

L'œil rouge

*Johanna Sommer-Bühler, Edoardo Baglivo,
Hans Stalder*

Introduction

L'œil rouge est la plainte oculaire la plus fréquente en médecine de premier recours. La cause est bénigne dans la plupart des cas; pourtant il s'agit parfois d'une affection qui met en danger la vision ou même la vie, nécessitant une consultation ophtalmologique urgente ou une hospitalisation. L'approche ci-dessous ne vise pas un diagnostic différentiel exhaustif mais une approche pratique pour un médecin de premier recours n'ayant pas accès à une lampe à fente.

Approche clinique

Le diagnostic d'un œil rouge se fait à partir de l'examen méthodique de l'œil et de la région palpébrale de façon bilatérale et comparative (une loupe peut aider à la visualisation).

On examine et on recherche:

La conjonctive

- une rougeur diffuse bilatérale, prédominant au niveau des culs-de-sac et de la conjonctive palpébrale (conjonctivite)
- une rougeur localisée au pourtour de la cornée; le cercle périkératique traduit une inflammation du segment antérieur, atteinte de la cornée (kératite) ou atteinte endo-oculaire (uvéite)
- les culs-de-sac conjonctivaux supérieur (en retournant la paupière) et inférieur (en regardant vers le haut): à la recherche de corps étranger ou de follicules
- une hypersécrétion conjonctivale, parfois purulente, engluant les cils collés le matin.

La cornée

- une perte de transparence localisée ou diffuse; la présence d'un corps étranger; l'existence d'une plaie; la sensibilité de la cornée (appréciée par attouchement avec un coton-tige).

La pupille

- la taille de la pupille et le réflexe photomoteur. Une pupille en myosis oriente vers une réaction inflammatoire, par contre une pupille en mydriase et aréflexique signe un glaucome aigu (ou une neuropathie optique).

Le tonus oculaire

Le patient regarde vers le bas, les deux index de l'examineur appuient alternativement sur le globe oculaire par l'intermédiaire de la paupière supérieure. La sensation d'une bille de bois comparativement au côté opposé signe une hypertonie aiguë.

Les signes fonctionnels

- La douleur oculaire plus ou moins sourde avec impression de corps étrangers, accompagnée de photophobie douloureuse (très suggestive de pathologie intraoculaire) et de larmoiements.
- L'altération de l'acuité et de la fonction visuelle:
 - perception d'anneaux colorés autour des lumières, des phares de voiture (hypertonie oculaire ou cataracte);
 - perte de vision brutale (partielle ou totale: scotome relatif ou absolu) qui est un critère de gravité;
 - le champ visuel doit être évalué au doigt.

Les circonstances d'apparition des signes fonctionnels doivent être éclaircies (par ex. contexte traumatique, épidémique, maladie systémique, post chirurgie oculaire).

Diagnostic différentiel

Hémorragie sous-conjonctivale

L'hémorragie sous-conjonctivale est une cause très fréquente de rougeur oculaire aiguë. La rougeur est unilatérale, localisée, bien circonscrite; la sclère sous-jacente n'est pas visible, la conjonctive adjacente n'est pas enflammée et il n'y a pas de sécrétions. Il n'y a pas de douleurs et la vision n'est pas altérée. Les facteurs de risques sont: un traumatisme (aussi mineur que le patient peut ne pas s'en être rendu compte), une fragilité capillaire conjonctivale, une anticoagulation, l'hypertension et le diabète. Parfois l'hémorragie sous-conjonctivale résulte d'importantes manœuvres de Valsalva (toux, vomissements ou accouchement). La résorption est spontanée en 2-3 semaines. La non-résorption doit faire évoquer une pathologie sous-jacente (tumeur, sarcome de Kaposi, sarcoïdose, etc.) et nécessite une consultation spécialisée.

Conjonctivite

La conjonctivite est la cause de rougeur oculaire la plus fréquente. L'étiologie des conjonctivites pédiatriques est en grande majorité bactérienne (80% et 13% d'origine virale, 2% allergique) alors que la pré-

valence bactérienne et virale est équivalente chez l'adulte (40% et 36% respectivement, 24% d'autre origine y inclus les conjonctivites allergiques). La conjonctivite s'accompagne de brûlures ou de sensation de grains de sable sous les paupières. La vision est normale. Les sécrétions sont plus ou moins abondantes et peuvent agglutiner les cils, en particulier le matin au réveil. Au status elle est caractérisée par la dilatation des vaisseaux conjonctivaux superficiels avec œdème et sécrétions de la conjonctive (fig. 1). Des sécrétions purulentes signent habituellement une conjonctivite bactérienne. Du liquide peut s'accumuler sous la conjonctive bulbaire faiblement rat-



Figure 1.
Conjonctivite.

