



Formation Médicale continue
Faculté de médecine



œil rouge douloureux
Pr F BOULANEB
Chef de service d'ophtalmologie

Pr BOULANEB BEDDIAR .F
CHU ANNABA

Oeil rouge douloureux

“Devant un oeil rouge ou un oeil douloureux,
-une pathologie simple
- une pathologie grave menaçant la «vision»
et/ou l'intégrité du globe oculaire.”

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

- Basée sur la recherche de 03 signes

Douleur , rougeur, BAV

- Contexte de survenu (traumatique)

1- contexte traumatique

- brulures chimiques(lavage immédiat et prolongé parfois hospitalisation)
- Contusion oculaire(maxilo faciale / fracture orbitaire)
- plaies du globe oculaire

Orientation diagnostic

2-Context post opératoire post traumatique

-End ophtalmie exogène(tableau uvéite, échographie)
hospitalisation, information du patient*

chirurgie de **la cataracte**, chirurgie du **glaucome**

-Corps étranger intra oculaire(en particulier choc marteau
/burin)

-rejet de greffe

BAV avec douleur(conflits immunitaire)

-Autres

Œil rouge dl /BAV

- Glaucome AIGUE
- Keratites
- Uveites
- Sclerites POST



Oeil rouge douloureux

- Urgence ophtalmologique +++
- Pathologie grave menaçant la vision

I-Interrogatoire

- Mode d'apparition de la rougeur oculaire :
aiguë ou chronique, unilatérale ou bilatérale
- Le type de la douleur :
 - Modérée: sensation de grains de sable = conjonctivite
 - Importante, photophobie, blépharospasme = kératite
 - profondes: uvéite antérieure, épisclérite,
 - intenses avec irradiations dans le territoire du trijumeau évoquant un glaucome aigu.
- Recherche d'une baisse d'acuité visuelle :
l'absence de BAV oriente vers une conjonctivite,
parfois keratite
- Les antécédents: ophtalmologiques et généraux.
- Notion de traumatisme: même minime

II – EXAMEN CLINIQUE

1. **Acuité visuelle** loin et près.

2. **Topographie et aspect de la rougeur oculaire**

- En nappe :hémorragie sous-conjonctivale (CEIO)
- Diffuse : conjonctivite.
- En secteur : épisclérite
- Autour du limbe :*cercle périkératique* :kératite aiguë, uvéite

3. **Appréciation de la transparence cornéenne :**

- . opacité localisée (kératite),
- . oedème cornéen (GFA).

4. **test à la fluorescéine**

- ulcération cornéenne unique= kératite bactérienne,
- ulcère dendritique = une kératite herpétique
- KPS =kératite à ADV ou un syndrome sec oculaire.

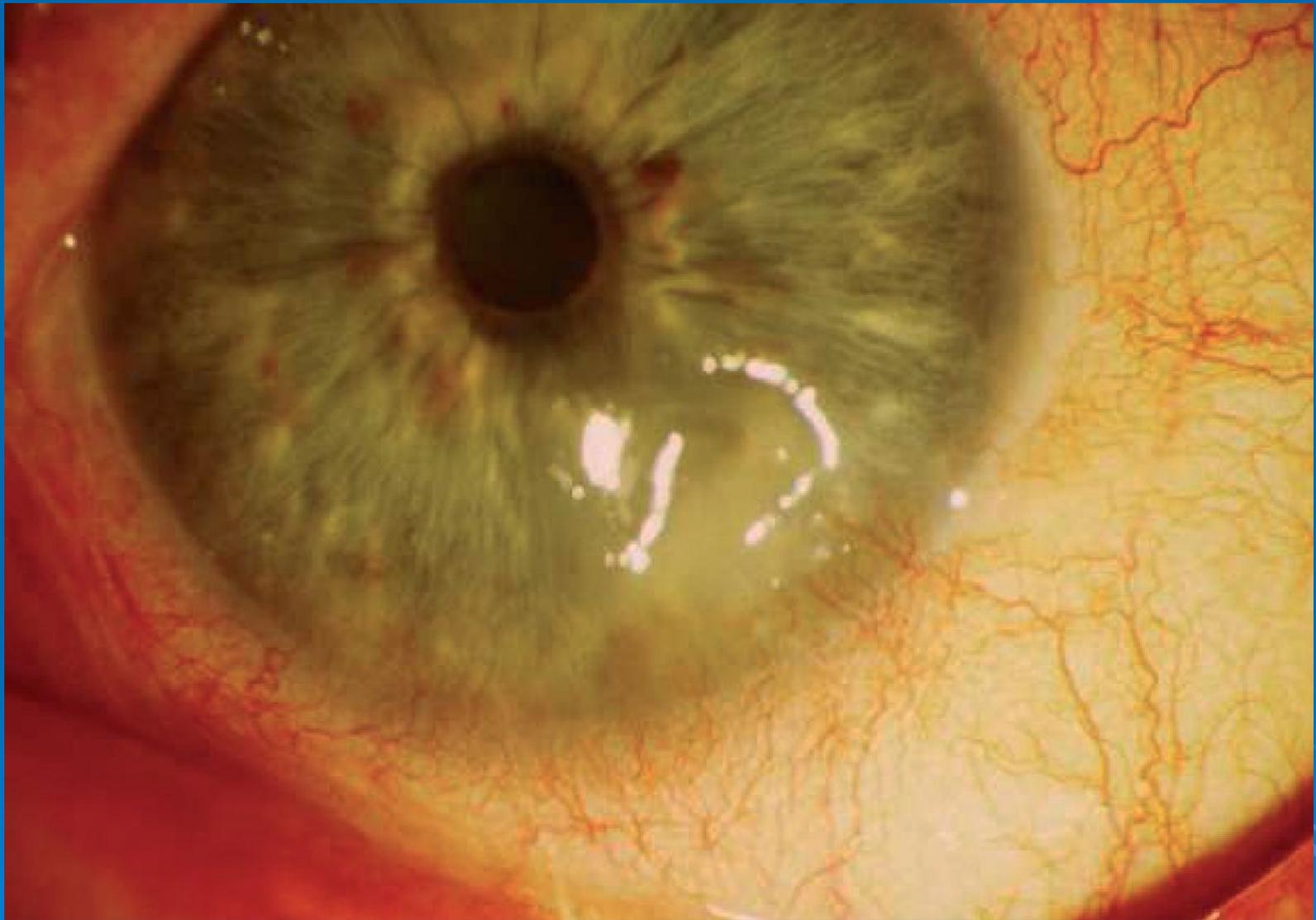
II – EXAMEN CLINIQUE

5. Examen de la pupille :

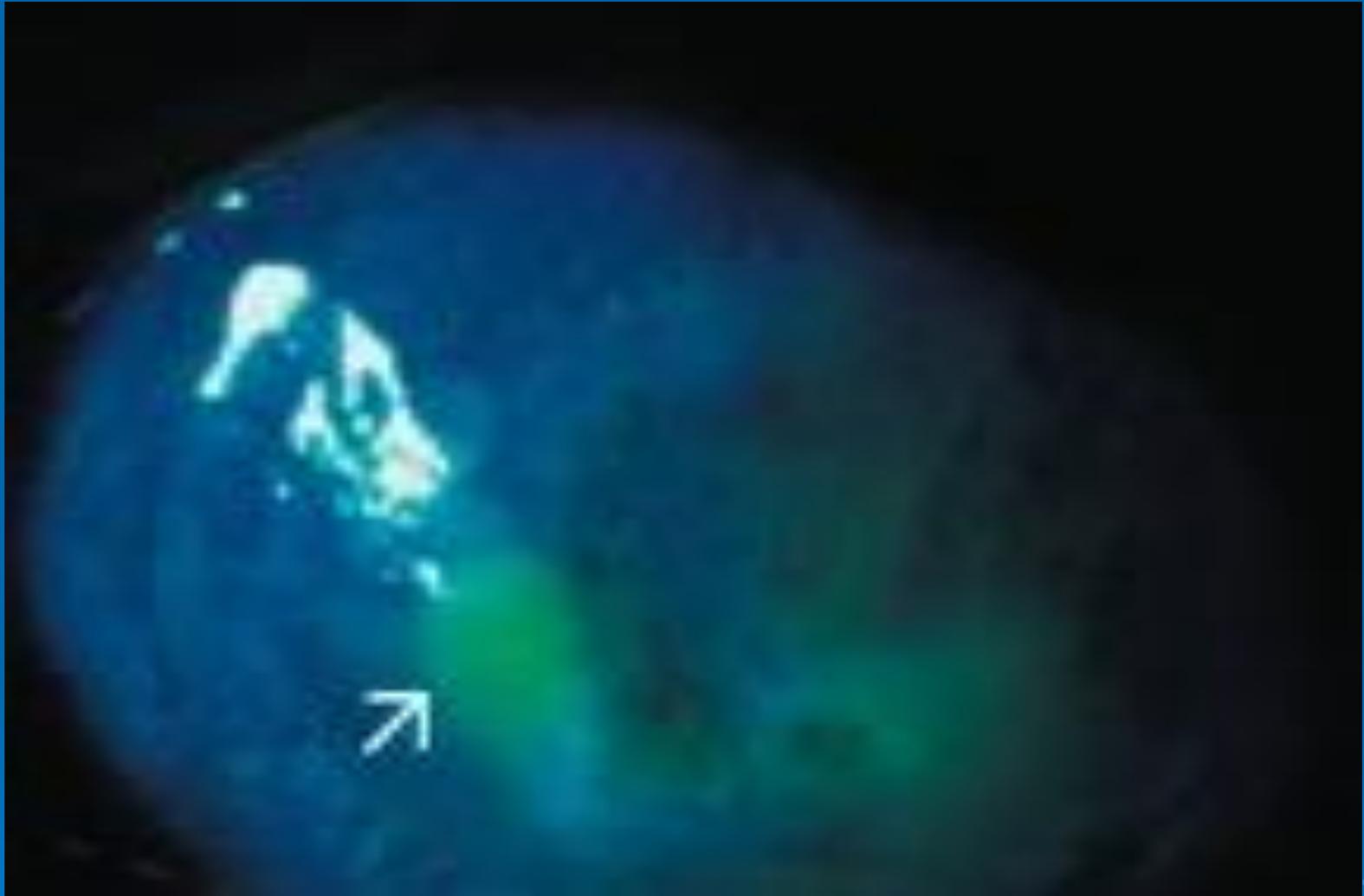
- aspect pupille :synéchies irido-cristalliniennes = uvéite
- taille :
 - myosis = kératite aiguë , uvéite antérieure.
 - semi-mydriase aréflexique** = un glaucome aigu.



