



Université Claude Bernard



Lyon 1



Hôpitaux de Lyon

L'ŒIL ROUGE

L'ŒIL ROUGE

ACB 2009

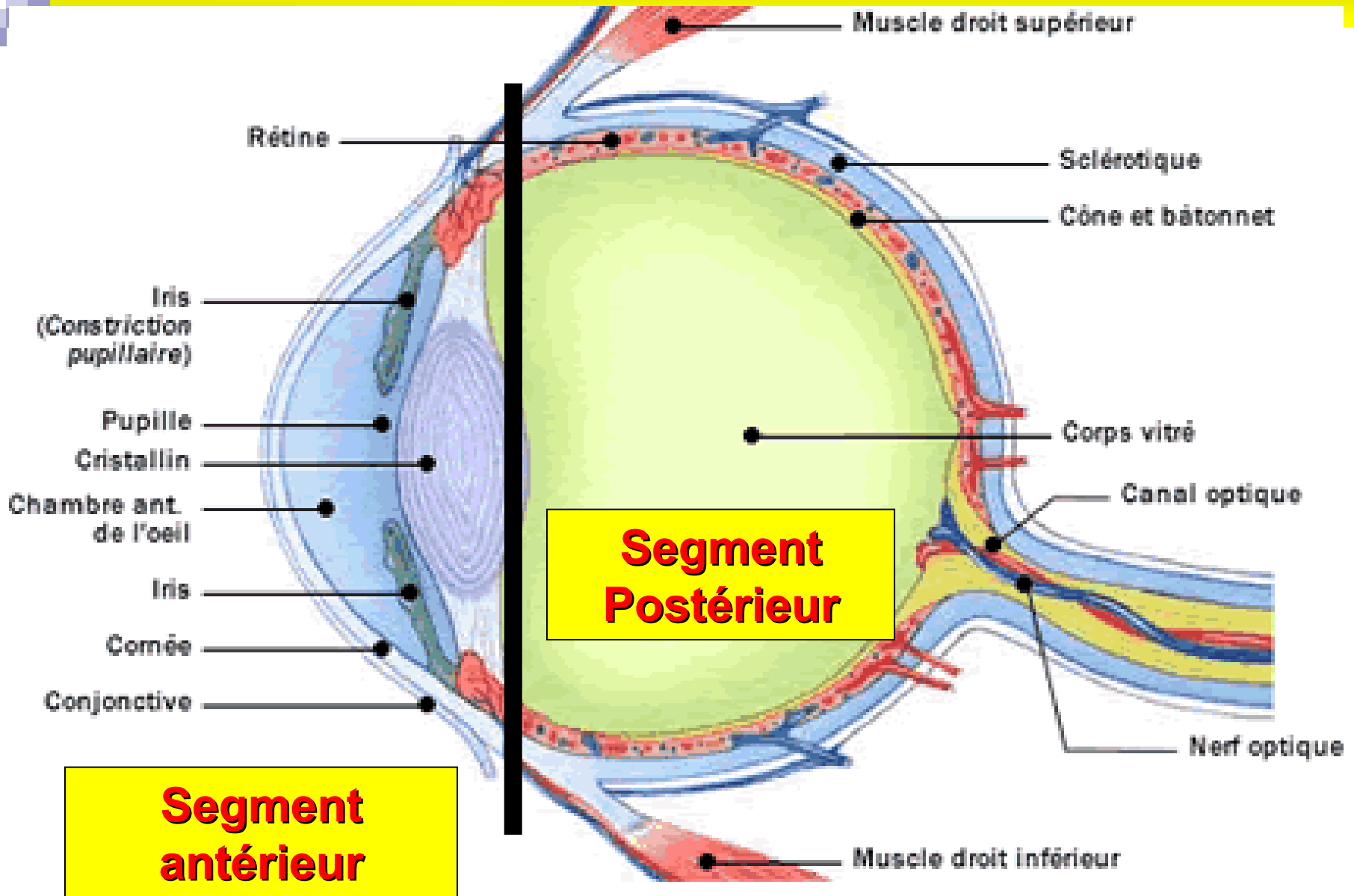
Professeur Laurent KODJIKIAN

*Centre Hospitalier Universitaire de la **Croix-Rousse***

Service Pr JD Grange

Lyon





L'oeil
Coupe longitudinale

Arbre décisionnel



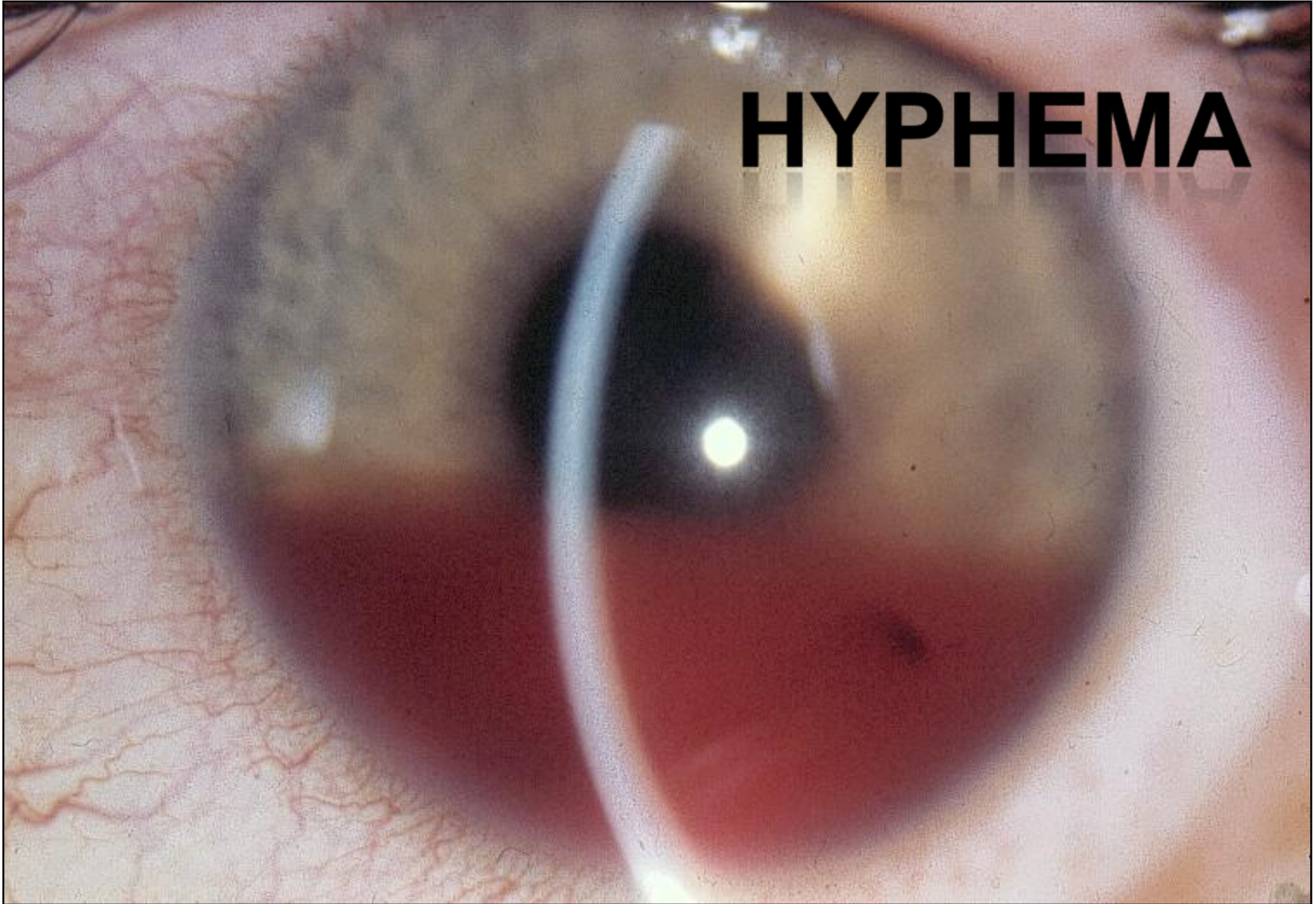
- L'œil rouge est la situation d'urgence oculaire la plus commune.
- La première chose à faire est de rechercher et d'éliminer un **facteur ... traumatique** car la démarche sera totalement différente.

Trauma = Cs Ophtalmo !



