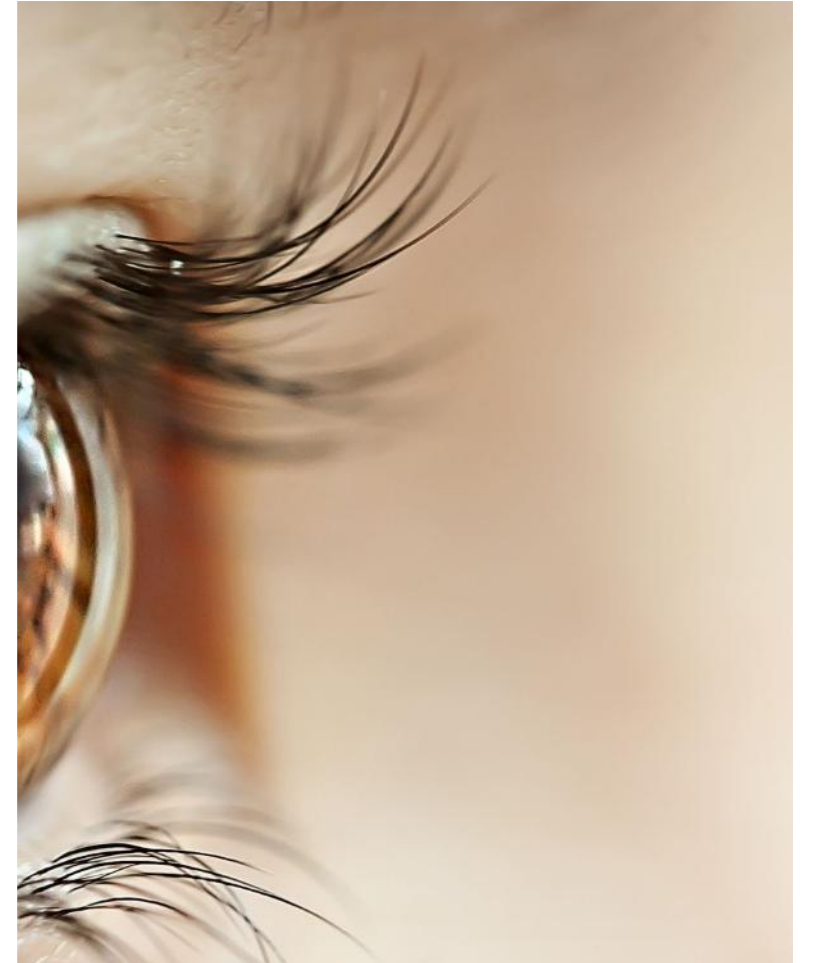


ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT UN ŒIL ROUGE ET/OU DOULOUREUX



OphtAquitaine

*Dr Dale V., Dr Gaboriau T.,
Dr Hostyn P., Pr Mortemousque B.
Dr Simonpoli S.*



ŒIL ROUGE



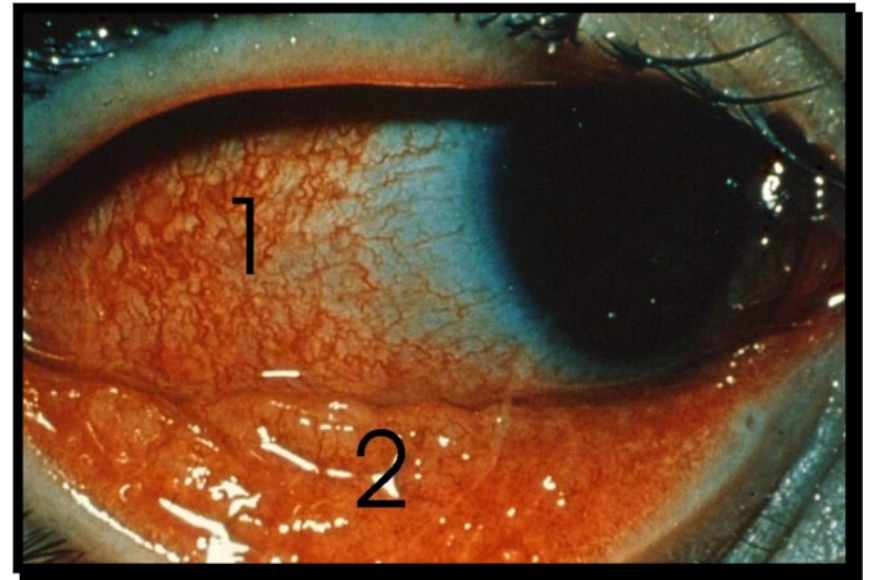
Motif très fréquent de consultation



Nécessite examen soigneux car il peut s'agir d'une affection mineure, comme d'une urgence mettant en jeu le pronostic fonctionnel du globe oculaire.

ŒIL ROUGE

- Diagnostic à l'inspection simple:
 - Rougeur étendue et généralisée
 - Vasodilatation
 - Prédominante au limbe cornéo-scléral
 - Conjonctive tarsale (1), bulbaire (2) et/ou cul-de-sac conjonctival



ŒIL ROUGE

Circonstances de
survenue

Notion d'épidémie

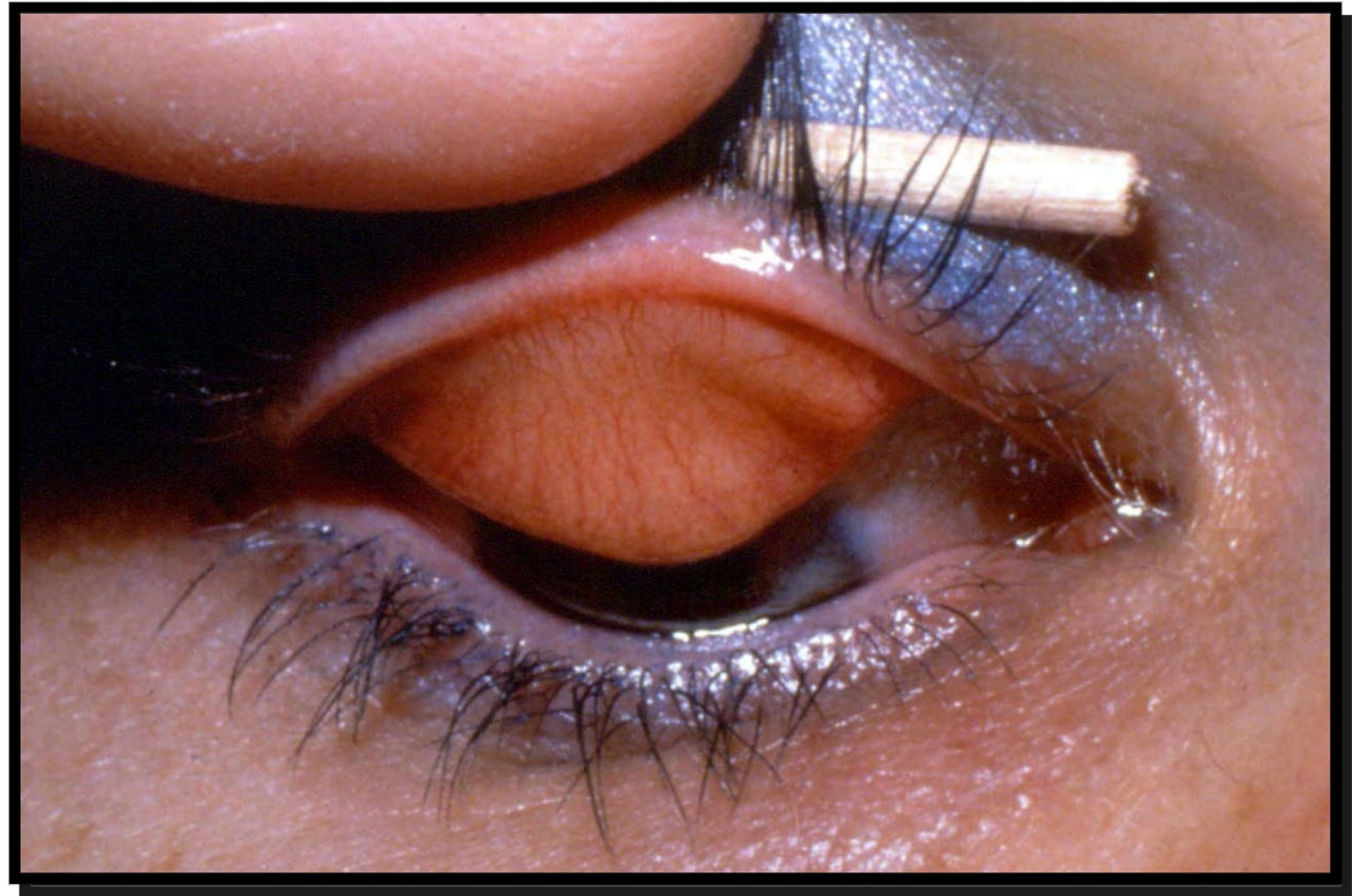
ATCD Ophtalmologiques
et/ou généraux

Signes associés

- Douleurs
- BAV
- Larmoiement, photophobie, blépharospasme, sécrétions,...

