



CHAPITRE 6 (ITEM 81)  
OËIL ROUGE ET/OU DOULOUREUX

Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France (COUF)

2017

# TABLE DES MATIERES

<b>I. Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>II. Examen</b> .....	<b>3</b>
A. <i>Interrogatoire</i> .....	3
B. <i>Examen clinique à la lampe à fente</i> .....	4
1. Acuité visuelle .....	4
2. Conjonctive .....	4
3. Cornée .....	4
4. Examen après instillation dans le cul-de-sac conjonctival d'un collyre à la fluorescéine (colorant orange) .....	4
5. Examen de l'iris et de la pupille .....	5
6. Examen de la chambre antérieure .....	5
7. 7 Mesure du tonus oculaire .....	5
8. Examen de la conjonctive palpébrale .....	5
9. Examen du fond d'œil .....	6
<b>III. Étiologie</b> .....	<b>6</b>
A. <i>Œil rouge, non douloureux, sans baisse d'acuité visuelle</i> .....	6
1. Hémorragie sous-conjonctivale spontanée (fig. 6.4) .....	6
2. Conjonctivite .....	6
3. Conjonctivite bactérienne .....	7
B. <i>Œil rouge unilatéral, douloureux, sans baisse de l'acuité visuelle</i> .....	8
1. Épisclérite .....	8
2. Sclérite .....	8
C. <i>Yeux rouges bilatéraux, douloureux, sans baisse de l'acuité visuelle</i> .....	8
1. Conjonctivite virale .....	8
2. Conjonctivite allergique .....	8
3. Conjonctivite à <i>Chlamydia</i> .....	9
4. Syndrome sec oculaire .....	9
5. Autres causes d'yeux rouges douloureux sans baisse d'acuité visuelle .....	10
D. <i>Œil rouge douloureux avec baisse d'acuité visuelle</i> .....	10
1. Kératite aiguë .....	10
2. Uvéites antérieures .....	15
3. Glaucome aigu par fermeture de l'angle ou crise d'hypertonie par fermeture de l'angle .....	17
4. Glaucome néovasculaire .....	19
5. Endophtalmie postopératoire .....	20

# OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

## NATIONAUX

- Diagnostiquer un œil rouge et/ou douloureux.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

## COUF

- Connaître les gestes à faire et à ne pas faire.
- 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.
- Savoir s'orienter vers une étiologie d'après l'interrogatoire et l'examen non spécialisé.
- Savoir évaluer le degré d'urgence de la prise en charge ophtalmologique.
- Connaître les principaux examens complémentaires ophtalmologiques et non ophtalmologiques permettant le diagnostic et le traitement.
- Savoir expliquer au patient le pronostic et la surveillance requise selon l'étiologie.

## I. Introduction

L'œil rouge et/ou douloureux est un motif fréquent de consultation en ophtalmologie. Il est important de savoir différencier une pathologie bénigne d'une pathologie grave menaçant la fonction visuelle (glaucome aigu par fermeture de l'angle, kératite aiguë, uvéite, corps étranger intraoculaire ou CEIO).

## II. Examen

### A. Interrogatoire

Il a pour objectif de :

- préciser le mode d'apparition de la rougeur oculaire :
  - récente ou ancienne, aiguë ou chronique, d'apparition brutale ou d'installation progressive, d'emblée ou avec un intervalle libre,
  - unilatérale ou bilatérale soit d'emblée soit avec un intervalle libre ;
- préciser 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, ou intenses, avec des irradiations dans le territoire du trijumeau évoquant un glaucome aigu ;
- rechercher *une baisse d'acuité visuelle* : l'absence de baisse d'acuité visuelle oriente vers une conjonctivite, une hémorragie sous-conjonctivale ou encore une épisclérite (moins fréquente) ;
- *préciser les* antécédents ophtalmologiques et généraux, l'*âge* et la *profession* du patient ;
- rechercher une notion de traumatisme et les conditions de survenue (accident domestique ou du travail) ;
- rechercher *les signes associés locaux* (prurit, sécrétions, etc.) et généraux (céphalées, fièvre, ORL, etc.).

## B. Examen clinique à la lampe à fente

Il est bilatéral et comparatif.

### 1. Acuité visuelle

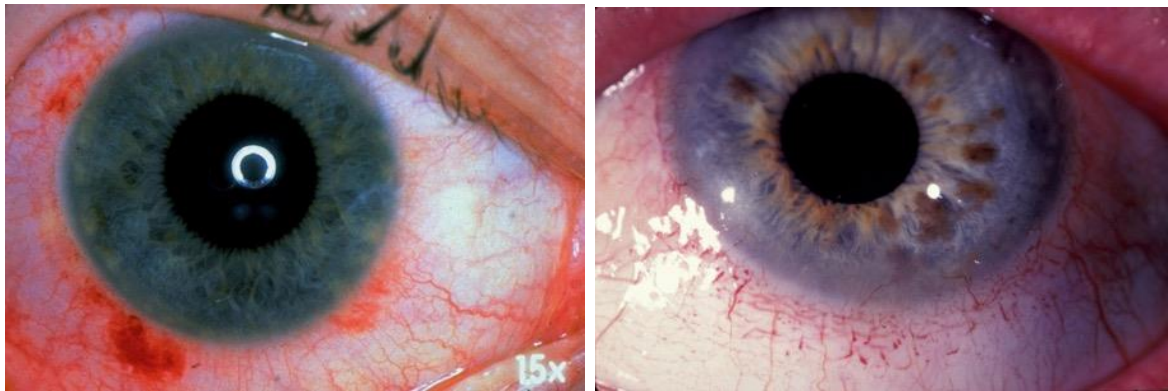
Elle est mesurée de loin et de près, avec correction optique éventuelle.