Avis urgent
Avis urgent

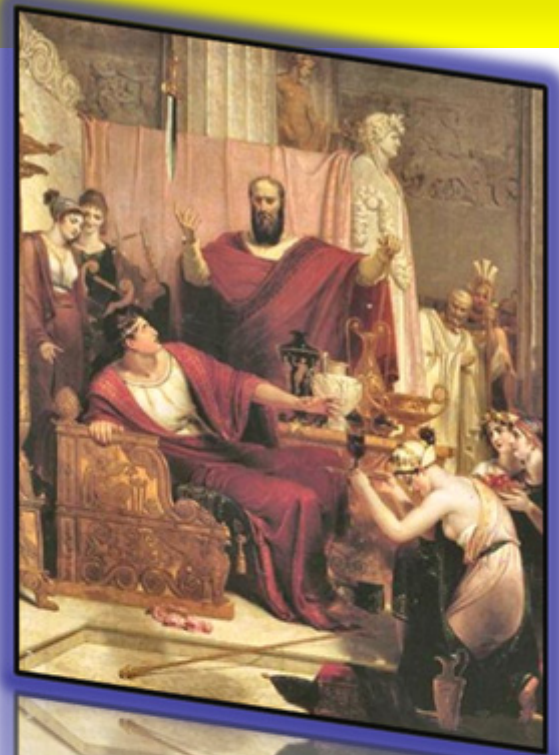
HYPHEMA





Arbre décisionnel

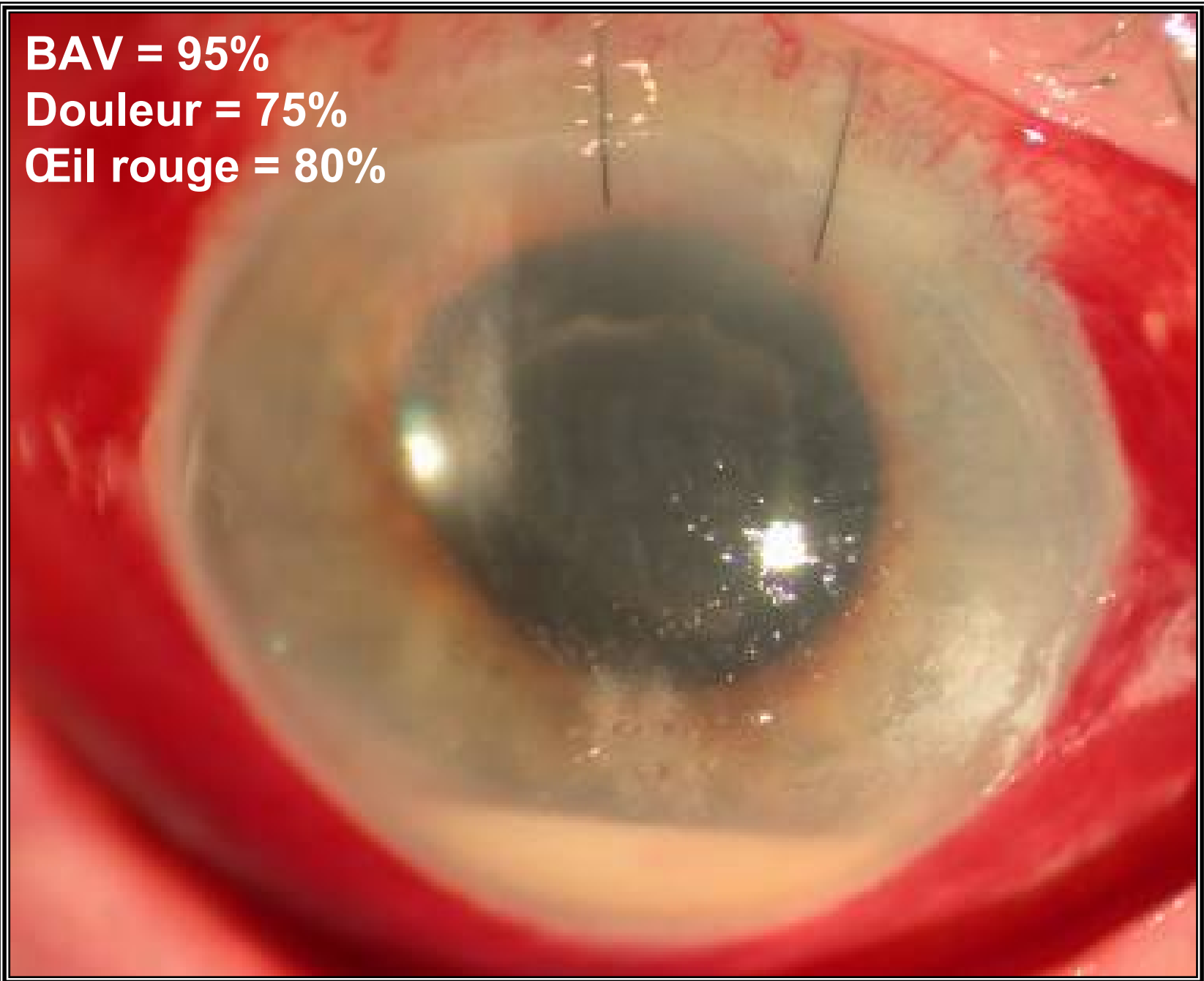
De plus, tout opéré récent (< 1 mois) avec l'œil rouge est porteur d'une endophtalmie jusqu'à preuve du contraire et doit être adressé en urgence en ophtalmologie.