ŒIL ROUGE

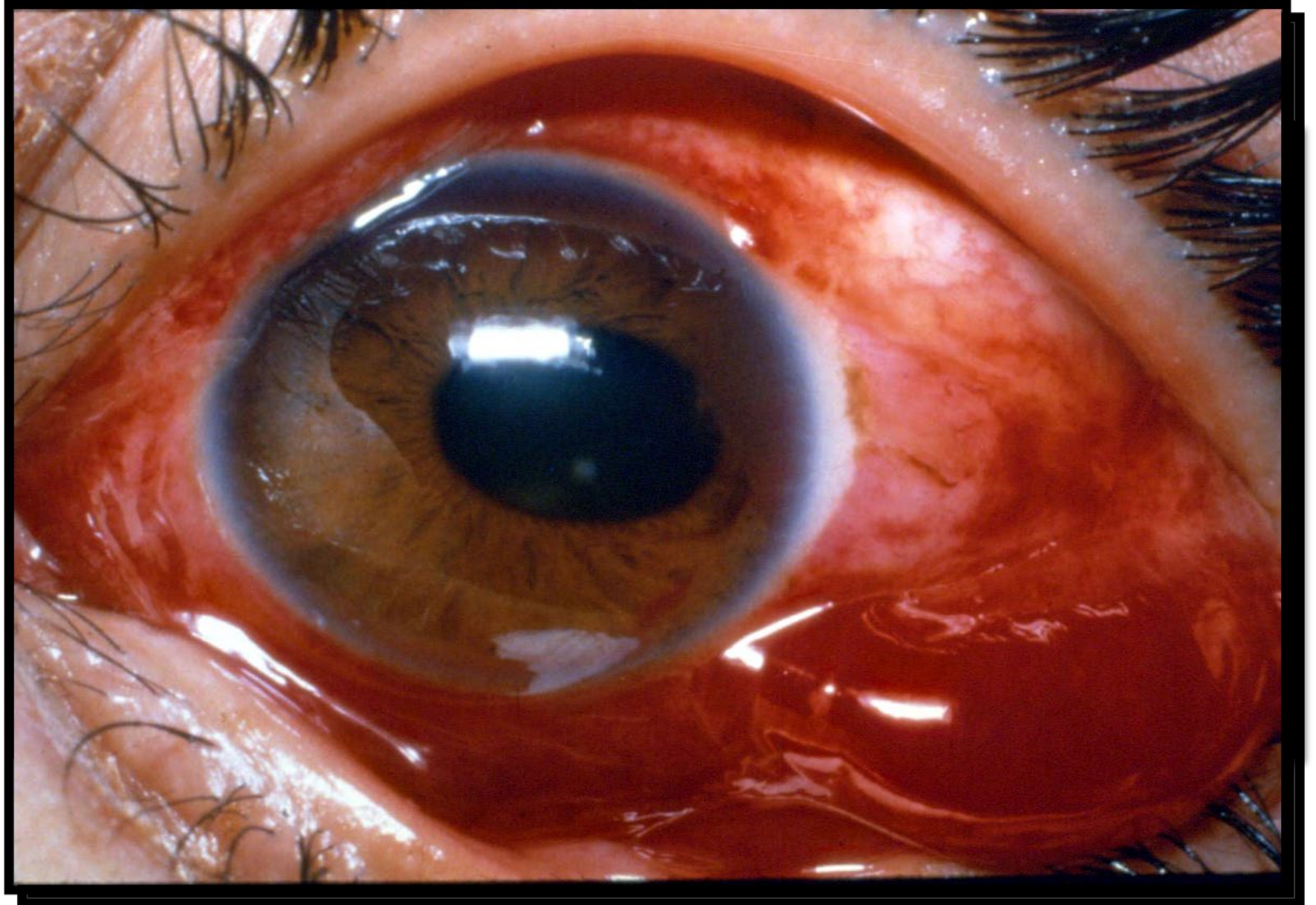
- Examen bilatéral et comparatif
- S'assurer qu'il n'y a pas de plaie
- Si douleur, préciser localisation
- Instillation fluorescéine +++



**ŒIL ROUGE, NON DOULOUREUX,
SANS B.A.V.**

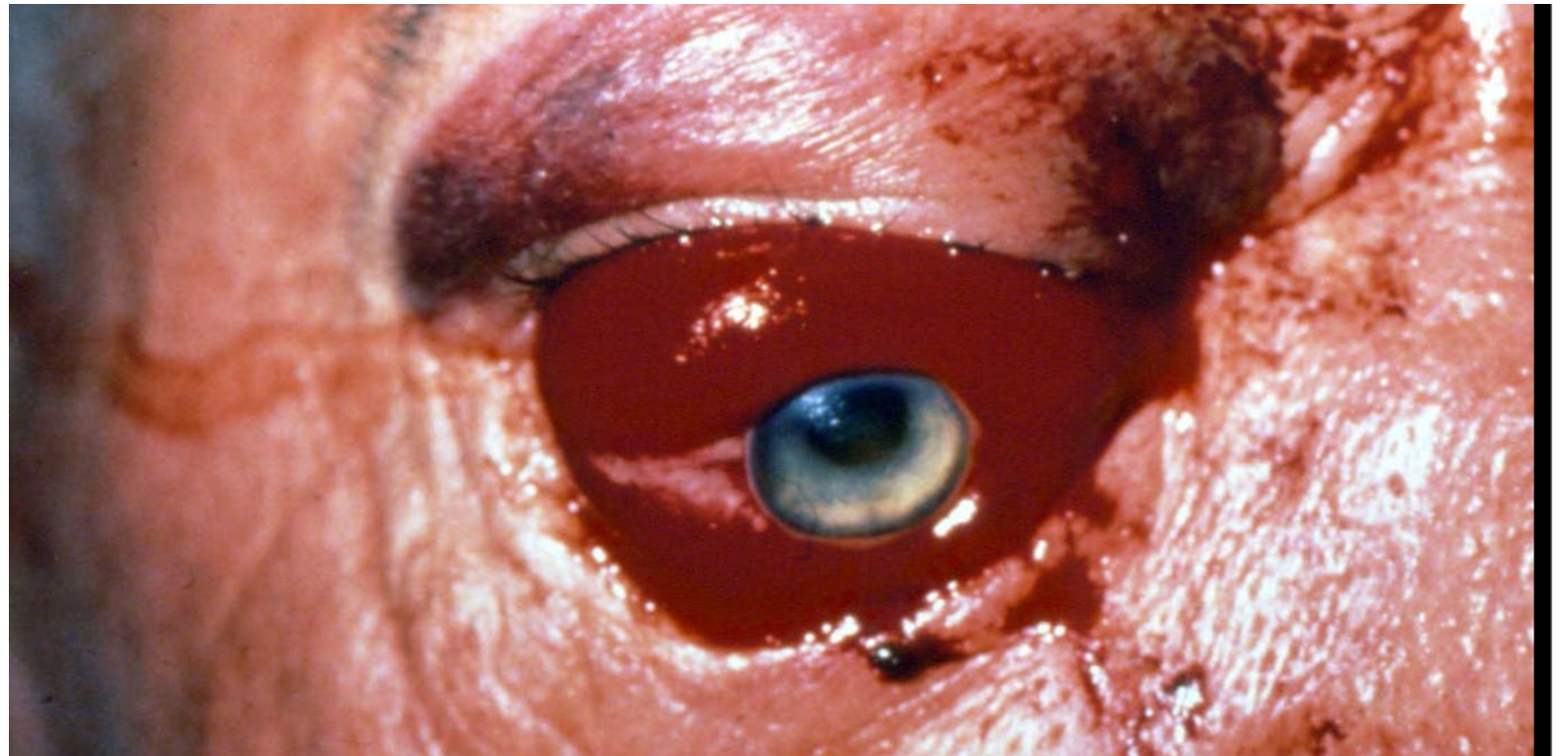
□ HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE

- Affection banale
- Parfois massive
- Cornée claire
- Pupille non déformée



□ HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE

- Causes:
 - Post-traumatiques, chirurgicales
 - Spontanées (Sécheresse oculaire, HTA, médicamenteuses, troubles de l'hémostase,...)