### 2. Conjonctive

Sont examinés la topographie et l'aspect de la rougeur oculaire :

- en nappe d'aspect hémorragique : hémorragie sous-conjonctivale. Une plaie conjonctivale doit être systématiquement recherchée et dans un contexte traumatique, il faut toujours penser à retourner la paupière à la recherche d'un CEIO passé inaperçu : au moindre doute, demander un scanner orbitaire à la recherche d'un CEIO. L'IRM est contre-indiquée ;
- diffuse : conjonctivite ;
- en secteur : épisclérite ;
- autour du limbe sclérocornéen (vasodilatation concentrique des vaisseaux conjonctivaux limbiques, péricornéens, sur 360° = *cercle périkeratique*, fig. 6.1) : kératite aiguë, uvéite antérieure.

Fig. 6.1 : Cercle périkeratique.



### 3. Cornée

Il faut apprécier :

- sa transparence : perte de transparence (œdème, abcès) ;
- sa sensibilité ;
- la présence de dépôts sur sa face postérieure : dépôts rétrodescémétiques ou rétrocornéens (uvéites).

### 4. Examen après instillation dans le cul-de-sac conjonctival d'un collyre à la fluorescéine (colorant orange)

Il recherche une ulcération cornéenne :

- l'épithélium cornéen normal ne retient pas la fluorescéine qui en revanche se fixe sur le stroma dans les zones où l'épithélium est altéré ; les ulcérations apparaissent vertes en lumière bleue, leur nombre et localisation orientent le diagnostic : une ulcération cornéenne unique et régulière évoque un traumatisme ;
- une ulcération localisée avec une zone blanche adjacente évoque une kératite bactérienne avec un abcès de cornée ;
- un ulcère dendritique évoque une kératite herpétique ;

- de petites ulcérations disséminées (kératite ponctuée superficielle ou KPS) évoquent une kératite à adénovirus ou un syndrome sec oculaire. *Il faut aussi penser à la présence d'un petit corps étranger passé inaperçu sous la paupière qui peut léser la cornée.*

## 5. Examen de l'iris et de la pupille

Il recherche :

- la présence de synéchies iridocristalliniennes (uvéites) ;
- une atrophie irienne (herpès) ;
- un myosis (kératite aiguë ou uvéite aiguë) ;
- une semi-mydriase aréflexique (glaucome aigu).

## 6. Examen de la chambre antérieure

Il a pour objectif :

- l'appréciation de la profondeur (chambre antérieure étroite ou plate évoquant un glaucome aigu ou une plaie perforante) ;
- la recherche à la lampe à fente des signes inflammatoires d'une uvéite antérieure (effet Tyndall, précipités rétrocornéens).

## 7. 7 Mesure du tonus oculaire

Elle est effectuée au tonomètre à air ou à aplanation.

Une hypertonie évoque un glaucome aigu par fermeture de l'angle ou un glaucome néovasculaire.

Une hypotonie évoque une plaie oculaire transfixiante. (Il faut savoir rechercher un signe de Seidel qui correspond à une fuite d'humeur aqueuse qui lave la fluorescéine.)

## 8. Examen de la conjonctive palpébrale

Il recherche :

- des follicules (conjonctivite virale, fig. 6.2) ou des papilles (conjonctivite allergique, fig. 6.3) ;
- un corps étranger sous la paupière supérieure : retourner systématiquement la paupière.

Fig. 6.2 : Conjonctivite folliculaire : présence de follicules (hyperplasies lymphoïdes, flèches) sur la conjonctive palpébrale inférieure.



Fig. 6.3 : Volumineuses papilles sur la conjonctive palpébrale supérieure (surélévations de la conjonctive centrées par un vaisseau).



### 9. Examen du fond d'œil

Après dilatation, il sera pratiqué devant une pathologie pouvant s'accompagner d'une atteinte vitrénne ou rétinienne : il recherchera des signes d'uvéite postérieure en présence d'une uvéite antérieure.

## III. Étiologie

Les causes d'œil rouge entrent dans plusieurs cadres.

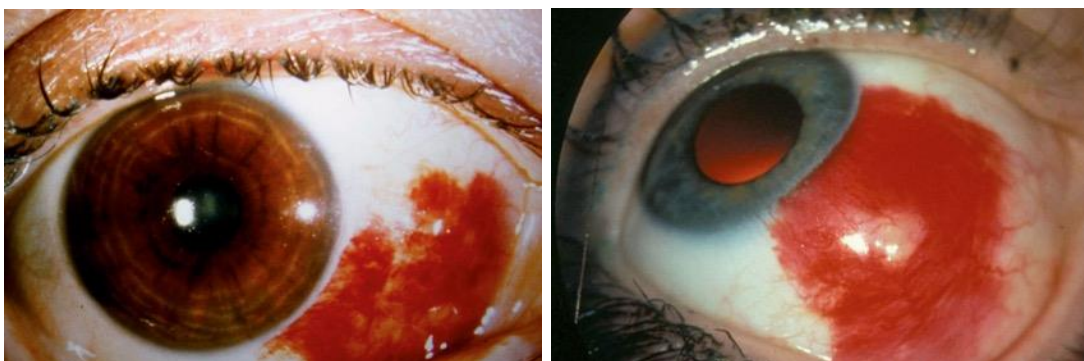
### A. Œil rouge, non douloureux, sans baisse d'acuité visuelle

#### 1. Hémorragie sous-conjonctivale spontanée (fig. 6.4)

Fréquente, banale, unilatérale, indolore, elle régresse en quelques semaines sans traitement ; elle doit faire rechercher une hypertension artérielle (HTA), un trouble de la coagulation.