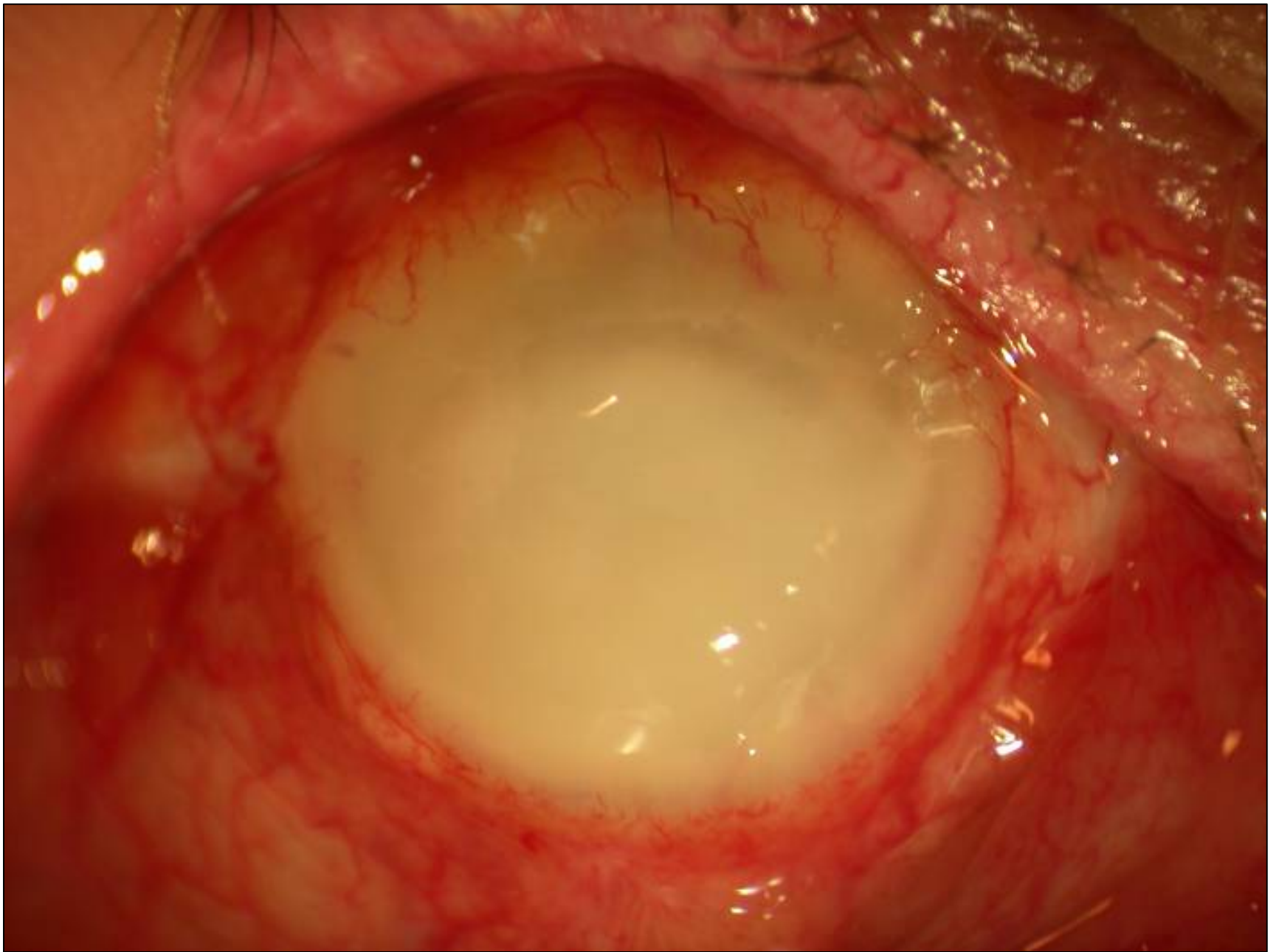


BAV = 95%

Douleur = 75%

Œil rouge = 80%





CAT devant une endophtalmie

- Prélèvements microbiologiques puis **Avis urgent**
- Injection intravitréenne (IVT) de 2 antibiotiques (ATB), **dans les 2 heures** qui suivent l'arrivée du patient à l'hôpital
- 2 ATB par voie intraveineuse et orale
- ATB par voie locale
- Corticothérapie
- Chirurgie de « drainage de l'abcès » à discuter (vitrectomie)

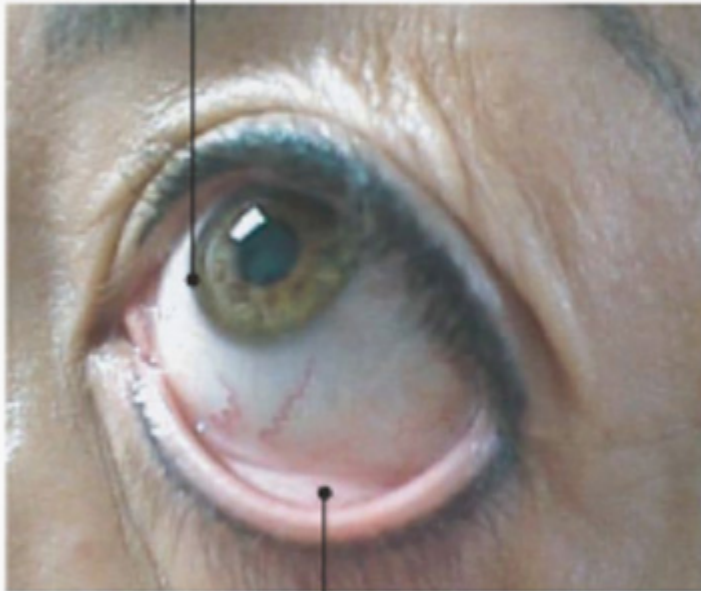


CAT devant un œil rouge

- Après avoir éliminé le **traumatisme** et **l'endophtalmie**,
- L'orientation diagnostique est déterminée par la réponse à **quatre** questions :
 - Y-a-t'il des **douleurs oculaires** associées ? : *la réponse est immuablement oui, il faut donc séparer ce qui est une véritable douleur d'une sensation de sable, de brûlure, de prurit ou de corps étranger.*
 - Y-a-t'il une baisse d'acuité visuelle (**BAV**) associée?
 - Quelle est la **localisation** de la rougeur oculaire ?
 - Quel est l'aspect de la **cornée** ?

