



Fondation Asile des Aveugles
Hôpital Ophtalmique Jules-Gonin

Entre rougeur oculaire et rougeur oculaire: De la « bobologie » aux maladies cécitantes

Stratégie diagnostique pour le médecin de premier recours

Florence Hoogewoud, François Thommen
septembre 2021



Jules Gonin Eye Hospital
University department of ophthalmology
Fondation Asile des aveugles

Unil

UNIL | Université de Lausanne



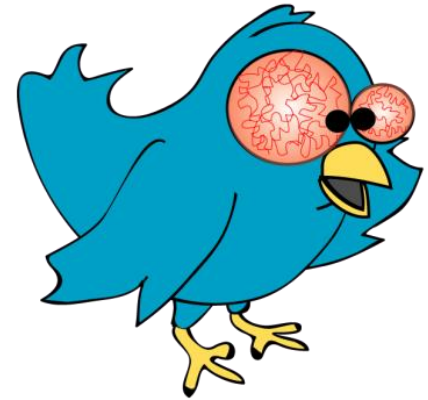
Faculty of Biology and Medicine

www.ophtalmique.ch

Introduction

- Rougeur oculaire
 - symptôme fréquent en médecine de premier recours
 - = 1-4% des motifs de consultation

Œil rouge \neq Œil rouge



Stratégie diagnostique: exclure les drapeaux rouges

- Baisse de la vision
- Diplopie
- Douleurs oculaires
- Atcd d'intervention chirurgicale oculaire sur l'œil concerné, surtout si récente
- Pathologie oculaire connue
- Baisse d'état général
- Traumatisme oculaire (CAVE si brûlure chimique ad rinçage immédiat avant tout transfert)
- Absence d'amélioration après 48 heures de traitement prescrit
- Zona ophtalmique (en particulier si signe de Hutchinson +)
- Exophtalmie nouvelle
- Suspicion de glaucome aigu (douleur oculaire et/ou céphalées, baisse de vision, halos visuels, état général altéré)
- Porteur de lentilles de contact
- Symptômes urogénitaux associés



Stratégie diagnostique

- ❑ Appréciation de l'état général du patient

- ❑ Recueillir une anamnèse ciblée sur les symptômes :
 - atopie,
 - notion de contagé
 - démangeaisons
 - sécrétions
 - mode de survenue

- ❑ Examen sommaire de la surface oculaire et des annexes (l'examen clinique reste dans ce cas limité sans l'aide des outils ophtalmologiques appropriés tels que lampe à fente, etc...)

- ❑ Examen comparatif des deux yeux, atteinte uni/bilatérale.

EXEMPLES DE PATIENTS À NE PAS RÉFÉRER:

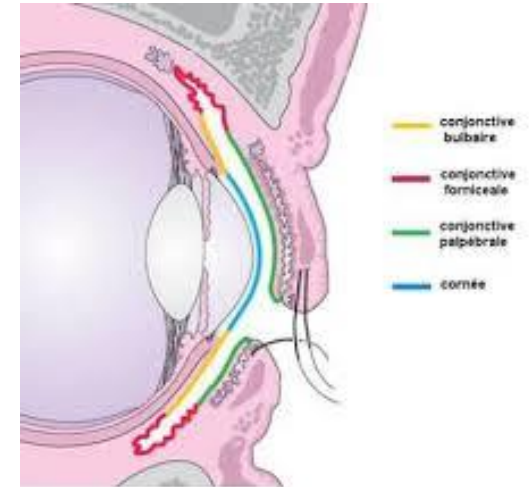
HÉMORRAGIE SOUS CONJONCTIVALE (HYPOSPHAGMA)

- Assymptomatique, parfois légère gêne
- Etiologie:
 - le plus souvent spontané
 - traumatisme mineur
 - hypertension artérielle
 - anti coagulation
 - trouble de la crase
 - manœuvre de Valsava.
- Traitement: nihil, éventuellement larmes artificielles.
- Investigations: si récidivant, bilatéral, envisager analyse de la crase, thrombocytes, contrôle tension artérielle.
- Evolution: résorption spontanée dans les 2-3 semaines environ.



