

# L'ŒIL ROUGE

---

## SOMMAIRE

1. INTRODUCTION
2. STRATÉGIE DIAGNOSTIQUE
3. ŒIL ROUGE PRIS EN CHARGE D'EMBLÉE ET EN URGENCE PAR L'OPHTALMOLOGUE
4. LES POINTS LES PLUS IMPORTANTS À RETENIR
5. BIBLIOGRAPHIE

# L'OEIL ROUGE

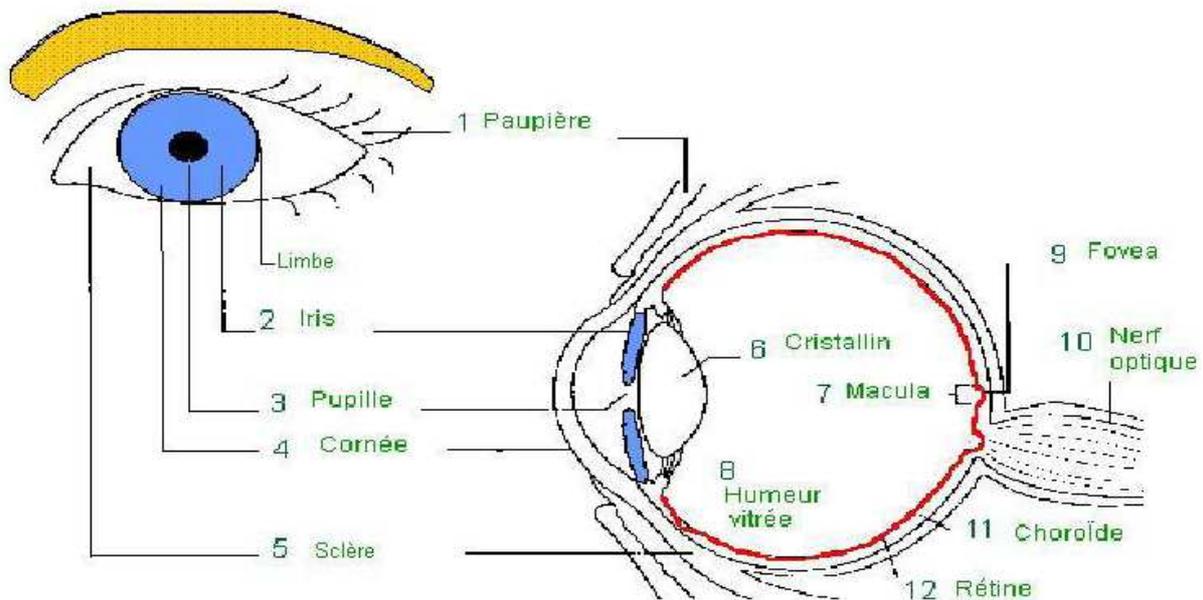
---

## 1 INTRODUCTION

L'œil rouge est un symptôme fréquent pour lequel la prise en charge par le médecin de premier recours (MPR) diffère selon le lieu de consultation (ville versus campagne). Dans une ville comme Genève où l'accès au spécialiste est aisé les patients consultent souvent directement un ophtalmologue. L'œil rouge représente 1-4% des motifs de consultation chez les MPR dans le monde industrialisé<sup>1</sup>. Il est important que ceux-ci puissent différencier les situations nécessitant une prise en charge rapide par l'ophtalmologue, de celles, rares, pour lesquelles il peut lui-même démarrer un traitement.

Ce texte se limite à la prise en charge de l'œil rouge pour le MPR et n'a pas la prétention de couvrir de manière exhaustive les différentes pathologies ophtalmologiques.

Pour rappel, l'œil est constitué de différents éléments :



## 2 STRATEGIE DIAGNOSTIQUE

La prise en charge par le MPR comprendra :

- une appréciation de l'état général du patient.
- une anamnèse pour exclure les situations urgentes ([tableau 1](#)) puis si négative, une anamnèse ciblée sur les symptômes (atopie, démangeaisons, notion de contagion, présence de sécrétions (yeux collés), symptômes urogénitaux associés, mode de survenue : aigu, subaigu, chronique).
- un examen comparatif des deux conjonctives à la recherche de la rougeur (type, localisation, uni/bilatérale) et de sécrétions (présence, type).