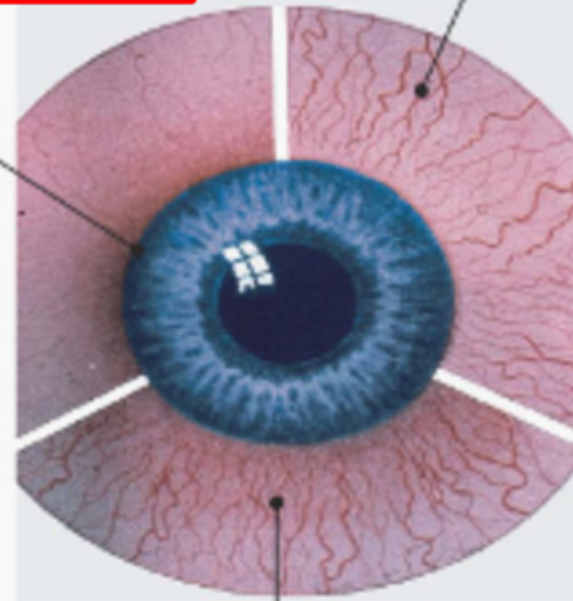
**SIGNE
D'ATTEINTE
SÉVÈRE
DU SEGMENT
ANTÉRIEUR**

Limbe normal

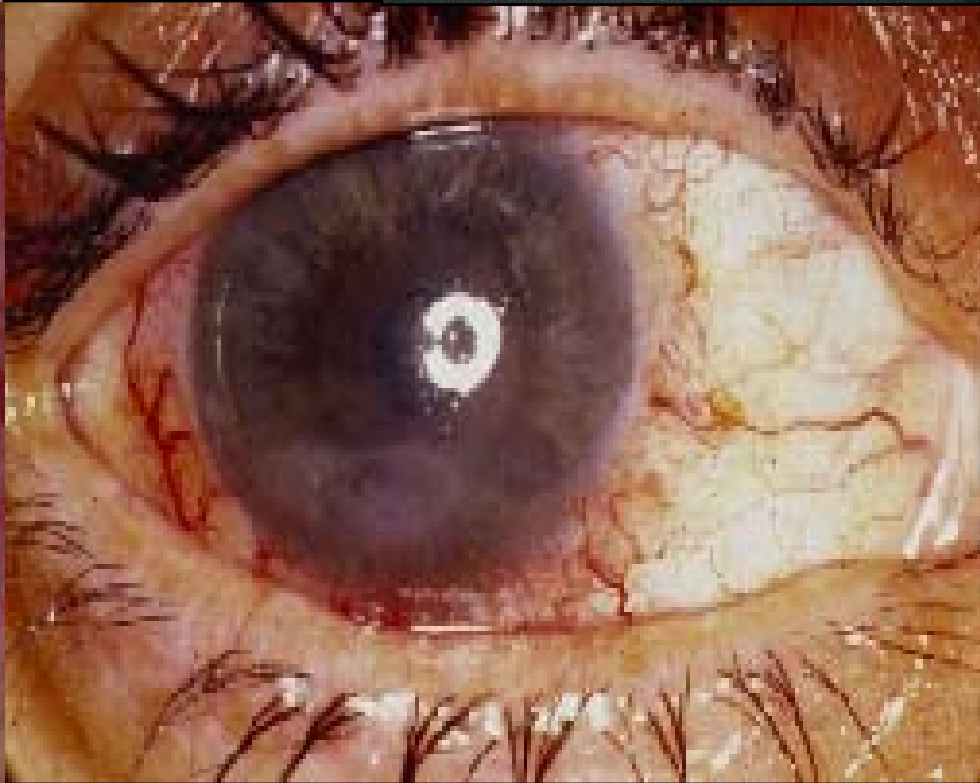