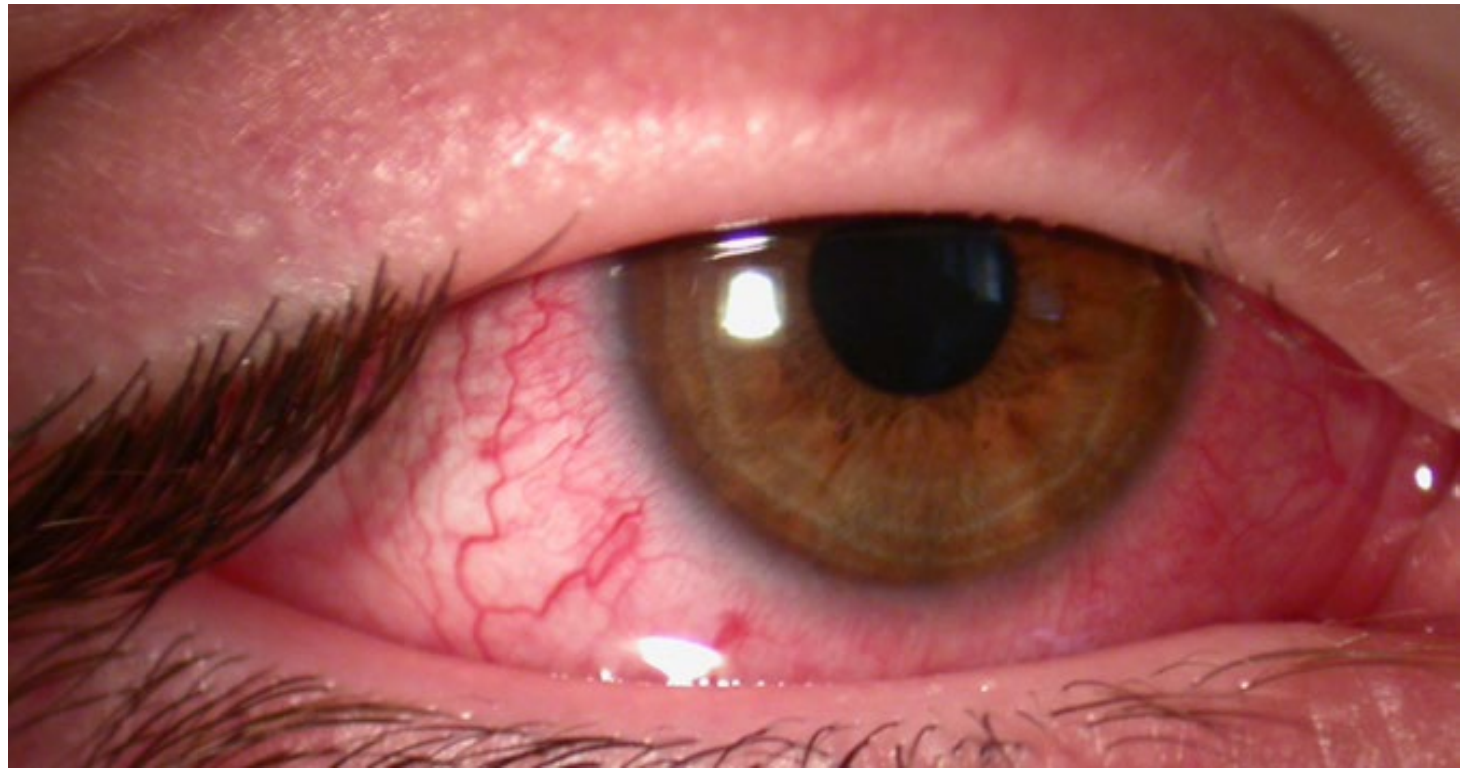


□ HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE

- Traitement:
 - Faire un fond d'œil+++
 - Pas de traitement spécifique.

□ CONJONCTIVITES

- Inflammation localisée ou diffuse de la muqueuse conjonctivale
- Tableaux cliniques nombreux et polymorphes



□ CONJONCTIVITES

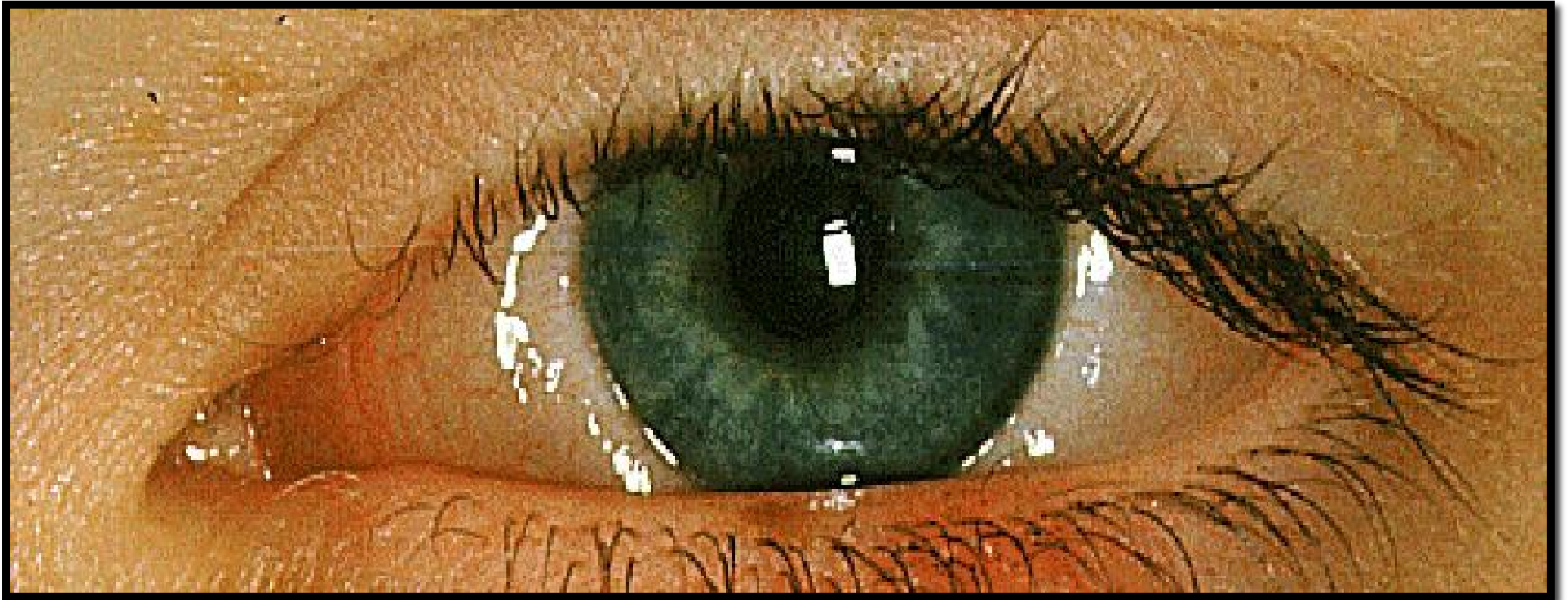
Signes fonctionnels :

- Œil rouge,
- indolore (ou simple gêne, sensation corps étranger)
- **Acuité visuelle conservée**
- hypersécrétions séreuses (virale, allergique), purulentes (bactérienne), œil collé le matin.

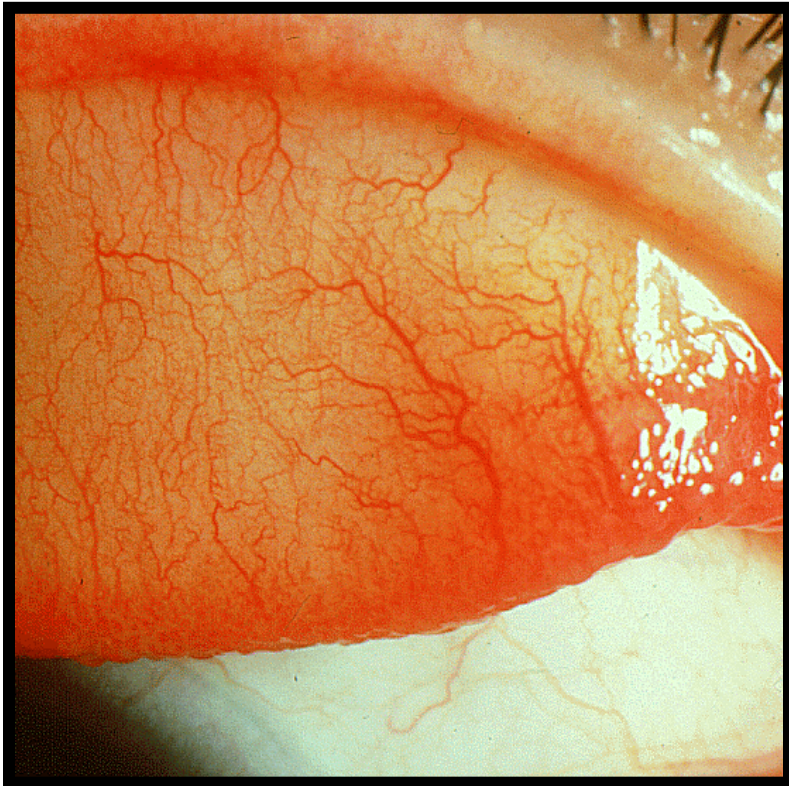
Signes physiques :

- Rougeur conjonctivale, chémosis
- Hémorragie sous-conjonctivales (*entérovirus, haemophilus aegyptus*)
- Papilles, follicules, membranes et fausses membranes.