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.

## 2.1 Symptômes et signes d'alarme de l'oeil rouge

Remarque : la présence **d'un seul ou plusieurs** de ces signes/symptômes, en plus de la rougeur oculaire, doit mener à une consultation chez l'ophtalmologue **en urgence**. Ce sont effectivement des situations où le pronostic visuel est potentiellement lié à la rapidité de prise en charge par le spécialiste!<sup>2, 3</sup>

- Baisse de la vision (vision floue et/ou diminuée)
- Diplopie (vision double)
- Douleur oculaire
- Antécédent d'intervention chirurgicale oculaire sur l'œil symptomatique (même des années avant)
- Patient connu pour une pathologie oculaire
- Atteinte de l'état général <sup>a</sup>
- Traumatisme oculaire (contusions, plaies, brûlures) <sup>b</sup>
- Pas de réponse après 48h de ttt d'antibiotique ou autre ttt oculaire prescrit
- Zona de la première branche du trijumeau (aile du nez, œil, front)
- Halos visuels autour des sources lumineuses
- Anisocorie nouvelle
- Exophtalmie nouvelle (fistule carotido-caverneuse)
- Suspicion de glaucome aigu (douleurs oculaire et/ou céphalée, baisse de la vision, halos visuels, état général altéré)
- Porteur de lentilles de contact <sup>c</sup>
- Symptômes urogénitaux associés <sup>d</sup>

Tableau 1 : symptômes et signes d'alarme de l'oeil rouge

<sup>a</sup> Atteinte de l'état général : céphalées, vomissements, nausées mais aussi tout patient septique ou hospitalisé qui ne peut éventuellement pas faire part de sa problématique oculaire. Dans ces cas ne pas banaliser l'œil rouge en concluant simplement à une conjonctivite, mais demander un avis ophtalmologique en urgence.

<sup>b</sup> 1<sup>er</sup> geste à faire si brûlure oculo-palpébrale par acide, base, solvant, détergent, etc : irrigation à l'eau du robinet ou Ringer ou solution saline pendant 30 min minimum (plusieurs litres)!

<sup>c</sup> Chez porteurs de lentilles: risque infectieux plus important et évolution plus rapide. Adresser ces patients en urgence chez un ophtalmologue après leur avoir fait retirer les verres de contact. Il y a notamment un risque de kératite ulcéreuse à Pseudomonas ou Acanthamoeba (après baignades en eau sale) qui peut mener à une perforation oculaire en <24h !

<sup>d</sup> En cas de conjonctivite associée à des symptômes urogénitaux :

Il revient au médecin de premier recours de lancer la recherche de Chlamydia et Gonocoque urinaires, de traiter le patient (Zithromax + Rocéphine), et son partenaire en cas de culture positive. La prise en charge de la conjonctivite associée nécessite des frottis, un traitement et un suivi spécifiques, pour lesquels une prise en charge par l'ophtalmologue est nécessaire.

## 2.2 Yeux rouges pouvant être pris en charge par le MPR

### 2.2.1 Hémorragie sous-conjonctivale (Hyposphagma)



**Anamnèse :** patient qui a soudainement remarqué une rougeur conjonctivale localisée ou diffuse.

**Symptômes :** habituellement aucun, une gêne légère éventuellement.

**Signes :** nappe de sang sous-conjonctivale (hématome), localisée ou diffuse. Pas de sécrétions.

**Etiologies :** spontané, traumatisme mineur (parfois le patient ne l'a pas remarqué), anti coagulation, trouble de la crase, pic hypertensif, épreuves de Valsalva (toux, vomissement, accouchement).

**Attitude :**

-Si atteinte unilatérale et unique : aucune mesure particulière. Il faut surtout s'assurer qu'il n'y pas d'autres localisations de saignement.

-Si atteinte bilatérale ou si récidive : contrôler la tension artérielle, la crase et les thrombocytes.