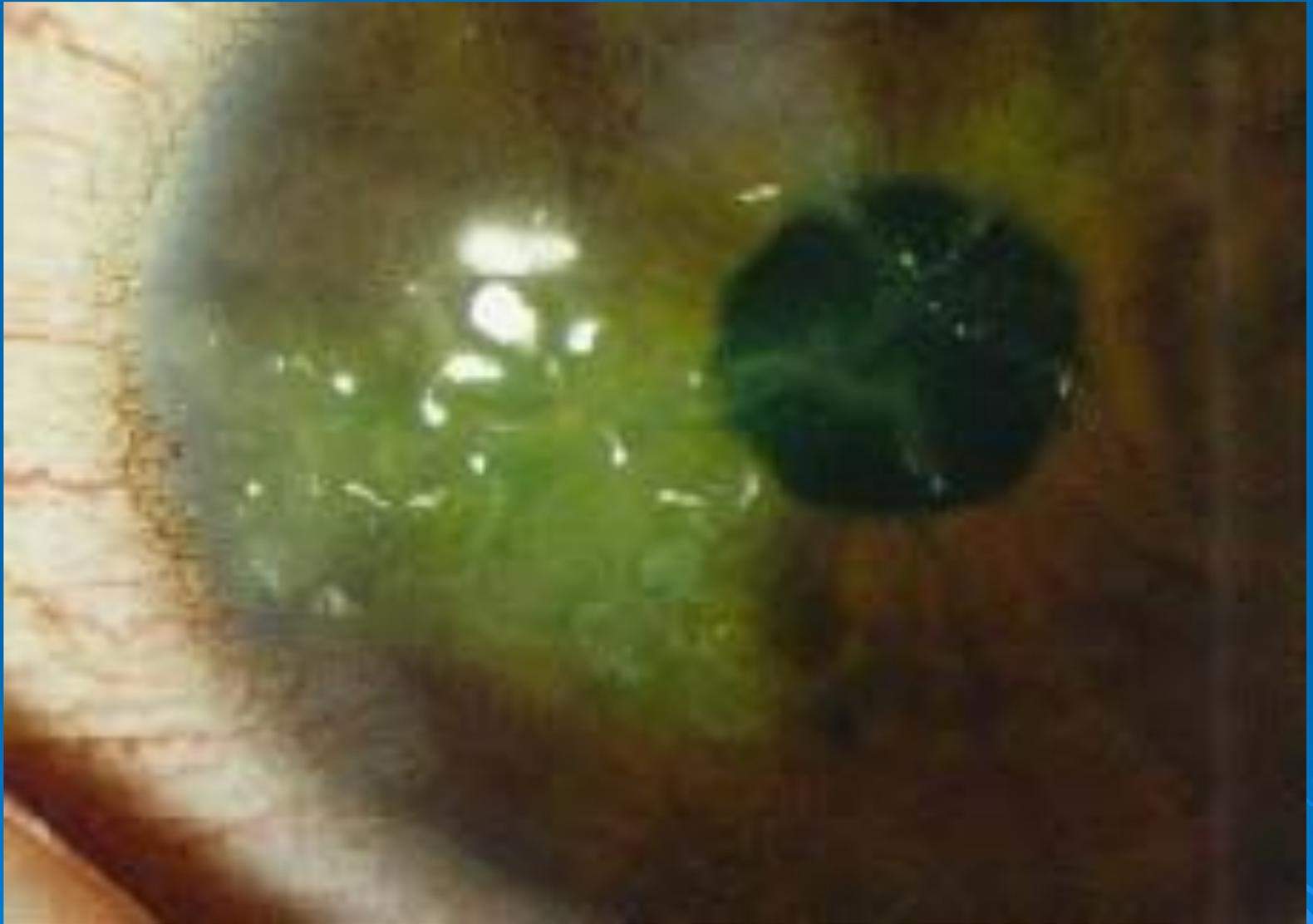
Cercle périkératique.



Ulcère cornéen

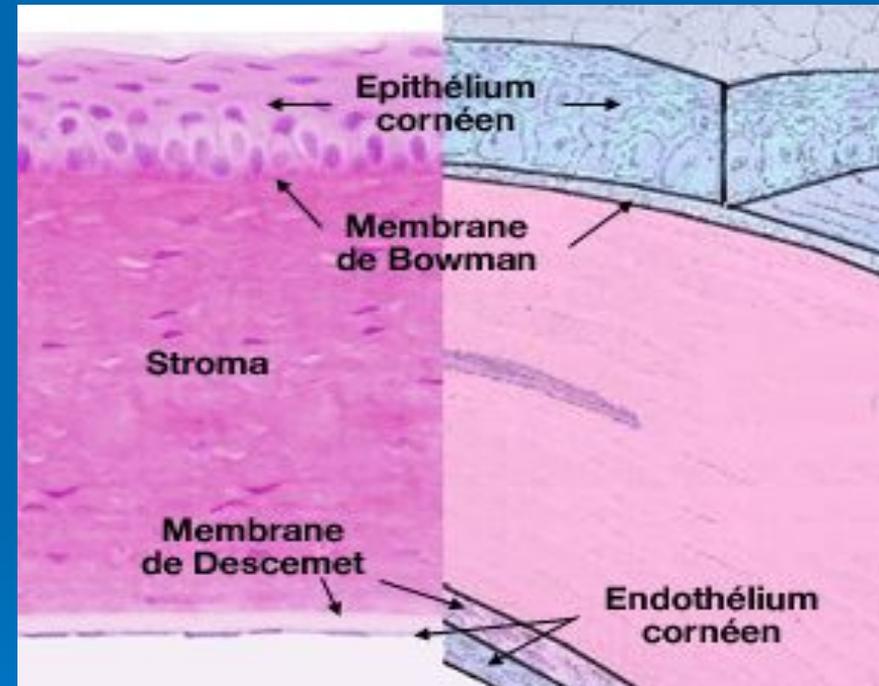
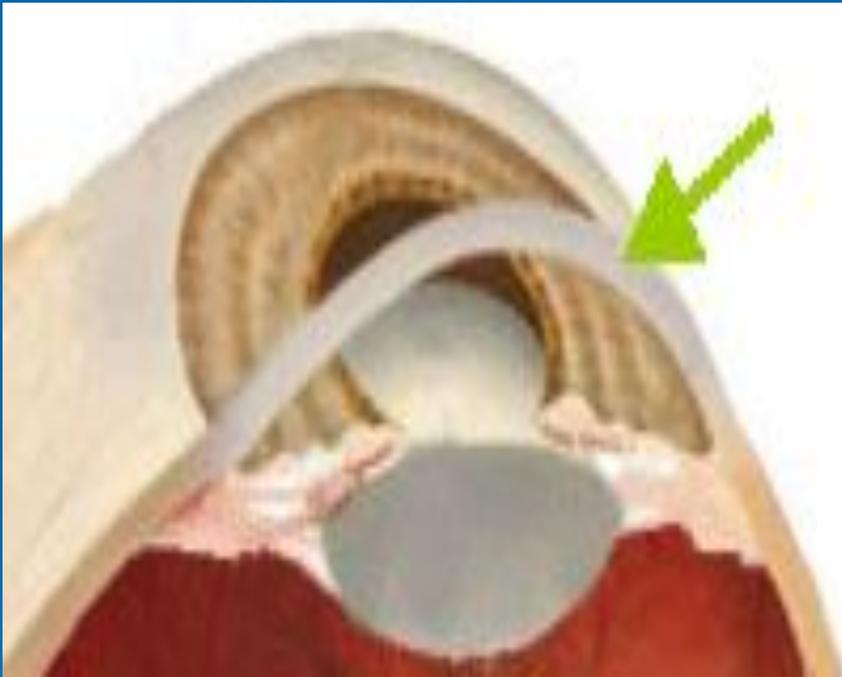


Examen en lumière bleue après instillation
d'une goutte de collyre à la fluorescéine.



