



Chapitre 10

Œil rouge

N. CAMPOLMI MD¹, AS. GAUTHIER MD²

Points essentiels

- Tout œil rouge et douloureux dans le mois qui suit une chirurgie endoculaire (exemple : cataracte) est une endophtalmie jusqu'à preuve du contraire.
- Un œil rouge et douloureux chez un patient diabétique ou polyvasculaire peut faire évoquer un glaucome néovasculaire : avis ophtalmologique en urgence.
- Tout œil rouge avec baisse d'acuité visuelle : un avis ophtalmologique.
- Tout œil rouge chez un porteur de lentilles doit faire évoquer un abcès : avis ophtalmologique en urgence.
- Tout œil rouge consécutif à un traumatisme : un avis ophtalmologique en urgence.
- Ne pas prescrire de cortisone en collyre à l'aveugle. Attention à l'herpès !!!
- Ne jamais prescrire d'anesthésiants locaux de type oxubuprocaine (risque d'ulcère de cornée gravissime, usage réservé au seul moment de l'examen).
- Une hémorragie sous-conjonctivale sans notion de traumatisme, ni de baisse visuelle nécessite une simple prise de tension artérielle et ne requiert aucun traitement ophtalmologique.
- Toujours retourner la paupière supérieure devant un ulcère cornéen afin de rechercher un corps étranger (surtout après la manipulation du bois qui s'incarcère souvent sous la paupière supérieure).

¹ Service d'ophtalmologie CHU de Saint-Étienne.

² Service d'ophtalmologie CHU Jean Minjot, Besançon.

Correspondance : Dr Nelly Campolmi – CHU de Saint-Étienne – Service d'ophtalmologie
Avenue Albert-Raymond, 42055 Saint-Étienne Cedex 2
Tél. : 04 77 12 77 93 – Fax : 04 77 12 05 49
E-mail : nelly.campolmi@univ-st-etienne.fr

- Devant toute projection, laver abondamment l'œil atteint avec l'eau du robinet pendant au moins 15 minutes avant de muter le patient aux urgences.

L'œil rouge accompagné ou non de douleur est un motif fréquent de consultation en urgence. Les étiologies sont très variées allant de la conjonctivite bénigne à des affections sévères pouvant mettre en jeu le pronostic visuel.

La prise en charge initiale repose sur l'interrogatoire qui visera à rechercher un contexte traumatique (projection de corps étranger, contusion), l'existence d'un contexte épidémique, le mode de survenue (brutal ou progressif), le caractère uni ou bilatéral, la présence de signes fonctionnels associés (prurit, larmolement, sécrétions, photophobie, blépharospasme, céphalées, nausées, syndrome grippal). Les signes de gravité tels qu'une baisse d'acuité visuelle ou une douleur sont à apprécier ainsi que le terrain du patient (diabétique, antécédents cardiovasculaires).

Le diagnostic étiologique sera orienté par le contexte et la symptomatologie décrit par le patient. Un bilan complet permettra de poser le diagnostic étiologique et d'adapter la thérapeutique.

1. Anatomie et examen de l'œil par l'urgentiste

1.1. Rappels anatomiques

Un œil normal ou emmétrope mesure 24 millimètres de longueur axiale et se loge dans l'orbite. Il est grossièrement sphérique. Il est recouvert de l'extérieur vers l'intérieur par : la conjonctive (peau de l'œil), l'épislère et la sclère (coque blanche). Le globe oculaire peut être décomposé en deux segments topographiques antérieur et postérieur séparés par le cristallin :

- le segment antérieur situé en avant est composé de la cornée (hublot de l'œil), de l'iris et du cristallin. L'espace compris entre la cornée et l'iris constitue la chambre antérieure remplie d'humeur aqueuse. L'angle entre la cornée et l'iris correspond à l'angle irido-cornéen, zone d'écoulement de l'humeur aqueuse vers le trabéculum ;
- le segment postérieur de l'œil, situé en arrière du cristallin, nécessite que l'iris soit dilaté pour être examiné par des collyres dilatants (atropine, tropicamide, néosynéphrine). Il comprend la cavité vitrénne, la choroïde et la rétine.