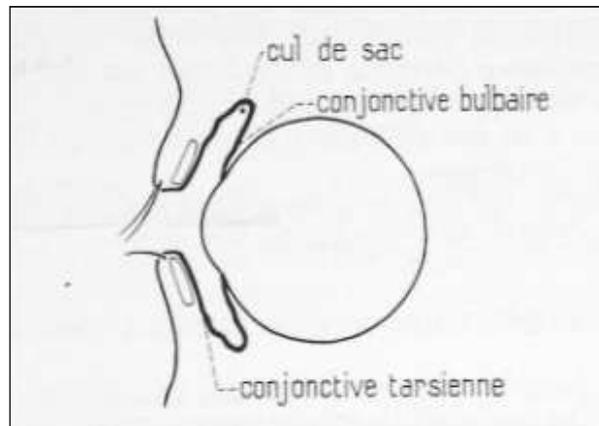
**Traitement :** rien (réassurance) ou éventuellement des larmes artificielles (liquifilm®, viscotears®) pour soulager la gêne occasionnellement associée.

**Evolution :** résorption spontanée de l'hématome en 2-3 semaines.

**CAVE :** si absence de résorption après 3 semaines envisager une pathologie sous-jacente et adresser au spécialiste.

### 2.2.2 Conjonctivites : allergique, infectieuse, irritative

La conjonctivite est une inflammation de la conjonctive (muqueuse transparente qui tapisse l'intérieur des paupières et la surface oculaire à l'exception de la cornée).



La conjonctivite peut être d'origine allergique, infectieuse, traumatique (brûlures chimiques, trauma direct), toxique (collyres en particulier) ou être liée à une atteinte cutanée (S. Steven-Johnson, pemphigoïde cicatricielle). A noter qu'environ 70% des gens avec une conjonctivite (toutes conjonctivites confondues) vont se rendre en premier lieu chez leur médecin de premier recours. L'incidence annuelle (toutes conjonctivites confondues) est de 1.5-2% en MPR, la plupart étant d'origine infectieuse<sup>1</sup>.

L'anamnèse et l'examen clinique aideront dans certains cas à orienter le diagnostic. Une notion de traumatisme/brûlure chimique ou de port de lentilles de contact doit amener à un examen spécialisé sans délai. Une anamnèse d'atopie et/ou une symptomatologie de démangeaisons orienteront plutôt vers une conjonctivite allergique, alors qu'un contage ou la présence de sécrétions purulentes devra faire suspecter une origine infectieuse.

### 2.2.3 Conjonctivites allergiques<sup>4</sup>

**Mécanisme :** allergène entrant en contact avec la surface de l'œil (pollen, poussières, poils de chats, etc).

**Anamnèse :** rechercher atopie, rhinite allergique.

**Symptômes :** atteinte bilatérale le plus souvent avec démangeaisons +++, larmolements, sécrétions aqueuses (« yeux coulent »). Souvent associé à rhinite.

**Signes :** rougeur de la conjonctive, chémosis (oedème de la conjonctive se caractérisant par un bourrelet de forme circulaire situé autour de la cornée), sécrétions séromuqueuses.

**Traitement :** topique associant un antihistaminique topique et/ou des stabilisateurs des mastocytes (cromoglycates) et des larmes artificielles.

Le traitement oculaire topique est supérieur aux antihistaminiques per os.

Effets secondaires des antihistaminiques topiques: rares car biodisponibilité systémique très faible.

-Exemples d'antihistaminiques topiques: (Fréquence d'application : 2-4 x 1 goutte/j.) :

Préférer les formulations monodoses (=sans agents conservateurs) telles que: émadine (Emadine®), Lévocabastine (Livostin®).

Autres : Olopatadine (Olopatadine®), épinastine (Epinastine®), emedastine (Emédastine®), zaditen Ophta (Kétotifene®). Il n'y a pas de différence d'efficacité entre les antihistaminiques oculaires.

-Exemples de stabilisateurs des mastocytes : Cromosol-ophta®, Opticrom®, Tilavist®, Cromabak®

-Exemples de larmes artificielles : Viscotears®, Lacrycon®, Lacrinorm®, Oculac®, etc.  
Les larmes artificielles diminuent la gêne, nettoient la surface, diluent les allergènes et pallient à la sécheresse oculaire souvent associée.

Le traitement peut prendre jusqu'à 48h avant de faire son effet. Il est à poursuivre sur un mois minimum (temps d'exposition aux allergènes).

