L'ŒIL ROUGE

Auteurs : Dre Manon Prats, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Dr Luan Malushaj, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG

Experts :
Ophtalmologie — Dr Emmanouil Blavakis, Service d'Ophtalmologie, HUG
Médecine de famille — Pre Noelle Junod-Perron, Département de santé et médecine communautaires, Faculté de médecine, Université de Genève

Superviseuse : Dre Silésia da Graça, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG

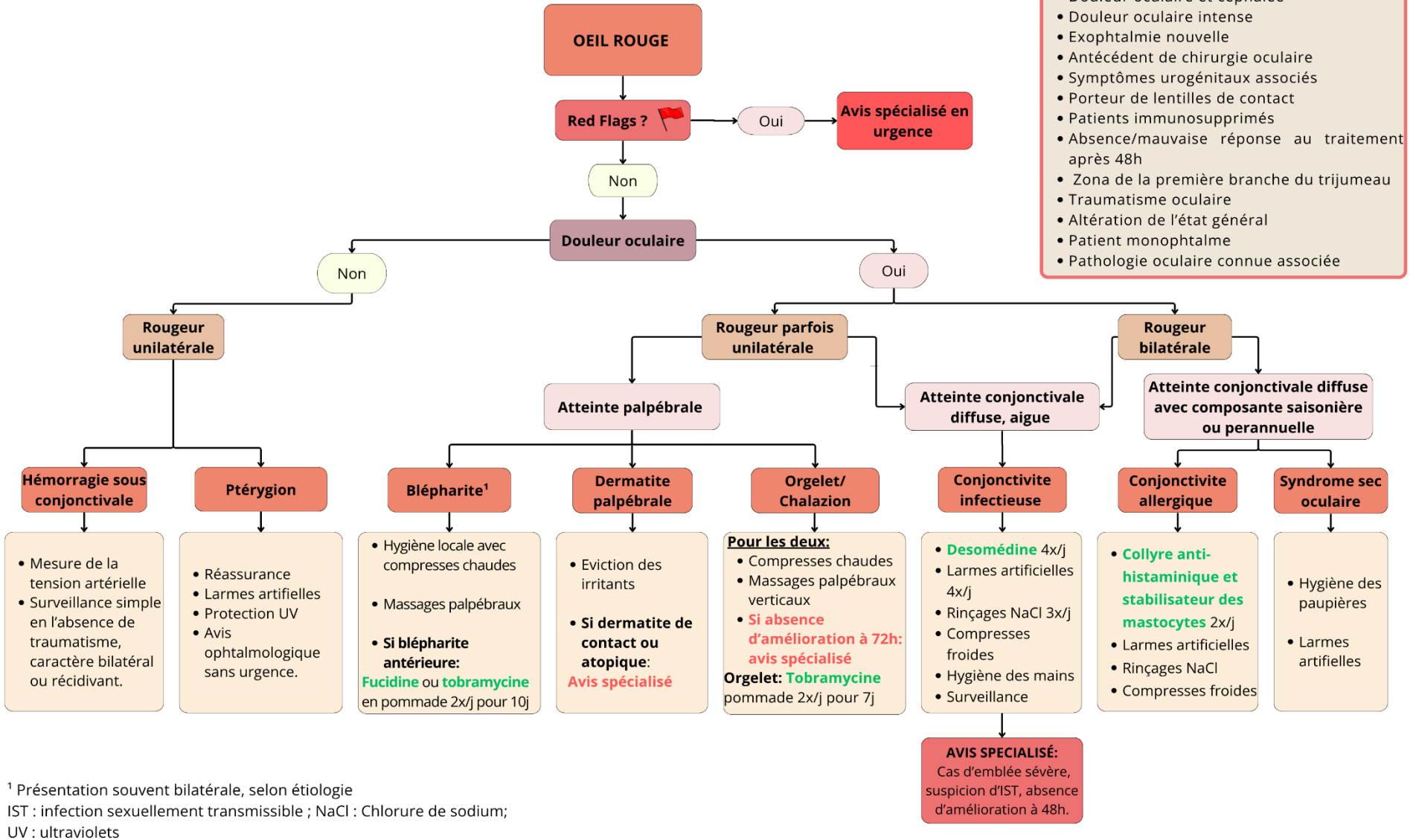
Comité Editorial : Dre Mayssam Nehme, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG
Pre Dagmar Haller, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & Institut Universitaire de Médecine de Famille et de l'Enfance (IuMFE), UNIGE
Pr Idris Guessous, Service de médecine de premier recours (SMPR), HUG & UNIGE

2025

LES POINTS À RETENIR

- Il est important de comprendre les différentes causes de l'œil rouge et de savoir quand il est nécessaire d'orienter les patients vers un ophtalmologue.
- En cas de traumatisme, de douleur oculaire importante, de photophobie, d'un trouble visuel, d'infiltrat cornéen ou d'hypopion, de maladie chronique oculaire, de récidive ou résistance au traitement, une consultation ophtalmologique en urgence est souvent indispensable. Attention particulièrement au patient diabétique, chez qui la douleur peut être absente.
- La prescription des corticoïdes topiques est le domaine du spécialiste.
- La conjonctivite virale (ainsi que celle à chlamydia) est hautement contagieuse. Les mesures d'hygiène destinées à éviter la propagation doivent être respectées tant par les patients que par le personnel soignant, afin de ne pas contaminer d'autres patients ou soi-même.

ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DE L'ŒIL ROUGE :



[1] Présentation souvent bilatérale, selon étiologie
IST : infection sexuellement transmissible ; NaCl : Chlorure de sodium;
UV : ultraviolets

L'ŒIL ROUGE

1. INTRODUCTION

L'œil rouge représente 2 à 3 % des motifs de consultation chez les médecins de premier recours (MPR) [1]. Il est souvent accompagné d'autres symptômes comme un prurit, des douleurs ou des sécrétions, permettant une orientation diagnostique. Ce texte se limite aux recommandations concernant l'attitude face à l'œil rouge pour le MPR et n'a pas la prétention de couvrir de manière exhaustive les différentes pathologies ophtalmologiques.