1.2. Examen clinique par l'urgentiste

Le matériel indispensable de l'urgentiste est composé de :

- unidoses de fluorescéine FAURE 0,5 % (laboratoire Théa) ;
- unidoses d'oxybuprocaine = anesthésiant de surface (laboratoire Théa) ;
- acétazolamide : diamox® ;
- une lampe de poche équipée d'une lumière bleue si possible ;

- des cotons-tiges ;
- compresses stériles/sparadrap ;
- coque plastique.

L'examen physique ophtalmologique sans microscope débute classiquement par un examen en lumière du jour afin de localiser la rougeur puis par un éclairage avec une lampe de poche. En cas de douleur et de spasme palpébral liés à une pathologie de surface rendant l'examen impossible, une goutte d'oxybuprocaine est instillée. En cas d'inefficacité de l'anesthésiant de contact, le diagnostic de glaucome aigu par fermeture de l'angle (GAFA) ou d'uvéïte antérieure aiguë sera à évoquer. Pour vérifier l'absence de kératite ou d'ulcère, une goutte de fluorescéine avec visualisation en lumière bleue permettra la mise en évidence d'un ulcère ou d'une kératite épithéliale. La fluorescéine se fixe sur les zones où l'épithélium cornéen a été arraché (ulcère) et apparaît verte en lumière bleue. La présence de sécrétions, leur couleur, leur épaisseur et leur abondance seront notées. Il ne faudra pas oublier de retourner la paupière supérieure dans les cas d'allergie ou de suspicion de corps étranger.

2. Œil rouge non traumatique (Figure 1)

2.1. Hémorragie sous-conjonctivale (Figure 1A)

L'hémorragie sous conjonctivale est un décollement hémattique de la conjonctive d'apparition brutale. Elle représente un motif de consultation fréquent. Il s'agit d'une pathologie bénigne ne nécessitant pas le recours à un avis spécialisé.

Le patient se présente avec une rougeur isolée, en nappe spontanée, sans douleur et sans baisse d'acuité visuelle, sans photophobie ni larmoiement. Le patient peut être très impressionné par le tableau clinique. Aucun bilan ne s'impose hormis la recherche d'une HTA ou d'un déséquilibre du bilan de coagulation.

Traitement

Aucun traitement n'est nécessaire. L'hématome se résorbera spontanément au bout de 2 à 3 semaines, en changeant de couleur (comme un hématome cutané).

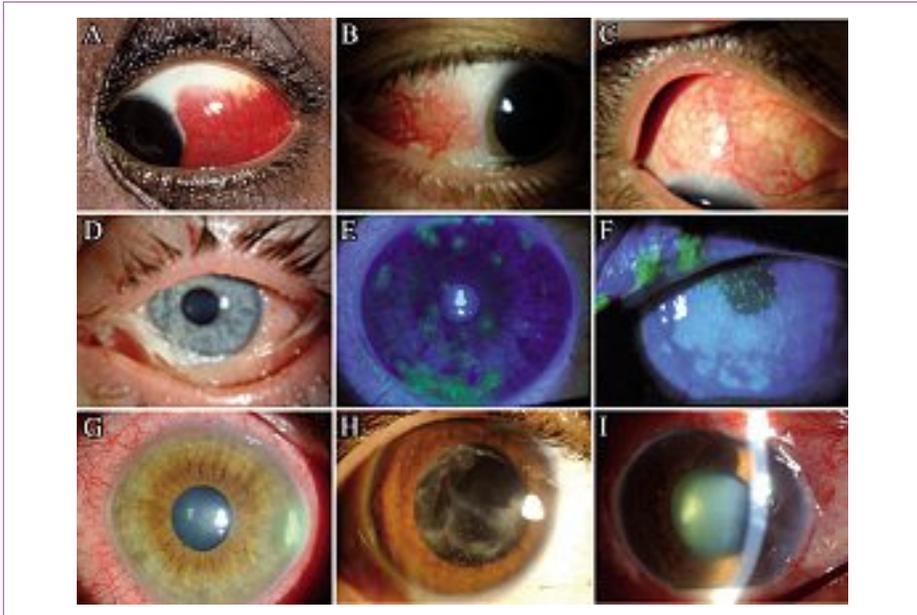
2.2. Épisclérite (Figure 1B)

L'épisclérite est une inflammation localisée de l'épisclère située sous la conjonctive.

