par une conjonctivite purulente et bilatérale. Le traitement repose sur l'azithromycine per os en dose unique.
- **2- Trachome :** 1ère cause de **cécité curable** dans le monde Kératoconjonctivite due à chlamydia trachomatis, transmissible, d'évolution généralement chronique, caractérisée par la formation de follicules, une hyperplasie papillaire, un pannus cornéen et des lésions cicatricielles typique (OMS 1962)
- Les complications font toute la gravité de la maladie. Cornéennes (ulcérations et des opacifications cornéennes), conjonctivales et palpébrales (entropion trichiasis).  
La prévention repose sur les mesures d'hygiène.

**2.5. Conjonctivite néonatale :** la **conjonctivite du nouveau-né** est une conjonctivite associée à un écoulement purulent dans les 28 jours suivant l'accouchement. Secondaire à une flore anaérobie similaire à celle du tractus vaginal et par conséquent de deux bacilles gram négatif : le *Gonocoque* et le *Chlamydia trachomatis* qui constituent une urgence thérapeutique. Il faut préciser, que depuis 2008, le collyre au nitrate d'argent n'a plus d'autorisation de mise sur le marché (AMM) et qu'il n'y a pour l'instant aucun consensus quant à la prévention de la conjonctivite du nouveau-né.

- **1- Conjonctivite à gonocoque : avant le 5 jour :** sécrétions purulents, chémosis de mauvais pronostic (risque de perforation cornéenne) mais ayant disparu depuis l'instillation périnatale systématique d'un collyre antiseptique ou antibiotique .
  - **2- Conjonctivite à Chlamydia :** sont moins grave et survenue plus tardive après j5 , plus fréquente, secondaire à une infection génito-urinaire maternelle possible cicatrices cornéennes et conjonctivales traitement antibiotiques locaux et systémiques et traitement des parents.
  - **3- conjonctivite lacrymal :** responsable de conjonctivites à répétition chez le nourrisson **secondaire imperforation du canal larymo-nasal** . Survient 10 à 12 jours après la naissance ; la surinfection est du au pneumocoque ; le traitement repose sur l'antibiothérapie locale et sondage des voies lacrymales à distance
- 3) La conjonctivite sèche ou syndrome sec :** réalise un aspect de conjonctivite chronique bilatérale parfois associée à une kératite. Le diagnostic repose sur le test de Schirmer qui objective une hyposécrétion lacrymale, le Beak up Time. Le traitement repose sur les larmes artificielles.

**4) Le ptérygion :** est une néoformation conjonctivo - élastique bénigne de la surface oculaire siégeant sur le coté nasale du limbe scléro cornéen il peut être inflammatoire et entrainer une rougeur localisée au niveau de l'angle interne de l'œil. La vision est le plus souvent conservé.les difficultés visuelles sont en rapport avec un astigmatisme induit .Il peut entrainer une cécité par envahissement de l'aire pupillaire sa prise en charge est chirurgicale .

## **REFERENCES**

- 1. Collège des ophtalmologistes universitaires de France. (COUF) Ophtalmologie. Elsevier Masson, 2013.**
- 2. Flament. J. Ophtalmologie pathologie du système visuel. Ed : Masson, 2002. 3-325.**
- 3. Le. L. Payrols. A. Ophtalmologie. UE INTER ECN. Ed :Vernazobres-Grego. Janvier 2014.5-127.**
- 4. <http://campus.cerimes.fr/ophtalmologie/poly-ophtalmologie.pdf>.**