**CAVE :** Risque d'effet rebond avec les ttt associant un antihistaminique à un vasoconstricteur local (p.ex. Spersallerg®, Antistin®), très appréciés car effet immédiat mais ne devraient pas être utilisés plus que 3 jours consécutifs.

## 2.2.4 Conjonctivites infectieuses



### 2.2.4.1 Clinique et microbiologie

En cas de conjonctivite infectieuse il est cliniquement extrêmement difficile de faire la différence entre une origine virale et bactérienne. Seuls des examens bactériologiques et virologiques (culture, PCR) peuvent le faire. Ceux-ci sont toutefois rarement demandés au vu de leur coût et du délai d'obtention des résultats. Ils n'apportent ainsi pas d'aide particulière sauf bien entendu en cas de persistance des symptômes malgré un traitement antibiotique ou de conjonctivite particulièrement sévère <sup>5,6</sup>.

De multiples études<sup>5</sup> ont montré que les MPR se montrent souvent sûrs dans leur capacité à différencier une conjonctivite virale d'une bactérienne en se basant sur les symptômes et les signes (types de sécrétion p.ex). Cependant ces mêmes études ont également révélé des résultats contraires à l'impression des médecins traitants avec 30% des cultures positives seulement chez des conjonctivites présumées bactériennes et 52% de cultures positives pour des conjonctivites à priori virales. C'est pour cette raison que nous avons choisi de regrouper les conjonctivites virales et bactériennes sous un même chapitre : les conjonctivites infectieuses.

Certains symptômes et signes parlent davantage en faveur d'une atteinte bactérienne plutôt que virale mais la différenciation clinique entre les deux demeure difficile.

Le [tableau 2](#) offre quelques pistes pour tenter de faire cliniquement la différence entre une origine bactérienne et virale (adapté de <sup>5</sup>).

<b>symptômes/signes</b>	<b>viral</b>	<b>bactérien</b>
Age < 12 ans	rare	fréquent
Age > 12 ans	fréquent	rare
Rougeur	identique	identique
Sensation de brûlure	fréquente	rare
Sensation de corps étranger	fréquente	rare
Sécrétions séromuqueuses	+++	-
Sécrétions purulentes	-	+++
Lymphadénopathie pré- auriculaire	fréquente	rare
Hémorragie conjonctivale	fréquente	rare
Notion de contagion	fréquente	rare
IVRS Associée	fréquente	rare

Tableau 2 : Symptômes et signes associés aux conjonctivites virales et bactériennes

Les études<sup>5</sup> où des cultures des sécrétions oculaires ont été réalisées montrent que l'origine des conjonctivites est bactérienne dans 40% des cas, virale dans 36% et 24% d'autre origine (y inclus allergique) chez l'adulte tandis que chez l'enfant elle est dans 78% des cas bactérienne, dans 13% virale et dans 2% allergique.

Parmi les conjonctivites bactériennes, on trouve essentiellement les germes suivants<sup>5,6,7,8,9</sup>: Staphylocoques aureus, Haemophilus influenzae (chez les enfants), Streptocoque pneumoniae, Streptocoque viridans, Moraxella catarrhalis, des Grams négatifs intestinaux (E. Coli) et, chez les porteurs de verres de contacts ou les patients fragilisés (malades chroniques), le Pseudomonas aeruginosa.

Dans les conjonctivites virales, 65-90% des cas sont dus à l'adénovirus (différents sérotypes). L'adénovirus est extrêmement contagieux, raison pour laquelle certains pays exigent un arrêt de travail ou de garder les enfants à la maison pendant 5 à 10 jours. Pour les conjonctivites dont l'origine bactérienne est présumée, une autorisation à retourner au travail/école est donnée après 24-48 heures d'antibiothérapie efficace.

#### 2.2.4.2 Traitement

Il existe une controverse entre la nécessité de donner des antibiotiques en cas de conjonctivite infectieuse ou de ne rien prescrire. En effet, il est prouvé que la majorité (60%) des conjonctivites infectieuses se résolvent spontanément en 1 à 2 semaines<sup>5,7,8</sup>.

Les arguments en faveur d'un traitement antibiotique sont un soulagement rapide des patients avec des symptômes qui sont raccourcis dans le temps (env. 2 jours en moins par rapport aux patients non traités), un taux de complications (kératites) plus bas et une réduction de la contagiosité, éléments qui, conjointement, concourent à diminuer les répercussions socio-économiques (arrêt de travail, école).