□ CHÉMOSIS : ŒDÈME DE LA CONJONCTIVE BULBAIRE



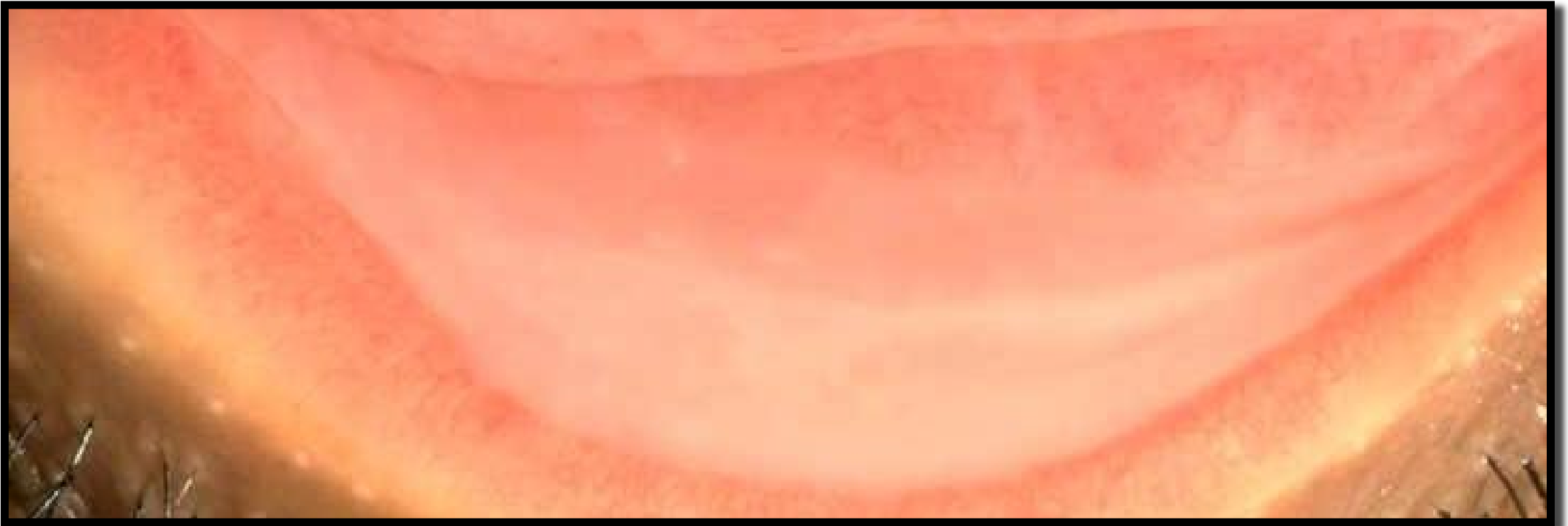
PAPILLES : PETITES ÉLÉVATIONS DE LA CONJONCTIVE CENTRÉE PAR UN VAISSEAU, CORRESPONDANT À UNE INFILTRATION LEUCOCYTAIRE ET DE TISSU AMORPHE

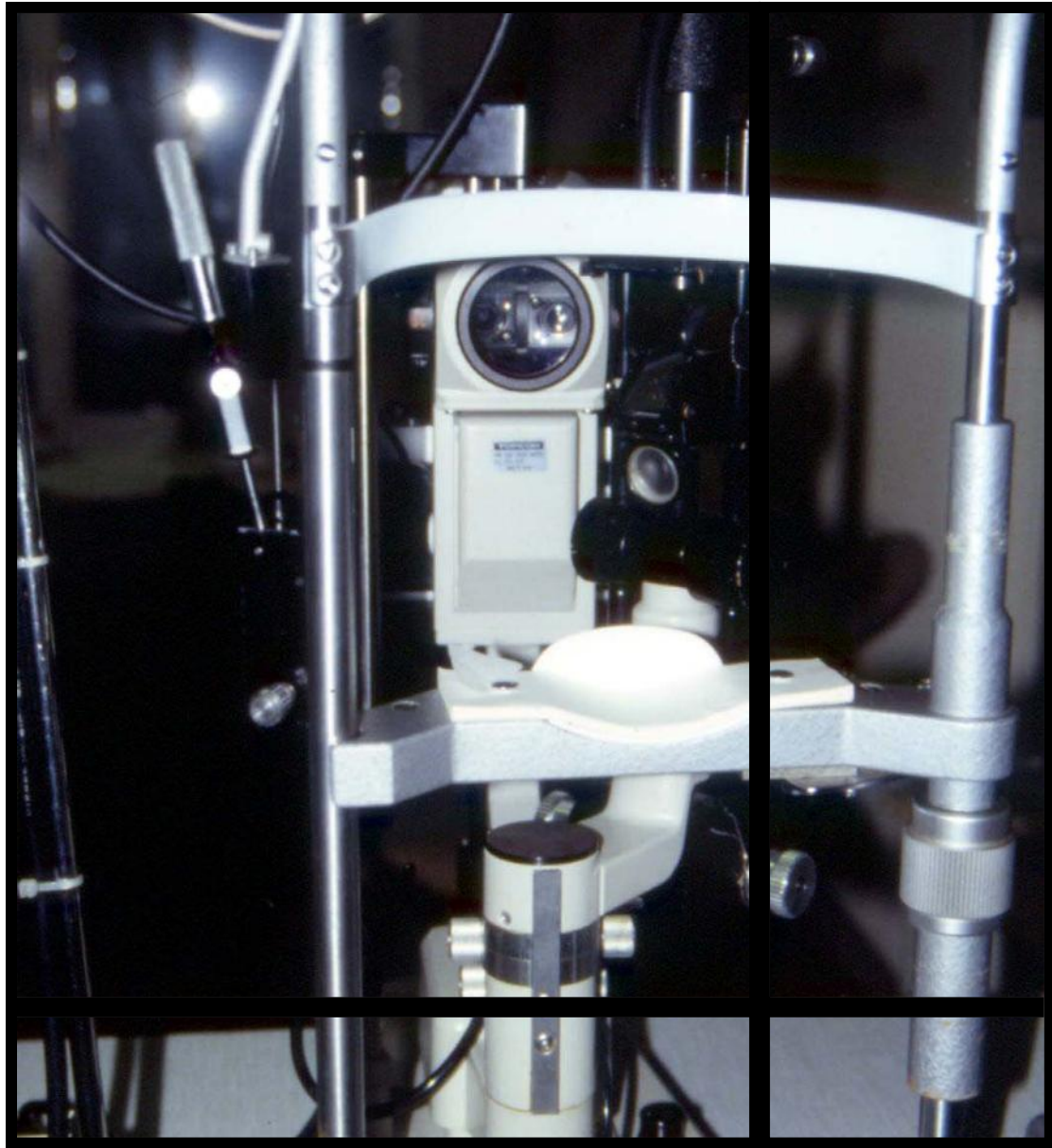


FOLLICULES : ZONES D'HYPERPLASIE LYMPHOÏDE, AVASCULAIRES AU CENTRE, SIÈGEANT SURTOUT DANS LE CUL-DE-SAC CONJONCTIVAL INFÉRIEUR



MEMBRANES ET FAUSSES MEMBRANES : LES FAUSSES MEMBRANES S'ARRACHENT EN SAIGNANT.





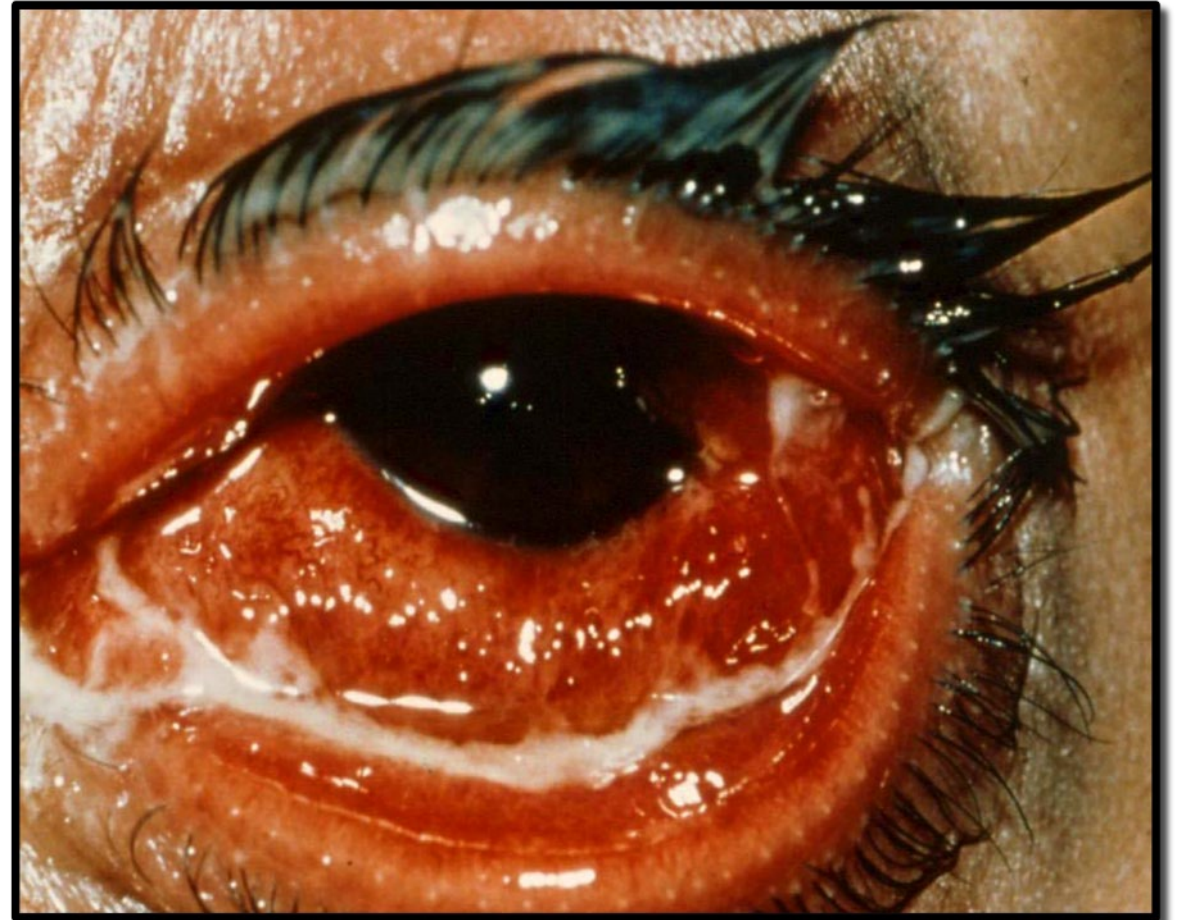
□ CONJONCTIVITES

- À l'examen :
 - Cornée normale, fluo –
 - Chambre antérieure normale, pupille normale, tonus normal
 - Recherche d'adénopathie prétragienne, évoquant une atteinte virale