*Il faut impérativement veiller à ne pas méconnaître un CEIO ou une plaie sclérale (voir plus haut Examen clinique à la lampe à fente).*

Fig. 6.4 : Hémorragies sous-conjonctivales spontanées.



#### 2. Conjonctivite

Elle se manifeste par une sensation de grains de sable, de corps étranger, un prurit ; elle peut être uni- ou bilatérale (fig. 6.5). Les conjonctivites peuvent être virales, bactériennes ou allergiques. Elles sont en général

non douloureuses. L'atteinte cornéenne (kératoconjonctivite) entraîne l'apparition de douleurs et d'une baisse visuelle si l'axe optique est touché.

Fig. 6.5 : Conjonctivite unilatérale.



### 3. Conjonctivite bactérienne

Elle peut être bilatérale.

Il s'agit d'une rougeur conjonctivale diffuse, prédominant dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, le plus souvent bilatérale, parfois avec un intervalle libre.

Elle entraîne des sécrétions mucopurulentes (fig. 6.6), collant les paupières le matin au réveil. Dues à des germes à Gram positif (notamment streptocoque ou staphylocoque), les conjonctivites bactériennes guérissent sans séquelles.

Fig. 6.6 : Conjonctivite bactérienne ; présence de sécrétions conjonctivales.



Le traitement probabiliste sans prélèvement de première intention comprend :

- hygiène des mains : prévention de l'entourage ;
- lavages fréquents au sérum physiologique ;
- collyre antiseptique 4 à 6 fois/jour.

L'antibiothérapie n'est pas systématique et un collyre antiseptique est souvent suffisant.

## B. Œil rouge unilatéral, douloureux, sans baisse de l'acuité visuelle

### 1. Épisclérite

Il s'agit d'une inflammation localisée à l'épisclère (située sous la conjonctive), on note une rougeur en secteur qui disparaît après instillation d'un collyre vasoconstricteur (Néosynéphrine Faure®). La douleur oculaire est modérée.

L'examen du segment antérieur est normal.

Il est nécessaire de rechercher une maladie de système en cas de récurrence.

L'épisclérite est traitée par corticothérapie locale.

### 2. Sclérite

Il s'agit d'une inflammation localisée au niveau de la sclère, générant des douleurs oculaires importantes majorées à la mobilisation du globe. On observe une rougeur localisée en secteur qui ne disparaît pas à l'instillation d'un collyre vasoconstricteur (Néosynéphrine Faure®).

La sclérite requiert de rechercher une maladie de système :

- articulaire : spondylarthrite ankylosante, polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux disséminé (LED) ;
- vasculaire : périartérite noueuse, granulomatose de Wegener, maladie de Behçet ;
- granulomateuse : tuberculose, sarcoïdose ;
- infectieuse.

Le traitement consiste à administrer des anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie générale et à traiter la pathologie causale.

## C. Yeux rouges bilatéraux, douloureux, sans baisse de l'acuité visuelle

### 1. Conjonctivite virale

Très fréquente, très contagieuse, elle survient par épidémies.

L'atteinte, souvent bilatérale, se fait en général en deux temps et associe :

- sécrétions claires ;
- adénopathie prétragienne douloureuse à la palpation très évocatrice.

Elle est parfois difficile à différencier d'une conjonctivite bactérienne.

L'évolution est en règle spontanément favorable en 10 à 15 jours, mais possible vers une kératoconjonctivite à adénovirus (voir plus loin Kératite aiguë). L'atteinte commence souvent d'un côté et se bilatéralise par autocontamination dans les jours qui suivent.

### 2. Conjonctivite allergique

Elle survient, de façon saisonnière, sur terrain atopique ou allergique connu le plus souvent.

L'atteinte bilatérale et récidivante associe prurit, chémosis (œdème conjonctival), sécrétions claires, volumineuses papilles conjonctivales inférieures.

Le traitement comprend :

- bilan allergique ;
- éviction de l'allergène, désensibilisation ;
- collyre antiallergique.



### 3. Conjonctivite à *Chlamydia*

La conjonctivite à inclusions de l'adulte est une affection sexuellement transmissible, qui peut s'associer à une urétrite ou une vaginite (traitement par azithromycine en monodose).

Le trachome (conjonctivite à *Chlamydia trachomatis*) est très fréquent dans les pays du tiers-monde et responsable de complications cornéennes très sévères (deuxième cause mondiale de cécité après la cataracte). Il s'agit d'une conjonctivite avec néovascularisation cornéenne, fibrose du tarse et entropion.

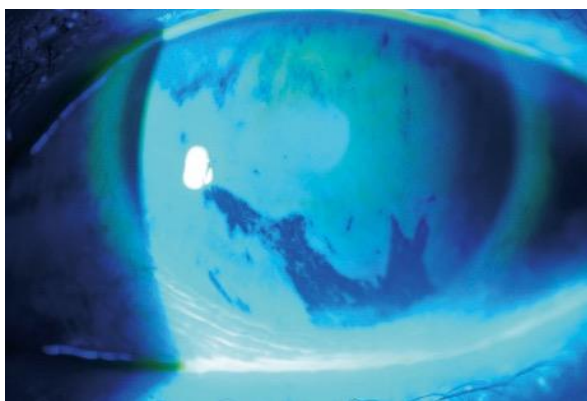
### 4. Syndrome sec oculaire

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 sont secondaires à une atteinte de l'épithélium conjonctival, associée ou non à une atteinte épithéliale cornéenne, par altération de la trophicité des cellules épithéliales. Lors des syndromes secs sévères, il peut y avoir une baisse d'acuité visuelle par atteinte épithéliale cornéenne ou simplement par rupture du film lacrymal altérant la qualité du dioptré cornéen.