La symptomatologie est dominée par douleurs oculaires modérées. À l'examen, la rougeur liée à la dilatation des vaisseaux épiscléraux superficiels est localisée.

En général, il s'agit d'une pathologie idiopathique mais d'autres étiologies (allergie, infection, rosacée, vascularite, goutte) peuvent se rencontrer. Le bilan étiologique est requis en cas de récurrences.

Figure 1 – Œil rouge non traumatique.



A : Hémorragie sous conjonctivale en nappe. **B :** Épisclérite. **C :** Sclérite. **D :** Conjonctive aiguë avec sécrétions muqueuses. **E :** Kératite virale herpétique. **F :** Kératite sous lentilles. **G :** Abscès de cornée chez un porteur de lentilles. **H :** Uvéites antérieure aiguë avec précipités rétro-cornéens. **I :** Endophtalmie avec hypopyon.

Traitement

Le traitement de cette pathologie bénigne repose sur la prescription d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) en collyre type indométacine (indocollyre®) 1 goutte fois 4/jour pendant 1 mois. Le diagnostic étant parfois difficile pour un médecin urgentiste, il est conseillé devant la persistance d'une rougeur localisée résistante au traitement, de demander un avis ophtalmologique.

2.3. Sclérite (Figure 1C)

La sclérite est une inflammation localisée ou diffuse de la sclère pouvant parfois être nodulaire ou nécrosante. La douleur est plus importante que dans la sclérite. L'œil est rouge vif par dilatation des vaisseaux profonds.

Il s'agit, en général, d'une atteinte idiopathique mais d'autres causes (50 % des cas) telles que la polyarthrite rhumatoïde, la polychondrite atrophiante, une vascularite, une cause infectieuse (tuberculose, syphilis, zona) doivent être recherchées. Une prise en charge spécialisée pour confirmation du diagnostic avec réalisation d'un bilan ophtalmologique (échographie, angiographie, parfois imagerie TDM/IRM orbitaire) et général étiologique doivent être pratiqués.

Traitement

Il repose sur le traitement étiologique et nécessite donc un avis ophtalmologique. En première intention le traitement comprend la prescription d'AINS *per os*. Pour les formes sévères ou résistantes, la corticothérapie et/ou des traitements immunosuppresseurs peuvent être proposés et prescrits par un spécialiste (interniste ou rhumatologue).

2.4. Conjonctivite aiguë (Figure 1D)

La conjonctivite est une inflammation localisée ou diffuse de la conjonctive. Elle peut être d'origine virale, bactérienne ou allergique et les tableaux cliniques sont très nombreux et polymorphes mais globalement la symptomatologie repose sur les signes fonctionnels suivants : un œil collé le matin, un prurit (plus fréquent dans les allergies), un larmolement, une gêne oculaire à type de sensation de corps étranger, cuisson, brûlures. Une notion de contagion est à rechercher et orientera vers une cause virale. Un terrain atopique, une récurrence saisonnière, des signes rhinopharyngés seront en faveur d'une forme allergique. Les antécédents de sténoses des voies lacrymales chez les sujets âgés notamment sont à rechercher car la stagnation des larmes peut favoriser la pullulation microbienne.

À l'examen : l'atteinte est bilatérale en cas d'origine virale ou allergique, unilatérale en cas d'origine bactérienne. Un point important qui la différencie de l'uvéïte est la persistance de la forme et de la réactivité pupillaire. L'œil est globalement rouge avec des sécrétions claires (origine allergique ou virale) ou purulentes (origine bactérienne). La présence d'une adénopathie prétragienne douloureuse est à rechercher et oriente vers une origine virale.

Traitement

Dans tous les cas, un lavage fréquent et soigneux des mains est préconisé pour éviter les contaminations ainsi que des lavages oculaires au sérum physiologique.

Conjonctivite bactérienne (sécrétions purulentes, atteinte unilatérale, sténose des voies lacrymales) :

- antibiothérapie topique à large spectre : tobramycine (tobrex®) 1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours ou azithromycine (azyter®) 1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours (règle du 1-2-3) ;
- prise en charge spécialisée des voies lacrymales.