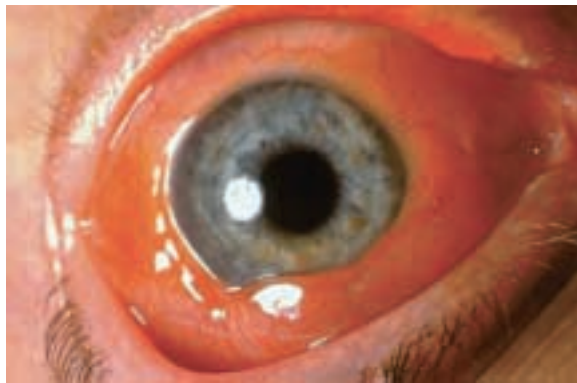


Figure 2.
Chémosis.

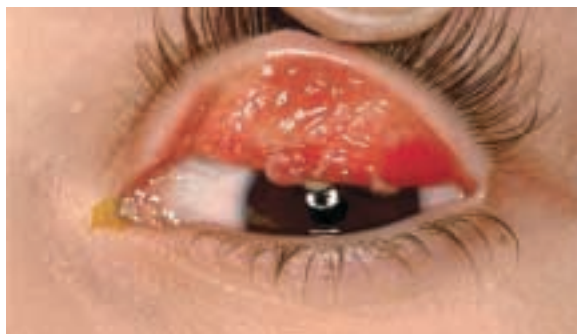


Figure 3.
Conjonctivite folliculaire.

tachée, ce qui la fait bomber hors du globe (chémosis, fig. 2).

Conjonctivite virale (cv)

Les adénovirus (différents sérotypes) sont la cause la plus fréquente de conjonctivite virale. Celle-ci peut faire partie d'un tableau d'infection virale systémique (adénopathies, fièvre, pharyngite et autres infections des voies respiratoires). Elle est hautement contagieuse et est transmise par contact direct avec le patient ou ses sécrétions ou même par l'intermédiaire d'objets contaminés (linges de toilette, mains, matériel d'examen ophtalmologique).

L'œil controlatéral est impliqué en 24–48 heures le plus souvent.

A l'examen, on n'observe typiquement que des sécrétions séromuqueuses. La conjonctive palpébrale peut avoir un aspect folliculaire (élevures nodulaires translucides ou jaunâtres entourées de fins vaisseaux qui correspondent à des formations lymphoïdes: fig. 3). Une adénopathie préauriculaire associée est fortement évocatrice du diagnostic mais n'est que rarement présente.

L'évolution spontanée de la conjonctivite virale se caractérise par une aggravation les premiers 3–5 jours avec résolution progressive en 1–2 semaines (durée totale: 2–3 semaines).

La *kératoconjonctivite épidémique*, est une forme particulièrement fulminante de conjonctivite virale, compliquée par une kératite. Elle est causée par des adénovirus type 8, 19 et 37. L'atteinte cornéenne est simultanée: le patient développe une sensation de corps étranger rendant difficile l'ouverture spontanée de l'œil. L'acuité visuelle est diminuée et de multiples infiltrats cornéens peuvent parfois être observés à l'œil nu. Ces patients nécessitent une prise en charge par l'ophtalmologue.

La *conjonctivite herpétique* peut survenir primairement ou plus souvent comme réactivation d'une infection préalable. L'infection primaire à herpès simplex virus (HSV) peut rester asymptomatique et survient le plus souvent chez l'enfant transmise à partir d'herpès labial. Chez l'adulte, il s'agit le plus souvent de réactivation de HSV lors de stress, fièvre, exposition au soleil, traumatisme, immunosuppression ou menstruation. Les vésicules périorbitales typiques peuvent manquer. La kératite dendritique est une complication grave qui doit être suspectée en cas de douleur cornéenne. Une consultation spécialisée par la lampe à fente est alors indispensable et permet de confirmer le diagnostic. Si la cornée n'est pas atteinte, le traitement est symptomatique et l'affection passe spontanément.