Ulcère dendritique

1. Kératite aiguë



- La cicatrisation épithéliale est très rapide
- la membrane de Bowman ne se reconstitue jamais

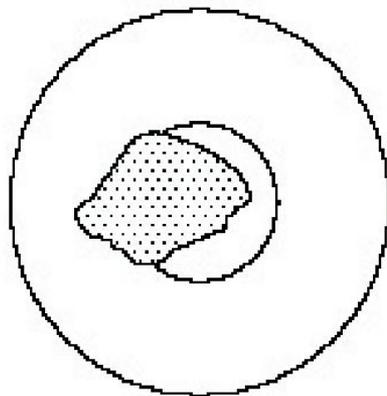
1. Kératite aiguë

- ulcération(s) cornéenne superficielle(s).
- une BAV suivant l'atteinte par rapport à l'axe visuel.
- Douleurs oculaires, **photophobie**, blépharospasme.
- L'examen à la lampe a fente :
 - CPK, diminution de transparence cornéenne.
 - CA : profonde.
 - **Teste à la fluorescéine : diagnostic, aspect ulcérations, oriente vers l'étiologie.**

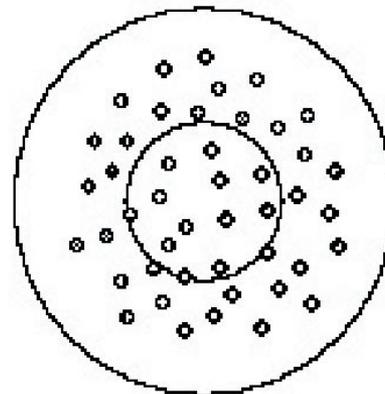


Kératites

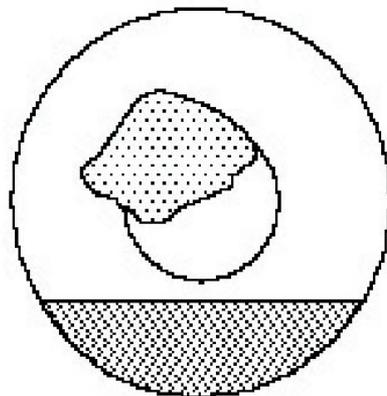
- Virales
 - Bactériennes
 - Fongiques
 - Amibiennes
- 



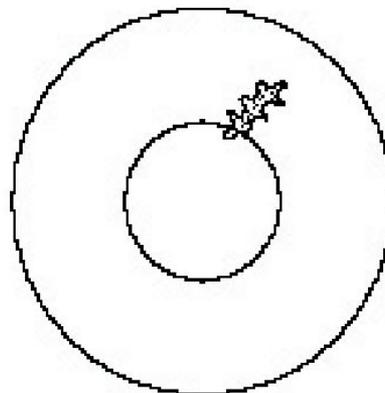
ulcère cornéen



kératite ponctuée superficielle



ulcère cornéen à hypopyon



kératite herpétique dendritique

Représentation schématique des principales formes de kératite

AI KERATITES VIRALES

- kératite à adénovirus

kérato-conjonctivite épidémique, KPS ,
opacités séquellaires



- kératite herpétique (+++)

- «ulcère dendritique »ou« en carte de géographie ».

-TRT: aciclovir pommade ou ganciclovir en gel

-aggravées par une corticothérapie locale.

« ne jamais prescrire une corticothérapie locale sans avoir éliminé une kératite herpétique »

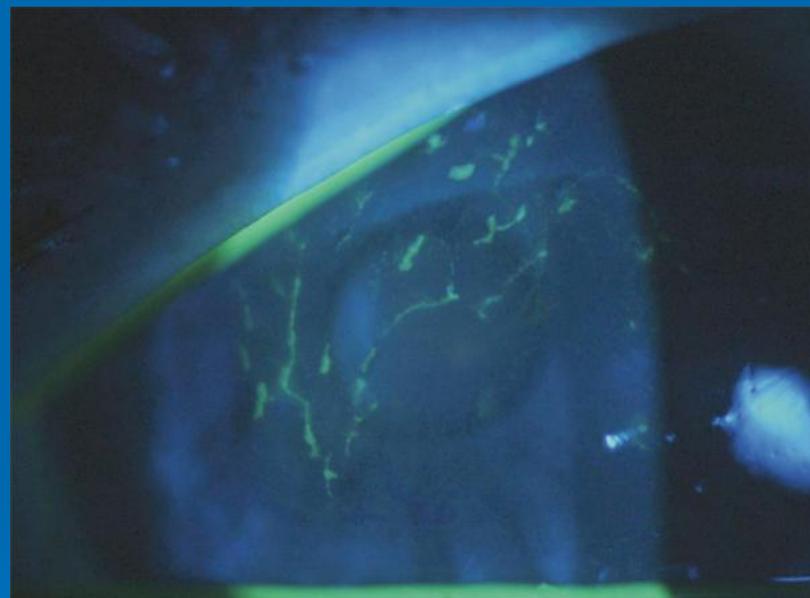
- récidives +++



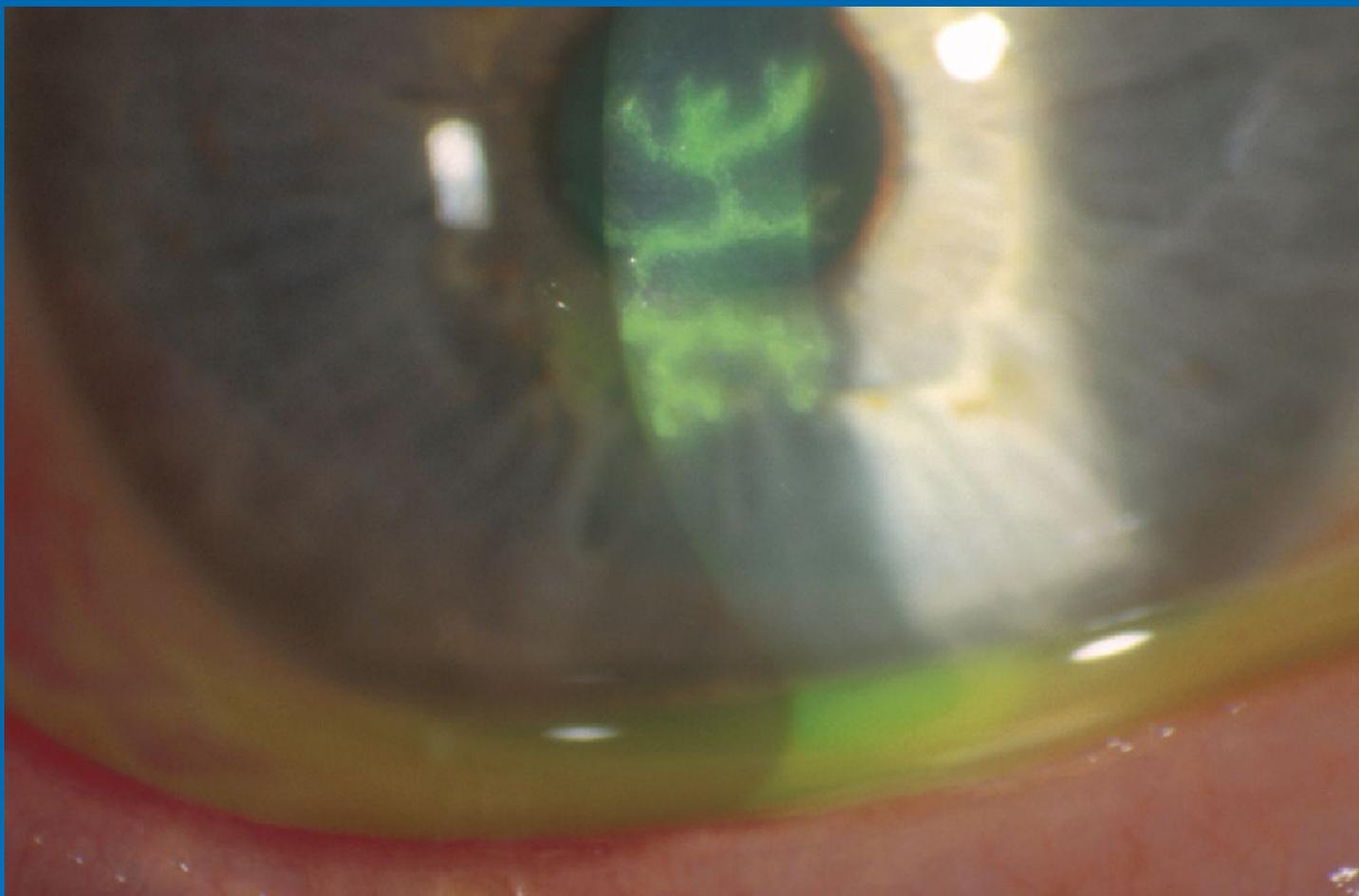
- kératites zostériennes (zona oph

-kératites superficielles, contemporaines au zona,

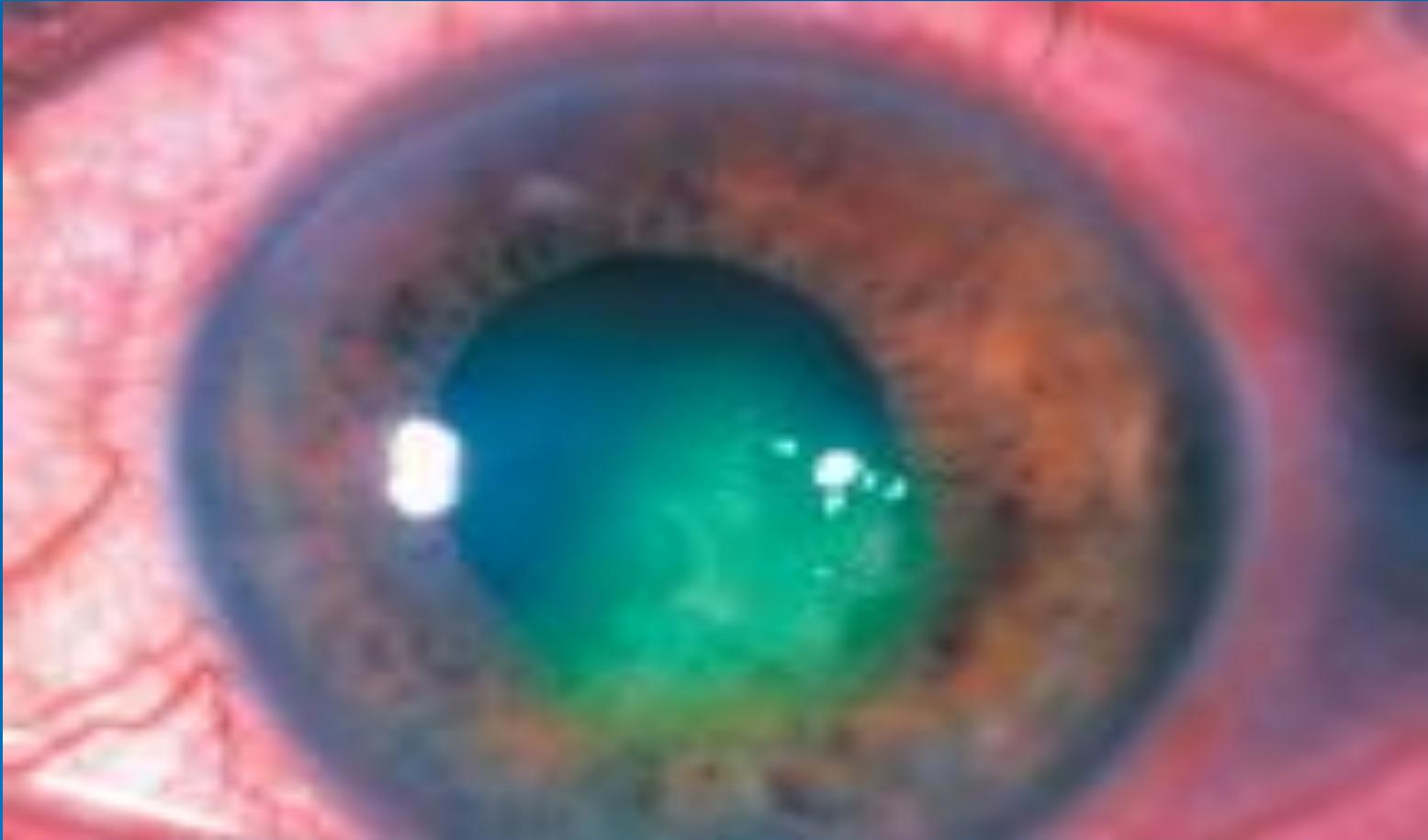
-kératite neuro-paralytique par anesthésie cornéenne.