Conjonctivite virale (la plus fréquente, sécrétions claires, atteinte bilatérale asynchrone, notion de contagion) :

- antiseptique : picloxydine (vitabact®) 1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours ;
- règles d'hygiène strictes à respecter pendant toute la durée des symptômes (pouvant durer jusqu'à 3 semaines) ;
- Si baisse d'acuité visuelle → avis ophtalmologique en urgence.

Conjonctivite allergique (terrain atopique, port de lentille de contact, prurit, symptomatologie saisonnière) :

- éviction de l’allergène (si possible) ;
- collyre anti-histaminique : ketotifène (ex. : zalerg®) 1 goutte 3 fois par jour pendant la durée des symptômes ;
- larmes artificielles sans conservateurs : hypromellose (artelac®) 1 goutte 4 à 6/jour pendant la durée des symptômes ;
- parfois traitement systémique antihistaminique en cas de signes généraux associés.

Si les symptômes persistent après traitement médical bien mené, un avis spécialisé est nécessaire.

2.5. Kératites et ulcère de cornée (Figure 1E et F)

La kératite est une affection de la surface cornéenne (épithélium). Elle se manifeste par un œil rouge, douloureux associée à une photophobie, un larmoiement et un blépharospasme. La baisse d’acuité visuelle est variable. Les lésions sont visibles en lumière bleue après instillation de fluorescéine. Leur topographie peut orienter le diagnostic :

- supérieure : corps étranger sous-palpébral ;
- centrale : malocclusion palpébrale ;
- inférieure : syndrome sec, toxicité des collyres.

Les causes principales sont les infections virales (adénovirus, herpès...) ou bactériennes, le port de lentilles, le syndrome sec, les pathologies palpébrales, les atteintes toxiques (collyres, UV) ou traumatiques (coup d’ongle). Il faut toujours penser à retourner la paupière supérieure pour rechercher un corps étranger.

Cas particulier de l’herpès : il s’agit d’une pathologie fréquente et récurrente de l’enfant et l’adulte. Son aspect typique est celui d’un ulcère de forme dendritique, arborisée avec des renflements (Figure 1E), bien visible avec le test à la fluorescéine. Devant ce genre de pathologie, un avis ophtalmologique est obligatoire. Il ne faut en aucun cas prescrire de la cortisone en collyre sous peine d’aggraver l’ulcère.

Cas particulier du zona ophtalmique : l’atteinte ophtalmologique peut compléter l’apparition des vésicules sur le territoire du V1 dans 2/3 des cas. Outre le traitement antiviral par Valaciclovir qui doit être instauré le plus tôt possible, une consultation en ophtalmologie est la règle afin de vérifier l’intégrité oculaire.

Traitement

Il repose sur le traitement étiologique et donc la prescription de collyres adaptés à la cause. Dans le cadre de la kératite des UV (ophtalmie des neiges, coup d'arc), le traitement comprend des larmes artificielles (hypromellose, carboxyméthylcellulose de sodium = optive®, carmellose = cellulisc® une goutte 4 à 6 fois par jour pendant la durée des symptômes). En cas d'ulcère post traumatique, il faut associer un antibiotique comme azithromycine 1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours et des larmes artificielles. En cas d'absence d'amélioration à 48 h, un avis ophtalmologique est nécessaire.

2.6. Abscesses de cornée ou kératite infectieuse (Figure 1G)

Il s'agit d'une infection localisée de la cornée favorisée par le port de lentilles de contact, un traumatisme, un syndrome sec, une pathologie cornéenne chronique (ulcère épithélial, dystrophie...), une chirurgie cornéenne (greffe...), ou une immunodépression.

La règle d'or

Tout patient porteur de lentilles présentant un œil rouge et douloureux présente un abcès jusqu'à preuve du contraire. Les lentilles doivent être retirées et gardées avec leur boîtier pour une analyse bactériologique. Un avis ophtalmologique urgent est primordial.