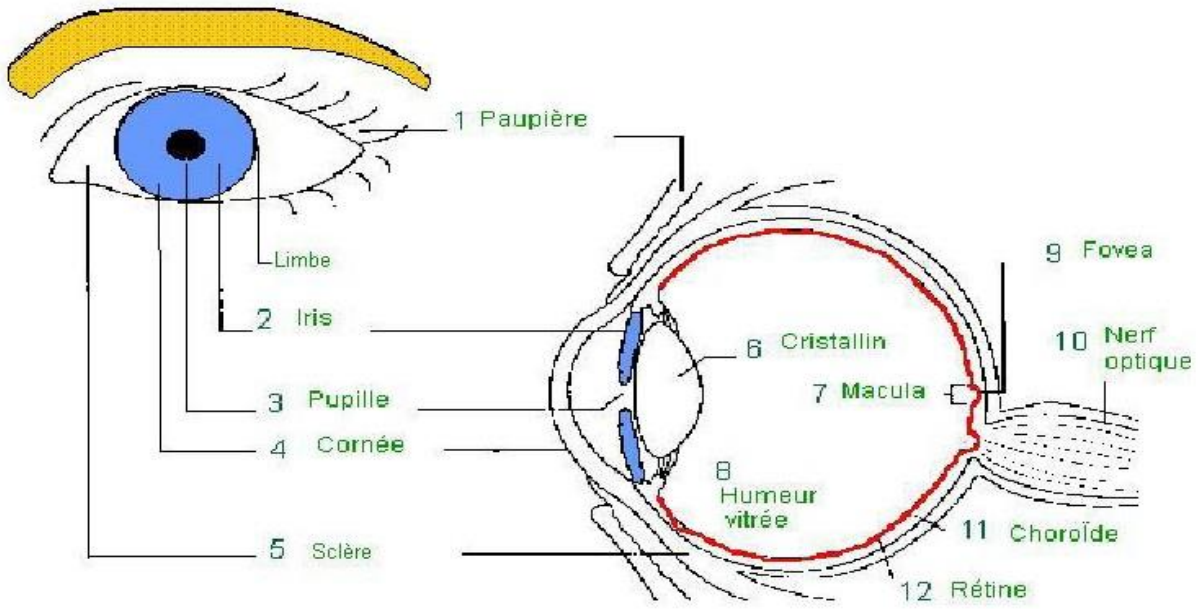


Figure 1. Rappel anatomique de l'œil

2. DEFINITION / CLASSIFICATION / ETIOLOGIE

L'œil rouge est un signe non spécifique pouvant traduire une affection bénigne ou une pathologie plus grave menaçant le pronostic visuel.

Face à un œil rouge atraumatique, il est essentiel de rechercher la présence d'une anomalie visuelle ou d'une douleur afin d'identifier une atteinte susceptible de compromettre la fonction visuelle. Ci-dessous un tableau qui résume les affections associées à un œil rouge, en fonction des structures anatomiques touchées (**tableau 1**).

Affections associées aux différentes structures anatomiques	
Paupière	Blépharite
	Chalazion
	Orgelet
	Ectropion / entropion*
Conjonctive	Conjonctivite infectieuse
	Conjonctivite allergique
	Œil sec
	Ptérygion*
	Hémorragie sous-conjonctivale
Cornée	Lésion traumatique
	Kératite**
	Corps étranger
Sclère / épisclère	Sclérite / épisclérite
	Fistule carotido-caverneuse
Uvée	Uvéite inflammatoire
	Uvéite infectieuse
Angle irido-cornéen	Crise aiguë de fermeture d'angle
	Glaucome néo-vasculaire***

Tableau 1 : Liste des affections associées à un œil rouge, en fonction des structures anatomiques touchées.

Pouvant être pris en charge par le MPR
A adresser au spécialiste

***** Une lubrification peut être prescrite en première attention mais en suite la consultation spécialisée est indispensable.

****** Œil rouge douloureux, associé à une photophobie, une sensation de corps étranger et un blépharospasme évoque une kératite.

***A évoquer si symptômes de glaucome aigu chez un patient diabétique.

3. SYMPTOMES ET SIGNES D'ALARME (« Red Flags »)

L'évaluation par le MPR comprend :

- Une appréciation de l'état général du patient
- Une anamnèse approfondie avec exclusion des red-flags (**tableau 2**)
- Un examen clinique systématisé pour les différentes structures anatomiques et comparatif : inspection bilatérale, éversion palpébrale, analyse des sécrétions et examen neurologique (réflexe pupillaire, champs visuel,etc).

Remarques : l'examen clinique sans les moyens utilisés par l'ophtalmologue – en particulier la lampe à fente - est limité. L'appréciation du tonus oculaire par palpation des globes oculaires n'est pas recommandée car trop peu fiable.

RED-FLAGS OU DRAPEAUX ROUGES :

- Baisse de la vision (vision floue et/ou diminuée)
- Diplopie (vision double)
- Anisocorie nouvelle
- Photophobie
- Halos visuels autour des sources lumineuses
- Douleur oculaire et céphalée
- Douleur oculaire intense
- Exophtalmie nouvelle (fistule carotido-caverneuse)
- Antécédents d'intervention chirurgicale/geste oculaire sur l'œil symptomatique
- Symptômes urogénitaux associés [a]
- Porteur de lentilles de contact [b]
- Patient immunosupprimé
- Pas de réponse après 48 heures de traitement
- Zona de la première branche du trijumeau (aile du nez, œil, front)
- Traumatisme oculaire (contusions, plaies, brûlures) [c]
- Altération de l'état général [d]
- Patient monophtalme
- Patient connu pour une pathologie oculaire

Tableau 2 : Symptômes et signes d'alarme indiquant un examen spécialisé en urgence.

a) En cas de conjonctivite récidivante ou associée à des symptômes urogénitaux, une infection sexuellement transmissible doit être suspectée : lancer la recherche de Chlamydia et Gonocoque urinaires (PCR/Culture urinaire) et/ou un prélèvement conjonctival (PCR sur frottis conjonctival), puis traiter le patient par voie systémique (Doxycycline 100 mg 2x/j pendant 7 jours ou Azithromycine 1g P.O + Ceftriaxone 1g IM) et son partenaire en cas de culture positive. Il n'est pas nécessaire d'appeler le spécialiste sur la nuit, mais proposer au patient de se rendre dès le lendemain matin aux urgences ophtalmologiques.

b) Chez les porteurs de lentilles : risque infectieux plus important et évolution plus rapide. Adresser ces patients en urgence chez un ophtalmologue. Demander au patient de retirer ses verres de contact et les conserver dans un étui pour l'analyse bactériologique. Il y a notamment un risque de kératite infectieuse.

c) En cas de brûlure oculo-palpébrale par acide, base, solvant, détergent, etc. : il convient dans un premier temps, avant de référer au spécialiste, d'irriguer abondamment l'œil avec de l'eau du robinet ou Ringer ou solution saline pendant 30 minutes au minimum (plusieurs litres) !

d) Concerne également tout patient qui ne peut pas faire part de sa problématique oculaire (par ex. : patient septique ou confus, ne pouvant s'exprimer, comme les enfants en bas âge). Dans ces cas, ne pas banaliser l'œil rouge mais demander un avis ophtalmologique en urgence.

4. PATHOLOGIES DES PAUPIÈRES.

4.1. BLÉPHARITE :

La Blépharite est une affection ophtalmologique courante caractérisée par une inflammation palpébrale.

Classification et étiologie selon la localisation :

- Blépharite antérieure : inflammation du bord antérieur des paupières, impliquant la peau, les cils et les follicules. Causée principalement par une infection à staphylocoque (germe le plus fréquent) ou dans un contexte de dermatite séborrhéique.

- Blépharite postérieure : inflammation du bord postérieur des paupières, associée à un dysfonctionnement des glandes de Meibomius, par obstruction anatomique et hypersécrétion le plus souvent [2].