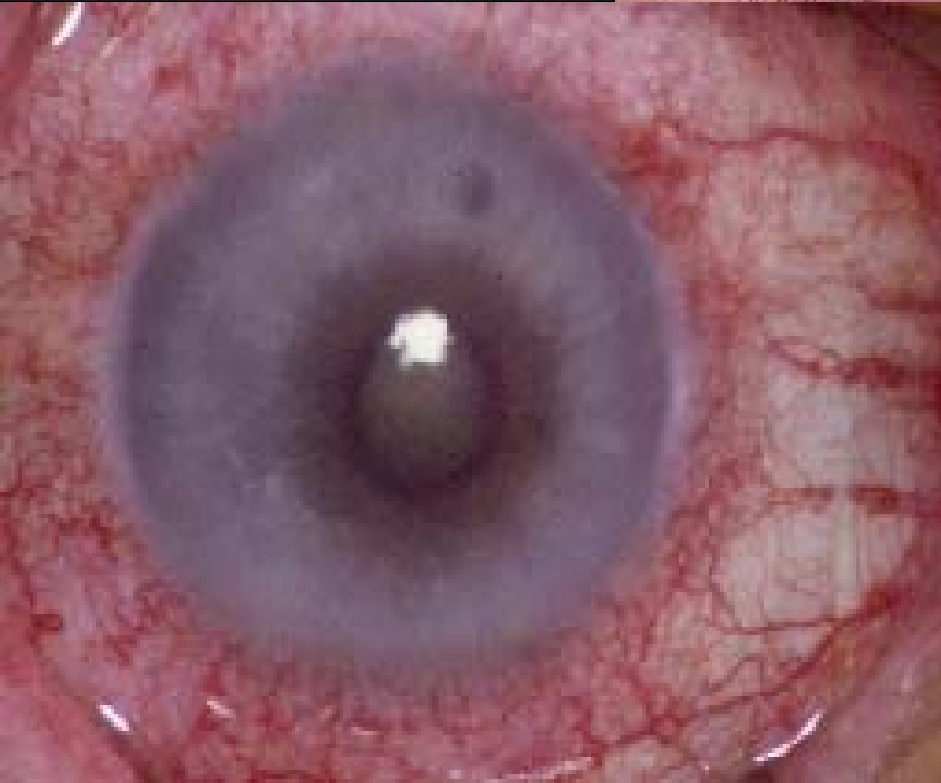
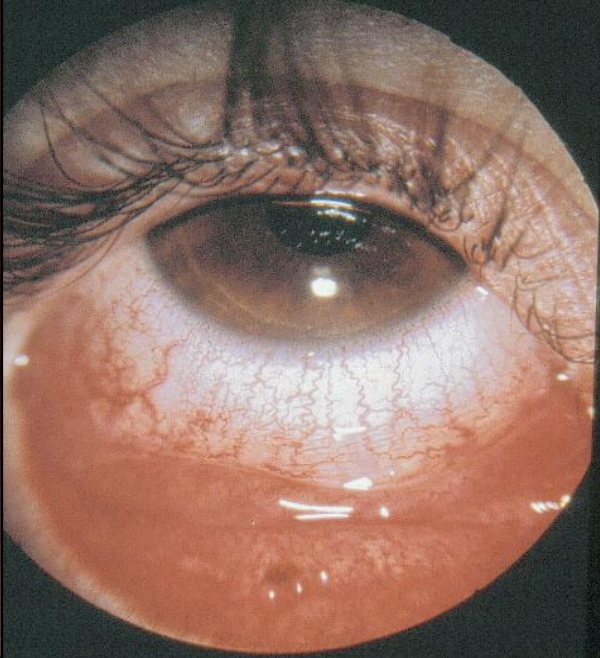
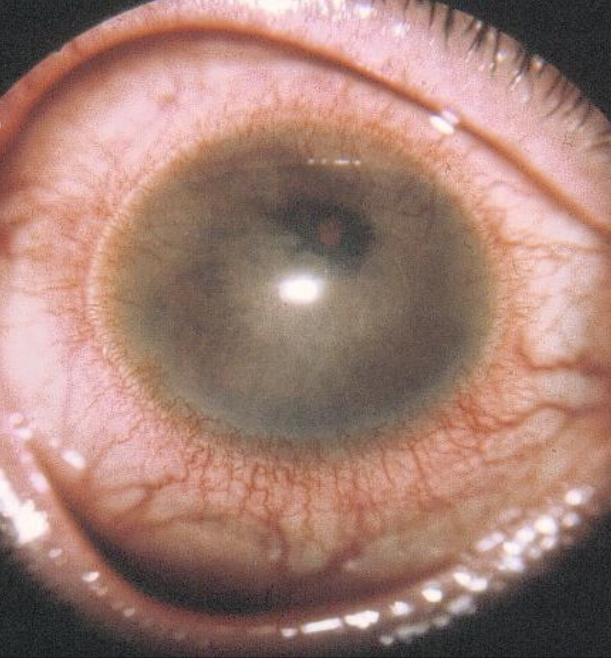