Le diagnostic repose sur le contexte, la douleur d'apparition brutale d'intensité variable, un œil rouge avec cercle périkératique, des sécrétions épaisses, un larmoiement, une photophobie. À l'examen, on note une lésion blanchâtre (infiltrat localisé ou diffus) de la cornée qui peut être visible à l'œil nu. Un hypopion (c'est à dire un niveau de pus dans la chambre antérieure) peut également être présent. NB : un hypopion peut être présent dans toutes les infections oculaires à type d'abcès, endophtalmie, uvéite (la photo 1I représente une endophtalmie avec un hypopion)

Traitement

L'abcès de cornée nécessite un traitement en urgence après prélèvement pour analyse bactériologique. L'hospitalisation est nécessaire pour les abcès de grande taille et/ou placé dans l'axe visuel et/ou associé à une inflammation endoculaire. Une antibiothérapie topique horaire jour et nuit de collyres renforcés est mise en place ou un traitement antifongique/amibien selon l'étiologie.

2.7. Uvéites antérieures aiguës (Figure 1H)

Il s'agit d'affections inflammatoires affectant le tractus uvéal (iris, corps ciliaire). Les uvéites sont souvent associées à des maladies systémiques et nécessitent une prise en charge multidisciplinaire. On peut les suspecter si le patient a un antécédent de spondylarthrite ankylosante, ou toute autre pathologie liée à la présence d'HLA B27, une affection dentaire, une sinusite ou une sarcoïdose.

Le diagnostic repose sur une rougeur, douleur et une baisse d'acuité visuelle. À l'examen, un myosis par synéchies irido-cristalliniennes peut être visible à l'œil nu. Au microscope, des signes plus spécifiques d'uvéïte sont visibles à type de précipités rétro-cornéens et des cellules inflammatoires dans la chambre antérieure.

Traitement

Une prise en charge ophtalmologique est nécessaire pour évaluer la gravité de l'uvéïte, réaliser le bilan étiologique et instaurer le traitement par corticoïde topique prolongé et à dose progressivement décroissante (exemple : dexaméthasone : Dexafree®). Un collyre mydriatique associé permet de lever ou éviter les synéchies. Un traitement immunosuppresseur systémique est parfois nécessaire.

2.8. Endophtalmie (Figure 1)

Il s'agit d'une infection endoculaire grave nécessitant un avis ophtalmologique et une prise en charge thérapeutique en urgence. L'endophtalmie survient dans les suites d'une chirurgie oculaire (ex : cataracte) datant de moins d'un mois. Rarement elle peut survenir dans le cadre d'une septicémie (endophtalmie endogène).

Le diagnostic repose sur un œil rouge et douloureux avec une baisse brutale de l'acuité visuelle. À l'examen, l'œil est rouge avec hypopion, souvent en myosis à cause des synéchies irido-cristalliniennes.

Traitement

La prise en charge en urgence en milieu hospitalier repose sur l'injection intravitréenne d'antibiotiques après réalisation des prélèvements bactériologiques.

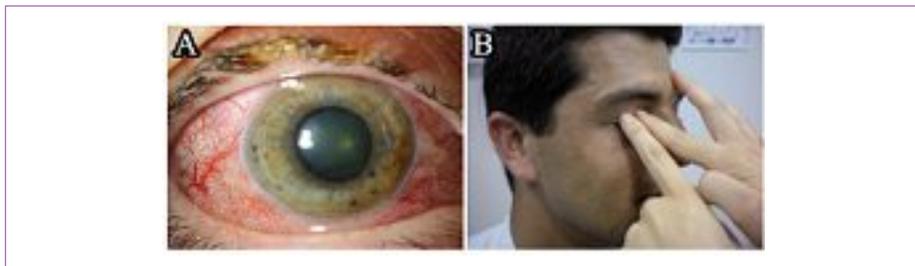
2.9. Glaucome aigu par fermeture de l'angle irido-cornéen (Figure 2)

Urgence diagnostique et thérapeutique, le glaucome aigu par fermeture de l'angle (GAFA) se caractérise par une hypertension intraoculaire majeure avec mise en jeu rapide du pronostic visuel par lésion du nerf optique.