Les arguments en défaveur des antibiotiques sont essentiellement en lien avec l'augmentation des résistances aux antibiotiques et le fait que, vu qu'il est difficile cliniquement de déterminer l'étiologie de la conjonctivite, l'on risque d'en donner à tort s'il s'agit d'une conjonctivite virale.

Il est ainsi discutable de traiter systématiquement par antibiotiques tous les patients se présentant avec une conjonctivite infectieuse. L'attitude retenue chez nous est de proposer un antibiotique topique d'emblée chez les enfants, les patients immunosupprimés, les diabétiques mal contrôlés, les porteurs de lentilles de contact, chez les adultes dont les symptômes/signes sont d'emblée importants et évocateurs d'une origine bactérienne et les cas bénins qui ne sont pas améliorés après 48 heures de toilette oculaire (compresses chaudes).

**Choix d'antibiotique possibles** (1 application 4x/j pendant 7j):

-Chloramphénicol (Septicol pommade®): en 1<sup>er</sup> choix car permet de limiter la survenue de résistance mais risque (faible) d'agranulocytose même si traitement topique<sup>10</sup>.

-Framycétine (Soframycine®)

-Tobramycine (Tobrex®)

Remarques :

-Les quinolones de dernière génération (ofloxacinum (Floxacal®), lomefloxacinum (Okacin®)) sont réservées au traitement des infections graves (abcès, etc) et devraient donc être prescrits uniquement par l'ophtalmologue.

-En cas de conjonctivite **la fucidine est à éviter** au vu de la résistance croissante de l'Haemophilus influenzae et du Staphylocoque doré, notamment chez les enfants chez qui les conjonctivites sont quasiment toujours bactériennes et où l'on retrouve essentiellement l'Haemophilus Influenzae. Préférer la framycétine (Soframycine®).

-Etant donné que les conjonctivites pédiatriques sont souvent bactériennes, prescrire un antibiotique d'office chez les enfants, à appliquer aux 2 yeux car l'infection de l'œil controlatéral est quasiment inévitable. Eviter les quinolones (effets sur croissance) et la fucidine (résistance à H. influenzae). Préférer : la framycétine (Soframycine®) ou le Chloramphenicol (Septicol®).

Il est fortement recommandé dans tous les cas, d'appliquer des **compresses chaudes** 4x/j (=toilette oculaire), de **se laver les mains** de manière répétée. Les compresses chaudes augmentent la circulation sanguine et lavent les sécrétions. Utiliser un tissu (serviette) plutôt que des mouchoirs afin que la chaleur soit bien gardée. A noter que de l'eau (non cuite) tiède-chaude du robinet suffit. L'efficacité du thé/tisanes n'est pas prouvée.

Un antiseptique peut être proposé en plus de la toilette oculaire si l'on pense qu'il s'agit d'une conjonctivite virale, ceci afin d'éviter une surinfection. Exemple: hexamidine (Désomédine®), 3-4 x 1gouttes/j pendant 10j.

Pour des questions de confort et de contagiosité un arrêt de travail de 3-4 jours peut se justifier.

**La prescription de corticoïdes topiques par les MPR est à bannir** vu qu'ils peuvent être néfastes en cas d'atteinte virale, pour l'HSV notamment (augmentation de la réplication virale due à leur effet immunosuppresseur local).

#### **2.2.4.3 Indications à une consultation ophtalmologique**

**Absence de réponse après 48h d'antibiotique.**

Patient porteur de **lentilles de contact.**

**Conjonctivite hyper aiguë** qui est due à Neisseria gonorrhoea ou Pseudomonas aeruginosa. Dans ces cas il y a un chemosis et des sécrétions purulentes très importantes. Une infection uro-génitale (urétrite) doit être recherchée même si le patient est asymptomatique sur le plan urinaire. On recommande de dépister et de traiter l'urétrite chez le patient et son/sa partenaire (si culture positive). Il convient de référer à l'ophtalmologue en urgence en raison du risque de perforation oculaire!