CONJONCTIVITES

- Inflammation de la muqueuse transparente qui recouvre l'intérieure des paupières et la surface oculaire jusqu'au limbe
- Origine variable : allergique, infectieuse, traumatique, toxique ou liée à une atteinte cutanée (Lyell, Steven-Johnson, Pemphigoïdes...)
- Environ 70% des patients avec une conjonctivite (toutes étiologies confondues) se rendent en premier lieu chez leur médecin de premier recours
- Selon certaines études, représentent environ 1.5 à 2% des consultations en MPR, la plupart du temps d'origine infectieuse
- Anamnèse et examen clinique orienteront le diagnostic
- Traumatisme, brûlure chimique ou thermique, port de lentilles de contact doivent amener à une consultation spécialisée sans délai (CAVE! En cas de brûlure chimique, rincer abondamment même à l'eau courante avant tout transfert en milieu spécialisé!)



CONJONCTIVITES ALLERGIQUES

- Exposition directe de la surface oculaire à des substances allergisantes
- Rechercher atopie, rhinite allergique
- Rougeur de la conjonctive, sécrétions aqueuses à séromuqueuses, chemosis, atteinte bilatérale, démangeaisons +++



CONJONCTIVITES ALLERGIQUES: TRAITEMENTS

- Éviter l'exposition à l'allergène (dans la mesure du possible)
 - → rinçage avec solution physiologique



- Larmes artificielles, Antihistaminique topique et/ou stabilisateur des mastocytes
 - Traitement antihistaminique topique supérieur aux ttt systémiques
 - Privilégier des préparations sans conservateurs
 - Posologie habituelle 2 à 4x/j durant la période allergique
- ATTENTION: collyres avec effet vasoconstricteur → l'effet rebond fréquent

→ LACRYCON, OPTAVA
→ ZADITEN SDU 3x/j
→ OPATANOL 2x/j
en traitement de fond

CONJONCTIVITES INFECTIEUSES

Symptômes/signes	Viral	bactérien
Age < 12ans	Rare	Fréquent
Age > 12ans	Fréquent	Rare
Rougeur	Identique	Identique
Sensation de brûlure	Fréquente	Rare
Sécrétions séromuqueuses	+++	-
Sécrétions purulentes	-	+++
Lymphadénopathie prétragienne	Fréquente	Rare
Hémorragie conjonctivale	Fréquente	Rare
Contage	Fréquente	Rare
Infection des voies resp. supérieures	Fréquente	Rare



MAIS cliniquement pas de distinction possible entre conjonctivite bactérienne ou virale

- Frottis, examens microbiologiques non indiqués sauf pour certaines situations bien précises. (susp MST ou herpès)

Statistique microbiologique chez conjonctivite infectieuse présumée:

- **Adulte:**
 - 40% Bactérienne
 - 36% virale
 - 24% autre origine (y inclus allergique).
- **Enfants de moins de 10 ans:**
 - 78% bactérienne
 - 13% virale
 - 2% allergique

Ref: (Terrence P. et al. *Acute conjunctivitis: truth and misconceptions, Current medical research and opinion, 2009; vol.25, 8:1953-1961*):

GERMES HABITUELLEMENT RETROUVÉS:

■ Bactéries:

- Staphylococcus aureus
- Haemophilus influenzae (surtout en pédiatrie: CAVE otites!)
- Streptococcus pneumoniae, viridans,
- Moraxella catarrhalis,
- Escherichia coli,
- Pseudomonas aeruginosa (chez porteur de lentilles de contact, polymorbidités)

■ Virales:

- Adénovirus !!
 - Très majoritairement
 - différents sérotypes.
 - **CAVE! : extrêmement contagieux!!!**
 - Risque non négligeable pour le médecin et les autres patients!
 - Arrêt de travail justifié selon situation vu risque contagieux+++

TRAITEMENT: CONTROVERSE SUR LA PERTINENCE D'UNE ANTIBIOTHÉRAPIE TOPIQUE:

▪ **Argument contre:**

- l'augmentation générale des résistances aux antibiotiques
- difficulté d'établir cliniquement l'étiologie microbienne de la conjonctivite.

▪ **Arguments en faveur:**

- soulagement rapide des symptômes
- raccourcissement de 2 jours par rapport aux patients non traités
- taux de complication plus bas
- réduction de la contagiosité.