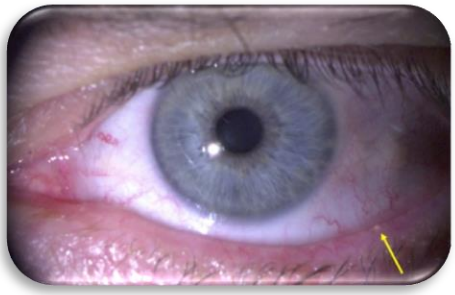


***Figure 2** : Blépharite antérieure. Discrète rougeur conjonctivale avec érythème du bord libre des paupières, télangiectasies et dysfonctionnement des glandes de Meibomius (flèche).*



Figure 3 :Blépharite postérieure. Rougeur du bord postérieur de la paupière inférieure et injection conjonctivale.

Symptômes : gêne/douleur, démangeaisons, irritation, sensation de corps étranger, larmoiement, photophobie, vision floue. Les symptômes sont généralement plus prononcés le matin, bien que chez les patients atteints de sécheresse oculaire associée, ils puissent s'aggraver au cours de la journée.

Signes : bords libres de la paupière enflammés avec éventuelle présence de croûtes, injection conjonctivale (blépharoconjonctivite). Des infiltrats cornéens peuvent survenir avec infection staphylococcique sévère.

Traitement :

- Compresses chaudes 4x/jour afin de maintenir le bord palpébral propre, ablation douce des croûtes à l'aide d'un coton-tige (Q-tip).
- Massages palpébraux verticaux.
- Larmes artificielles pour la sécheresse oculaire associée.
- La blépharite antérieure a souvent une composante infectieuse et nécessite des antibiotiques topiques : Acide fusidique (Fucidine) ou Tobramycine pommade 2 x/jour pendant 10 jours.

Quand référer en urgence : en cas de cellulite pré septale, vision floue/photophobie, douleur sévère, symptômes chroniques, récurrents ou si symptômes réfractaires. En cas de blépharite postérieure adresser le patient sans urgences chez un ophtalmologue [3–5].

4.2. CHALAZION/ORGELET [6,7]

Il est parfois cliniquement difficile de différencier le chalazion de l'orgelet. Les présentations, facteurs de risques et les traitements étant globalement similaires nous les avons regroupés**.**

L'orgelet est un abcès d'un follicule ciliaire et de sa glande de Zeiss associée, le plus souvent d'origine staphylococcique.
Le chalazion est une inflammation granulomateuse de l'une des glandes de Meibomius (sébacées).



Figure 4 : Orgelet. Tuméfaction et rougeur de la paupière avec sécrétions purulentes centrées sur un follicule ciliaire (flèche).



Figure 5 : Chalazion. Tuméfaction nodulaire et rougeur localisée de la paupière.

Facteurs de risque : mauvaise hygiène des paupières, dysfonctionnement des glandes de Meibomius, traumatisme des paupières, blépharite chronique, rosacée et dermatite séborrhéique [8].

Symptômes : douleurs palpébrales, possible sensation de corps étranger, larmoiement, sensation d'irritation dans l'œil affecté.

Signes :

- **Orgelet :** Présence d'un nodule rouge et douloureux localisé sur le bord de la paupière, s'accompagnant d'un œdème, généralement centré par un follicule ciliaire. A noter parfois la présence de sécrétions purulentes au niveau du follicule.
- **Chalazion** : nodule palpébral ferme situé dans l'épaisseur tarsale, avec signes inflammatoires locaux.

CAVE : Un chalazion persistant ou récurrent peut évoquer un carcinome sébacé.

Traitement :

- Compresses chaudes et massage doux, verticaux de la paupière 3 fois par jour pendant 10-15 minutes. L'hygiène régulière des paupières permet généralement une évolution favorable pour les deux pathologies.
- Une pommade d'antibiotique par Tobramycine (Tobrex ®) 2x/jour pendant 7 jours est recommandé en cas de clinique franche d'orgelet [9].
- En médecine de premier recours, l'utilisation des corticoïdes topiques comme la dexaméthasone (Tobradex®) est à éviter sans un examen ophtalmologique préalable à la lampe à fente, en raison des risques d'effets indésirables tels que le glaucome ou la cataracte [10,11].

Quand adresser en urgence : Si cellulite pré-septale, orbitaire ou en l'absence d'amélioration clinique après 3 jours de traitement pour les deux pathologies.

4.3. Dermatite des paupières :

La dermatite de contact allergique est la forme la plus fréquente. Les autres formes de dermatites palpébrales sont la dermatite atopique, séborrhéique ou de contact.

Symptômes : prurit fréquent.

Signes : érythème, parfois xérose palpébrale, squames, œdème.

Traitement : selon l'étiologie sous-jacente.

- Éviction des allergènes et irritants potentiels, tels que les cosmétiques
- Pour la dermatite de contact et la dermatite atopique, une corticothérapie topique est recommandée nécessitant le recours à un ophtalmologue [12].
- En cas de prurit important, un traitement antihistaminique per os peut être proposé.

4.4. ENTROPION/ECTROPION :

Il s'agit d'une malposition du bord libre de la paupière avec déviation des cils en dedans (**entropion**) ou en dehors (**ectropion**) pouvant provoquer une irritation conjonctivale et des lésions cornéennes [13–15].

Complications :

- **Entropion** : lésion conjonctivales et cornéennes dues au frottement des cils sur la surface oculaire.
- **Ectropion** : larmoiement, sécheresse oculaire, kératite d'exposition.

Traitement :

- En cas de gêne oculaire liée à un ectropion (irritation) : proposer des larmes artificielles, gels lubrifiants et/ou de la pommade vitamine A.
- En cas d'entropion, adresser à l'ophtalmologue dans les 7 jours raison d'un risque de lésion cornéenne ultérieure [13,14].

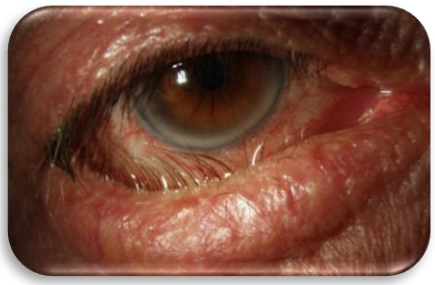


Figure 6 : Entropion. Paupière inférieure tournée vers l'intérieur avec cils en contact avec la conjonctive et la cornée

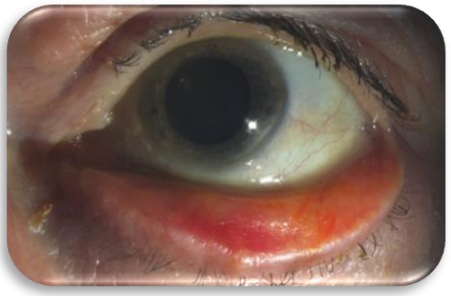


Figure 7 : *Ectropion. Paupière inférieure tournée vers l'extérieur avec érythème de la conjonctive palpébrale*

5. PATHOLOGIE CONJONCTIVALE

La conjonctive est une membrane transparente qui recouvre la face interne des paupières, la sclère visible, et se termine au limbe scléro-cornéen [16].

5.1. CONJONCTIVITES :

5.1.1. CONJONCTIVITE INFECTIEUSE :

Parmi les infections oculaires, la conjonctivite aigue est la pathologique la plus fréquemment rencontrée par les médecins de premier recours. [17].