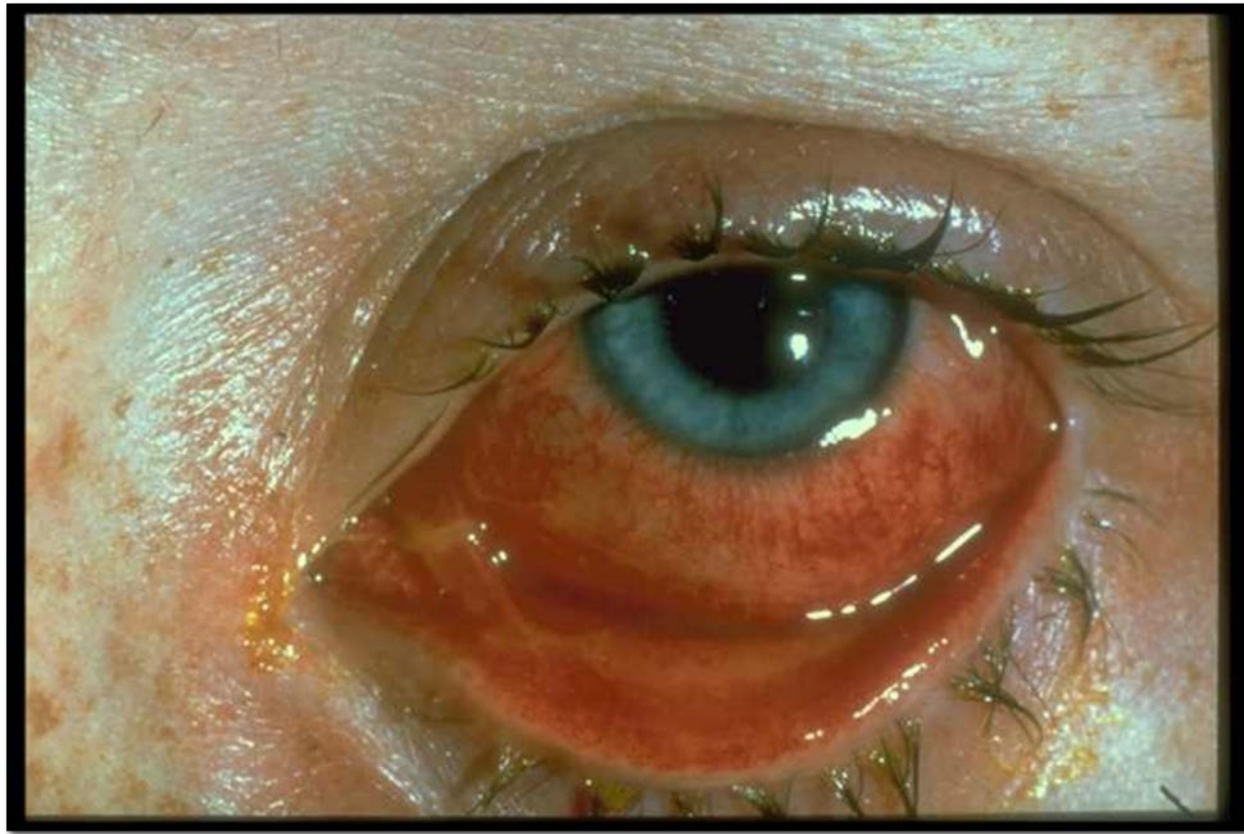
□ CONJONCTIVITES : ÉTIOLOGIES

Bactérienne :

- Contexte : parfois épidémie, caractère bilatéral et symétrique évocateur
- Prurit : absent
- Larmoiement : +
- Sécrétions : purulentes
- Adénopathie : ±
- Aspect : papilles
- Evolution : 5 à 8 jours
- Traitement : soins locaux, antibiothérapie locale (probabiliste ou après prélèvement)



□ CONJONCTIVITES : ÉTIOLOGIES



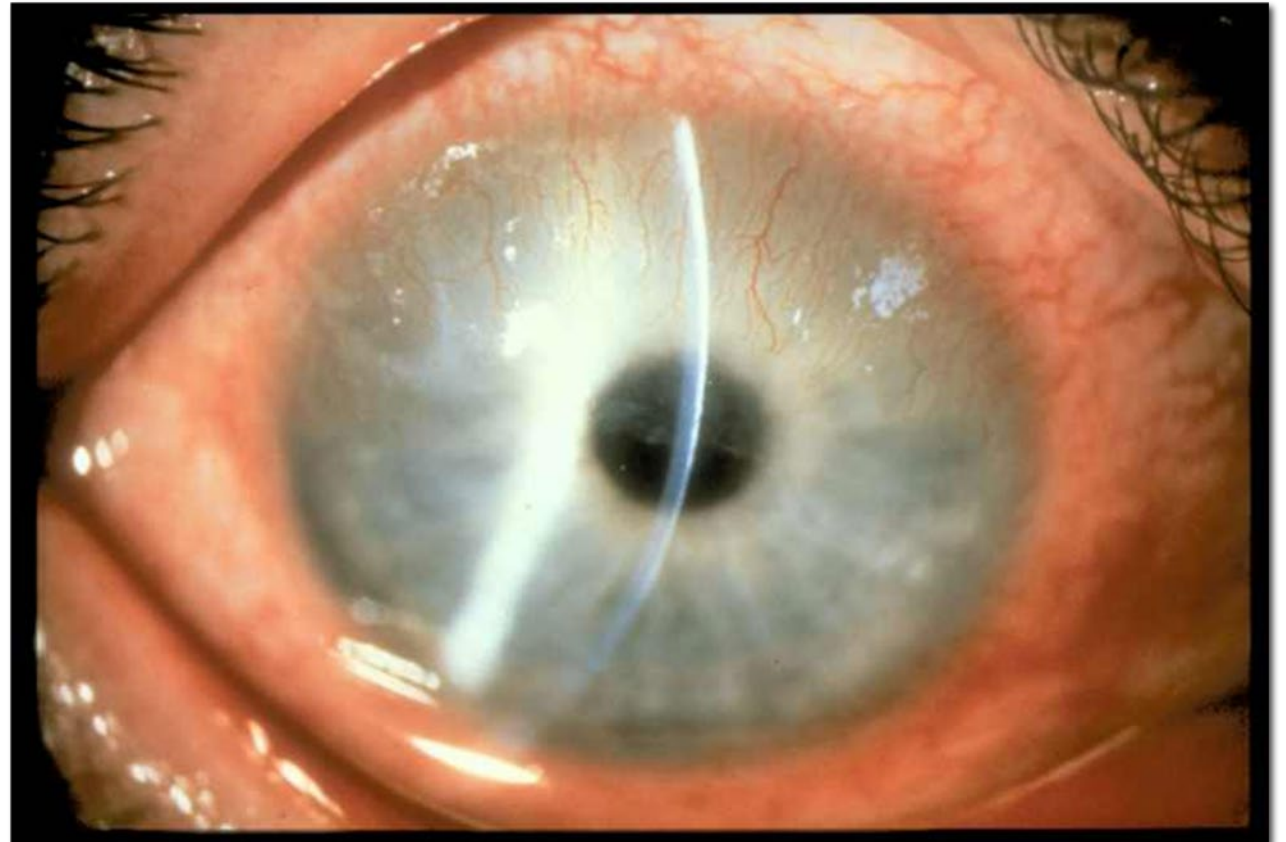
Virale :

- Contexte : épidémique ++
- Prurit : \pm
- Larmoiement : ++++
- Sécrétions : \pm
- Adénopathie : prétragienne, sous angulomaxillaire
- Aspect : follicules, chémosis
- Evolution : 3 à 6 semaines
- Traitement : pas de traitement spécifique (sauf *Herpes*)