Zona ophtalmique.



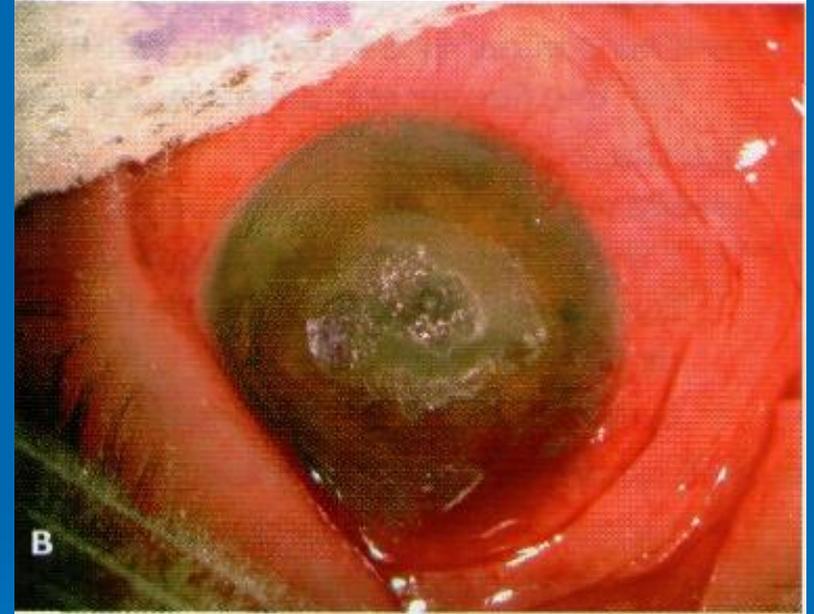
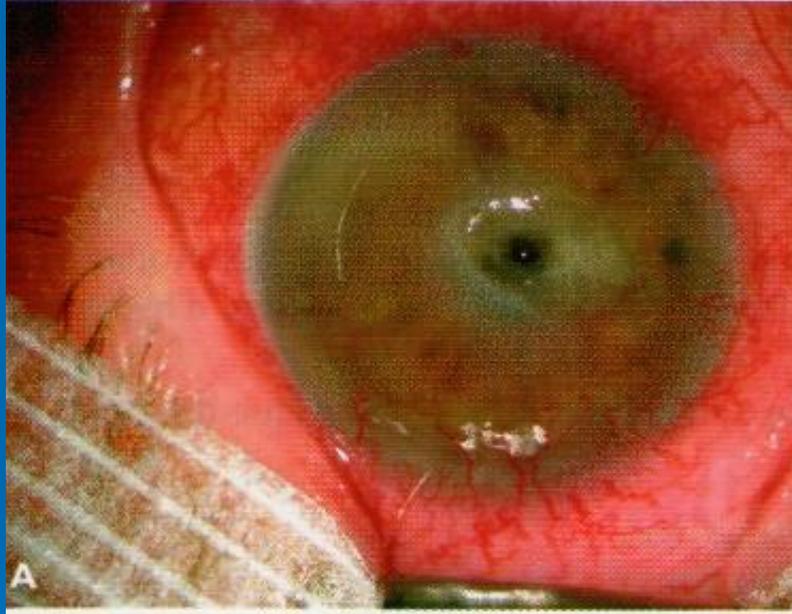
Ulcère dendritique après instillation de fluorescéine



Kératite herpétique : ulcère géographique.



Kératite herpétique : ulcère géographique.



Perforation cornéenne compliquant une kératite neurotrophique

Traitement/ K Virale

- L'aciclovir (ACV)et le valaciclovir (VCV). .
Indiqué dans tous les cas comportant une
réplication
- zovirax peros en cas de récidence
- Greffe cornéenne (risque de réactivation virale
sur le greffon)

kératites bactériennes

- Les kératites bactériennes constituent une véritable urgence thérapeutique.
- **Pathogénie, facteurs de risque**
- Erosion cornéenne.
- Un déficit immunitaire général(diabete , VIH, .
- Les facteurs de risque locaux :
 - ✓ Lentilles de contact
 - ✓ Pathologies de cornée ou de surface oculaire.
 - ✓ Greffe de cornée
- Cependant, le port de lentilles de contact constitue dans la plupart des séries le premier facteur de risque.
(50%d'après Bourcier et al, 2007) port nocturne ou prolongé , mauvaise hygiène

kératites bactériennes

- survenue d'un infiltrat cornéen sous-jacent à un ulcère épithélial
- surinfection bactérienne d'une ulcération traumatique
- plage blanche d'infiltration cornéenne,
- ulcère à hypopion
- Prélèvement : examen direct, culture et antibiogramme.
- traitement : Collyres antibiotiques , Collyres fortifiés .
- Complication: endophtalmie, perforation, opacité.



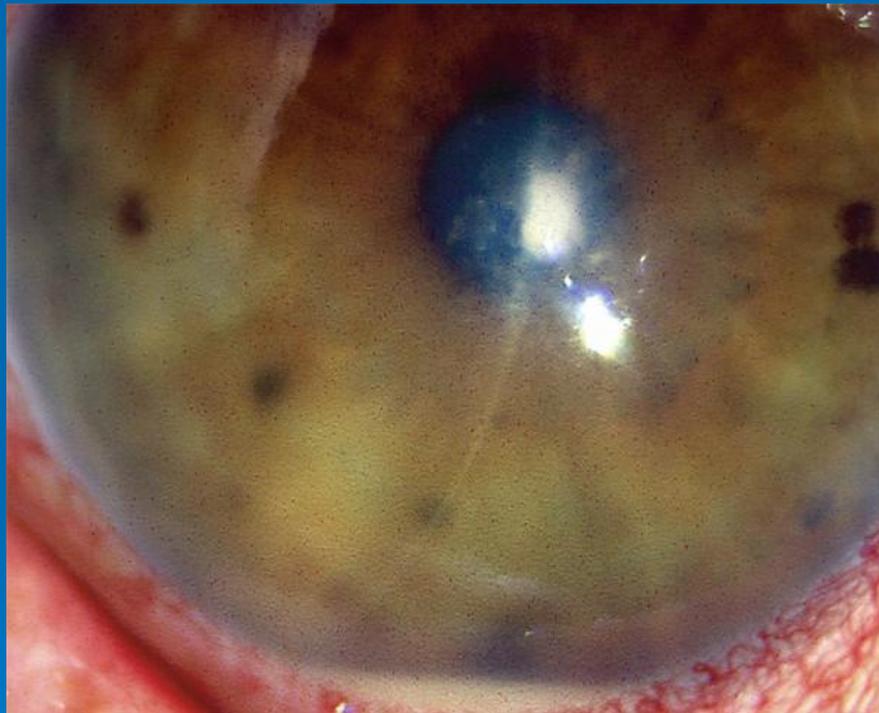
Critères de gravité d'une kératite

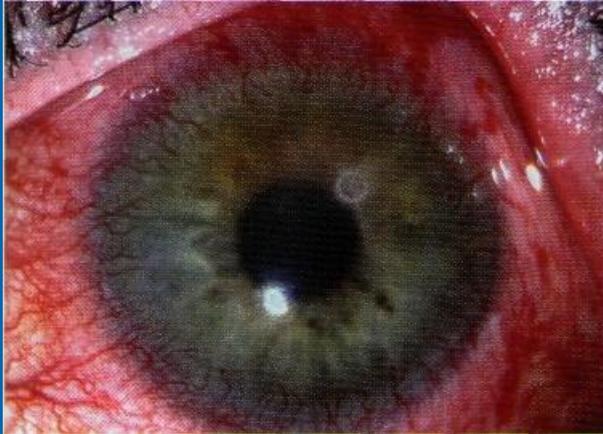
Critères généraux

- Monophtalme
- Enfant
- Patient opéré (greffe de cornée, chirurgie réfractive)
- Immunodéprimé
- Mauvaise observance du traitement