Le diagnostic repose sur :

- un examen quantitatif de la sécrétion lacrymale, le test de Schirmer : on place une bandelette de papier spécifique au niveau de la paupière inférieure et après 5 minutes, on mesure la zone humidifiée ;
- un examen qualitatif de la qualité du film lacrymal : il étudie la stabilité du film lacrymal dont il mesure le temps de rupture (break-up time ou BUT, fig. 6.7) par instillation d'une goutte de fluorescéine dans le cul-de-sac inférieur, puis on demande au patient de ne plus cligner, ensuite on mesure le temps de rupture du film lacrymal ;
- un examen de la surface cornéenne par instillation d'une goutte de fluorescéine qui montre une kératite ponctuée superficielle ;
- un examen de la surface conjonctivale par instillation d'une goutte de vert de lissamine qui colore les cellules mortes dans la zone d'ouverture palpébrale (le vert de lissamine n'est pas utilisé en pratique clinique).

Fig. 6.7 : *Break-up time* (BUT) : mesure du temps de rupture du film lacrymal après instillation d'une goutte de fluorescéine.



L'étiologie est :

- le plus souvent une involution liée à l'âge des glandes lacrymales ou d'origine iatrogène ;
- un syndrome de Gougerot-Sjögren.

La prise en charge repose sur :

- des substituts lacrymaux : larmes artificielles, gels, idéalement sans conservateurs ;
- une éviction des facteurs irritants : soleil (lunettes teintées), climatisation, air sec (humidificateurs, tabac, poussières) ;
- l'occlusion temporaire ou permanente des points lacrymaux ;
- des traitements généraux (parasympholytiques, fluidifiants).

## 5. Autres causes d'yeux rouges douloureux sans baisse d'acuité visuelle

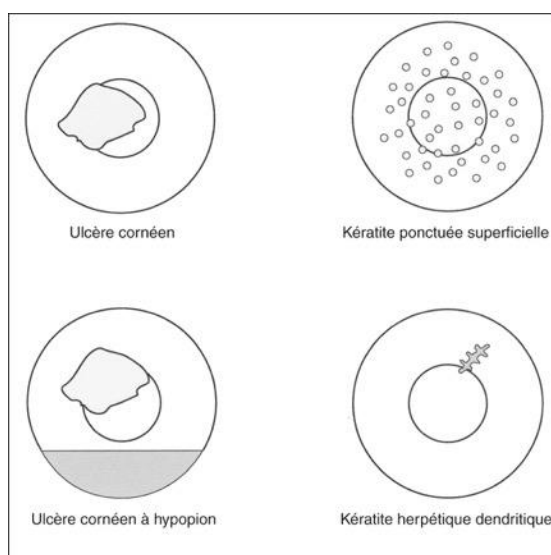
- Maladie de Basedow.
- Malpositions palpébrales (entropion, ectropion, chalazions).
- Conjonctivite d'irritation : tabac, poussières.

## D. Œil rouge douloureux avec baisse d'acuité visuelle

### 1. Kératite aiguë

C'est une atteinte cornéenne qui s'accompagne d'ulcération(s) superficielle(s) (fig. 6.8).

Fig. 6.8 : Représentation schématique des principales formes de kératite.



Elle se manifeste par :

- 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, à type de sensation de corps étranger ;
- un larmolement ;
- une photophobie ;
- un blépharospasme.

L'examen à la lampe à fente retrouve des érosions ou des ulcérations de la cornée (fig. 6.9 à 6.11), une diminution de transparence de la cornée, souvent localisée au niveau de l'ulcération, et un cercle périkératique (voir plus haut Examen clinique à la lampe à fente) ; la chambre antérieure est de profondeur et d'aspect normaux.

Fig. 6.9 : Ulcère cornéen (flèches = contours de l'ulcère).

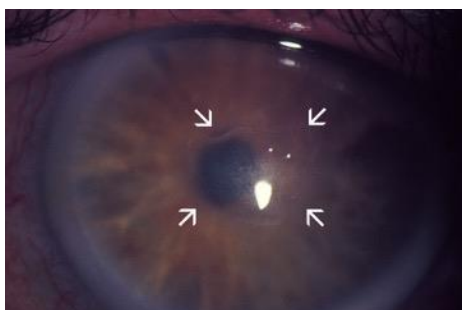


Fig. 6.10 : Examen en lumière bleue après instillation d'une goutte de collyre à la fluorescéine.

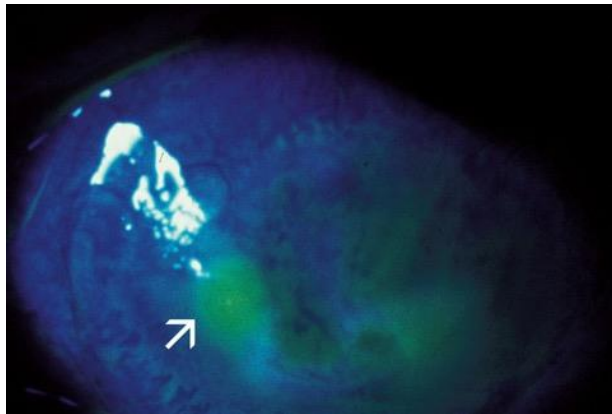


Fig. 6.11 : Ulcère cornéen.

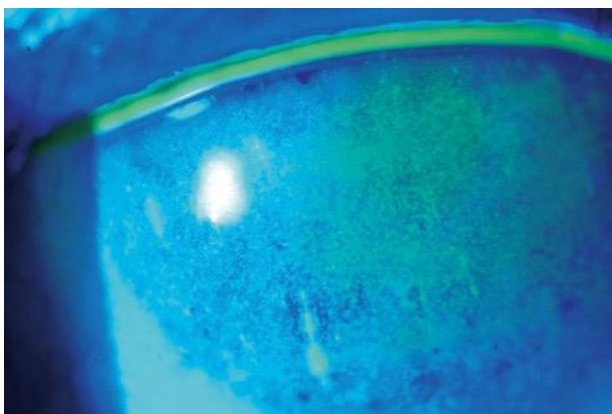


#### → Kératite à adénovirus

Elle peut compliquer une conjonctivite à adénovirus (voir plus haut Conjonctivite virale) : on parle de kératoconjonctivite à adénovirus ou kératoconjonctivite épidémique.