▪ **Proposer antibiotique topique d'office chez:**

- les enfants → FLOXAL 4x/j
- patients immunosupprimés/ Diabétiques
- porteurs de lentilles de contact (LDC) (CAVE kératite chez ce groupe de patients!)



Ex: TOBREX 4x/j
(pas tobradex)

- Fucidine à éviter en raison des résistances croissantes de l'Haemophilus influenzae et du Staph. Aureus.
- Hygiène des mains. Antiseptique, larmes artificielles. **Proscrire les corticoïdes topiques!**

QUAND RÉFÉRER À L'OPHTALMOLOGUE?

- Non amélioration dans le 48heures
- porteur de LDC
- conjonctivite hyper aigüe potentiellement sur Neisseria gonorrhoea ou Pseudomonas aeruginosa avec risque de perforation oculaire parfois en quelques heures!

AUTRES PATHOLOGIES INDUISANT FRÉQUEMMENT UNE CONJONCTIVITE D'ACCOMPAGNEMENT (IRRITATIVE):

▪ Chalazion et Orgelet:

- Souvent confondus, difficile à différencier cliniquement.
- Orgelet = folliculite ciliaire.
- Chalazion = inflammation granulomateuse aigüe ou chronique d'une glande de Meibomius, parfois surinfectée. Parfois associé à rosacée.
- Compresses chaudes, traitement combiné anti-inflammatoire/antibiotique (Maxitrol, Tobradex), si chronique traitement chirurgical par l'ophtalmologue.

▪ Blépharite antérieure et/ou postérieure:

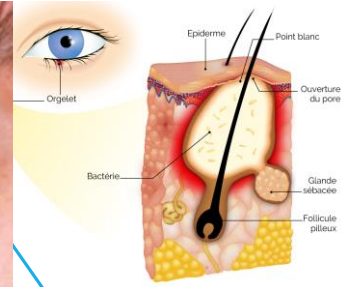
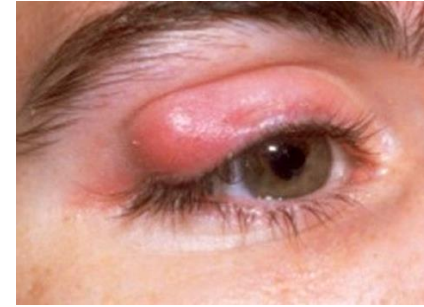
- Inflammation diffuse et chronique du bord libre de la paupière.
- Colonisation pathologique par germes cutanés, rosacée, dysfonction des glandes de Meibomius.
- Hygiène des paupières, larmes artificielles.

▪ Entropion/Ectropion:

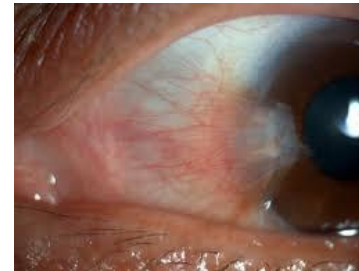
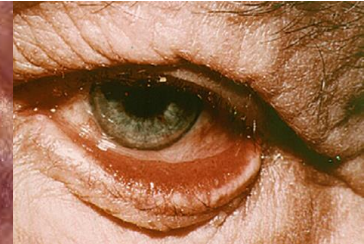
- Malposition du bord libre de la paupière inférieure pouvant engendrer une irritation de la surface oculaire.
- Larmes artificielles, adresser en ophtalmologie.

▪ Pterygion:

- Prolifération conjonctivale sur la surface de la cornée, exposition solaire.
- Réassurance, larmes artificielles, adresser en ophtalmologie sans urgence.