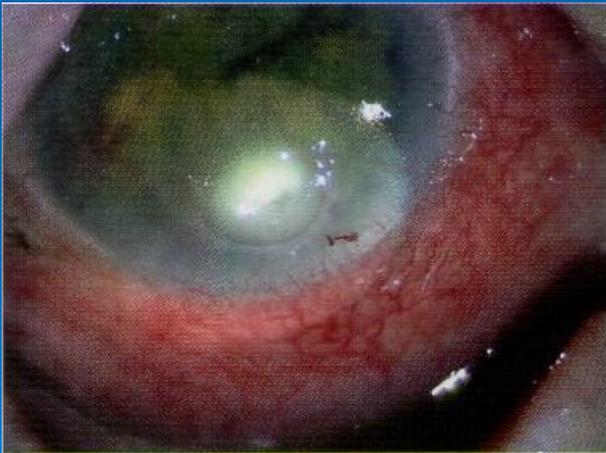
Critères locaux

- Accompagnée d'un tyndall
- Diametre supérieur à 2mm
- Situé à moins de 3mm
- Atteintes bilatérales
- Acommpagnés d'hypopoin
- Sclerite associée

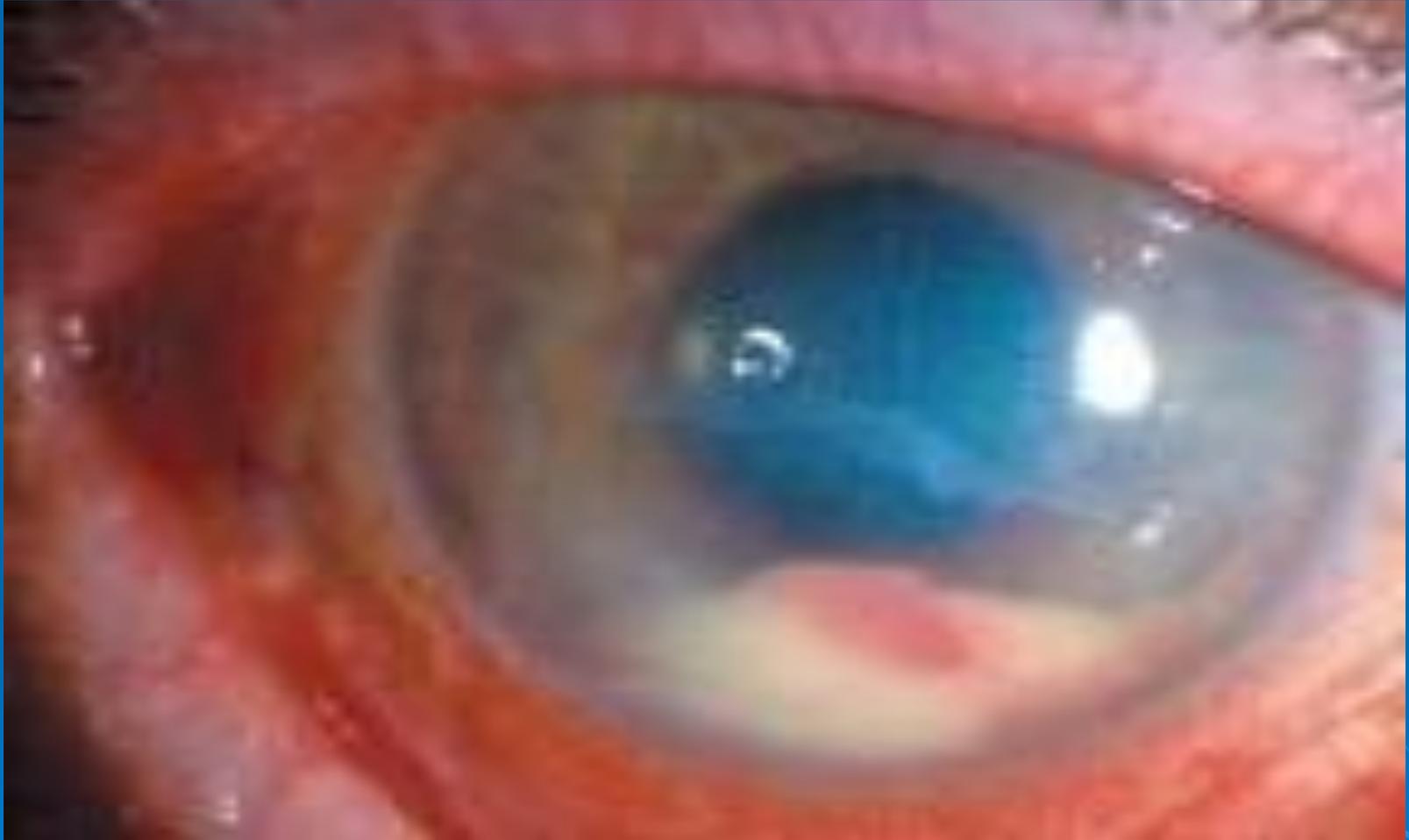




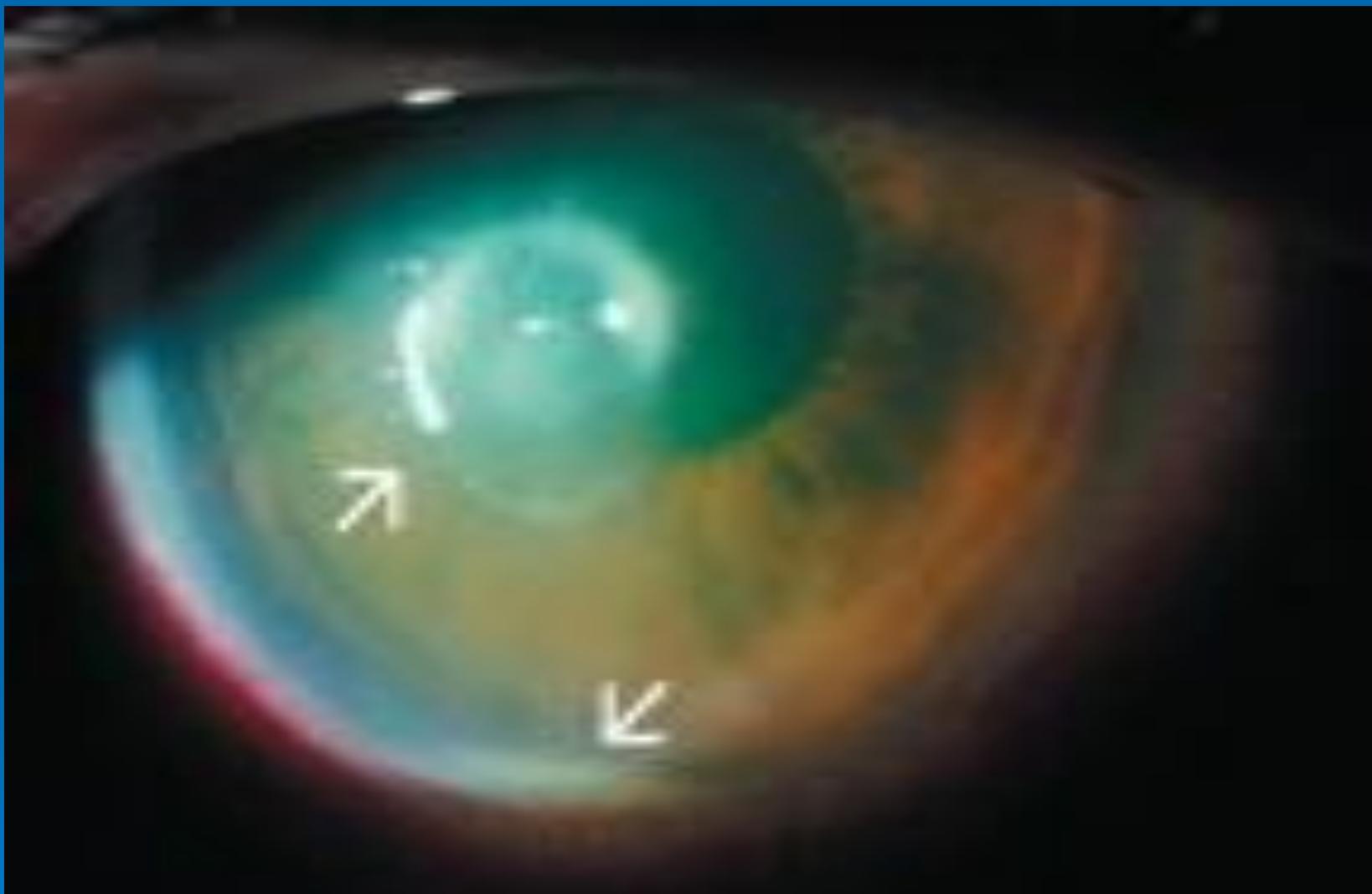
Abcès à *S. aureus* chez un porteur de lentilles de contact (port permanent).
Néovascularisation cornéenne périphérique sur 360°.



Abcès à *S. epidermidis* compliquant une dystrophie bulleuse de l'aphaque (œil en phtyse).



Ulcères à hypopion.



Ulcères à hypopion.

keratites fongiques

□ Facteurs de risque

- traumatismes végétal
- lentilles de contact
- Pathologie chronique de surface
- Corticoides

□ clinique

- + Debut très **progrégssif** ou encore très explosif (corticoides)
- +**Resistance aux ATB**

kératites amibiennes

- Port de lentilles de contact+bain en piscine ou lentilles au contact l'eau du robinet
- Douleurs sévères
- possible confusion avec keratite virale car on observe de pseudo-dendrites
- Puis infiltras disciformes



Kératite amibienne évoluée (6 mois). Anneau immunitaire (flèche) et sclérite (étoile).