**Conjonctivite subaiguë ou dite « à inclusions »** due à Chlamydia Trachomatis. A suspecter chez le patient qui se présente de manière répétée car sa conjonctivite ne répond pas aux antibiotiques (conjonctivite chronique) et chez les nourrissons (infectés à l'accouchement lors du passage dans la filière génitale maternelle). Cette conjonctivite est souvent accompagnée d'une infection uro-génitale asymptomatique. On recommande de dépister et de traiter l'urétrite chez le patient et son/sa partenaire (si culture positive).

#### **2.2.5 Conjonctivites irritatives**

Autres pathologies pouvant enflammer la conjonctive par irritation de la surface oculaire.

#### **2.2.6 Orgelet et Chalazion**

Il est cliniquement difficile de différencier le chalazion de l'orgelet. Les germes et le traitement étant similaires nous les avons regroupés.

**L'orgelet** est une tuméfaction infectieuse localisée du bord libre de la paupière, qui correspond à une folliculite ciliaire (microabcès).



**Le chalazion** est une inflammation granulomateuse aiguë ou chronique d'une glande de meibomius (glandes sébacées situées dans le tarse (=lame cartilagineuse de la paupière) qui sécrète le composant lipidique du film lacrymal), stérile la plupart du temps mais surinfection par staphylocoques fréquente. Le chalazion est occasionnellement associé à une acné rosacée.



**Germes** : Staphylocoque aureus et Staphylocoque epidermidis.

**Symptômes** : douleurs palpébrales.

**Signes** : nodule érythémateux douloureux sur le bord palpébral, près de l'insertion des cils.

**Complications** : cellulite préseptale ; chronicisation.

**Traitement** :

-Si aigu : Compresses chaudes à appliquer 4x5min/jour et massage de la paupière 3x/j pendant plusieurs semaines + Frakidex® pommade (framycétine + dexaméthasone) ou Baneoptol® pommade opht (bacitracine-néomycine) 3x/j pendant 7j.

-Si chronique : traitement chirurgical par l'ophtalmologue.

### 2.2.7 Entropion/ectropion



Entropion



Ectropion

**Définition:** Malposition du bord libre de la paupière avec déviation des cils en dedans (entropion) ou en dehors (ectropion) qui peut provoquer une irritation conjonctivale et des lésions cornéennes.

**Diagnostic différentiel** : cils trichiasiques (=anomalie de l'insertion des cils dans la paupière).

**Attitude en cas de gêne oculaire simple (irritation):** larmes artificielles puis adresser à l'ophtalmologue mais sans urgence.

### 2.2.8 Blépharite chronique



**Définition:** inflammation diffuse et chronique du bord libre de la paupière. On distingue la blépharite antérieure située à la base de l'implantation des cils et la blépharite postérieure située sur la face humide (=muqueuse interne) du bord libre de la paupière.

**Symptômes :** gêne, irritation.

**Signes :** bords libres de la paupière enflammés avec éventuelle présence de croûtes, injection conjonctivale (blépharoconjonctivite).

**Causes:** Pour la blépharite antérieure : colonisation par staphylocoque. Pour la blépharite postérieure : acné rosacée, dysfonction des glandes de meibomius.

**Complications :** orgelet, chalazion, sécheresse oculaire.

**Traitement:** compresses chaudes 4x/j (afin de maintenir le bord palpébral propre) + larmes artificielles (pour la sécheresse oculaire associée). Si chronique, adresser à l'ophtalmologue mais sans urgence (antibiotique éventuel).

### 2.2.9 Ptérygion



**Définition :** Prolifération conjonctivale le plus souvent du côté nasal empiétant sur la cornée en avançant progressivement vers le centre.

**Symptômes:** indolore ou sensation de sable, rougeur, irritation. Atteinte du champ visuel possible

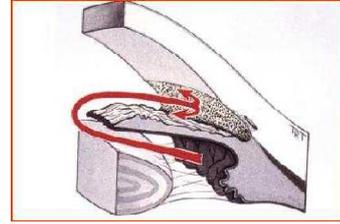
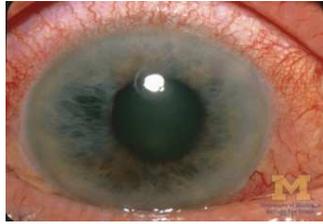
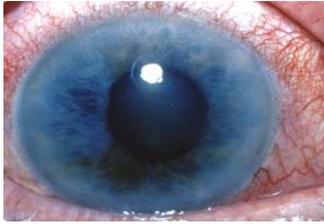
**Facteur de risque:** exposition solaire.