Elle est caractérisée par des petites ulcérations disséminées prenant la fluorescéine (fig. 6.12).

Fig. 6.12 : Kératite ponctuée superficielle.



L'évolution est souvent favorable, mais elle peut laisser des opacités stromales cicatricielles définitives pouvant s'accompagner d'une baisse d'acuité visuelle.

Le traitement est le même que pour la conjonctivite à adénovirus.

### → Kératite herpétique

Il s'agit d'une ulcération cornéenne d'aspect typique unilatérale, de forme arborescente (« en feuille de fougère » = ulcère dendritique, fig. 6.13 et 6.14), parfois plus étendue, moins typique (« en carte de géographie », fig. 6.15).

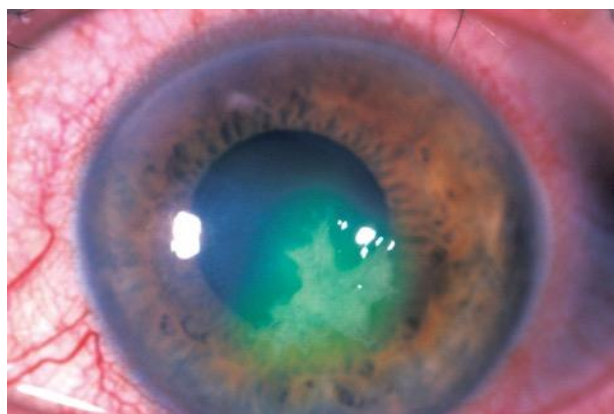
Fig. 6.13 : Kératite herpétique : ulcère dendritique.



Fig. 6.14 : Ulcère dendritique après instillation de fluorescéine.



Fig. 6.15 : Kératite herpétique : ulcère géographique.



Le traitement réside dans les antiviraux par voie générale (valaciclovir) pouvant être associés à des antiviraux locaux en collyre ou en pommade (ex. : aciclovir en pommade) pendant 1 à 2 semaines.

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.*

L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement, mais le risque est celui des récurrences, ainsi que de l'évolution vers une kératite profonde par atteinte cornéenne stromale (fig. 6.16) pouvant laisser une baisse d'acuité visuelle définitive.

Fig. 6.16 : Kératite stromale.



La kératite herpétique peut être associée à une uvéite herpétique parfois récurrente, pouvant entraîner l'apparition d'une atrophie irienne et s'associer à une hypertension.

#### → Kératite zostérienne

Le zona ophtalmique (fig. 6.17) peut se compliquer :

- soit de kératites superficielles, contemporaines de l'épisode aigu du zona, directement liées à l'atteinte virale ;
- soit secondairement d'une kératite neuroparalytique, grave (kératite dystrophique secondaire à l'anesthésie cornéenne).

Fig. 6.17 : Zona ophtalmique.



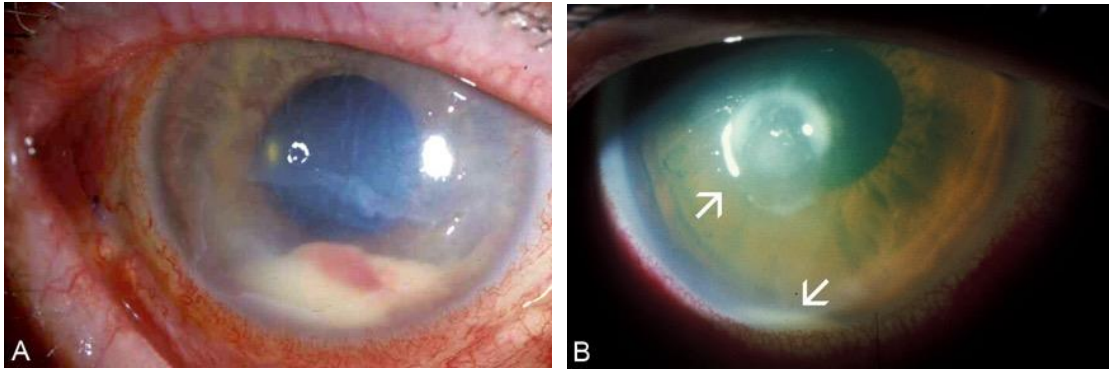
Par ailleurs, dans le zona ophtalmique, un traitement par valaciclovir (Zelitrex®) instauré précocement, dans les 3 premiers jours, permet de réduire la durée des douleurs zostériennes ; il est associé à un traitement local par protecteurs cornéens.

### → Kératite bactérienne, parasitaire et mycosique

Il s'agit souvent de la surinfection bactérienne d'une ulcération traumatique (coup d'ongle, branche d'arbre) ou d'une ulcération survenue sous une lentille de contact se compliquant d'un abcès de cornée (principal facteur de risque d'abcès de cornée).

Elles sont caractérisées par la présence d'une plage blanchâtre d'infiltration cornéenne, colorée par la fluorescéine ; parfois un hypopion réactionnel, secondaire à l'inflammation, est associé à l'ulcère (fig. 6.18).

Fig. 6.18 : Ulcères associés avec un hypopion.



Un prélèvement est requis au niveau de l'abcès pour examen direct, mise en culture et antibiogramme.