Glande de Meibomius



GLAUCOME AIGU

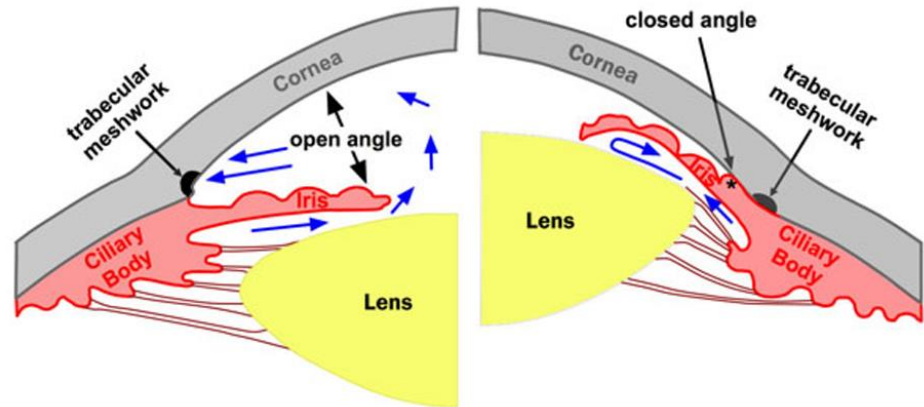
- Fermeture de l'angle irido-cornéen avec comme conséquence une élévation brusque et persistante de la tension oculaire

▪ Symptômes:

- Douleurs intenses
- fréquemment symptômes généraux au premier plan (baisse d'état général, nausées, vomissements, algique++)
- Céphalées
- baisse de vision
- halos visuels

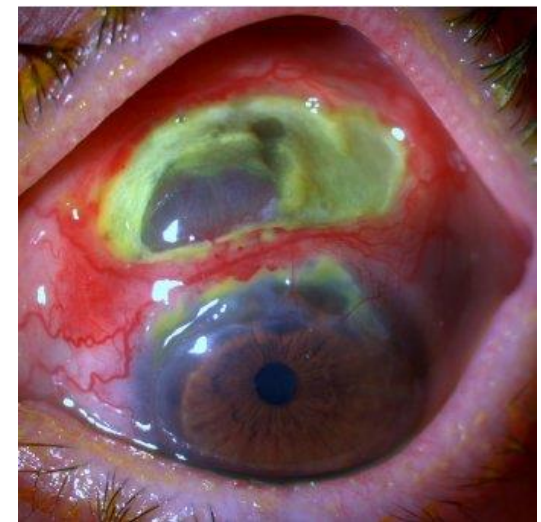
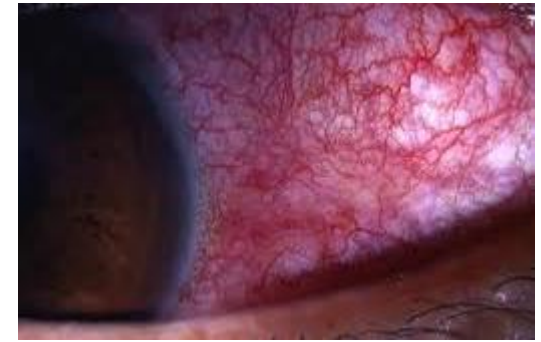
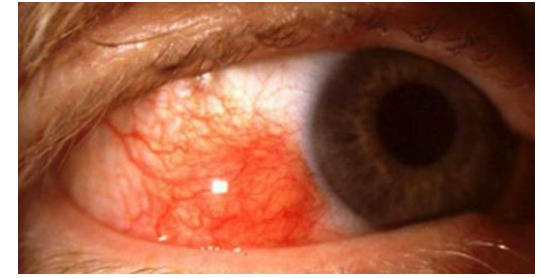
▪ Signes:

- Rougeur oculaire
- semi-mydriase peu/aréactive
- cornée légèrement trouble/opalescente