Sur le plan physiopathologique, l'humeur aqueuse est produite par les procès ciliaires, au niveau de la chambre postérieure et évacuée par le trabéculum situé dans l'angle irido-cornéen. Le GAFA résulte de deux mécanismes intriqués le blocage pupillaire et trabéculaire qui entraîne une accumulation intraoculaire d'humeur aqueuse et une hypertonie oculaire responsable :

- d'une altération de l'endothélium et du stroma cornéen (œdème : opacification de la cornée) ;
- d'une ischémie du sphincter irien (mydriase aréactive) ;
- d'une atrophie optique en cas d'hypertonie prolongée (4 à 6 heures).

Figure 2 – Glaucome aigu par fermeture de l’angle.



A : Glaucome aigu par fermeture de l’angle irido-cornéen, l’œil est rouge en semi mydriase aréactive.
B : Palpation bi-digitale du globe oculaire.

Le diagnostic doit être évoqué devant tout œil rouge et douloureux survenant chez un patient de plus de 60 ans (**Figure 2A** et **B**). La douleur peut s’accompagner de nausées et vomissements, ce qui peut faire errer le diagnostic. Certains facteurs de risques sont à rechercher comme :

- le sexe féminin ;
- la prise de traitements mydriatiques locaux ou généraux à effets sympathicomimétiques ou parasymphaticolytiques neuroleptiques, antisécrétoires cholinergiques, antidiarrhéiques, antiparkinsoniens... ;
- l’hypermétropie ;
- la période vespérale ;
- les antécédents de crise subaiguë de fermeture de l’angle ;
- le stress, l’obscurité.

À l’examen physique, on retrouve une rougeur oculaire à type de cercle périkeratique (rougeur autour de la cornée), une mydriase aréflexique, un œdème de cornée donnant un aspect « glauque », une chambre antérieure étroite ou plate et un œil très dur à la palpation bidigitale (témoin d’une pression intraoculaire très élevée).

Traitement

La prise en charge consiste en une hospitalisation en urgence avec mise en place d’un traitement intraveineux hypotonisant (acétazolamide : diamox® et mannitol 20 %), l’instillation d’un traitement myotique (pilocarpine : pilocarpine®) en collyre afin de lever la mydriase (facteur déclenchant). Le traitement définitif du GAFA est l’iridotomie périphérique au laser Yag dès que possible (c’est-à-dire la réalisation d’un trou dans l’iris, créant un itinéraire annexe pour que l’humeur aqueuse s’élimine dans le trabéculum). L’arrêt d’un éventuel médicament déclencheur sera à envisager après avis spécialisé.

3. Œil rouge traumatique (Figure 3)

3.1. Corps étranger cornéen superficiel et abrasion cornéenne (Figure 3A, B, C)

Le patient se présente avec un œil rouge, douloureux avec sensation de corps étrangers dans un contexte de projection de corps étranger ou de traumatisme direct (ex. : crayon de maquillage, coup d'ongle).

Traitement

Sous anesthésie topique (oxybuprocaine), retrait du corps étranger au coton tige, vérification systématique de l'absence de corps étranger sous la paupière supérieure et dans les culs de sacs conjonctivaux. Le traitement local comprend un collyre antibiotique (azithromycine, 1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours) et une pommade cicatrisante (pommade vitamine A, le soir pendant 7 jours). Si de la rouille persiste, un avis ophtalmologique est nécessaire pour une ablation plus complète.

3.2. Plaies transfixiantes avec ou sans corps étrangers intraoculaire (Figure 3 E et F)

Le patient se présente avec un œil rouge et douloureux dans un contexte de traumatisme sévère à forte énergie cinétique (projection de plomb de chasse, verre de pare-brise, objets métalliques en bricolant, couteau, branche d'arbre...).

Les signes évocateurs sont une plaie de paupière et/ou de conjonctive, une hypotonie, une déformation de l'iris, un hyphéma (niveau de sang dans la chambre antérieure, visible à l'œil nu) (hyphéma : **Figure 3H**).

Traitement

Le patient est laissé à jeun avec mise en place d'une coque de protection sur l'œil (pas de pansement compressif qui aggraverait les lésions). Le statut vaccinal vis-à-vis du tétanos est à vérifier. Un transfert immédiat vers un centre d'urgence ophtalmologique chirurgicale est requis.