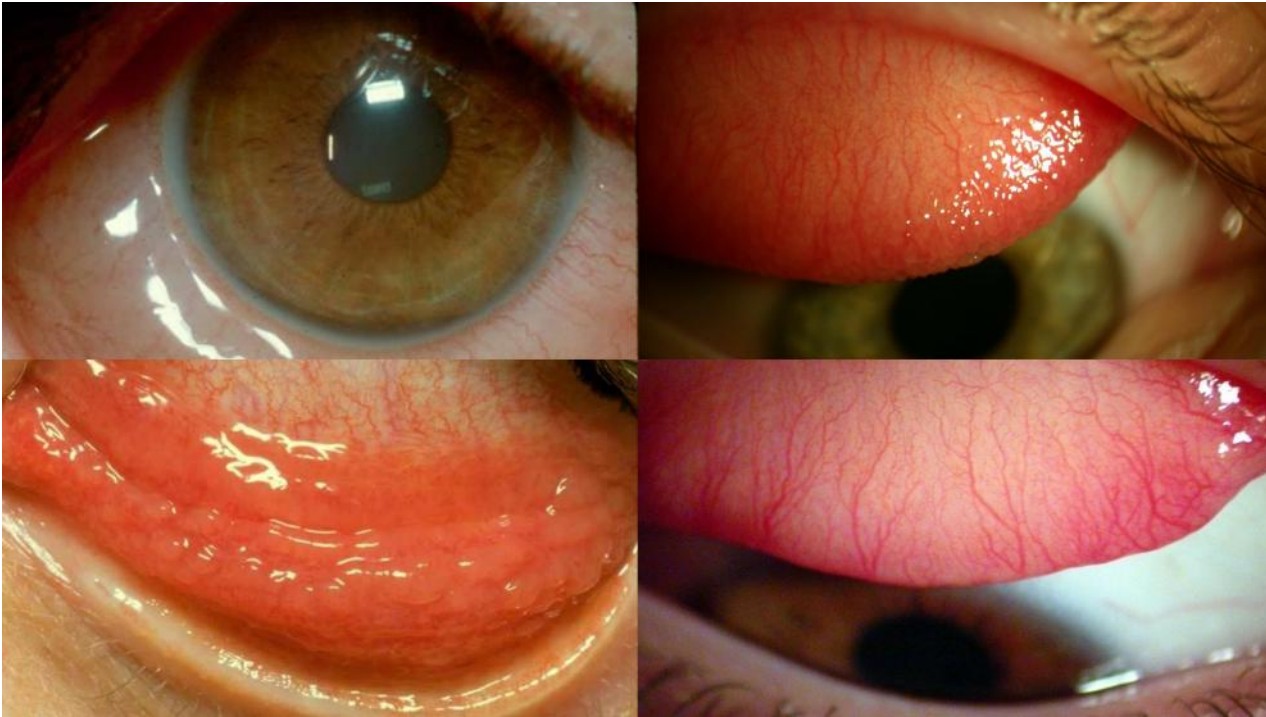
□ CONJONCTIVITES : ÉTIOLOGIES

Chlamydienne :

- Contexte : géographique, nouveau-né
- Prurit : \pm
- Larmoiement : +
- Sécrétions : puriforme (stérile)
- Adénopathie : +
- Aspect : follicules
- Evolution : lente, à chronique
- Traitement : soins locaux, TTT local :
Azytromycine
+/- TTT général :
Cyclines ou macrolides



□ CONJONCTIVITES : ÉTIOLOGIES



Allergique :

- Contexte : Terrain, chronicité
- Prurit : +++
- Larmoiement : +
- Sécrétions : \pm
- Adénopathie : 0
- Aspect : papilles
- Evolution : Chronique avec recrudescence
- Traitement : soins locaux, antidégranulants, antihistaminiques, si échec corticoïdes

□ ŒIL ROUGE IATROGENE

L'hyperhémie est une réaction fréquente lors de l'utilisation de collyres

- **Allergie**

Conservateurs

BAK (chlorure de benzalconium) (Allergie et Toxicité) collyres et solution d'entretien lentilles

Principes actifs

antibiotiques, anti-inflammatoires, hypotonisants (Béta-bloquant, Dorzolamide, Brimonidine, Prostaglandines)

- **Vasodilatation conjonctivale**

Témoin du mode d'action du collyre hypotonisant

Prostaglandine

Rokinases



CAT :

Préférer les collyres non conservés pour les traitements chroniques : unidoses ou flacon multidoses sans conservateurs

Eviction, substitution, lavage, antihistaminiques, anti-inflammatoires

2 situations imposent l'avis OPHTALMO :

post-opératoire

collyre hypotonisant glaucome



□ CONJONCTIVITES : IATROGÈNES

Allergique, toxique, vasodilatation, immunitaire,.. :

- Contexte : Terrain,
- Prurit : Svt mais pas constant
- Larmoiement : +
- Sécrétions : ±
- Adénopathie : 0
- Aspect : papilles et/ou Follicules
- Evolution : Chronique avec recrudescence
- Traitement : Arrêt traitement quand possible
sinon traitement du mécanisme ou symptomatique

**ŒIL ROUGE, DOULOUREUX,
SANS B.A.V.**

□ EPISCLÉRITE ET SCLÉRITE



Episclérite :

Inflammation localisée ou diffuse de l'épisclère
Douleur au toucher
Test à la néosynéphrine +



Sclérite :

Inflammation localisée ou diffuse de la sclère
Douleur au toucher et/ou à la mobilisation
Test à la néosynéphrine –



Etiologie : PR, LED, SPA, goutte, Crohn, Reiter, psoriasis, PAN, Wegener, Behçet, Horton, tuberculose, sarcoïdose, lèpre, syphilis, herpès, VZV, Lyme, post-traumatique,...



- Sclerite nodulaire



- Episclérite diffuse

**ŒIL ROUGE, DOULOUREUX,
AVEC B.A.V.**

(EN DEHORS TRAUMATISME)

□ BAV IMPORTANTE

- En dehors contexte traumatique :
 - Crise aiguë par fermeture d'angle (CAFA)
 - Glaucome néovasculaire

□ CRISE AIGUË DE FERMETURE D'ANGLE.

Sujet âgé, féminin, hypermétrope

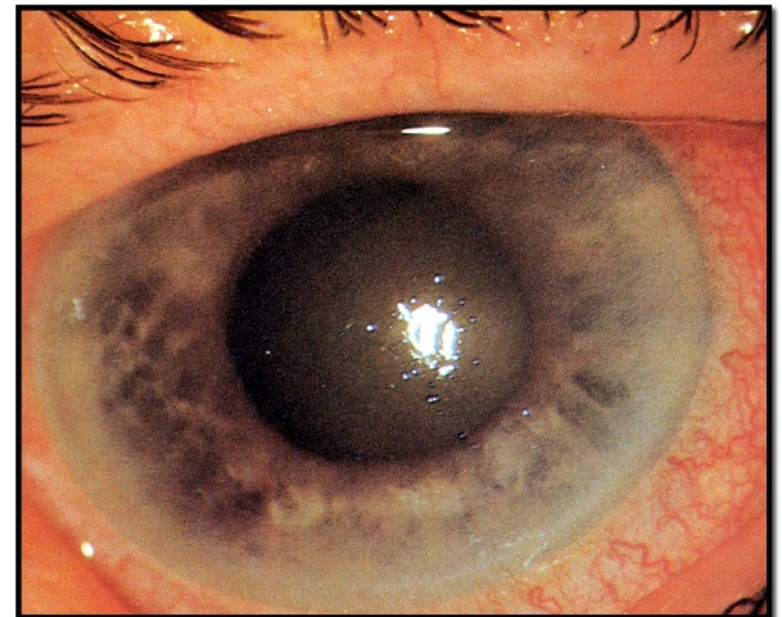
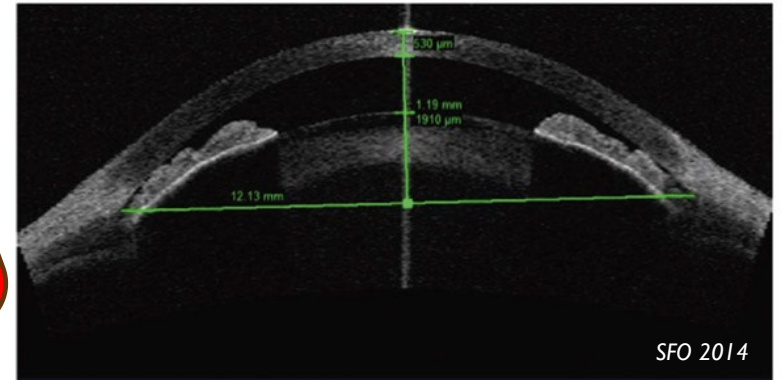
Facteurs déclenchants (obscurité, médicaments, froid)

Prodromes : douleurs oculaires, périorbitaires, nausées, vomissements, bradycardie, sueurs profuses

Signes : semi-mydriase aréactive, œdème de cornée, BAV majeur, iridodésinsertion périphérique, signes généraux (nausée, vomissements, bradycardie, sueurs profuses)

Inspection : semi-mydriase aréactive, œdème de cornée, Tonus très élevé (> 40 à 60 mmhg), angle iridocornéen fermé