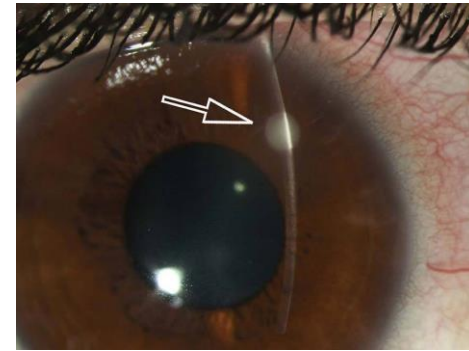
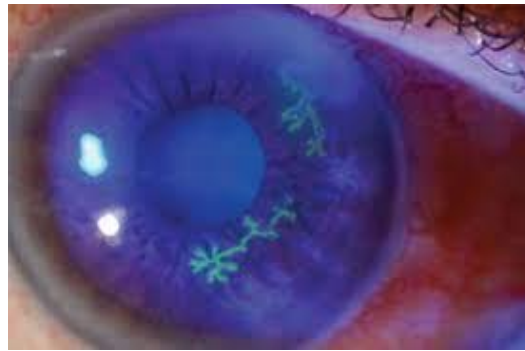
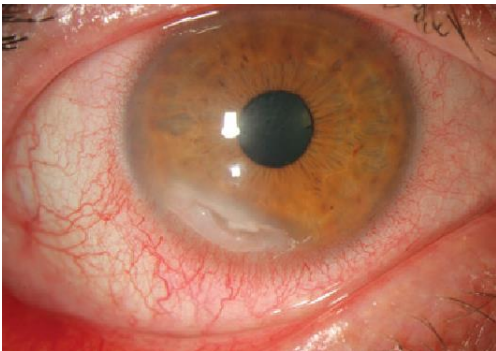
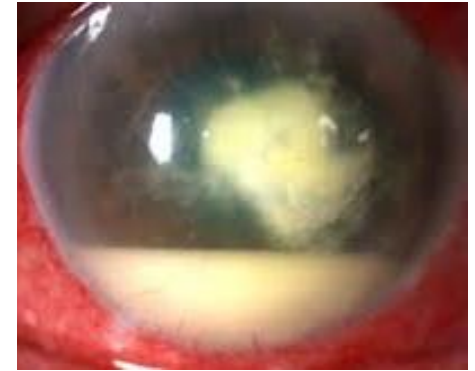
SCLÉRITE / EPISCLÉRITE:

- **Sympômes:**
 - Douleurs importantes, fréquemment insomniantes. (Baisse de vision)
- **Signes:**
 - Rougeur **localisée** de la sclère et/ou épisclère avec petit chemosis d'accompagnement
- **Fréquemment associé à des pathologies systémiques :**
 - Polyarthrite Rhumatoïde
 - granulomatose avec polyangéite (Wegener)
- Selon la pathologie, l'évolution peut être rapide avec menace visuelle +++ (sclérite nécrosante, vasculite occlusive)
- Faire regarder le patient dans différentes directions et ne pas hésiter à soulever les paupières!



KÉRATITE:

- Atteinte inflammatoire de la cornée, souvent d'origine infectieuse, fréquemment associée à une inflammation de la conjonctive
- Etiologies variables, traumatique, infectieuse, kératalgies récidivantes, port de lentilles de contact, inflammatoire, Herpès
- Rougeur périlimbique, éventuellement sectorielle. Douleurs, photophobie, larmoiement, sécrétions, tache/zone blanchâtre sur la cornée
- Examen ophtalmologique en urgence



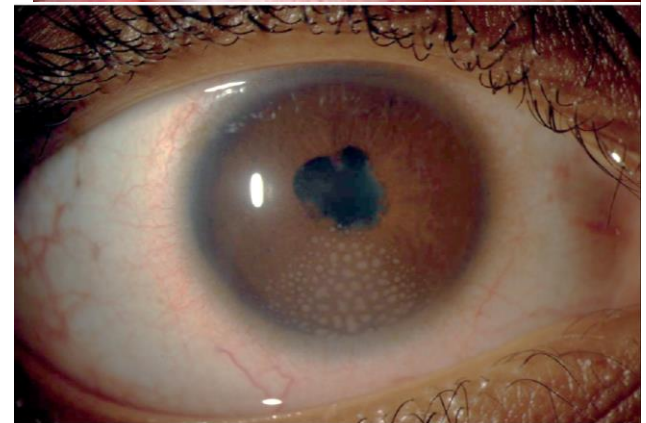
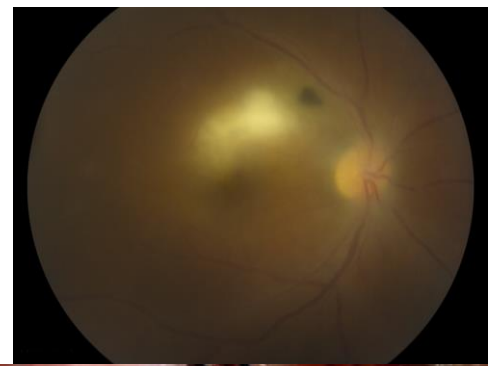
UVÉITE:

- Atteinte inflammatoire intraoculaire
- Antérieure-intermédiaire- postérieure- panuvéite
- Rougeur oculaire que en cas d'atteinte antérieure