3.3. Traumatismes chimiques (Figure 3 D, I)

Il existe deux types de brûlures. Les brûlures alcalines (Ammonium et ses composés) avec diffusion rapide en profondeur et les brûlures acides (acides organiques et minéraux) moins graves car moins profondes. Dans la majorité des cas, le patient présente un œil rouge et douloureux avec larmoiement, photophobie, blépharospasme (fermeture réflexe des paupières). Il existe un ulcère cornéen ou une kératite à l'examen (**Figure 3D**). Plus rarement, la brûlure est d'emblée grave avec ischémie oculaire : la conjonctive est blanche « porcelaine », la cornée opaque (**Figure 3I**) L'acuité visuelle est souvent abaissée, la cornée peut être le siège d'opacités.

Traitement

La règle d'or

Rinçage immédiat et abondant de l'œil (ou les yeux) pendant au moins 15 minutes à l'eau du robinet après instillation d'oxybuprocaine.

Le patient sera ensuite muté en urgence dans un service d'ophtalmologique pour la suite de la prise en charge (retrait d'éventuels corps étrangers associés, sondage des voies lacrymales, etc.).

3.4. Traumatisme physique : ophtalmie des ultra-violets (Figure 3G)

Les patients se présentent en urgence après exposition solaire sans protection (ski, haute altitude) ou le plus souvent après soudure à l'arc. Ils se plaignent de douleur intense, photophobie, sensation de corps étranger et larmoiement. À l'examen, l'ophtalmie se présente sous la forme d'une kératite ponctuée superficielle.

Traitement

Il convient de s'assurer de l'absence de corps étranger cornéen ou sous-palpébral supérieur associé, sous couvert de quelques gouttes d'anesthésiant local (oxybuprocaine) afin de diminuer la douleur et permettre au patient d'ouvrir les yeux.

Le traitement repose sur la prescription de pommade antibiotique (pommade tobramycine) et de larmes artificielles. Cette pathologie le plus souvent bénigne évolue vers la cicatrisation cornéenne en 48 heures.

Le piège à éviter : ne pas céder à la pression exercée par le patient qui vous demande de lui prescrire un anesthésiant en goutte !!!!!!!

3.5. Contusion (Figure 3H)

La nature du traumatisme est souvent une balle de squash, de tennis, un volant de badminton ou un coup de poing. Le patient se présente avec un œil rouge, douloureux, un œdème palpébral, l'acuité visuelle peut être normale ou abaissée.

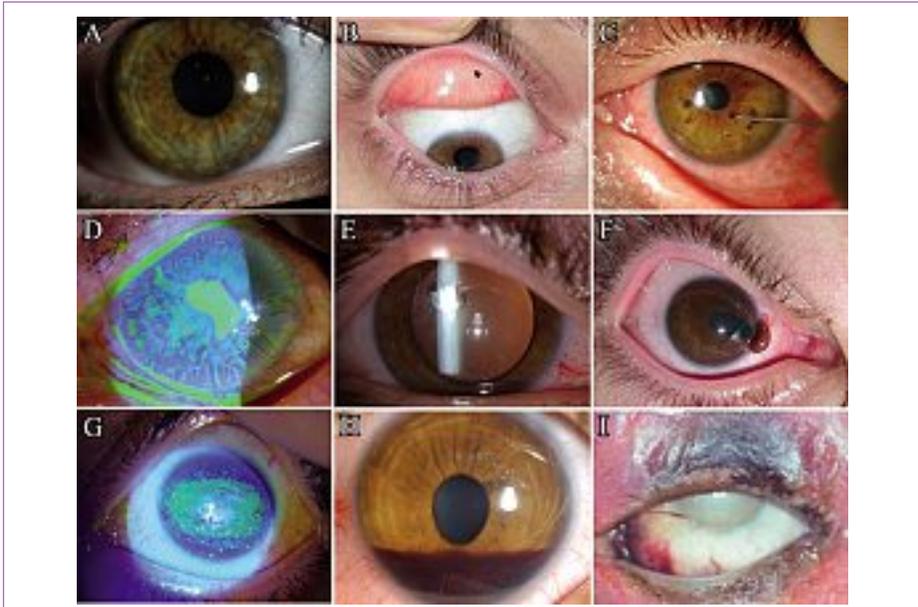
Les lésions engendrées peuvent être nombreuses et polymorphes : hémorragie sous conjonctivale, chémosis, hyphéma, œdème de cornée, iridodialyse, luxation du cristallin, œdème rétinien, plaie du globe... Un trouble de l'oculomotricité (déficit de l'élévation du globe oculaire) avec diplopie binoculaire associée peut être présent en cas d'œdème ou incarceration d'un des muscles oculomoteurs. Toute hypotonie doit faire suspecter une plaie transfixiante.