**Attitude si gêne oculaire ou doute quant à étiologie:** réassurance, larmes artificielles et adresser à l'ophtalmologue mais sans urgence.

**Traitement:** chirurgical si menace visuelle, gêne esthétique ou irritation chronique.

### 3 ŒIL ROUGE PRIS EN CHARGE D'EMBLEE ET EN URGENCE PAR L'OPHTALMOLOGUE <sup>2,3,11</sup>

#### 3.1 Glaucome aigu



Congestion oculaire, mydriase moyenne

#### **Mécanisme :**

Crise aiguë par fermeture soudaine de l'angle irido-cornéen. Augmentation de la pression oculaire dans la chambre postérieure par blocage du passage de l'humeur aqueuse à travers la pupille, ce qui va pousser en avant l'iris et fermer ainsi l'angle. Exemple de cause : cataracte intumescence, etc. quelquefois subaiguë par néovascularisation ou processus cicatriciel de l'angle.

**Symptômes:** douleurs intenses (oculaires et céphalées !), halos visuels, nausées, vomissements, photophobie modérée.

**Signes:** rougeur oculaire, mydriase moyenne, réflexe photomoteur absent ou diminué (pupille ne réagit pas à la lumière), patient hyperalgique avec baisse de l'état général.

**Attitude :** Prise en charge en urgence par l'ophtalmologue.

**CAVE :** en cas de céphalée aiguë aux urgences, penser aussi à la crise de glaucome et rechercher donc une rougeur oculaire !

#### **Rappels :**

-Tension intraoculaire normale : < 21mmHg.

-Hypertonie intraoculaire : > 21 mmHg. Concerne 4-6% de la population.

#### 3.2 Glaucome chronique :

**Définition :** neuropathie optique avec atteinte secondaire et progressive du champ visuel. Concerne 1% de la population.

**Symptômes et signes :** peut être totalement asymptomatique!

**Complication ultime :** cécité.

**Facteurs de risque :** l'hypertonie intraoculaire. Si pression intraoculaire normale : syndrome d'apnées du sommeil, migraines, hypotension artérielle, Raynaud.

**Types:** primaire à angle ouvert (concerne 90% des cas, résistance à l'écoulement de l'humeur aqueuse au niveau du trabéculum), primaire à angle fermé (fermeture périodique de l'angle irido-cornéen par cataracte, iris en plateau, hypermétropie), secondaire (traumatique, hémorragique, cortisone topique, uvéite hypertensive), congénital.

### 3.3 Fistule carotido-caverneuse

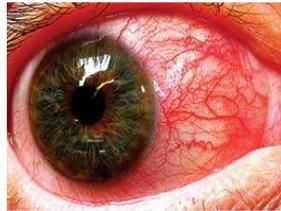
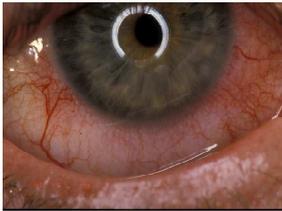
**Etiologie :** chez le sujet jeune, l'origine est souvent post-traumatique. Chez le sujet âgé (femme le plus souvent), dysplasie vasculaire.

**Symptômes :** Baisse d'acuité visuelle pouvant aller jusqu'à la cécité.

**Signes :** rougeur conjonctivale (correspond à la dilatation des vx épiscléaux secondaire à la communication artériovoineuse), exophtalmie parfois pulsatile. Au CT : exophtalmie avec dilatation de la veine ophtalmique supérieure.

**Attitude:** prise en charge en urgence par l'ophtalmogogue.

### 3.4 Uvéites



Congestion oculaire avec cercle périlimbique, myosis

**Définition:** Uvée = [iris + corps ciliaire + choroïde] Atteinte inflammatoire intraoculaire, de la chambre antérieure et/ou postérieure (« devant ou derrière l'iris »).

