

## 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

---

**D**evant 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 périkératique*) : kératite aiguë, uvéite antérieure.

#### 3. Appréciation de la transparence cornéenne : recherche d'une diminution de transparence

• localisée (kératite)

• ou diffuse (évoquant l'œdème cornéen par hypertonie 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 synéchies 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 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.

---

## III. ÉTIOLOGIES

---

Elles rentrent dans plusieurs cadres :

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

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

##### • *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 (collyre à large spectre 4 à 6 fois par jour auquel on peut associer une pommade antibiotique le soir au coucher qui assure une couverture pendant la nuit).

##### • *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.

Il n'existe pas de traitement, si ce n'est la prescription d'un arrêt de travail ou l'éviction scolaire, ainsi que l'hygiène des mains et du linge de toilette pour éviter toute contamination de l'entourage.

##### • *Conjonctivites allergiques* :

De survenue saisonnière, bilatérales et récidivantes, chez des sujets atopiques.

Elles s'accompagnent de signes fonctionnels importants : larmoiement, prurit, ainsi que souvent d'un œdème palpébral et d'une rhinite allergique.

L'examen met en évidence la présence au niveau des conjonctives palpébrales de papilles de taille variable.

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

• Conjonctivites à chlamydiae :

*Conjonctivite chronique à chlamydiae* (« conjonctivite des piscines »).

- bilatérale, mucopurulente, à évoquer devant une conjonctivite chronique.
- le diagnostic peut être fait par une PCR sur un grattage conjonctival.
- traitement :
  - . azythromycine : une dose orale,
  - . ou collyre à la tétracycline.

*Trachome (conjonctivite à chlamydia trachomatis)*

- très fréquent, une des principales causes de cécité dans le tiers monde.
- il débute par une conjonctivite mais évolue vers une atteinte cornéenne (vascularisation de la partie supérieure de la cornée = pannus trachomateux), puis vers une fibrose du tarse (voir chapitre Rappel anatomique, Méthodes d'examen) entraînant un trichiasis (déviation des cils venant froter la cornée) et un entropion (voir 271 – pathologie des paupières), responsables d'ulcères cornéens qui se surinfectent et aboutissent à une cornée opaque.

• 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 trophicité 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 lissamine* (colorant qui imprègne sélectivement les cellules épithéliales conjonctivales et/ou cornéennes altérées).

Il s'agit :

- le plus souvent d'un syndrome sec par involution 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 aigüe** : 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, 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 préciser le type des ulcérations cornéennes et d'orienter vers leur étiologie.

Principales étiologies :

- Une *kératite à adénovirus* peut compliquer une conjonctivite à adénovirus (voir plus haut paragraphe conjonctivite) ; 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 sous-épithéliales fluo-négatives qui peuvent mettre plusieurs mois ou plusieurs années à régresser et s'accompagner pendant ce délai d'une baisse d'acuité visuelle.

• *Kératite herpétique* (+++)

Elle se traduit par une ulcération cornéenne d'aspect typique, de forme arborescente = « **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 semaine. 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.

Une culture virale à partir d'un prélèvement sur les bords de l'ulcère n'est que rarement nécessaire (doute diagnostique ou résistance au traitement).

Enfin, les kératites herpétiques peuvent être aggravées de façon majeure par une corticothérapie locale qui peut au maximum entraîner une perforation cornéenne : 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.

- Kératites zostériennes : le zona ophtalmique peut se compliquer soit d'ulcérations cornéennes superficielles, contemporaines de l'épisode aigu du zona, soit secondairement d'une kératite neuro-paralytique, grave (kératite dystrophique secondaire à l'anesthésie cornéenne).

- Kératites bactériennes, mycosiques et parasitaires :

Il s'agit le plus souvent d'abcès de cornée par surinfection bactérienne d'une ulcération traumatique (coup d'ongle, branche d'arbre) ou survenant sous une lentille de contact (+++) ; l'examen retrouve une plage blanche d'infiltration cornéenne, 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 :

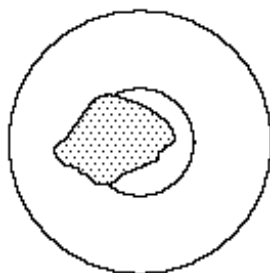
collyres antibiotiques administrés toutes les heures qui peuvent être suffisants dans les formes vus tôt et peu sévères,

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.