- La KA est probablement la plus sévère de toutes les kératites infectieuses
- son caractère douloureux,
- de son évolution prolongée et des séquelles anatomiques et fonctionnelles qu'elle engendre.
- encore diagnostiqués tardivement

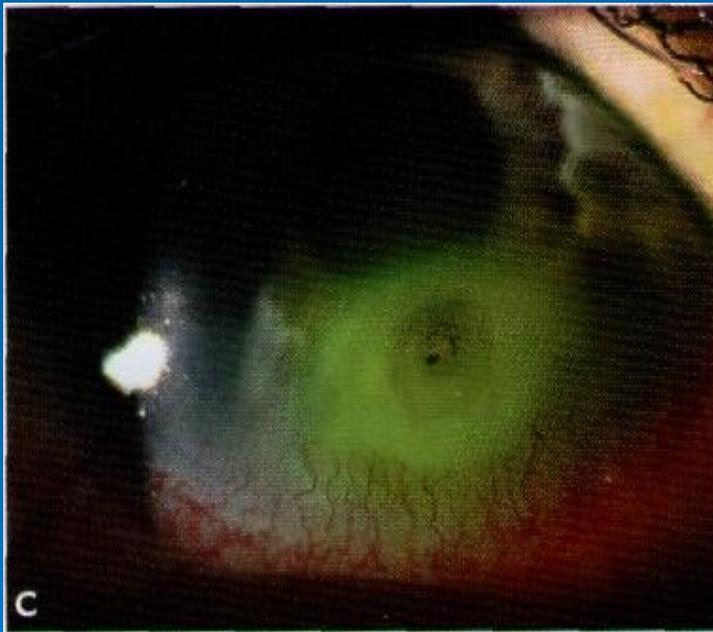
Traitement

- Le traitement antibiotique topique est débuté dès les prélèvements effectués.
 - ✓ **Les collyres renforcés.**
 - ✓ Les collyres présents en officine pour les abcès de cornée peu sévère.
- Injection sous-conjonctivale d'antibiotique.
- Les pommades.
- Les antibiotiques généraux :
 - ✓ perforation avérée, endophtalmie;
 - ✓ kératite à gonocoque ;

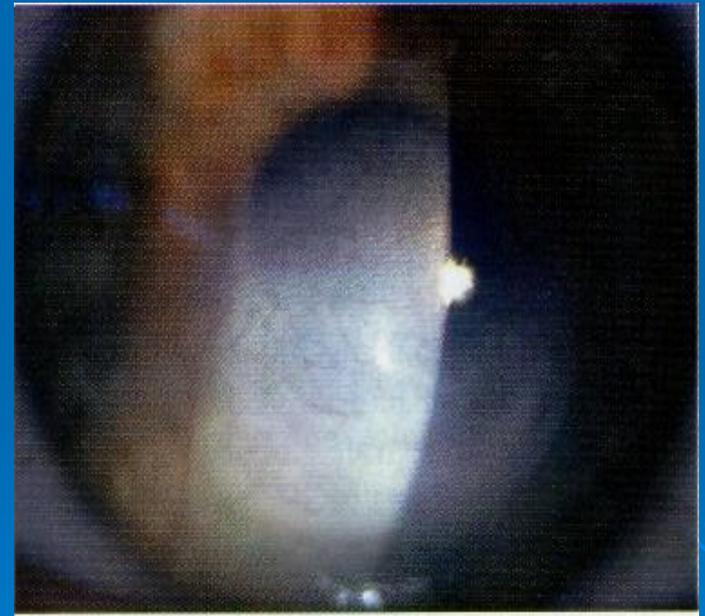
Trt k eratites amibiennes

- PHMB 0,02 % ou chlorhexidine 0,02 % :
 - ■ 1 goutte/heure, y compris la nuit, le 1^{er} et le 2^e jour
 - ■ puis 1 goutte/heure le jour, du 3^e au 5^e jour
 - ■ puis 1 goutte toutes les 2 heures, du 6^e au 13^e jour
 - ■ puis 1 goutte 4 fois/jour, du 14^e au 20^e jour
 - ■   poursuivre 2   4 mois
- 2. Hexamidine (D som dine[ ] 0,1 %) :
 - ■ 1 goutte/heure, y compris la nuit le 1^{er} et le 2^e jour
 - ■ puis 1 goutte 4 fois/jour, pendant 2   4 mois
- *Traitement général*
- Fluconazole (Triflucan[ ]) : 800 mg le premier jour (dose de charge), puis 400 mg/jour pendant 4   6 mois
- Bilan hépatique avant et pendant le traitement

TRAITEMENT CHIRURGICAL

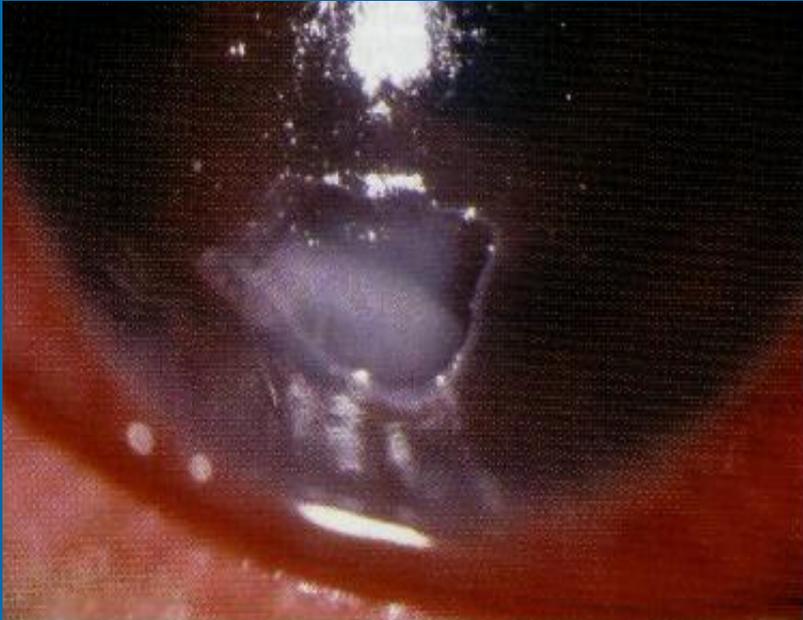


Amincissement stromal



Opacité cornéenne

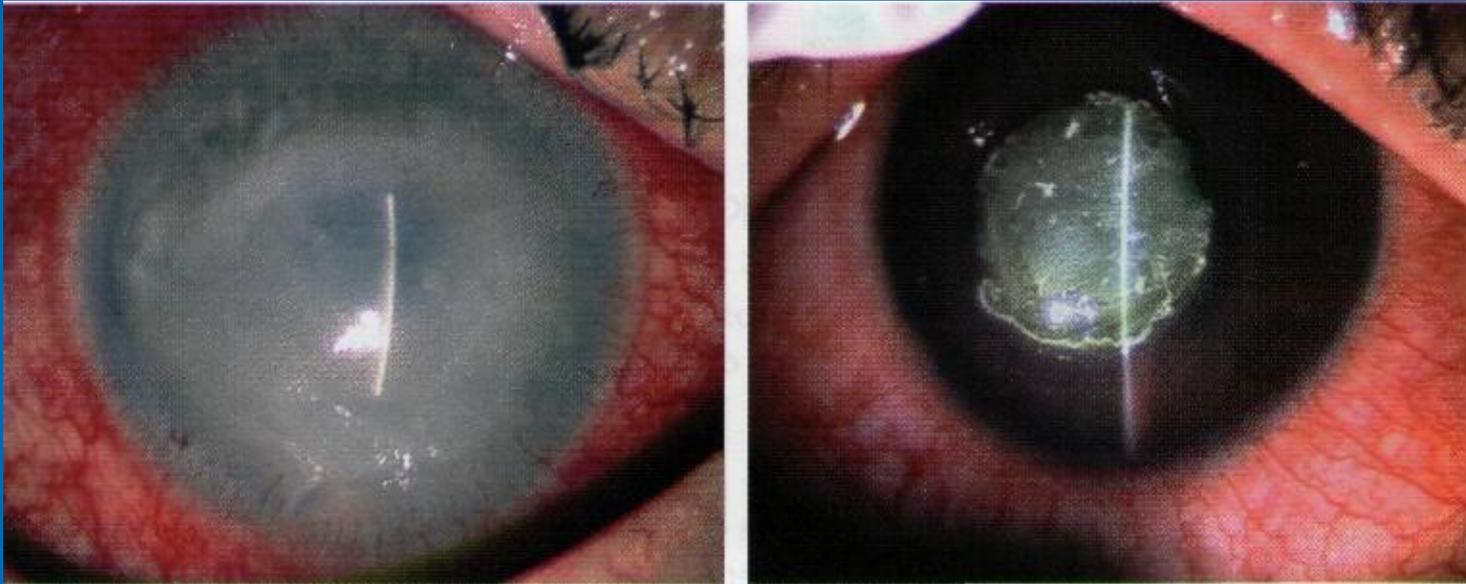
KERATITES FONGIQUES



Kératite à *Aspergillus* chez un patient atteint de leucémie aiguë

Corticoïdes , agents immunosuppresseurs ou terrain d'immunosuppression systemique

KERATITES AMIBIENNES



- de lentilles de contact, retrouvé dans 90% des cas. le port
- Dans 10% des cas, il existe une notion de traumatisme cornéen suivi d'une exposition à une eau souillée

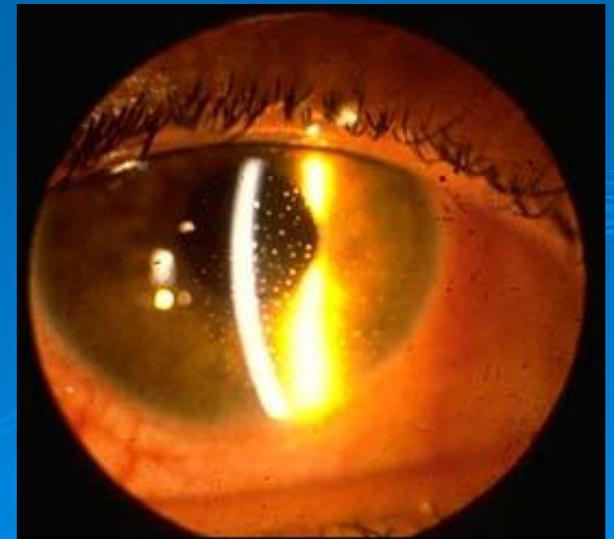
- **kérato - conjonctivites sèches -
syndrome sec oculaire**