La règle d'or

Une contusion nécessite un avis spécialisé rapide.

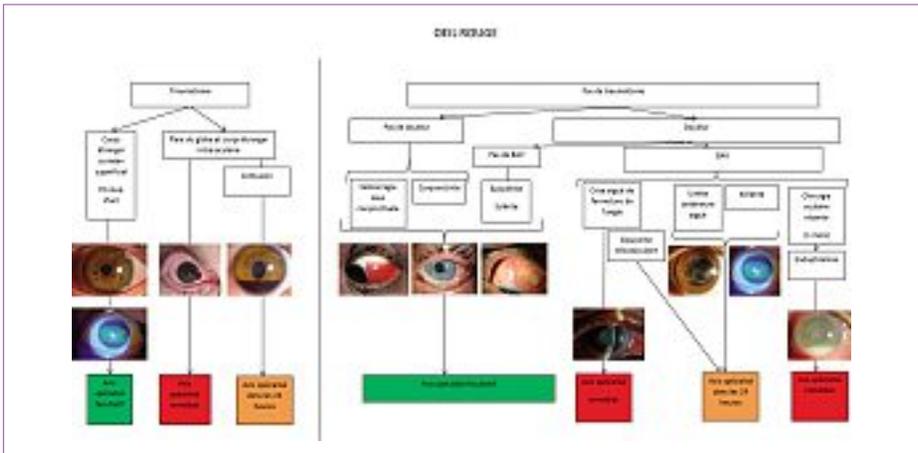
Les étiologies de l'œil rouge sont multiples. Il convient de garder à l'esprit qu'une baisse d'acuité visuelle, un contexte traumatique ou des douleurs doivent conduire à un avis spécialisé (Figure 4).

Figure 3 – Œil rouge traumatique.



A : Multiples corps étrangers métalliques cornéens superficiels. **B :** Corps étranger sous palpébral supérieur, **C :** Ablation d'un corps étranger cornéen à l'aiguille. **D :** Érosion cornéenne mieux visualisée après instillation d'une goutte de fluorescéine et examen en lumière bleue au cours d'une brûlure chimique. **E :** Corps étranger cornéen profond avec plaie cornéenne transfixiante. **F :** Plaie cornéenne limbique avec incarceration de l'iris dans la porte d'entrée. **G :** Kératite ponctuée superficielle d'exposition aux ultraviolets (coup d'arc). **H :** Contusion oculaire sévère avec hyphéma de chambre antérieure. **I :** Brûlure chimique grave après exposition à la chaux, opacification de la cornée et ischémie limbique sévère (pas de vaisseaux visibles sur la conjonctive qui apparaît très blanche).

Figure 4 – Arbre décisionnel.



Abréviations : BAV : baisse d'acuité visuelle.

Références

1. Collégiale des ophtalmologistes de France (COUF) : <http://www.sfo.asso.fr/professionnels/polycopie-national-du-college-des-ophtalmologistes-universitaires-de-france>
2. Site « saintoph », faculté de médecine de Saint-Étienne: <http://www.univ-st-etienne.fr/saintoph/dcem.htm>
3. Tuil E., De Nicola R., Mann F., Miléa D., Barale P.O. « Ophtalmologie en urgence », Ed. Elsevier/Masson, Paris, 2009.
4. Queneau P., Trinh Duc A., Béis J.N. et Gay B. « Thérapeutique en médecine générales », 2^e édition, sous l'égide de l'APNET association pédagogique nationale des enseignants de thérapeutique et le CNGE collège des enseignants de médecine générale. Ed JB Baillière, Paris, 2013.