Étiologie :

- Chez l'adulte : origine virale dans environ 80% des cas, causées très majoritairement par l'Adénovirus. Pour l'étiologie bactérienne, les staphylocoques, les streptocoques ainsi que les Haemophilus, Moraxella et Neisseria sont des pathogènes fréquents [18].
- Chez l'enfant : origine principalement bactérienne (Haemophilus influenzae, Staphylocoques aureus) [19].

Il est cliniquement difficile de faire la différence entre une origine virale et bactérienne. Certains éléments permettent une orientation diagnostique (voir **tableau 3**), mais aucun signe ou symptôme unique ne permet de différencier les deux entités [19].

Une conjonctivite folliculaire unilatérale, associée à une éruption vésiculaire et un érythème péri lésionnel palpébral, est évocatrice de conjonctivite herpétique.



***Figure 8**: Conjonctivite infectieuse. Hyperémie conjonctivale bulbaire et sécrétions mucopurulentes en regard du bord ciliaire inférieur.*

Eléments cliniques	Plutôt viral	Plutôt bactérien
Age < 12 ans	Rare	Fréquente
Age > 12 ans	Fréquente	Rare
Sensation de brûlure	Fréquente	Rare
Sensation de corps étranger	Fréquente	Rare
Secrétions séromuqueuses	+++	-
Sécrétions purulentes		+++
Lymphadénopathie préauriculaire	Fréquente	Rare
Hémorragies conjonctivales et/ou sous-conjonctivales	Fréquente	Rare
Notion de contage	Fréquente	Rare
IVRS/Symptômes gastro-intestinaux associés	Fréquente	Rare

Tableau 3 : Éléments cliniques en faveur d'une origine bactérienne ou virale (adapté de O'Brien et al.) [20].

Diagnostic :
Le diagnostic est clinique dans la majorité des cas.
Les examens bactériologiques et virologiques (culture, PCR) sont utiles en cas de suspicion d'infection sexuellement transmissible (conjonctivite hyper purulente) [21], de persistance des symptômes malgré un traitement antibiotique ou de conjonctivite particulièrement sévère qui dans ces cas seront adressés au spécialiste [20,22].

Prise en charge :
La majorité (60%) des conjonctivites infectieuses se résolvent spontanément en 1 à 2 semaines [23]. Plusieurs auteurs recommandent une observation sans traitement antibiotique d'emblée pour les conjonctivites bactériennes peu sévères [24].

La prise en charge repose principalement sur les **soins de supports** : des rinçages avec ampoules de NaCl 0.9% 10 ml 3 fois par jour ainsi que l'administration de larmes artificielles 4 fois par jour (ex : Lacrycon®) sont nécessaires.

Que la conjonctivite soit d'origine virale ou bactérienne, il est généralement conseillé d'instiller 2 gouttes d'Hexamidine (Désomédine) dans l'œil atteint, 4 fois par jour pendant 10 jours.

Des compresses humidifiées avec de l'eau froide pour retirer les sécrétions et diminuer l'œdème palpébral peuvent être utilisées, à noter que de l'eau du robinet suffit. Un lavage répété des mains est important pour limiter la transmission.

La prescription de corticoïdes topiques par les MPR est à bannir étant donné qu'ils sont contre-indiqués en cas d'infection virale, pour l'HSV notamment [10,11].

Chez l'enfant, la conjonctivite infectieuse est majoritairement bactérienne et nécessite la mise en place d'une antibiothérapie topique.

Chez l'adulte les critères posant l'indication à l'antibiothérapie topique d'emblée sont : l'immunodépression, le port de lentilles de contact, une chirurgie oculaire récente, un patient monophtalme, nécessitant tous un recours au spécialiste.

Choix d'antibiotiques : Azithromycine [24] (Azyter®) 1 goutte 2x/jour pendant 3 jours (CAVE : possible sensation de brûlure) ou Tobramycine (Tobrex®) 1 goutte 4x/jour pendant 1 semaine. Chez les enfants de moins de 2 ans, l'Azyter® peut être favorisé.

Arrêt de travail :
La conjonctivite virale étant extrêmement contagieuse, l'arrêt de travail est souvent recommandé et individualisé, selon le risque de contagion lié à la profession.
Pour les conjonctivites d'origine bactérienne avérées, une autorisation de retourner au travail/école est donnée dès 24-48 heures d'antibiothérapie efficace.

5.1.2. CONJONCTIVITE ALLERGIQUE :

Plusieurs types de conjonctivites allergiques sont décrites dans la littératures [25]. Dans cette stratégie, nous traiterons des **conjonctivites allergiques saisonnières et perannuelles**. Elles sont liées au contact entre un allergène (pollen, poussières, etc.) et la surface de l'œil. Elles touchent environ 40% de la population. Il s'agit d'une réaction d'hypersensibilité IgE médiée (type 1) [26].

Anamnèse : terrain atopique, rhinite allergique.

Symptômes : atteinte bilatérale le plus souvent avec un prurit important au premier plan, larmoiements, sécrétions aqueuses. Une rhinite est souvent associée.

Signes : rougeur de la conjonctive, chémosis (œdème de la conjonctive parfois visible comme un bourrelet circulaire au pourtour du limbe scléro-cornéen), sécrétions séromuqueuses.

Traitement :

- Éviction de l'allergène.
- Toilette oculaire avec compresses froides pour diminuer l'œdème.
- Rinçages avec 10 ml de NaCl 0.9% 3x/jour.
- Larmes artificielles [26] 4x/jour : diminuent la gêne, diluent les allergènes et pallient la sécheresse oculaire souvent associée (perturbation du film lacrymal induite par le chémosis).
- Collyres associant **antihistaminique** et **stabilisateur des mastocytes** [27] (des exemples de traitements sont donnés dans le **Tableau 5**).
  Posologie : 2x/j en réserve, selon la clinique, maximum 2 mois de suite. Préférer les formulations monodoses (= sans agents conservateurs).

Le traitement topique oculaire est plus efficace que les antihistaminiques oraux, mais peuvent mettre jusqu'à 48h pour être effectif.

Les manifestations chroniques sévère, avec des exacerbations fréquentes lors des saisons chaudes et ensoleillées, ou compliqués d'une kératite (ex : kérato-conjonctivite vernale), nécessitent une évaluation par le spécialiste afin de discuter l'introduction d'une corticothérapie ou d'immunosuppresseurs locaux (ciclosporine) [27,28].