Urgence ophtalmologique



□ GLAUCOME NÉOVASCULAIRE



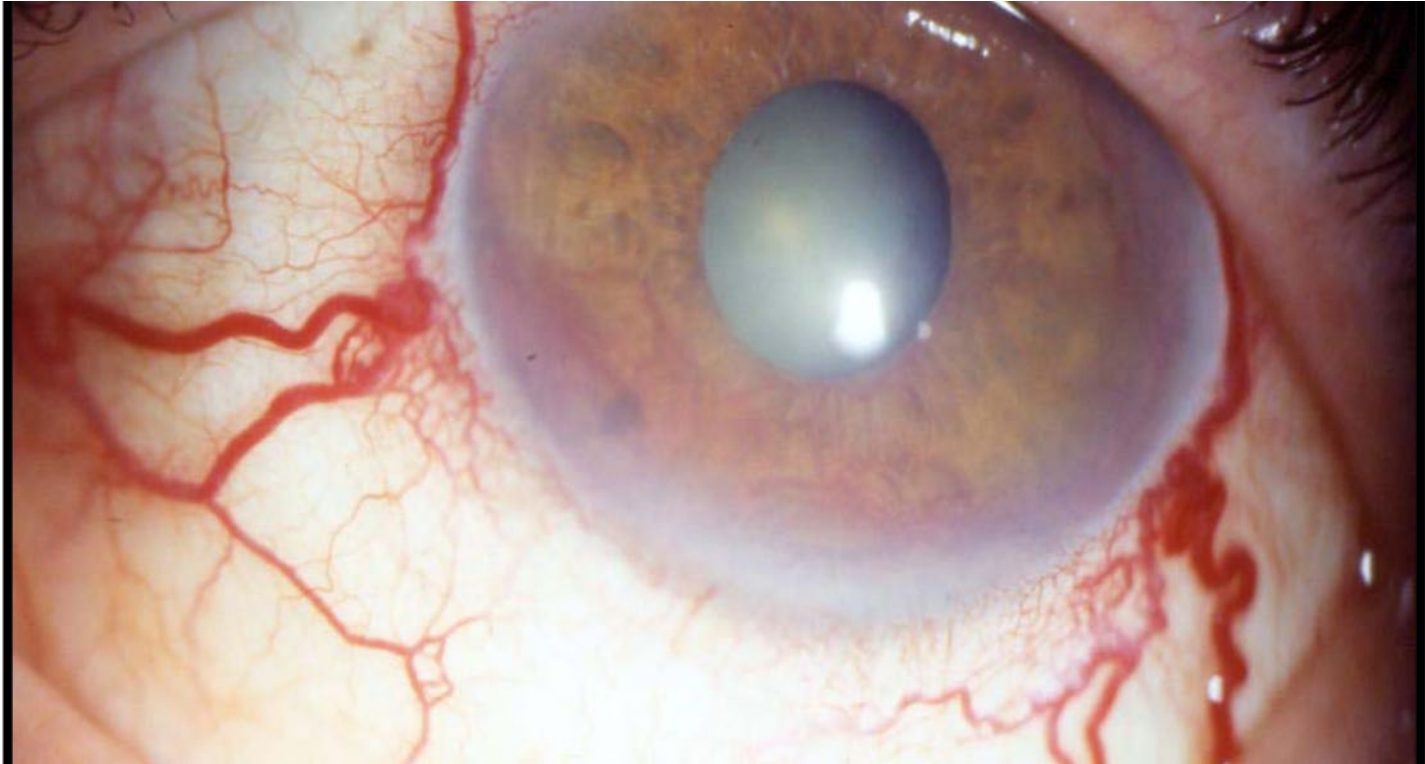
Glaucome secondaire à phénomène d'ischémie (rétinienne le plus souvent), entraînant une prolifération de néovaisseaux et de tissu fibreux dans l'angle iridocornéen.



Étiologies :

OVCR, Rétinopathie diabétique, Occlusion carotidienne, Drépanocytose, DDR chronique, Tumeurs oculaires, Uvéites, OACR (exceptionnel)

□ GLAUCOME NÉOVASCULAIRE



- Œil progressivement douloureux avec BAV progressive ou ancienne (œil non voyant)
- Néovaisseaux iriens, pupille synéchiée (souvent), aréflexive.
- PIO très élevée
- Pas ou peu de signes généraux (élévation progressive de la PIO)

**ŒIL ROUGE, DOULOUREUX,
AVEC GÈNE VISUELLE**
(EN DEHORS TRAUMATISME)

□ KÉRATITE AIGUË

- Atteinte inflammatoire de la cornée : Œil rouge, douloureux, avec BAV +/- importante
- Rq : si pas de douleur, évoquer atteinte du VI (gravité+++)
- Peut être superficielle, interstitielle ou profonde
- Signes d'accompagnement :
 - larmoiement,
 - photophobie,
 - blépharospasme

□ KÉRATITE AIGUË



Examen LAF :

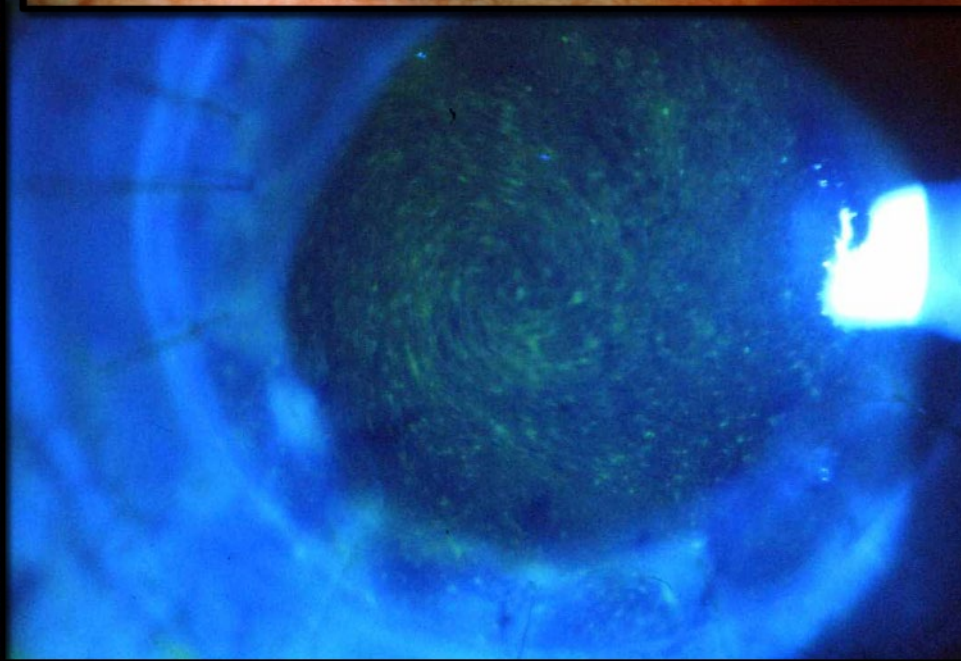
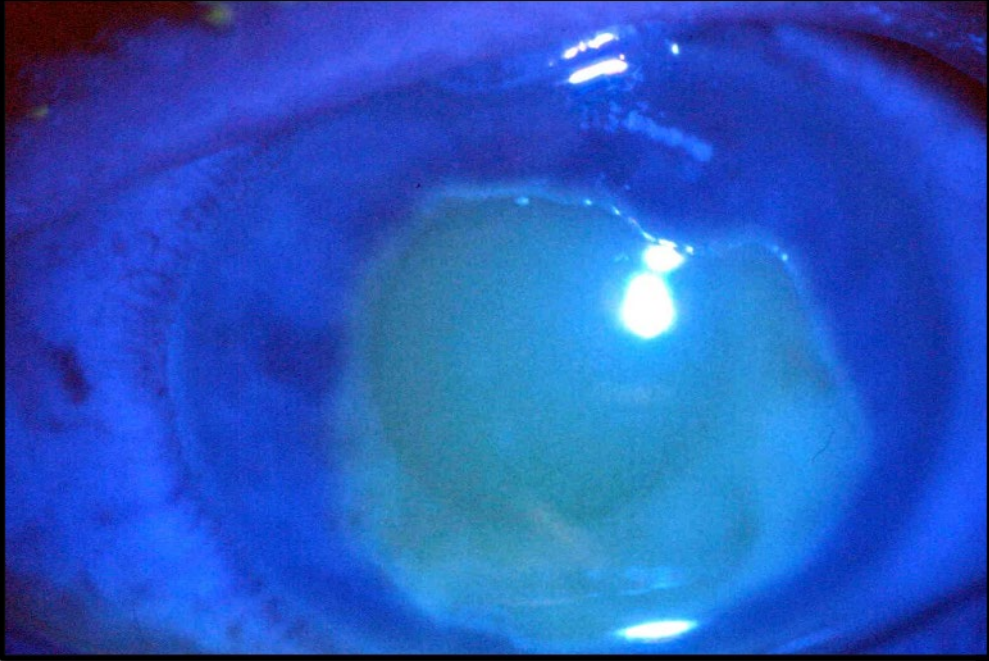
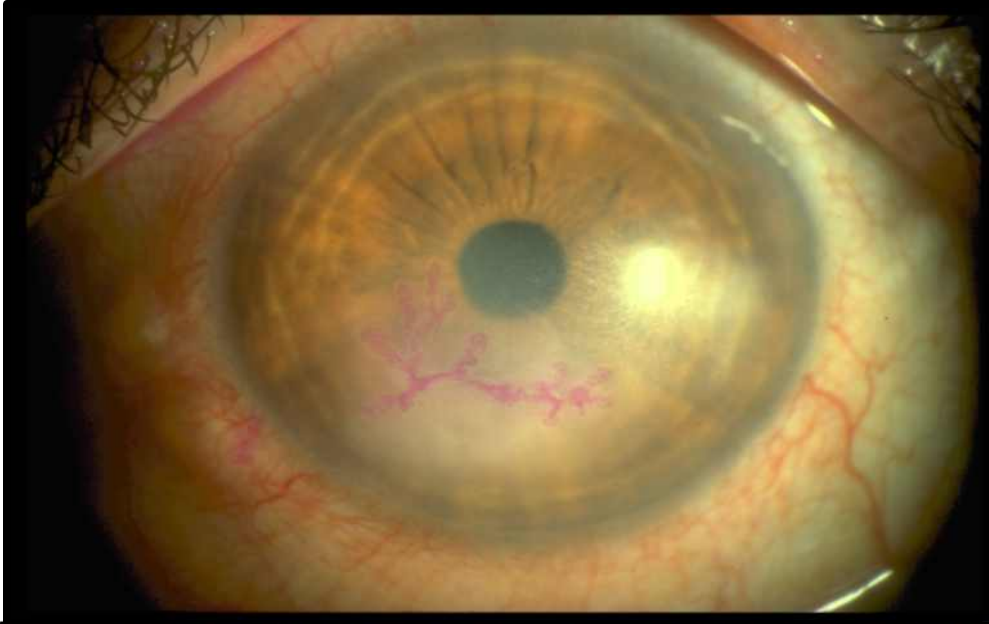
Cercle périkératique