La *zona ophtalmique* (fig. 4) est une réactivation du virus varicella/zoster dans le territoire V1 du nerf tri-

jumeau. Les lésions cutanées sont distribuées en dermatome: les vésicules sur l'aile du nez (nerf nasociliaire branche du V1) signalent une atteinte oculaire concomitante probable; une kératite et uvéite antérieure peuvent alors menacer la vue et nécessitent une consultation spécialisée.

Conjonctivite bactérienne

La conjonctivite bactérienne est communément causée par *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* et *M. catarrhalis*. Le staphylocoque est commun chez l'adulte alors que les autres germes sont plus fréquents chez l'enfant. La conjonctivite bactérienne est hautement contagieuse; elle est transmise par contact direct avec le patient, avec ses sécrétions ou même par des objets contaminés.

Le patient se plaint typiquement d'un œil rouge et de sécrétions. Le début est brutal et l'œil controlatéral est souvent contaminé en 48 heures.

A l'examen, les sécrétions sont très abondantes et se reforment instantanément en cours d'examen après nettoyage de l'œil. La conjonctivite bulbaire et palpébrale est hyperémiée, il n'y a souvent pas d'adéno-pathie.



Figure 4.
Zona ophtalmique.

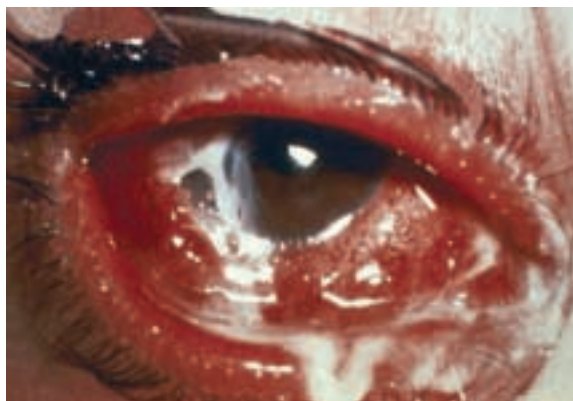


Figure 5.
Conjonctivite bactérienne hyperaiguë.

Un examen bactériologique n'est indiqué que pour des situations sévères ou en cas de résistance au traitement initial.

Une forme particulièrement grave, la *conjonctivite bactérienne hyperaiguë*, est causée le plus souvent par *N. gonorrhoeae* ou le *Pseudomonas*. Les gonocoques sont transmis à partir des sécrétions génitales; typiquement une urétrite ou vaginite est associée. L'infection est caractérisée par des sécrétions purulentes très abondantes (fig. 5) débutant très abruptement 12 heures après l'inoculation et par une sensibilité à la palpation. Il y a typiquement un chémosis important, un œdème palpébral et une adéno-pathie préauriculaire sensible. Les diplocoques Gram négatifs peuvent être mis en évidence à l'examen direct. Ces patients nécessitent une hospitalisation pour un traitement topique et systémique pour la prévention de la kératite ou de la perforation.

La *conjonctivite à chlamydia dite à inclusions* est une forme rare de conjonctivite. Dans les pays industrialisés elle fait partie du tableau des maladies sexuellement transmissibles. L'infection génitale (urétrite ou vaginite) est souvent asymptomatique. Le tableau clinique est celui d'une conjonctivite bactérienne aiguë ou subaiguë.

Conjonctivite allergique

La conjonctivite allergique est engendrée par un allergène entrant en contact avec l'œil (venant de l'air: pollens, poils de chats; ou contact direct: médicaments, lentilles, etc.). Les démangeaisons sont le symptôme cardinal de l'allergie qui la différencie des conjonctivites virales. On retrouve souvent une anamnèse positive d'atopie, d'allergie saisonnière ou d'allergie spécifique (aux chats par ex.). Une apparence folliculaire au niveau de la conjonctive sous-palpébrale peut également être observée.

Conjonctivite non spécifique

Il existe d'autres causes d'œil rouge, qui causent un écoulement muqueux plutôt que purulent. La cause est habituellement un facteur traumatique mécanique ou chimique:

- yeux secs (hyposécrétion lacrymale dans le cadre de Sjögren, vent);
- rinçage oculaire après éclaboussures chimiques
- un corps étranger évacué va engendrer une rougeur et un écoulement pendant 12-24 heures;
- les troubles de la réfraction, les hétérophories, une mauvaise perméabilité des voies lacrymales. Une hyperthyroïdie peut engendrer une conjonctivite non-spécifique;
- porteurs de lentilles de contact. La conjonctivite chez un porteur de lentilles de contact peut être

secondaire nécessitant un ajustement ou changement des lentilles ou une meilleure hygiène.