Rougeur conjonctivale
tarsale diffuse
sans gravité

Rougeur diffuse
sans gravité



Cercle périkératique =
facteur de gravité

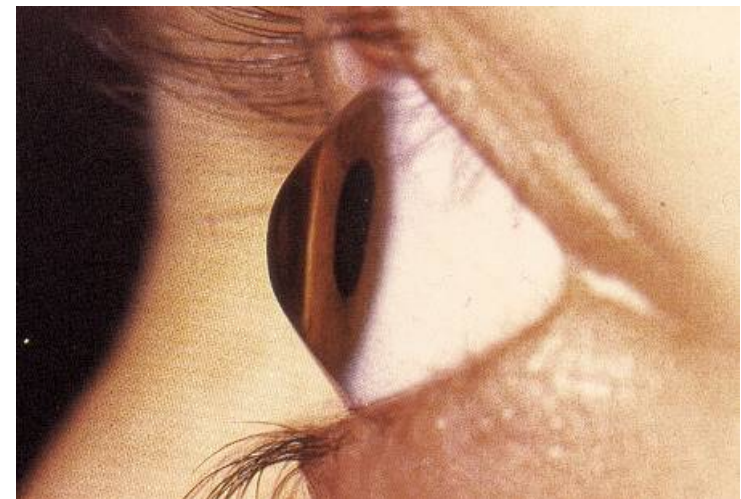
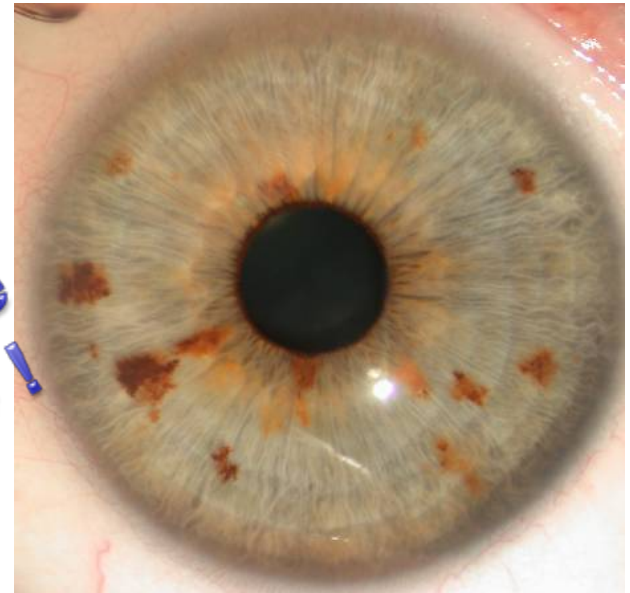