- Rougeur, sensation de sable ou à des douleurs oculaires Le
- Diagnostic : *test de Schirmer* , *break up time*
- Il s'agit :
 - syndrome sec sénile ,
 - *syndrome de Gougerot-Sjögren*
 - secondaire à un *traitement parasympholytique* (antidépresseur tricyclique).
- Traitement: substitutif des larmes.
fluidaback , siccafluide

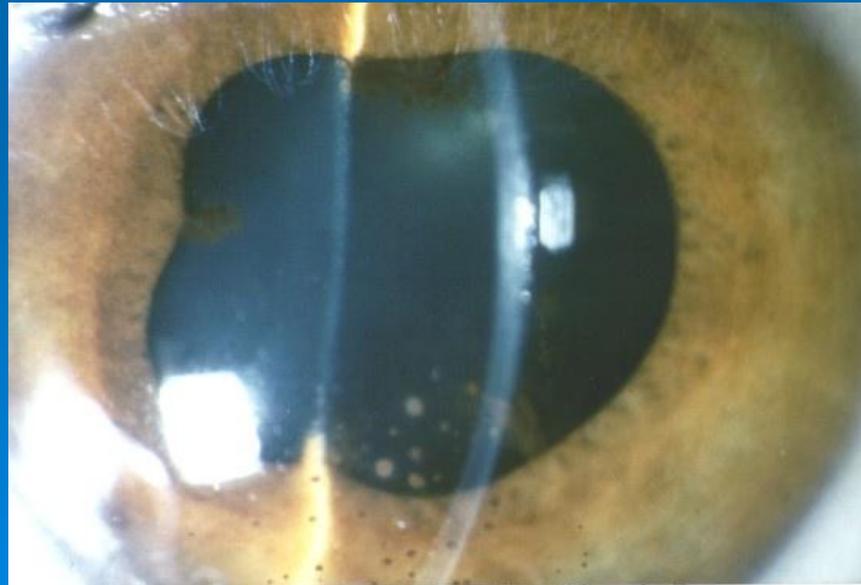
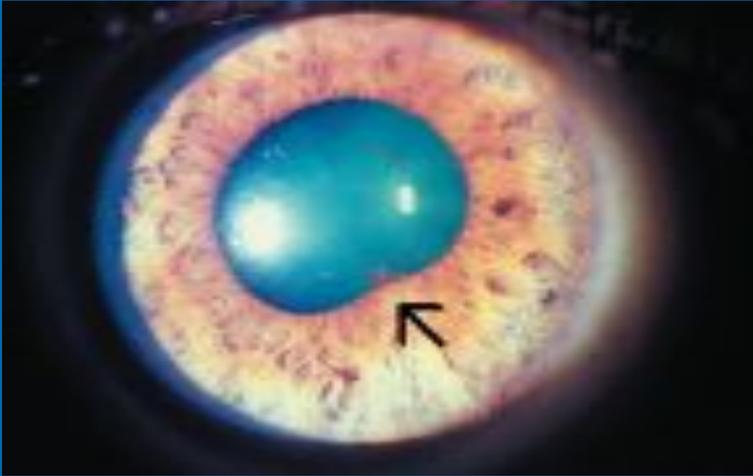
- **kératites par innoclusion palpébrale.**
paralysies faciales nécessitant une tarsorrhaphie
- **kératite traumatique :**
 - *diagnostic facile par l'interrogatoire*
 - *ablation d'un éventuel corps étranger.*
 - *Le traitement : collyre cicatrisant, antibiotiques.*
 - *kératites par photo traumatisme (coup d'arc électrique)*

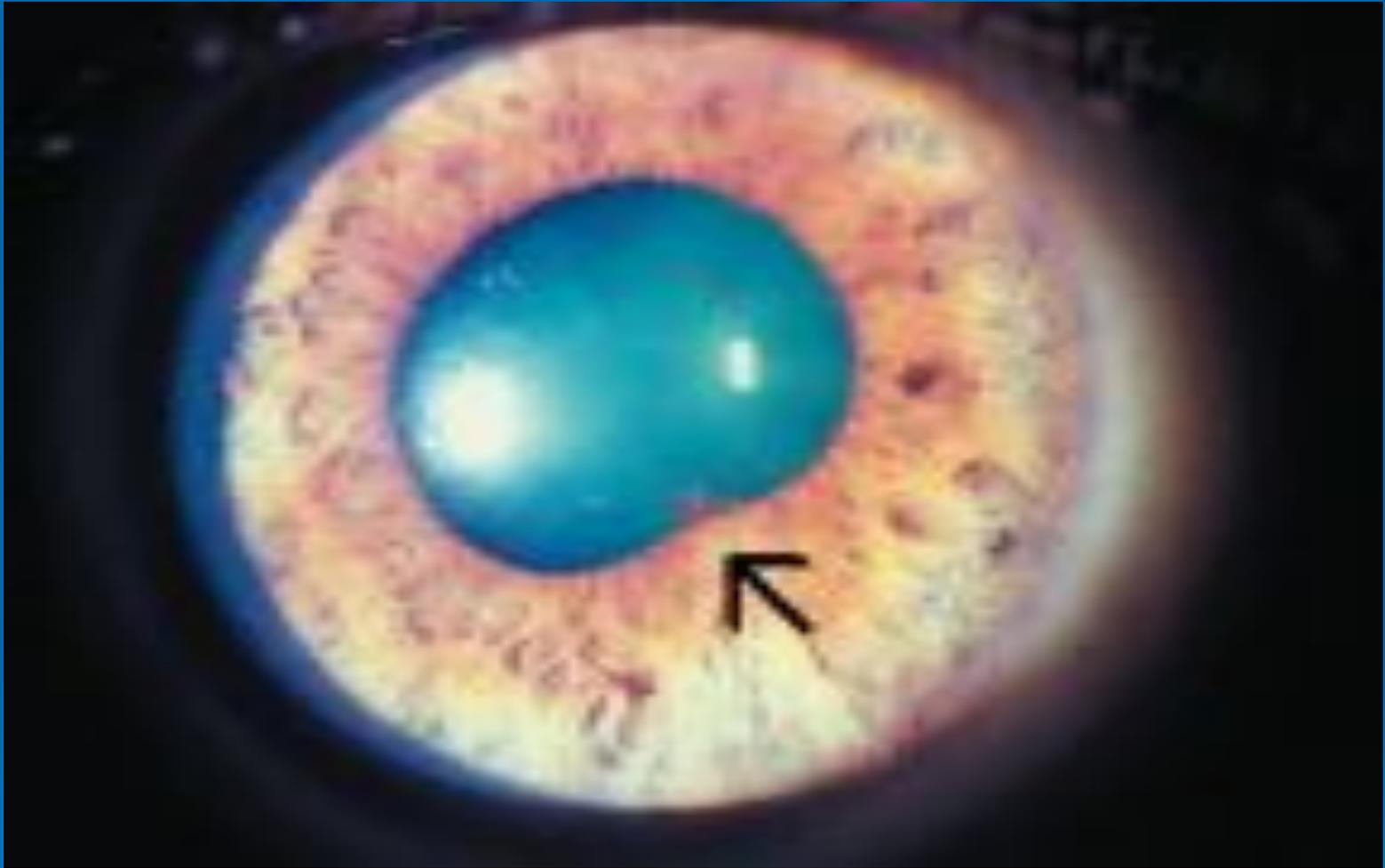
2. Uvéites antérieures

- Inflammation l'iris (iritis) , corps ciliaire (cyclite) :
« irido- cyclite ».
- ORG **douloureux**
- BAV **variable**
- LAF:
 - un cercle périkératique,
 - une cornéenne transparente
 - synéchies irido-cristalliniennes
 - Tyndall :
 - précipités rétrocornéens
- Fond d'oeil : uvéite postérieure



Uvéite antérieure



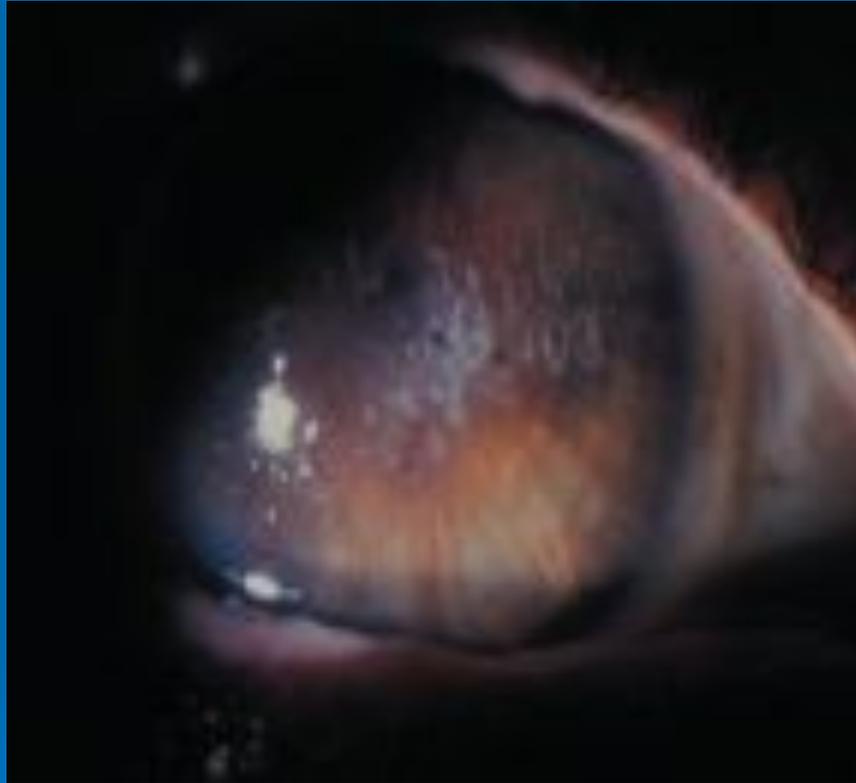


Uvéite antérieure : synéchie irido-cristallinienne.