Cave: Les porteurs de lentilles souples présentent un haut risque de kératite ulcéreuse à *Pseudomonas* ou *Acanthamoeba* (baignades en eau sale), qui peut mener à une perforation oculaire en moins de 24 heures, et qui doit donc être formellement exclue par un spécialiste.



Figure 6.
Chalazion.

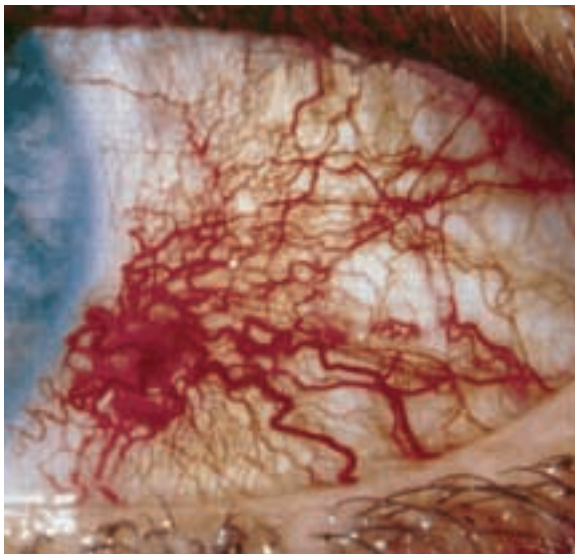


Figure 7.
Episclérite.



Figure 8.
Ptérygion.

Blépharite et autres pathologies de la paupière

L'inflammation aiguë ou chronique de la paupière est souvent associée à une irritation conjonctivale qui peut être causée par une variété d'agents infectieux, allergiques ou dermatologiques.

Le *chalazion* (fig. 6) est une obstruction du canalicule des glandes de Meibomius avec infection secondaire de la glande (*S. aureus* le plus souvent) et hypersécrétion réactive de lipides. Une irritation conjonctivale s'ensuit, avec sensation de corps étranger, associée à une tuméfaction du bord palpébral. Un frottement continu peut engendrer une sécheresse cornéenne avec parfois des micro-érosions cornéennes provoquant une discrète distorsion visuelle. Une anomalie du bord libre de la paupière (*entropion*; *trichiasis* [déviation des cils en-dedans contre le globe oculaire]; *ectropion*) peut engendrer une irritation conjonctivale ou même des lésions cornéennes par frottement. Une consultation spécialisée est nécessaire pour poser l'indication à une correction chirurgicale.

Episclérite

L'épisclère est une couche se situant entre la conjonctive et la sclère. L'épisclérite est une inflammation des vaisseaux, d'origine probablement auto-immune, guérissant spontanément. Elle est caractérisée par une soudaine rougeur oculaire localisée et superficielle, une douleur sourde et une sensibilité à la palpation. La vision n'est pas affectée. L'examen révèle des zones focales de vaisseaux épiscléreaux dilatés radialement entre lesquels la sclère saine peut être visualisée (fig. 7). L'épisclérite guérit spontanément.

Sclérite

Souvent associée à une affection systémique (vasculite ou connectivite), la sclérite est une maladie grave, pouvant menacer la vision. La rougeur peut être focale ou diffuse et la sclère est rouge, hyperhémique. Typiquement, il y a une douleur oculaire profonde modérée à sévère, continue et nocturne et une sensibilité à la palpation. Elle nécessite une consultation ophtalmologique urgente.

Ptérygion

Le ptérygion est une lésion conjonctivale dégénérative bénigne, souvent rencontrée chez des personnes passant beaucoup de temps à l'extérieur, dans la poussière, au vent et aux rayons ultra-violet (marins, fermiers, etc.). Il s'agit d'une hypertrophie conjonctivale caractérisée par l'apparition d'un tissu vasculaire de forme triangulaire, adhérent à la cornée et formant une couche assez épaisse de vaisseaux sinueux (fig. 8).

Glaucome aigu

Le glaucome aigu est le signal d'une augmentation de la pression intraoculaire; c'est une affection rare augmentant d'incidence avec l'âge. Le patient présente souvent une atteinte de l'état général. Parfois les douleurs oculaires sont insupportables, parfois la plainte principale est une violente céphalée et un malaise. Les patients peuvent développer des nausées et des vomissements. Un bilan neurologique, radiologique ou même digestif peut être évité si l'œil rouge est noté et évalué. La pupille est modérément dilatée et aréactive. L'œdème cornéen provoque un flou des bords de l'iris (fig. 9) et engendre les halos visuels autour des sources lumineuses. L'acuité visuelle diminue progressivement, une photophobie peut apparaître. Le tonus oculaire est clairement augmenté à la palpation des globes oculaires. Une atrophie du nerf optique ainsi qu'une perte de vision irréversible peuvent survenir en l'absence de traitement spécialisé urgent.