Figure 9: : Conjonctivite virale. Tuméfaction des paupières et rougeur conjonctivale diffuse avec léger chémosis

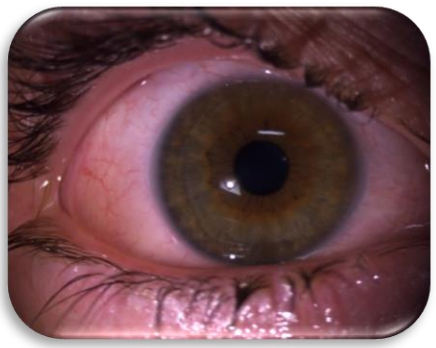


Figure 10: Conjonctivite allergique. Légère hyperémie conjonctivale diffuse avec chémosis

	Conjonctivite virale non herpétique	Conjonctivite bactérienne	Conjonctivite à gonocoque/chlamydia	Conjonctivite allergique
Contexte	• Épidémique • IVRS récente ou notion de contage	Enfants, parfois épidémique	• Anamnèse sexuelle à risque • Symptômes urogénitaux	• Exposition à un allergène • Terrain atopique • Rhinite associée
Installation	• Progressive • Souvent unilatérale puis bilatérale par transmission à l'autre œil en 2-3 jours	• Rapide • Souvent unilatérale puis bilatérale	• Gonocoque : Rapide, fortement symptomatique • Chlamydia : Progressive, sur plusieurs jours à semaines	Progressive, par poussées
Symptômes	• Gêne oculaire • Sensation de brûlure ou de corps étranger	• Douleurs légères à modérées • Picotements	Douleurs importantes (gonocoque)	Prurit et larmoiement au 1er plan
Sécrétions	• Claires • Séreuses ou muqueuses	• Purulentes ou muco-purulentes • Abondantes	Souvent hyperpurulente	Claires
Aspect de la conjonctive	• Follicules • Hémorragies	Papilles	Papilles	Papilles (pavage conjonctival)
Adénopathie pré-auriculaire	Fréquente	Rare	Rare	Absente
Évolution	Autolimitée en 2-3 semaines	Généralement autolimitée en 5 à 8 jours	Rapide en quelques jours, avec développement d'une conjonctivite hyperpurulente	Chronique, caractère saisonnier ou perannuel
Examens complémentaires	Non nécessaires en l'absence de critères de gravité	Non nécessaires en l'absence de critères de gravité	PCR/culture urinaire et/ou prélèvement conjonctival	Non nécessaires en l'absence de critères de gravité

Prise en charge	• Rinçages **NaCl** 3x/j • **Larmes artificielles** 4x/j • **Désomédine** 4x/j pendant 10j • **Compresses froides** • Consignes de lavage des mains et d'éviction sociale	• Rinçages **NaCl** 3x/j • **Désomédine** 4x/j pendant 10j • **Larmes artificielles** 4x/j • **Compresses froides** • **Lavage des mains** • Chez l'enfant : **Azithromycine** collyre • **En l'absence d'amélioration à 48-72h, référer au spécialiste.**	• Traitement systémique : **Ceftriaxone** 1g IM et **Azithromycine** 1g ou **Doxycycline** 100 mg 2x/j pendant 7 j • Rinçages **NaCl** 3x/j • **Larmes artificielles** 4x/j • **Compresses froides** **Adresser au spécialiste**	• Éviction de l'allergène • Rinçages **NaCl** 3x/j • Protection UV • Compresses froides • **Larmes artificielles** 4x/j • **Collyres antihistaminiques et stabilisateurs des mastocytes** 2x/j, durée selon clinique, maximum 2 mois.

Tableau 4: Présentation clinique, évolution et prise en charge des conjonctivites les plus courantes : [28–30]

5.2. PTÉRYGION [31,32]

Le ptérygion est une prolifération conjonctivale, le plus souvent du côté nasal, empiétant sur la cornée en avançant progressivement vers le centre.

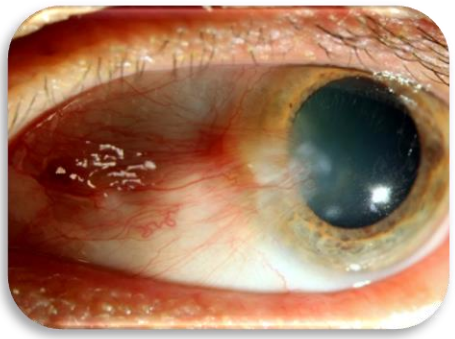


***Figure 11**:* Ptérygion. Épaississement et rougeur avec envahissement de la cornée nasale

Symptômes : indolore ou sensation de sable, rougeur, irritation. Une atteinte du champ visuel est possible.

Facteurs de risque : exposition chronique aux rayons UV notamment en haute altitude, irritations environnementales (vent, poussières), facteurs génétiques et immunologiques, sexe masculin, âge avancé.

Prise en charge :

- Conservatrice en 1er lieu : réassurance, larmes artificielles, protection des UV (lunettes, chapeau), adresser le patient à un ophtalmologue sans urgence.
- Chirurgical : si menace visuelle, gêne esthétique ou irritation chronique.

5.3 HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE [33,34]

Il s'agit d'une accumulation de sang entre la conjonctive et la sclère, par saignement des vaisseaux conjonctivaux ou épiscléraux.

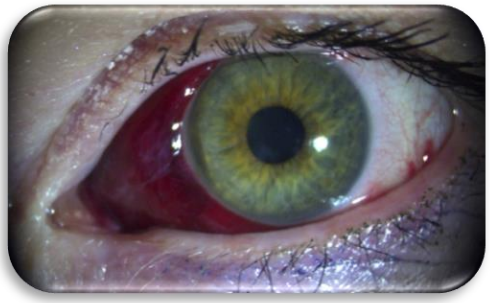


Figure 12: : Hémorragie sous-conjonctivale
Accumulation localisée de sang sous la conjonctive.

Symptômes : habituellement aucun, une gêne légère éventuellement.

Signes : nappe hématique sous-conjonctivale bulbaire, le plus souvent localisée. Pas de sécrétions.

Etiologies :

- Souvent spontané, idiopathique
- Dans un contexte d'anticoagulation, trouble de la crase, pic hypertensif, manœuvres de Valsalva.
- Traumatique : parfois mineur, corps étranger, frottement

Prise en charge :

- En cas d'atteinte unilatérale et unique : contrôle de la tension artérielle systématique, réassurance, larmes artificielles pour soulager la gêne occasionnellement associée. Il faut surtout s'assurer qu'il n'y pas d'autres localisations de saignement extra oculaire.
- En cas de récidive et/ou de caractère bilatéral : compléter le bilan un contrôle de la crase et un dosage des thrombocytes.

Évolution : Résorption spontanée en 2-3 semaines en passant par les stades de la biligénie.

CAVE : Une consultation ophtalmologique urgente est justifiée dans les contextes traumatiques. En l'absence de résorption à 3 semaines, envisager une pathologie sous-jacente et adresser au spécialiste.

5.4 SÉCHERESSE OCULAIRE

Le syndrome sec oculaire (SSO) est une pathologie très fréquente due à une insuffisance lacrymale quantitative ou qualitative, menant à une mauvaise lubrification de la surface oculaire [25].

Étiologies : Plusieurs facteurs peuvent entrainer l'apparition d'un SSO tels qu'un dysfonctionnement des glandes de Meibomius, des pathologies systémiques (Syndrome de Sjörgen, diabète, polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux disséminé …), une malocclusion ou rétraction palpébrale [35,36].
L'exposition aux polluants atmosphériques, à la fumée de cigarette, aux particules en suspension, ainsi que des conditions climatiques particulières (air sec, l'exposition au vent) peuvent favoriser la sécheresse. De plus, certaines habitudes quotidiennes, telles que des efforts visuels prolongés (écrans, lecture), une mauvaise hygiène des paupières ou le port de lentilles de contact, amplifient ce phénomène [35,36].