ŒIL ROUGE : aspect de la cornée

- Une cornée normale a un reflet brillant et transparent : elle est claire.



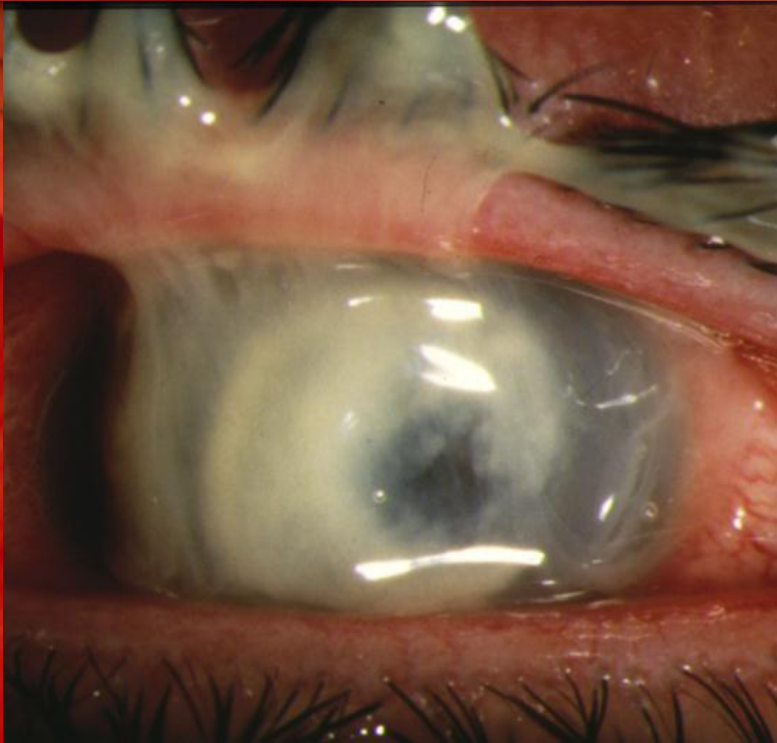
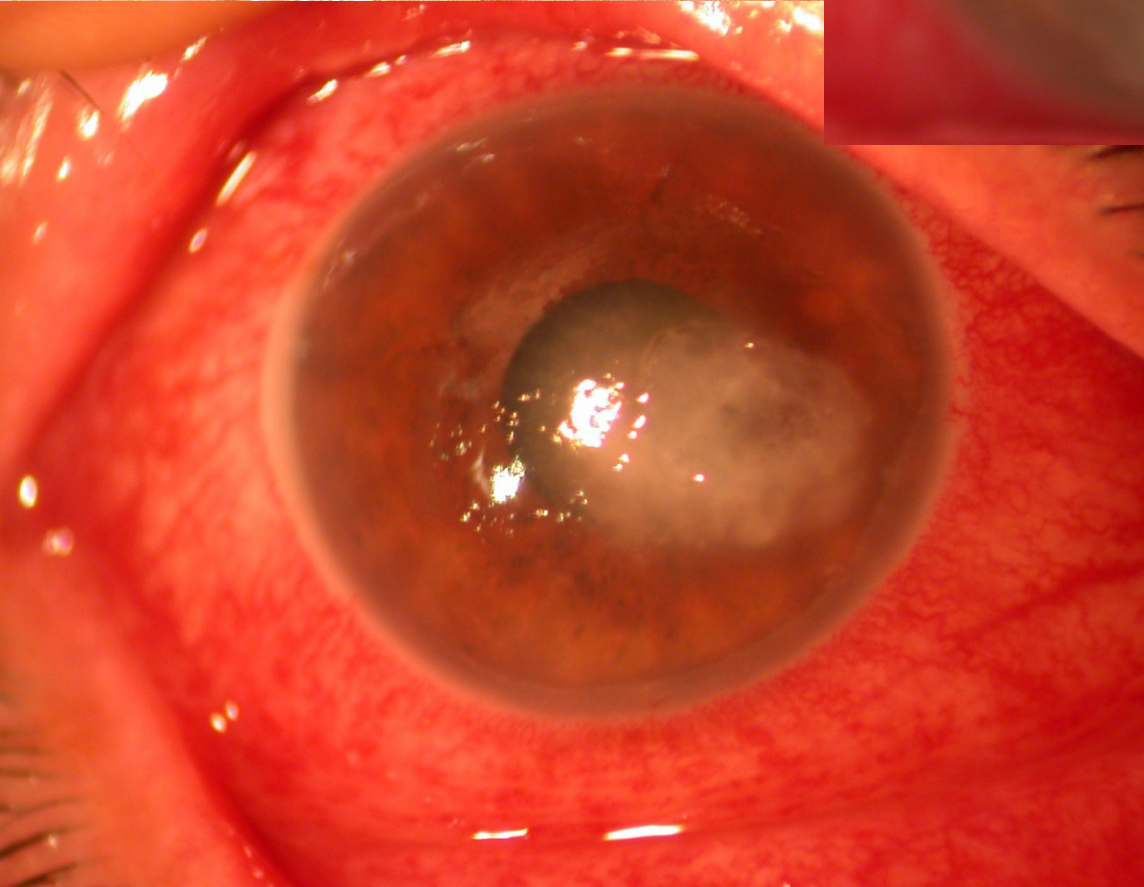