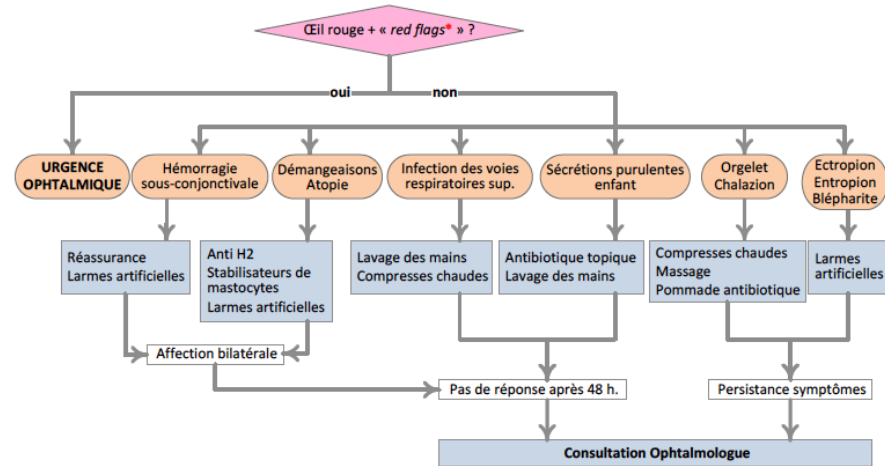
- Symptômes:
 - Photophobie
 - Douleurs
 - +/- baisse de vision
 - Myodésopsies (si atteinte intermédiaire)
- Signes:
 - Rougeur périlimbique

Nombreuses étiologies inflammatoires ou infectieuses

Adresser d'emblée en ophtalmologie les patients connus pour ces pathologies associées, même pour les patients asymptomatiques (CAVE uvéites dans le cadre d'une arthrite juvénile idiopathique)



ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE LORS D'UN ŒIL ROUGE :



*** « red flags » : Symptômes et signes d'alarme en cas d'œil rouge**

- Baisse de la vision (vision floue et/ou diminuée)
- Diplopie (vision double)
- Douleur oculaire et/ou céphalées
- Antécédent d'intervention chirurgicale oculaire sur l'œil symptomatique (même des années auparavant)
- Patient connu pour une pathologie oculaire
- Altération de l'état général
- Traumatisme oculaire (contusions, plaie, brûlure)
- Pas de réponse après 48 heures de traitement antibiotique ou autre traitement oculaire prescrit
- Zona de la première branche du trijumeau (aile du nez, œil, front)
- Halo visuel autour des sources lumineuses
- Anisocorie nouvelle
- Exophtalmie nouvelle (fistule carotido-caverneuse)
- Porteur de lentilles de contact
- Symptômes urogénitaux associés

TAKE HOME MESSAGE

Dans certaines situations, le médecin de premier recours est en mesure de reconnaître, diagnostiquer et traiter les causes fréquentes d'œil rouge.

Rester attentifs aux « red flags »

L'utilisation de collyres contenant des corticoïdes et des agents anesthésiants est à proscrire en médecine de premier recours.

La conjonctivite virale à Adénovirus est hautement contagieuse avec un risque non négligeable de transmission au sein du cabinet à d'autres patients ou au médecin lui-même!

Bibliographie:

- Mach Th. Et al.oeil rouge, Service de médecine de premier recours, DMCPRU, HUG 2017
- Hovding G. et al. Acute bacterial conjunctivitis, review article, Acta Ophthalmologica 2008; 86: 5-17.
- Rietveld R et al. Predicting bacterial cause in infectious conjunctivitis: cohort study on formativeness of combinations of signs and symptoms, British Medical Journal, 2004; 329(7459): 206-10
- O'Brien TP et al. Acute conjunctivitis: truth and misconceptions. Current medical research and opinion. 2009; 25(8): 1953-61
- Denniston A. et al. Oxford Handbook of Ophthalmology, 2nd edition
- de Nicola R. et al. Ophthalmologie en urgence. Issy-les- Moulineaux: Elsevier Masson; 2009.
- Sheikh A et al. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. The Cochrane database of systematic reviews. 2012; 9: CD001211.

Merci pour votre attention