Symptômes : Sensation de corps étranger, de brûlure et douleurs superficielles en rapport avec l'atteinte de l'épithélium conjonctival. Dans les formes sévères, une baisse de vision peut survenir, le plus souvent liée à une atteinte de l'épithélium cornéen (kératoconjonctivite sèche) [25,35].

Signes : rougeur oculaire généralement modérée, souvent bilatérale.

Diagnostic : le diagnostic en MPR peut être difficile et repose principalement sur l'anamnèse et la réponse au traitement symptomatique.

Prise en charge :

- Le traitement est avant tout symptomatique, au long cours par larmes artificielles : Lacrycon® 4x/jour.
- Éducation sur l'éviction des facteurs aggravants (utilisation des écrans, chauffage, climatisation) [36].
- En cas de mauvais contrôle des symptômes, orienter le patient vers un ophtalmologue sans urgence pour un éventuel traitement spécialisé (ex : cyclosporine) et un suivi à long terme.

Classe	Exemples de médicaments	Posologie	Indication
Collyres anti-histaminiques et stabilisateurs des mastocytes	• Ketotifène (Zabak®, Zaditen®) • Olopatidine (Opatonol®)	2x/j	Conjonctivite allergique
Collyres antibiotiques	**1ère intention :** • Azythromycine (Azyter®) • Tobramycine (Tobrex®) **Autres :** • Ciprofloxacine (Ciloxan®)* • Ofloxacine (Floxal®)* • Moxifloxacine (Vigamox®)*	• Azyter® : 2x/j pendant 3j • Tobrex®: 4x/j pendant 7j	Conjonctivite bactérienne Kératite bactérienne
Larmes artificielles	• Acide hyaluronique sodique (Lacrycon®) • Carbomère (Lacrinom®)	Selon besoin	Sécheresse oculaire Conjonctivites
Vitamine A	• Rétinol pommade (vitamine A blache®)	1x/j au coucher	Sécheresse oculaire sévère avec lésions cornéenne

Tableau 5 : Exemples de traitements ophtalmologiques remboursés en MPR [37]

* À éviter en MPR car d'usage réservé aux infections graves ou chez les porteurs de lentilles.

6. ŒIL ROUGE NÉCESSITANT UNE PRISE EN CHARGE D'EMBLÉE, ET EN URGENCE, PAR UN OPHTALMOLOGUE (cf. tableau 2 pour symptômes et signes d'alarme)

6.1 KÉRATITE

Il s'agit d'une inflammation cornéenne, souvent associée à une inflammation conjonctivale. L'atteinte de la cornée est fréquemment d'origine infectieuse (bactérienne++, virale, parasitaire et fongique) [38–41].
Des causes non infectieuses sont aussi possibles : traumatique, photokératite suite à l'exposition aux rayonnements UV.

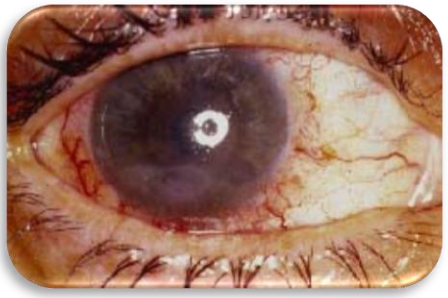


***Figure 13** : Kératite. Cercle périkératique*

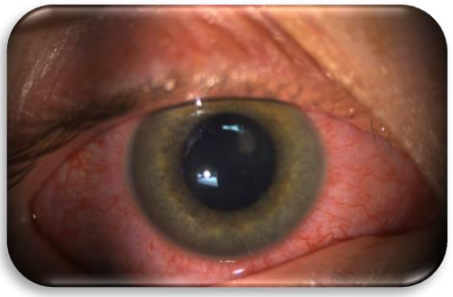


***Figure 14** : Kératite infectieuse. Hyperémie conjonctivale diffuse avec tâche blanchâtre visible au niveau de la cornée.*

Facteurs de risques : port de lentilles de contact, traumatisme ou chirurgie oculaire récente, paralysie du nerf facial ou de la 1ère branche du trijumeau (kératoplastie exposition ou neurotrophique).

Symptômes : oeil rouge douloureux, associé à une photophobie souvent au 1er plan, sensation de corps étranger, larmoiement, blépharospasme et parfois des troubles visuels.

Signes : rougeur périlimbique (cercle périkératique), opacification cornéenne blanchâtre, écoulement purulent si surinfection.

Complication : perte de vision irréversible, risque de perforation.

Prise en charge : adresser à l'ophtalmologue en urgence en cas de suspicion clinique.

6.2 SCLÉRITE/ÉPISCLÉRITE

Concerne une atteinte inflammatoire de la sclère (transmurale, profonde) ou de l'épisclère (superficielle, sous la conjonctive) [42–44]. Les deux entités sont souvent associées à une pathologie systémique telle que la polyarthrite rhumatoïde, la polyangéite, le lupus érythémateux disséminé, la goute ou la polymyosite.



***Figure 15** : Sclérite. Rougeur conjonctivale et sclérale intense, localisée en temporale.*

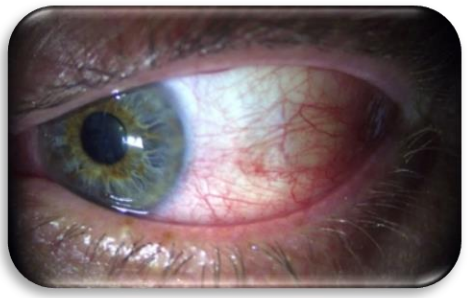


***Figure 16** : Épisclérite. Rougeur épisclérale localisée en infratemporale associée à une blépharite.*

Symptômes :

- L'épisclérite : douleur oculaire légère à modérée, avec sensation d'irritation et larmoiement sans atteinte de vision.
- La sclérite : douleur oculaire sévère, exacerbée par mouvement ou la palpation oculaire, pouvant irradier au reste du visage.

CAVE : une photophobie et/ou une perte de vision sont possible en cas de sclérite nécrosante.

Signes : Rougeur localisée de la sclère et/ou épisclère, accompagnée de chémosis.

Prise en charge : adresser le patient chez un ophtalmologue pour évaluation clinique et bilan complémentaires.

6.3 FISTULE CAROTIDO-CAVERNEUSE

Il s'agit d'une pathologie rare due à une communication anormale entre l'artère carotide (interne ou externe) et les veines du sinus caverneux. Elle est souvent secondaire à un traumatisme crânien ou à des anomalies vasculaires (rupture d'un anévrisme de la carotide, thrombose du sinus caverneux, dysplasie fibromusculaire etc) [45–47].

Symptômes : douleurs oculaires, céphalées, flou visuel, diplopie, acouphènes pulsatiles. À noter une présentation parfois indolore.

Signes : rougeur typiquement unilatérale avec congestion conjonctivale massive et hémorragique (correspond à la dilatation des vaisseaux épiscléraux secondaire à la communication artério-veineuse), exophtalmie parfois pulsatile, chémosis.