Uvéite antérieure aiguë (iridocyclite)

Une inflammation de l'iris et du corps ciliaire survient habituellement chez les personnes jeunes ou

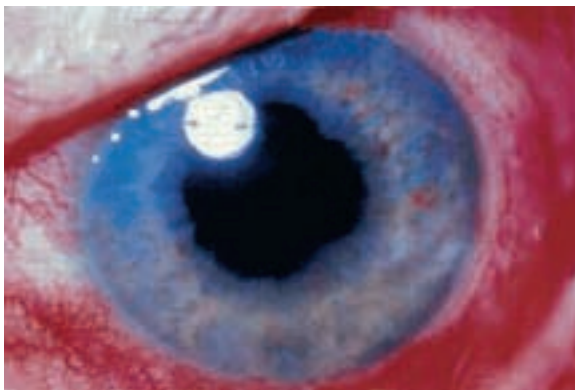


Figure 9.
Glaucome aigu.



Figure 10.
Uvéite antérieure (injection périkeratite et hypopyon).

d'âge moyen. Les causes peuvent être diverses: infectieuse (tuberculose, toxoplasmose); réactive dans le contexte d'une infection ORL ou dentaire; inflammatoire dans le cadre d'une affection systémique (maladie de Crohn, spondylarthrite ankylosante, polyarthrite rhumatoïde, maladie de Behçet, sarcoïdose, etc.); ou post-chirurgicale/post-traumatique. Elle est caractérisée par la présence de cellules inflammatoires dans la chambre antérieure, visible à la lampe à fente ou même parfois à l'œil nu (hypopyon, fig. 10). Le patient présente une douleur, une photophobie très importante, et une vision trouble de l'œil affecté. Typiquement l'hyperémie est le plus prononcé dans la zone proche du limbus (injection périkeratite, fig. 10). L'écoulement est rare. La pupille est en myosis et peut être irrégulière et faiblement réactive à la lumière. L'examen du fond d'œil peut être difficile en raison d'une humeur aqueuse trouble. Une consultation spécialisée en urgence est indispensable.

Kératite superficielle

Une grande variété de facteurs incluant les yeux secs, les traitements topiques, les conjonctivites virales, l'exposition aux rayons UV, l'usage de lentilles de contact, la blépharite, des anomalies palpébrales, des traumatismes, peuvent engendrer une kératite. Cette affection est caractérisée par une inflammation de l'épithélium cornéen avec une hyperémie conjonctivale réactionnelle. Les lésions peuvent donner une apparence irrégulière à la cornée, troubler la vue, et causer une gêne. Le diagnostic précis nécessite un examen par lampe à fente par un spécialiste.

Attitude et traitement

Conjonctivite virale et bactérienne

L'anamnèse et le status ne permettant pas de distinguer la conjonctivite bactérienne de la conjonctivite virale de façon certaine, un traitement antibiotique topique pour toutes les formes de conjonctivites est préconisé; en cas de quasi certitude d'une conjonctivite virale, on peut néanmoins surseoir au traitement antibiotique et traiter le patient par de simples gouttes décongestives antiseptiques (picloxydine [Vitabact®], hexamédine [Désomédine®]). Attention: tout traitement de plus de 14 jours peut entraîner une irritation conjonctivale *per se*.

Les conjonctivites bactériennes guérissent en général spontanément, mais le traitement raccourcit la durée des symptômes et diminue les risques de contagion. Il est proposé de traiter empiriquement toutes les conjonctivites bactériennes par une anti-

biothérapie topique pendant 5–7 jours (à prolonger pendant 10–14 jours dans les cas graves): par ex. framycétine, (Soframycine[®] ou Frakitacine[®] 5 mg) 1–2 gouttes 4×/j; lomefloxacin (Okacin[®] 3 mg) 1 goutte 2–3×/j (efficace contre le pseudomonas chez les porteurs de lentilles de contact) ou chloramphénicol (Spersanicol[®]) 1 goutte 4×/j; etc. En cas d'amélioration, la dose quotidienne peut être réduite après quelques jours à 2×/j. Une conjonctivite bactérienne devrait s'améliorer en 1–2 jours. Chez les patients peu observants (y compris les enfants) on préfère un onguent (trouble la vue pendant 20 minutes).