2. Uvéites antérieures

- **Cause locale** : affection oculaire.
- **Cause focale** : affection dentaire, sinusienne , urinaires .
- **Cause générale:**
 - *spondylarthrite ankylosante* : sacroiléite, l'antigène *HLA B-27*
 - *Uvéite herpétique* .
 - *ACJ I* : uvéite antérieure; cataracte ,*kératite en bandelette*.
 - *sarcoïdose* : uvéite antérieure granulomateuse
 - *maladie de Behcet* : uvéite antérieure récidivante à hypopion.
 - **CAUSE DE CECITE**

Uveite / Enfant



Kératite en bandelette (uvéite antérieure au cours d'une arthrite chronique juvénile de l'enfant).
Cécite par atteinte cornéenne, œdème maculaire

2. Uvéites antérieures

- Traitement symptomatique local, systémique :
 - *collyres mydriatiques* (synéchies postérieures).
 - *collyres corticoïdes* ,injections sous-conjonctivales
 - Traitement étiologique

3. Glaucome aigu par fermeture de l'angle

- prédisposition: hypermétropes, CA et AIC étroits .
- un *blocage pupillaire*
- fermeture de l'angle irido-cornéen,
- Le blocage pupillaire survient lors :
 - passage à l'obscurité, l'anesthésie générale,
 - Instillation de collyres mydriatiques,
 - médicaments parasympholytiques (Antidépresseurs tricyclique) .

3. Glaucome aigu par fermeture de l'angle

- douleurs , irradiant territoire du trijumeau, Signes généraux : syndrome oculo-digestif nausées , vomissement.
- BAV brutale et massive.
- À l'examen :
 - l'oeil est rouge, oedème cornéen
 - semi-mydriase aréflexique
 - chambre antérieure étroite
 - (l'angle irido-cornéen est fermé.)
 - Tonus très élevé, 50 mm Hg, globe dure oculaire
 - l'œil adelf :CA étroite, un angle iridocornéen étroit.
- L'évolution : la cécité en absence d'un traitement

3. Glaucome aigu par fermeture de l'angle

Traitement :

- Acétazolamide (Diamox) par voie intraveineuse,
- Mannitol à 20% (par ex., 500 ml en 20 minutes),
- Collyres hypotonisant.
- Collyre myotique instillé toutes les heures
instillé également à titre préventif, dans l'oeil sain .
- **Iridotomie** périphérique au laser YAG
pratiquée également, à titre préventif, sur l'autre oeil



Glaucome aigu par fermeture de l'angle



4. les épisclérites sclerites

□ Episclerite



Atteinte inflammatoire de l'épisclère

- Femme jeune.
- Bénin, la récurrence fréquente doit faire rechercher une étiologie.
- néosynévrine 10%.
- Cause : Idiopathique, allergique, herpétique, associée à la rosacée, aux spondylarthropathies, collagénoses, vascularites, tuberculose et syphilis. Ttt : AINS en collyre pendant 1 mois
- Une rougeur en secteur ,avec douleur **localisée**.
- La vision est conservée,
- L'examen du segment antérieur normal.



Épisclérite : rougeur localisée dans le secteur temporal

sclerites

- **Définition:** inflammation de la sclère
- Femme 40-60 ans.
- Associée à une maladie systémique dans 50% des cas.
- Recherche étiologique systématique.
- Douleur importante,
- Ttt/ étiologique et AINS per os
- BAV, DL insomniantes, rougeur
- **Scanner** orbitaire sans puis après injection objective un épaissement scléral rehaussé après injection
- Cause : PR
- **TRT** - symptomatique (anti inflammatoire et cycloplégiques)
- étiologique

Œil rouge douloureux/ sans BAV

- contexte traumatique
 - érosion superficielle traumatique
 - corps étranger intra cornéen
- Contexte a traumatique
 - conjonctivites sévères
 - ptérygions inflammatoires-



Tableau d'ethmoïdite



**Œil rouge et douloureux depuis 4 jours,
Chémosis, œil non ouvrable rhinite**

Œil rouge indolore

Conjonctivites



Bactérienne

Virales

Allergiques

Conjonctivites

- Les conjonctivites sont fréquentes mais elles menacent rarement la vue.
- Cependant, leur diagnostic précis et leur traitement immédiat au niveau primaire sont très importants
- ils contribuent à gagner la confiance

Conjonctivites

□ Bactérienne :

- Atteinte bilatérale et symétrique parfois épidémique.
- Sécrétion purulente.
- Evolution rapide en 5 à 8 jours.
- Staphylocoque doré et epidermidis, streptocoque pneumoniae, haemophilus influenzae.
- TTT local par lavage oculaire et antibiothérapie à large spectre.

□ Virale :

- Atteinte unilatérale, épidémique, associée à un larmoiement important,
- adénopathie douloureuse prétragienne ou sous angulomaxillaire douloureuse.
- Evolue en 2 à 6 semaines.
- Le plus fréquent: Adénovirus.
- Contagiosité ++.
- Contre indication à la corticothérapie car risque d'Herpès.

□



Œil rouge et indolore

▪ 2-conjonctivites allergiques

- bilatérale évoluant par poussées sur terrain atopique.
Sécrétion claire, prurit. - **chémosis** - **rougeur**
-œdème palpébral
- Eviction de l'allergène+ soins locaux, collyre atiallergique,
- A l'examen il faut rechercher la présence de papilles en retournant la paupière et éliminer un atteinte cornéenne par test à la fluorescéïne
- Terrain d'atopie(pollen, acariens
- parfois manifestations générales(œdème de quincke
-Kératite associée en cas de formes sévères

CAT bilan allergologique et TRT local , éviction de l'allergène

- Conjonctivite allergique chronique (limboconjonctivite endémique tropicale ou **kérato-conjonctivite vernale**

Œil rouge et indolore

3 -Conjonctivite du nouveau né



-Conjonctivites du nouveau né

- Trois facteurs favorisent les conjonctivites du nouveau-né :
- une infection non traitée du tractusgénital de la mère,
- les traumatismes obstétricaux lors de l'accouchement
- la rupture précoce des membranes ou un travail prolongé exposant
- le bébé aux germes de la mère
- Les agents infectieux à l'origine de ces conjonctivites sont le *Neisseria gonorrhoeae*, le *Chlamydia trachomatis*, l'Herpèsvirus simplex, les germes gram + ou -.

Conjonctivites du nouveau né

- La **conjonctivite à chlamydia**

- **5 à 14 j** après la naissance.

formation de pseudomembranes *Cat:*

- prélèvements nx-né et parents
- érythromycine 50mg/kg/j 15j
- posicycline 15j
- ttt des **parents**



- 50% des nouveau-nés affectés présente également une infection nasopharyngée, voire, pour certains, une pneumopathie à chlamydia.

-

- **L'ophtalmie gonococcique** conjonctivite purulente aiguë qui apparaît **2 à 5 j** après la naissance, (rupture prématurée des membranes)
- Hospitalisation afin de surveiller la survenue **d'une infection** systémique.
 - Péni G 30mg/kg/j en 2 IM
 - collyre posicycline 10j

Conjonctivites du nouveau né

- **L'herpès néonatal es t rare**
- Il s'agit de l'herpès virus simplex de type
- 2 (génital dans 70 % des cas) avec un comptage foeto-maternel lors de l'accouchement même si la mère n'a qu'une contamination herpétique asymptomatique
- Le tableau s'installe 15jours après la naissance
- par quelques vésicules herpétiques au bord palpébral, une petite conjonctivite uni- ou bilatérale peu sécrétante, non purulente, séro-sanglante compliquée
- parfois d'une kératite avec quelques micro-dendrites ou kératite ponctuée superficielle, parfois des opacités cristalliniennes,
- voire une chorioretinite.

Conjonctivites du nouveau né

- **3- conjonctivite lacrymal** : responsable de conjonctivites à répétition chez le nourrisson **secondaire imperforation du canal larymo-nasal** . Survient 10 à 12 jours après la naissance ; la surinfection est due au pneumocoque ; le traitement repose sur l'antibiothérapie locale et sondage des voies lacrymales à distance



Œil rouge non douloureux

- **Hémorragies sous conjonctivales spontanées**
 - Rougeur en nappe en regard de la paroi sclérale
Causes (idiopathique, crise aiguë hypertensive syndrome hémorragique)
 - Expliquer et rassurer (impressionnant mais bénin)
régression spontanée en 2-3 semaines
- **Ptérygion** néoformation conjonctivo élastique de forme triangulaire à base cornéenne

Cas particuliers

- La pré-éclampsie peut se manifester initialement par des troubles visuels
- Elle représente une urgence vitale pour la mère et pour l'enfant qu'elle porte et nécessite un transfert urgent vers les services compétents.
- Savoir y penser chez une **femme enceinte**
- les pathologies ophtalmologiques peuvent compromettre le pronostic vital

□ Testez vos connaissances , REFLEXE

□ CAS Cliniques



Ce qu'il faut savoir

- 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,.
- 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.
- Penser au gfa chez une femme âgée **de rougeur mydriase**
- Savoir expliquer au patient le pronostic et la surveillance requise selon l'étiologie(uveite , gpfa)