Le traitement doit être instauré précocement : collyres antibiotiques administrés plusieurs fois par jour qui peuvent être suffisants dans les formes précoces et peu sévères. Pour les abcès importants (en surface ou en profondeur), il est préférable d'hospitaliser le patient et d'instaurer un traitement par des « collyres fortifiés » (collyres à forte concentration) toutes les heures associé à une antibiothérapie par voie systémique dans certains cas.

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 cicatricielle responsable d'une baisse d'acuité visuelle définitive si elle siège dans l'axe visuel.

En cas de survenue chez un porteur de lentilles de contact, il faut se méfier d'une *kératite amibienne* et effectuer des prélèvements pour un traitement adapté en milieu hospitalier.

### → Kératite sur syndrome sec

Comme nous l'avons vu plus haut, le syndrome sec oculaire peut entraîner l'apparition d'une KPS, voire d'un ulcère de cornée pouvant secondairement se surinfecter.

### → Kératite d'exposition

Lors d'une paralysie faciale, la mauvaise occlusion palpébrale est responsable d'une exposition cornéenne responsable de la survenue d'une kératite dans l'aire de la fente palpébrale.

Le traitement réside dans les protecteurs cornéens en prévention.

Ces kératites peuvent nécessiter une tarsorrhaphie (suture des deux paupières réduisant la fente palpébrale par la mise en place de points de suture), permettant d'assurer la protection de l'épithélium cornéen par la conjonctive palpébrale.

## 2. Uvéites antérieures

Ce sont des inflammations de la partie antérieure de l'uvée : iris (iritis) et du corps ciliaire (cyclite). On parle aussi d'iridocyclite.

Le patient présente un œil rouge associé à une baisse d'acuité visuelle et à des douleurs profondes, le tout en général modéré.

L'atteinte peut être uni- ou bilatérale, parfois récidivante et à bascule.

L'examen à la fente retrouve (fig. 6.19) :

- 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 iridocristalliniennes », fig. 6.20 ou « synéchies postérieures »), responsables d'une déformation pupillaire ;
- parfois des adhérences inflammatoires entre face antérieure de l'iris et face postérieure de la cornée visibles en gonioscopie (synéchies iridocornéennes) ;
- un 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 (ou rétrodescémétiques) (fig. 6.21 et 6.22) qui peuvent être fins ou granulomateux. Leur aspect anatomique peut orienter le diagnostic étiologique.

Fig. 6.19 : Représentation schématique des signes d'uvéite antérieure.

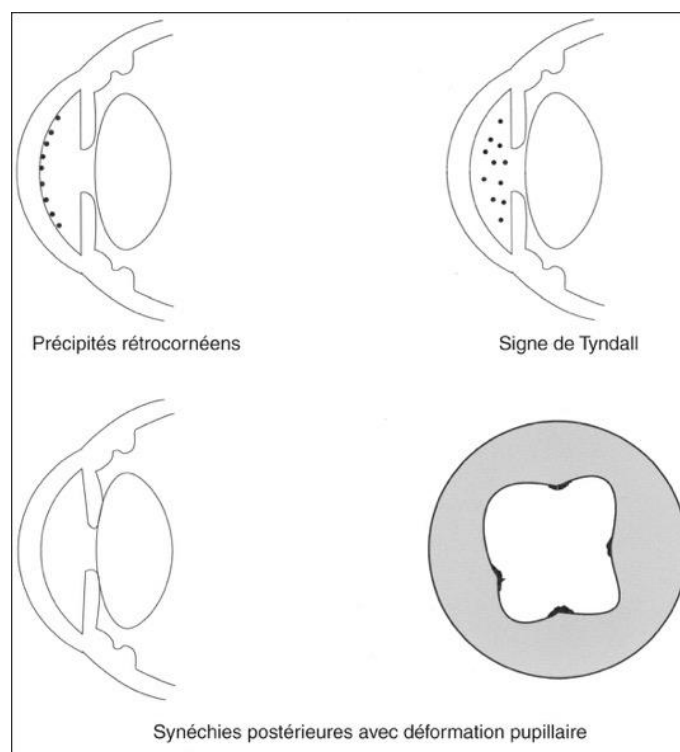


Fig. 6.20 : Uvéite antérieure : synéchie iridocristallinienne.



Fig. 6.21 : Uvéite antérieure : précipités rétrocornéens (ou rétrodescémétiques).

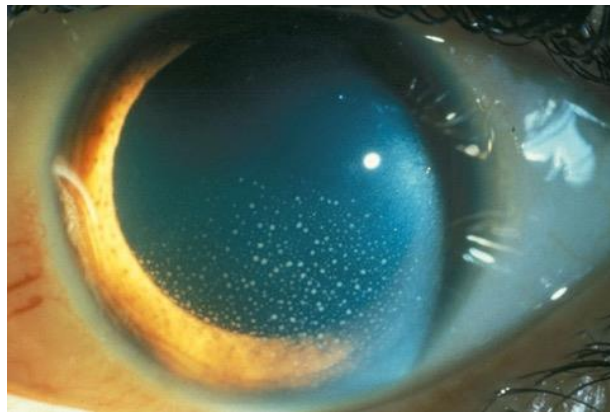
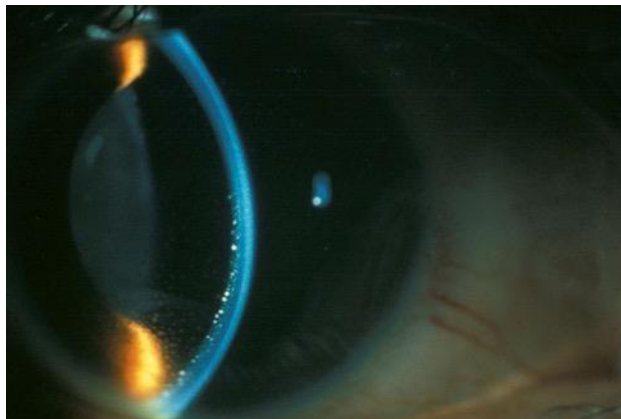


Fig. 6.22 : Uvéite antérieure : précipités rétrocornéens (examen à la lampe à fente).