Conjonctivite herpétique

Le traitement est symptomatique. Les corticostéroïdes sont formellement contre-indiqués. En cas d'immunosuppression et d'atteinte de la cornée, un avis spécialisé est indispensable (de même pour le zona ophtalmique).

Conjonctivite allergique

En première intention il est préconisé de traiter par un antihistaminique topique: levocabastinum (Livostin[®]), 1 goutte 2×/j; kétotifène (Zaditen[®]) 1 goutte 2×/j. En cas d'utilisation prolongée (plus de 3–4 semaines), un effet rebond des symptômes peut survenir à l'arrêt du traitement et il est alors préconisé de passer à un traitement de 2^e intention qui consiste en un stabilisateur de membrane mastocytaire (cromoglycate, [Opticrom[®], Cromosol-ophta[®]]) 1–2 gouttes 4×/j, qui nécessite environ 2 semaines avant d'être efficace.

On peut associer un anti-inflammatoire non-stéroïdien topique de façon prolongée (par exemple Indophtal[®] ou Voltarène[®]).

Un traitement antihistaminique systémique qui peut engendrer une sécheresse oculaire risquant d'aggraver la symptomatologie n'est indiqué qu'en cas d'hypermensibilité très importante (par ex. allergie aux chats) ou de démangeaisons perturbant le sommeil.

Conjonctivite non spécifique

La surface conjonctivale régénère rapidement spontanément sans traitement; en cas de gêne importante un traitement lubrifiant simple peut être prescrit (Vismed[®], Liquifilm tears[®], Viscotears[®], etc).

Cave: Il n'y a pas d'indication à un traitement aux corticoïdes en cas de conjonctivite simple vue par un médecin de premier recours. Ceux-ci peuvent entraîner des complications graves (cicatrices cornéennes, perforations) s'ils sont prescrits en cas d'herpès ou de kératite bactérienne qui, tous les deux, peuvent se présenter par des yeux rouges avec un écoulement. Ils peuvent aussi engendrer des complications telles que le glaucome ou la cataracte et ne devraient être

prescrits que par un ophtalmologue en cas de kératite virale, de blépharites chroniques ou d'allergies graves.

Autres affections

Chalazion: le chalazion est traité par un lavage des sécrétions par un émulsifiant (shampooing bébé par ex.) associé à onguent antibiotique ± corticoïdes (par ex. framycétine + dexaméthasone [Frakidex[®]]); en cas d'atteinte cornéenne ou de chronicisation, un spécialiste devrait être consulté.

Episclérite: Le traitement consiste en un anti-inflammatoire non-stéroïdien topique si besoin.

Ptérygion: un traitement lubrifiant est suffisant; en cas de trouble de vision un traitement chirurgical s'avère nécessaire.

Les 3 points les plus importants à retenir

- Dans la plupart des situations, le médecin de premier recours est capable de reconnaître, diagnostiquer et traiter les causes d'œil rouge. En cas de traumatisme, de douleur oculaire importante, de photophobie, d'un trouble visuel, d'infiltrat cornéen ou d'hypopion, de maladie chronique, de récurrence ou résistance au traitement, une consultation ophtalmologique souvent en urgence est indispensable.
- La prescription des corticoïdes et des anesthésiques topiques est le domaine du spécialiste.
- La conjonctivite virale (ainsi que celle à chlamydia) est hautement contagieuse; le médecin doit faire très attention pour ne pas la transmettre à d'autres patients ou à lui-même.

Date de la première édition: 18 mars 2002 par

J. Sommer-Bühler E. Baglivo et H. Stalder

Pour tout renseignement, commentaire ou question:

Hans.Stalder@hcuge.ch

Cette stratégie est également disponible sur le web:

<http://www.hcuge.ch/dmc/fr-strateg.htm>

Références

- 1 Leibowitz HM. The red eye. N Engl J Med 2000;343:345–51.
- 2 Jacobs DS. Conjunctivitis and evaluation of the red eye. <http://www.Uptodate.com>
- 3 Rigal D. Un œil rouge. Rev prat 1990;1876–8.
- 4 Bertolini J, Pelucio M. The red eye. Emerg Med Clin North Am 1995;561–79.