Prise en charge : évaluation en urgence par l'ophtalmologue (risque de perte de vision, d'AVC et d'hypertension intracrânienne pouvant menacer le pronostic vital)

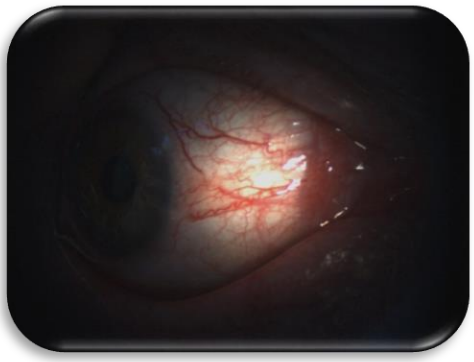


***Figure 17** : Fistule carotido-caverneuse. Dilatation tortueuse des vaisseaux scléraux et épiscléraux.*

6.4 UVÉITE

Il s'agit d'une inflammation de l'uvée antérieure (irido-cyclite), intermédiaire (vitrite ou pars planite), postérieure (chroroidite, rétinite) ou panuvéite (atteinte de l'ensemble de l'uvée) [48].

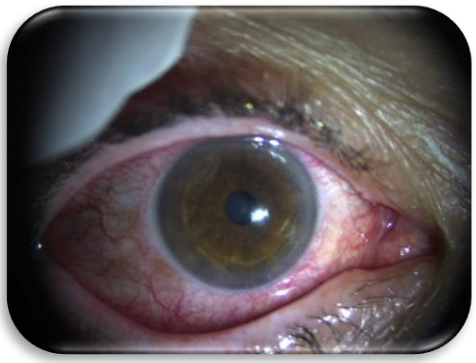


***Figure 18** : Uvéite. Rougeur conjonctivale et épisclérale diffuse.*

Symptômes :

- Uvéite antérieure : photophobie souvent au 1er plan, injection conjonctivale avec des douleurs oculaires profondes et une baisse d'acuité visuelle variable [25,49]. Un hypopion est parfois présent (notamment dans l'uvéite antérieure associée à HLAB27) [16].
- Uvéite intermédiaire/ postérieure : symptomatologie variable pouvant inclure des corps flottants, un scotome [16], parfois sans signes inflammatoires à la surface de l'œil [49].
-

Signes : Rougeur diffuse, pupille myotique +/- irrégulière (si synéchies irido-cristalinienne), cercle périkératique (difficile à visualiser en l'absence de lampe à fente) [25,48].

Etiologies principales :

- Infectieuse [17] :
  - Virales : HSV, VZV (dans le cadre d'un zona ophtalmique), rubéole, CMV.
  - Bactériennes : tuberculose, syphilis
  - Parasitaires : toxoplasmose

- Non infectieux [48] :
  - Idiopathique (plus fréquemment)
  - Inflammatoire : associée à HLA-B27 (spondylarthrite ankylosante, maladie de Crohn, RCUH, arthrite psoriasique), maladie de Behçet, sarcoïdose.
  - Médicamenteuses (anti-MEK, anti-BRAF, bisphosphonates…).

Prise en charge : appeler l'ophtalmologue en urgence pour tous les patients avec suspicion d'une uvéite.

6.5 CRISE AIGUË DE FERMETURE D'ANGLE

Affection souvent appelée à tort glaucome aigu, causée par une fermeture brutale de l'angle irido-cornéen. Ce phénomène bloque le drainage de l'humeur aqueuse, entraînant une élévation rapide et marquée de la pression intraoculaire [33]. En l'absence de prise en charge urgente, cela peut endommager le nerf optique et donc évoluer vers un glaucome proprement dit [25].

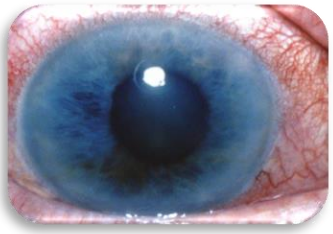


Figure 19 : Glaucome aigu par fermeture d'angle. Hyperhémie conjonctivale, cercle péri-kératique et semi-mydriase aréflexique

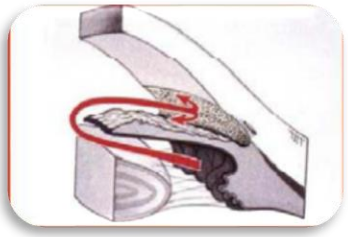


Figure 20 *: Glaucome néovasculaire .Trajet de l'humeur aqueuse depuis le corps ciliaires jusqu'à l'angle irido-cornéen.*

Symptômes : douleurs oculaires intenses unilatérales, irradiant dans le territoire du trijumeau avec possiblement des céphalées, une baisse d'acuité visuelle, des halos visuels, des nausées, vomissements, une photophobie [29].

Signes : rougeur oculaire, cercle péri-kératique, pupille souvent en semi-mydriase aréflexique (réflexe protomoteur direct absent ou diminué), troubles du rythme cardiaque (bradycardie ou arythmie) patient hyperalgique avec baisse de l'état général [25].

Facteurs de risques constitutionnels : âge avancé, sexe féminin, hypermétropie, cataracte intumescente, origine asiatique.

Facteurs précipitants : dilatation pupillaire physiologique (stress, exercice physique, obscurité) ou pharmacologique (anxiolytiques, antidépresseurs, antiparkinsoniens, anticholinergiques, vasoconstricteurs, certains antihistaminiques) [25].

Prise en charge : référer en urgence à l'ophtalmologue en raison du risque de cécité définitive.
En cas de céphalée aiguë aux urgences, penser aussi à la crise de fermeture d'angle et rechercher donc une rougeur oculaire ! [50].

6.6. GLAUCOME NÉOVASCULAIRE [29,51]

Le glaucome néovasculaire est un glaucome secondaire, obstructif, causé par la présence de néovaisseaux dans l'angle irido-cornée bloquant le drainage de l'humeur aqueuse. Il survient dans un contexte d'ischémie rétinienne (rétinopathie diabétique compliquée, occlusion de la veine centrale de la rétine, drépanocytose…).

Symptômes : similaire à la crise aiguë par fermeture d'angle, parfois présentation subaiguë.

Signes : rougeur oculaire, semi-mydriase ou myosis, synéchies irido-cristalidienne, néovaisseaux iriens (rubéose irienne), hyphéma.

Prise en charge : urgence nécessitant une prise en charge spécialisée immédiate.