L'examen du fond d'œil doit être systématique à la recherche d'une atteinte vitrénienne (hyalite), rétinienne ou choroïdienne signant l'existence d'une uvéite postérieure.

La recherche d'une étiologie est systématique mais reste souvent négative (50 % des cas) ; les principales causes sont :

- la spondylarthrite ankylosante : fréquemment accompagnée d'une uvéite antérieure, souvent à hypopion (fig. 6.23), de caractère récidivant mais de bon pronostic ; le diagnostic repose sur la recherche clinique et radiographique d'une sacro-iléite, d'une atteinte rachidienne et d'une recherche de l'antigène HLA B-27 ;
- l'uvéite herpétique : suspectée chez des patients présentant déjà des antécédents d'herpès oculaire ; une hypertension est fréquente ainsi qu'une atrophie irienne ;

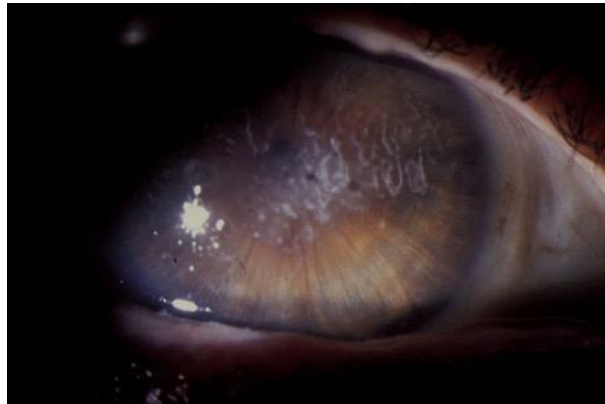


- l'arthrite juvénile idiopathique chez l'enfant : uvéite antérieure sévère qui s'accompagne d'une cataracte et d'une kératite d'aspect particulier (kératite en bandelette, fig. 6.24) ;
- la sarcoïdose : uvéite antérieure avec des dépôts rétrodescémétiques, des nodules iriens ; une atteinte postérieure est fréquente ;
- la maladie de Behçet : classiquement uvéite antérieure récidivante à hypopion associée à une hyalite et à une vascularite rétinienne ;
- le lupus érythémateux disséminé (LED). Chez le sujet âgé, un tableau de hyalite doit faire rechercher un lymphome oculocérébral (prélèvement vitréen).

Fig. 6.23 : Uvéite antérieure à hypopion au cours d'une spondylarthrite ankylosante.



Fig. 6.24 : Kératite en bandelette (uvéite antérieure au cours d'une arthrite chronique juvénile de l'enfant).



La prise en charge associe :

- traitement local systématique par :
  - collyres mydriatiques, pour la prévention ou la suppression des synéchies postérieures,
  - collyres corticoïdes ;
- traitement étiologique quand l'étiologie est mise en évidence.

### 3. Glaucome aigu par fermeture de l'angle ou crise d'hypertonie par fermeture de l'angle

C'est une affection rare mais de pronostic sévère en l'absence d'un traitement précoce.

Il survient :

- chez des patients prédisposés *anatomiquement* avec :
  - forte hypermétropie,

- chambre antérieure étroite,
- angle iridocornéen étroit,
- cristallin volumineux (cataracte intumescence) ;
- lors de *circonstances entraînant une mydriase* (stress, prise de médicaments mydriatiques sympathomimétiques ou parasympholytiques, obscurité).

L'humeur aqueuse produite au niveau des procès ciliaires en arrière de l'iris passe habituellement à travers la pupille, puis est évacuée par le trabéculum. Dans le cas d'une crise de glaucome par fermeture de l'angle, il y a un blocage pupillaire. La crise est due à un *blocage pupillaire*. La mydriase entraîne un accolement de la face antérieure du cristallin et de la face postérieure de l'iris sur 360°. L'humeur aqueuse ne peut plus passer et s'accumule dans la chambre postérieure, ce qui refoule la racine de l'iris vers l'avant et aboutit à un blocage trabéculaire. L'angle iridocornéen se ferme et l'humeur aqueuse n'étant plus évacuée à travers le trabéculum, la pression intraoculaire augmente.

L'hypertonie oculaire majeure (fig. 6.25) entraîne une altération de l'endothélium cornéen (œdème cornéen), une ischémie du sphincter irien (semi-mydriase aréflexique) et une atrophie optique si elle se prolonge (baisse d'acuité visuelle définitive).

Fig. 6.25 : Glaucome aigu par fermeture de l'angle : pupille en semi-mydriase, diminution diffuse de la transparence cornéenne par œdème cornéen secondaire à l'hypertonie oculaire.



#### → Signes fonctionnels

Ils sont *bruyants* :

- douleurs très profondes, irradiant dans le territoire du trijumeau ;
- douleurs souvent associées à des nausées ou à des vomissements qui peuvent égarer le diagnostic ;
- baisse d'acuité visuelle, qui dépend de l'œdème cornéen secondaire à l'hypertonie majeure.

#### → Examen

Il relève les éléments suivants :

- douleurs intenses, parfois vomissements ;
- l'œil est rouge ;
- la transparence de la cornée est diminuée de façon diffuse par l'œdème cornéen dû à l'hypertonie oculaire majeure ;
- la pupille est en semi-mydriase aréflexique ;
- la chambre antérieure est étroite, l'angle iridocornéen est fermé ;
- l'hypertonie oculaire est majeure, fréquemment supérieure à 50 mmHg ;
- le patient peut décrire des épisodes transitoires qui correspondent à des fermetures incomplètes de l'angle iridocornéen. Ces épisodes se traduisent par des crises d'œil rouge et douloureux spontanément résolutive ;

- l'examen de l'autre œil doit être systématique, car il présente la plupart du temps la même prédisposition anatomique.