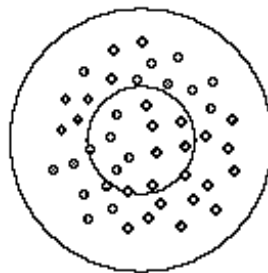
L'évolution peut être défavorable,

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

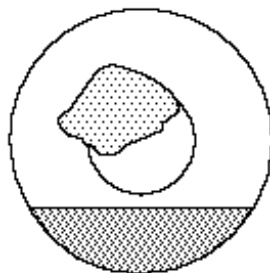
soit à distance par une taie cornéenne centrale responsable d'une baisse d'acuité visuelle définitive.



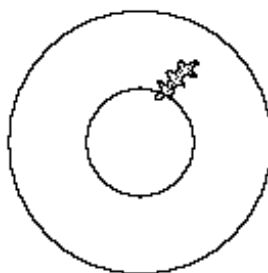
*ulcère cornéen*



*kératite ponctuée superficielle*



*ulcère cornéen à hypopion*



*kératite herpétique dendritique*

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

- « Kérato-conjonctivites sèches » : comme nous l'avons vu plus haut, le syndrome sec oculaire peut associer une atteinte cornéenne à l'atteinte conjonctivale.

- Kératites par innoclusion palpébrale, en particulier au cours des paralysies faciales : elles peuvent nécessiter une tarsorrhaphie .

**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.

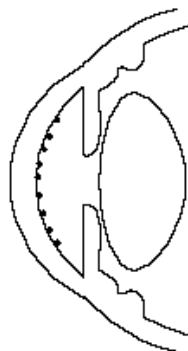
On retrouve à l'examen un cercle périkératique, une transparence cornéenne normale, une pupille en myosis, parfois des adhérences inflammatoires entre face postérieure de l'iris et capsule antérieure du cristallin (« synéchies irido-cristalliniennes » ou « synéchies postérieures »), responsable d'une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

L'examen à la lampe à fente peut retrouver :

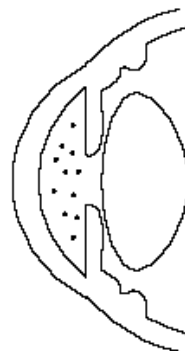
Le phénomène de Tyndall : présence de protéines et de cellules inflammatoires circulant dans l'humeur aqueuse,

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

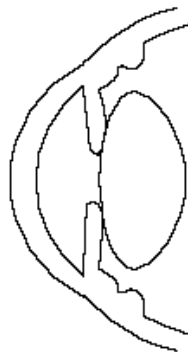
L'examen du fond d'œil doit être systématique à la recherche d'une atteinte vitréenne, rétinienne ou choroïdienne associée (= uvéite postérieure).



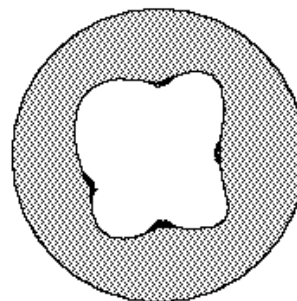
*précipités rétrocornéens*



*signe de Tyndall*



*synéchies postérieures avec déformation pupillaire*



La recherche d'une étiologie 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 sacro-iléite et surtout sur la recherche de l'*antigène HLA B-27*, d'autant que l'uvéite antérieure peut précéder l'atteinte des sacro-iliaques.

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

◇ *maladie de Still* de l'enfant : donne une uvéite antérieure sévère qui s'accompagne d'une cataracte et d'une kératite particulière (*kératite en bandelette*).

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

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

Le **traitement** associé :

traitement symptomatique local, systématique :

- *par collyres mydriatiques*, pour la prévention ou la suppression des synéchies postérieures,
- *et par corticoïdes 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 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 (secrétée par la 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 d'une mydriase déclenchée par le stress, le 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 diminuée de façon diffuse par l'œdème cornéen dû à l'hypertonie oculaire majeure ;
    - la pupille est en semi-mydriase aréfléctique (abolition du RPM direct et du RPM consensuel à l'éclaircissement de l'œil atteint) ;
    - la chambre antérieure est étroite, à l'examen à la 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 à l'examen gonioscopique une chambre antérieure et un angle irido-cornéen étroits.

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

- acétazolamide (Diamox®) par voie intraveineuse,
- Mannitol à 25% (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 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 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 présence d'une néovascularisation irienne ; son pronostic est très sévère.

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

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

L'œil présent une rougeur en secteur, associée à une douleur localisée ; la rougeur, de par son siège profond, ne disparaît pas à l'instillation d'un collyre vaso-constricteur, comme le ferait au contraire une vaso-dilatation conjonctivale.

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.