**Les photos sont publiées avec l'autorisation du Dr Emmanouil Blavakis et de la Dre Ariane Malclès.*

BIBLIOGRAPHIE

1. Høvding G. Acute bacterial conjunctivitis. Acta Ophthalmol (Copenh) 2008;86(1):5–17.
2. Lin A, Ahmad S, Amescua G, et al. Blepharitis Preferred Practice Pattern®. Ophthalmology 2024;131(4):P50–86.
3. Onghanseng N, Ng SM, Halim MS, Nguyen QD. Oral antibiotics for chronic blepharitis. Cochrane Database Syst Rev 2021;2021(6):CD013697.
4. Pflugfelder SC, Karpecki PM, Perez VL. Treatment of Blepharitis: Recent Clinical Trials. Ocul Surf 2014;12(4):273–84.
5. Karbassi E, Amiri-Ardekani E, Farsinezhad A, et al. The Efficacy of Kohl (Surma) and Erythromycin in Treatment of Blepharitis: An Open-Label Clinical Trial. Evid-Based Complement Altern Med ECAM 2022;2022:6235857.
6. Willmann D, Guier CP, Patel BC, Melanson SW. Hordeolum (Stye). In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
7. Jordan GA, Beier K. Chalazion. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
8. Alsammahi A, Aljohani Z, Jaad N, et al. Incidence and predisposing factors of chalazion. Int J Community Med Public Health 2018;5(11):4979–82.
9. Wu AY, Gervasio KA, Gergoudis KN, Wei C, Oestreicher JH, Harvey JT. Conservative therapy for chalazia: is it really effective? Acta Ophthalmol (Copenh) 2018;96(4):e503–9.
10. Hornby S. Primary Care Ophthalmology Care. London, UK: The Royal College of Ophthalmologists; 2013.
11. Roberti G, Oddone F, Agnifili L, et al. Steroid-induced glaucoma: Epidemiology, pathophysiology, and clinical management. Surv Ophthalmol 2020;65(4):458–72.
12. Hine AM, Waldman RA, Grzybowski A, Grant-Kels JM. Allergic disorders of the eyelid. Clin Dermatol 2023;41(4):476–80.
13. Ozgur O, Kaufman EJ. Ectropion. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
14. Bergstrom R, Czyz CN. Entropion. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
15. Hakim F, Phelps PO. Entropion and ectropion. Dis Mon 2020;66(10):101039.
16. Salmon JF. Kanski. Ophtalmologie clinique : une approche systématique. 9th ed. Paris: Elsevier Masson; 2022.
17. Durand ML, Barshak MB, Sobrin L. Eye Infections. N Engl J Med 2023;389(25):2363–75.
18. Liu S-H, Hawkins BS, Ng SM, et al. Topical pharmacologic interventions versus placebo for epidemic keratoconjunctivitis. Cochrane Database Syst Rev 2022;3(3):CD013520.
19. Johnson D, Liu D, Simel D. Does This Patient With Acute Infectious Conjunctivitis Have a Bacterial Infection?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. JAMA 2022;327(22):2231–7.
20. O'Brien TP, Jeng BH, McDonald M, Raizman MB. Acute conjunctivitis: truth and misconceptions. Curr Med Res Opin 2009;25(8):1953–61.
21. Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. JAMA 2013;310(16):1721–9.
22. Rietveld RP, ter Riet G, Bindels PJE, Sloos JH, van Weert HC. Predicting bacterial cause in infectious conjunctivitis: cohort study on informativeness of combinations of signs and symptoms. BMJ 2004;329(7459):206–10.
23. Sheikh A, Hurwitz B, van Schayck CP, McLean S, Nurmatov U. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. Cochrane Database Syst Rev 2012;(9):CD001211.
24. Chan VF, Yong AC, Azuara-Blanco A, et al. A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Infectious and Non-infectious Conjunctivitis. Ophthalmic Epidemiol 2022;29(5):473–82.
25. Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France. Ophtalmologie. 5th ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2021.

26. Bielory L, Delgado L, Katelaris CH, Leonardi A, Rosario N, Vichyanoud P. ICON: Diagnosis and management of allergic conjunctivitis. Ann Allergy Asthma Immunol 2020;124(2):118–34.

27. Azari AA, Arabi A. Conjunctivitis: A Systematic Review. J Ophthalmic Vis Res 2020;15(3):372–95.

28. Cheung AY, Choi DS, Ahmad S, et al. Conjunctivitis Preferred Practice Pattern. Ophthalmology 2024;131(4):P134–204.

29. Tuil É, Milea D, Barale P-O, Nicola RD, Mann F. Ophtalmologie en urgence. 5th ed. Elsevier Masson; 2023.

30. Gin C, Crock C, Wells K. Conjunctivitis: A review. Aust J Gen Pract 2024;53(11):847–52.

31. Shahraki T, Arabi A, Feizi S. Pterygium: an update on pathophysiology, clinical features, and management. Ther Adv Ophthalmol 2021;13:25158414211020152.

32. Aminlari A, Singh R, Liang D. Management of Pterygium. EyeNet Mag Am Acad Ophthalmol 2010;37–8.

33. Frings A, Geerling G, Schargus M. Red Eye: A Guide for Non-specialists. Dtsch Ärztebl Int 2017;114(17):302–12.

34. Doshi R, Noohani T. Subconjunctival Hemorrhage. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023.

35. Amescua G, Ahmad S, Cheung AY, et al. Dry Eye Syndrome Preferred Practice Pattern®. Ophthalmology 2024;131(4):P1–49.

36. Sheppard J, Shen Lee B, Periman LM. Dry eye disease: identification and therapeutic strategies for primary care clinicians and clinical specialists. Ann Med 2023;55(1):241–52.

37. Vial A-C, Da Silva D, Cabrera Aguilar A, Grütter S, Konstantinidis L, Herren D. Œil rouge : pathologies oculaires les plus courantes en ambulatoire. Rev Med Suisse 2024;894:2036–41.

38. Nowińska A. Recent Advances in the Diagnosis and Management of Herpetic Keratitis. In: Infectious Eye Diseases - Recent Advances in Diagnosis and Treatment. IntechOpen; 2021.

39. Roongpoovapatr V, Prabhasawat P, Isipradit S, Abou Shousha M, Charukamnoetkanok P. Infectious Keratitis: The Great Enemy. 2020;

40. Lin A, Rhee MK, Akpek EK, et al. Bacterial Keratitis Preferred Practice Pattern®. Ophthalmology 2019;126(1):P1–55.

41. Lewis K, Palileo B, Pophal C, Yasmeh J, Glendrange R. Herpes Zoster Ophthalmicus. Am Acad Ophthalmol 2020;34–5.

42. Schonberg S, Stokkermans TJ. Episcleritis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.

43. Perray L, Ungerer L, Chazal T, Monnet D, Brézin A, Terrier B. Sclérite et épisclérite. Rev Médecine Interne 2023;44(12):646–55.

44. Lagina A, Ramphul K. Scleritis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.

45. Halbach V, Hieshima G, Higashida R, Reicher M. Carotid cavernous fistulae: indications for urgent treatment. Am J Roentgenol 1987;149(3):587–93.

46. Kohli GS, Patel BC. Carotid Cavernous Fistula. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.

47. Henderson AD, Miller NR. Carotid-cavernous fistula: current concepts in aetiology, investigation, and management. Eye 2018;32(2):164–72.

48. Nissen M, Guex-Crosier Y. Prise en charge des uvéites non infectieuses liées à une maladie systémique : guide pour les praticiens. Rev Med Suisse 2020;712:2059–73.

49. Harman LE, Margo CE, Roetzheim RG. Uveitis: The Collaborative Diagnostic Evaluation. Am Fam Physician 2014;90(10):711–6.

50. Borruat F-X. Céphalées et œil. Rev Médicale Suisse 2007;3(98):422, 4–6, 9–30.

51. Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France. Ophtalmologie. 4th ed. France: Elsevier Masson; 2017.