Test à la fluoréscéine

- + = kératite superficielle
- - = kératite stromale ou sous-épithéliale

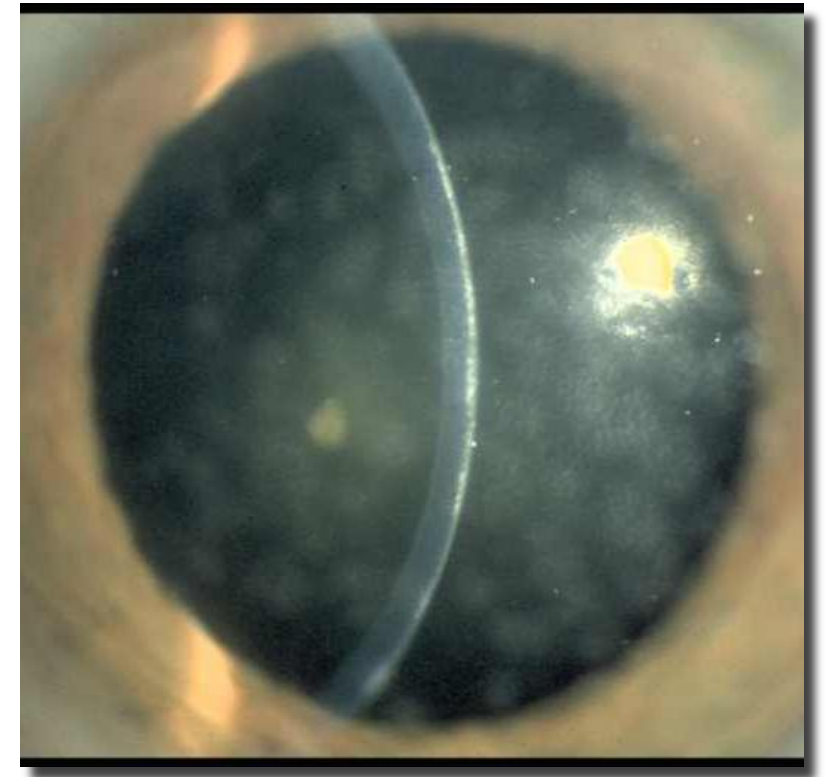


Étiologies nombreuses (allergique, toxique, physique, bactérienne, virale, mycotique,...)



- Kératites ulcérées

- Kératites non ulcérées



□ UVÉITE ANTÉRIEURE (OU IRIDOCYCLITE)

Signes fonctionnels :

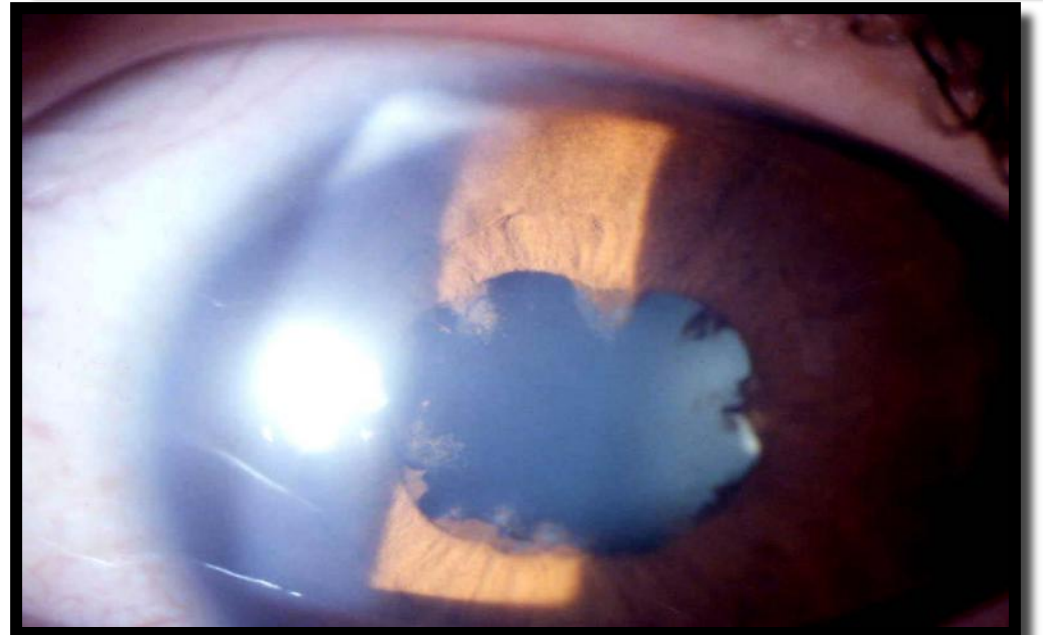
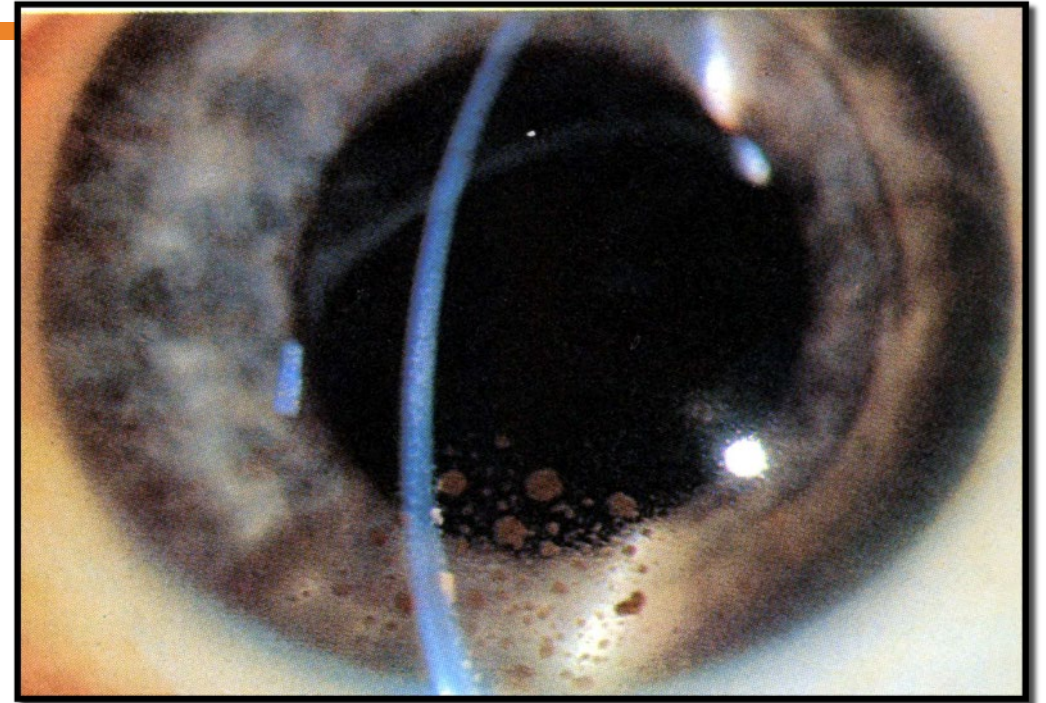
- Lourdeur à douleur oculaire profonde pouvant irradier dans le territoire du V (branche ophtalmique)
- BAV variable, parfois larmoiement, photophobie

Signes physiques :

- Hyperhémie conjonctivale (cercle périkeratique)
- Myosis
- Précipités rétro-descemetique, +/- tyndall cellulaire et/ou protéique
- Synéchies irido-cristalliniennes
- PIO basse (mais HPIO possible)

□ UVÉITE ANTÉRIEURE

- Étiologies :
 - Causes septiques (endophtalmie) notion chirurgie ou traumatique (mais cause endogène possible)
 - Causes inflammatoires (PR, Behçet, Sarcoidose, Reiter, SPA,...)
 - Causes immunoallergique (syphilis, BK, brucellose, lyme,...)
 - Causes virales (Herpès, VZV, CMV,...)
 - Causes oculaires (hétérochromie, ophtalmie sympathique, phako-antigénique,...)





EN RÉSUMÉ