L'évolution se fait rapidement, en quelques jours, vers la cécité, en l'absence d'un *traitement*.

#### → **Traitement**

Il s'agit d'une urgence thérapeutique nécessitant une hospitalisation en ophtalmologie et la mise en place d'une voie veineuse périphérique.

Le traitement général comporte :

- antalgiques ;
- diminution de la production d'humeur aqueuse par inhibiteurs de l'anhydrase carbonique en l'absence de contre-indication (allergie aux sulfamides, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique sévère, antécédents de coliques néphrétiques) : acétazolamide (Diamox®) par voie intraveineuse et supplémentation potassique ;
- déshydratation du vitré par solutés hyperosmolaires en l'absence de contre-indication (mannitol à 20 %, contre-indication : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale), à passer rapidement pour obtenir un effet osmotique ;
- collyres hypotonisants ;
- collyres myotiques (pilocarpine) instillés toutes les heures dès lors que le tonus oculaire se normalise (mais aussi dans l'œil adelphe en préventif).

La surveillance du traitement repose sur le ionogramme sanguin, la glycémie, l'urée, la créatininémie, le bilan hépatique, l'électroencéphalogramme (EEG) et le tonus oculaire.

Quand la crise est jugulée, le tonus oculaire est revenu normal, la cornée est claire, il faut réaliser une iridotomie périphérique qui empêchera la survenue d'un nouvel épisode. Il s'agit de pratiquer un orifice à la périphérie de l'iris, ce qui permet de court-circuiter le passage pupillaire de l'humeur aqueuse. L'iridotomie périphérique est parfois réalisée au diagnostic, si la transparence cornéenne permet de réaliser ce traitement. Ce traitement est réalisé au laser YAG (*yttrium aluminium garnet*).

Ceci est *systématiquement* réalisé sur les deux yeux.

En cas d'échec du laser, l'iridectomie sera réalisée chirurgicalement.

Après la réalisation de l'iridectomie ou de l'iridotomie, il n'y a plus de contre-indication médicamenteuse, puisqu'une voie d'écoulement de l'humeur aqueuse a été créée entre la chambre postérieure et la chambre antérieure.

En cas de cataracte intumescence ayant entraîné la crise de glaucome aigu par fermeture d'angle, la chirurgie de la cataracte sera faite en général dans un second temps, après traitement du glaucome aigu par fermeture d'angle.

## 4. Glaucome néovasculaire

Il survient dans un contexte d'ischémie rétinienne étendue : rétinopathie diabétique compliquée, occlusion de la veine centrale de la rétine (OVCR) ischémique, drépanocytose, décollement de rétine chronique, etc.

L'ischémie rétinienne entraîne la sécrétion de *vascular endothelial growth factor* (VEGF) à l'origine de l'apparition des néovaisseaux qui vont progressivement envahir l'angle irido-cornéen et empêcher la résorption de l'humeur aqueuse, conduisant à une augmentation progressive de la pression intra-oculaire.

Il est caractérisé par la présence de néovaisseaux sur l'iris (rubéose irienne) et dans l'angle iridocornéen (examen en gonioscopie) associés à une hypertonie oculaire souvent importante.

L'examen du fond d'œil après dilatation pupillaire recherche des signes d'ischémie et de néovaisseaux.

Le traitement est réalisé par hypotonisants locaux et généraux, et photocoagulation de l'ensemble des territoires ischémiques rétiens et/ou des injections intravitréennes d'*anti-vascular endothelial growth factor* (anti-VEGF).

## 5. Endophtalmie postopératoire

Le contexte est évocateur : contexte de chirurgie oculaire récente (cataracte, glaucome, etc.) avec douleur oculaire intense et baisse visuelle souvent importante du côté opéré, œdème palpébral, hypopion à l'examen à la lampe à fente, hyalite importante signant l'inflammation du segment postérieur.

Le traitement étiologique consiste en des injections intravitréennes d'antibiotiques et une antibiothérapie systémique après prélèvements d'humeur aqueuse ou de vitré pour examen direct et culture, et PCR panbactérienne. Il s'agit d'une urgence thérapeutique. Une vitrectomie postérieure peut être discutée d'emblée dans les cas sévères.

### POINTS CLÉS

- Pas de baisse d'acuité visuelle :
  - sécrétions conjonctivales, paupières collées le matin au réveil = conjonctivite bactérienne ;
  - peu de sécrétions, contexte évocateur = conjonctivites virale ou allergique ;
  - hémorragie sous-conjonctivale.
- Baisse d'acuité visuelle :
  - diminution de transparence cornéenne, cercle périkératique, ulcération fluorescente + = kératite ; pas de corticoïdes locaux ;
  - myosis, cercle périkératique, cornée claire, synéchies iridocristallinienne, précipités rétrodescémétiques = uvéite antérieure ; traitement mydriatique et corticoïdes locaux + bilan étiologique ;
  - cécité unilatérale, douleurs +++, syndrome digestif, mydriase, œdème cornéen, 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. Une inflammation post-opératoire nécessite un examen et une prise en charge en urgence (endophtalmie post-opératoire)

### MOTS CLÉS

- Conjonctivite allergique, adénovirus
- Glaucome aigu par fermeture de l'angle
- Hyalite
- Kératite : adénovirus, herpès, zona
- Sclérite, épisclérite
- Syndrome sec
- Uvéite antérieure aiguë (= iridocyclite)