**Symptômes:** photophobie+++ , douleurs sourdes (modérées), baisse de la vision, .

**Signes:** rougeur périlimbique (=cercle périkératique ou périlimbique), myosis (spasme sphinctérien).

**Etiologies** (selon localisation) :

-Chambre antérieure : associée à HLA-B27 (spondylarthrite ankylosante, arthrite psoriasique, Crohn, RCUH), Herpès, Behcet, Sarcoïdose.

-Chambre postérieure : Toxoplasmose, Behcet, Sarcoïdose, Tuberculose, Syphilis.

**Attitude :** Adresser d'emblée les patients connus pour ces pathologies associées, pour un avis ophtalmologique, même si asymptomatiques sur le plan oculaire.

### 3.5 Sclérite / Episclérite



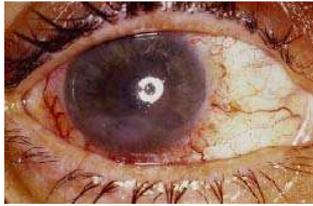
**Signes:** Rougeur localisée de la sclère et/ou épisclère, souvent accompagnée de chémosis.

**Associée à :** Wegener, Polyarthrite rhumatoïde, arthrite rhumatoïde juvénile, HSV, Tuberculose, oreillons, syphilis, varicelle.

**Symptômes :** douleurs sévères.

**Attitude :** adresser à l'ophtalmogogue en urgence !

### 3.6 Kératite



**Définition :** Inflammation de la cornée (souvent associée à inflammation conjonctivale).

**Etiologie :** traumatique (lentilles de contact, trauma direct, chimique), herpès (kératite dendritique), bactérien, fongique (amibien).

**Anamnèse :** port de lentilles de contact, traumatisme, érosions cornéennes récurrentes.

**Symptômes :** rougeur périlimbique +/- sectorielle. Point blanc/zone blanchâtre cornéen.

**Attitude :** adresser à l'ophtalmologue en urgence !

## 4 Les 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'oeil 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.

## 5 Bibliographie

- 1) Gunnar Hovvding. Acute bacterial conjunctivitis, review article, Acta Ophthalmologica 2008; 86: 5-17.
- 2) Présentation : « Urgences ophtalmologiques », Quadrimed, Montana : 29 janvier 2010, Dr Aubin Balmer (PD et MER à Sion et Lausanne).
- 3) R. de Nicola, P.-O. Barale. Ophtalmologie en urgence, Elsevier Masson, 2009.
- 4) Ocular Allergy Overview, L. Bielory, Immunol Allergy Clin N Am, 2008; 28: 1-23.
- 5) Terrence P. O'Brien, Michaele B. Raizman. Acute conjunctivitis: truth and misconceptions, Current medical research and opinion, 2009; vol.25, 8: 1953-1961.
- 6) Remco P Rietveld, Henk C P M van Weert. Predicting bacterial cause in infectious conjunctivitis: cohort study on informativeness of combinations of signs and symptoms, British Medical journal, June 2004.
- 7) Acute bacterial Conjunctivitis-benefits versus risks with antibiotic treatment, Acta Ophthalmologica, 2008; 86: 2-4.

- 8) Antibiotics versus Placebo for acute bacterial conjunctivitis, The Cochrane Library 2009, issue 4.
- 9) U. Sethuraman, D. Kamat. The Red Eye: evaluation and management, Clinical Pediatrics, April 2009; 48: 588-599.
- 10) Peter Rose. Chloramphenicol treatment for acute infective conjunctivitis in children in primary care: a randomised double-blind placebo-controlled trial, The Lancet, July 2005.
- 11) F.-X. Borruat. Céphalées et oeil, Revue Médicale Suisse, n°3098

Lectures recommandées:

-Ophtalmologie en urgence, R. de Nicola, P.-O. Barale, Elsevier Masson, 2009

-Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease, Lippincott Williams and Wilkins, 2008.

Date de la première édition : 2002 par J. Sommer-Bühler, E. Baglivo, H. Stalder.

Mise à jour : mars 2010 par A. Brawand Bron, S. Dreifuss, J.-M. Gaspoz.

Pour tout renseignement, commentaire ou question : [marie-christine.cansell@hcuge.ch](mailto:marie-christine.cansell@hcuge.ch)

## Algorithme