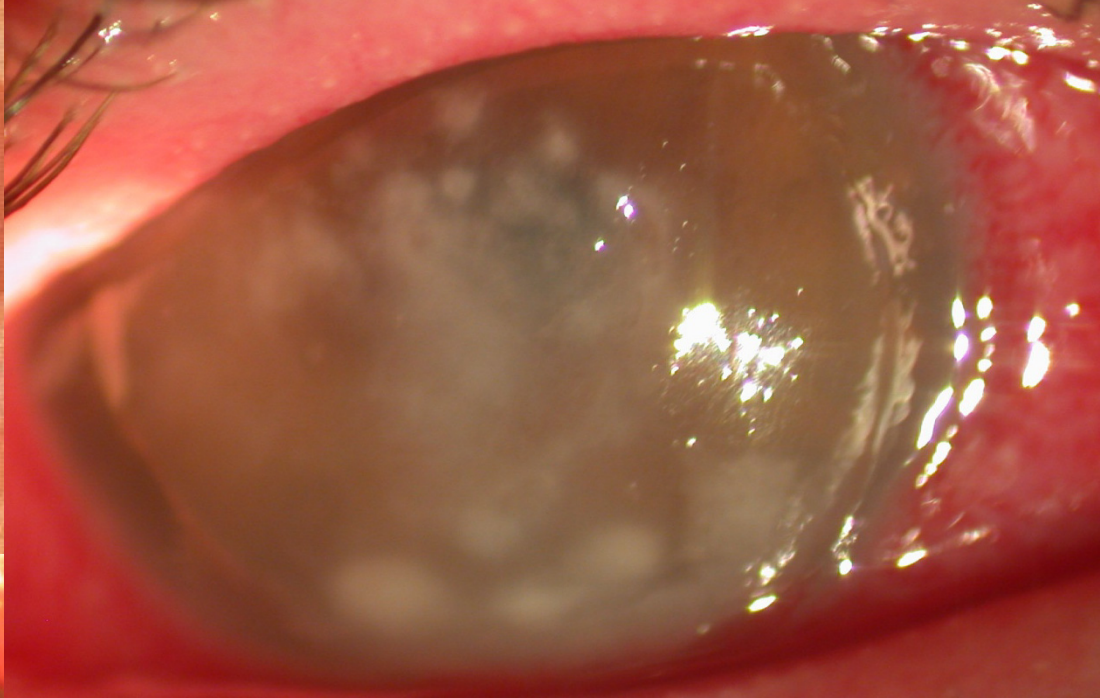
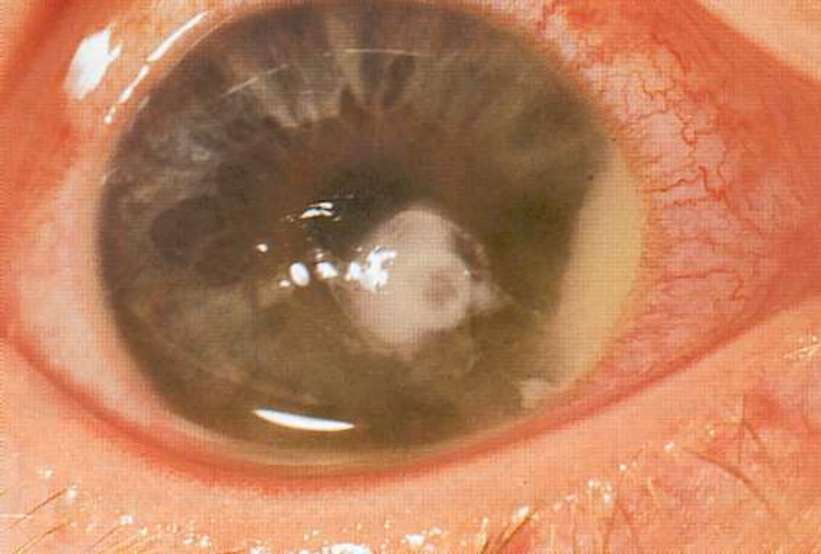
Une cornée normale
« ne se voit pas » !



ŒIL ROUGE : aspect de la cornée

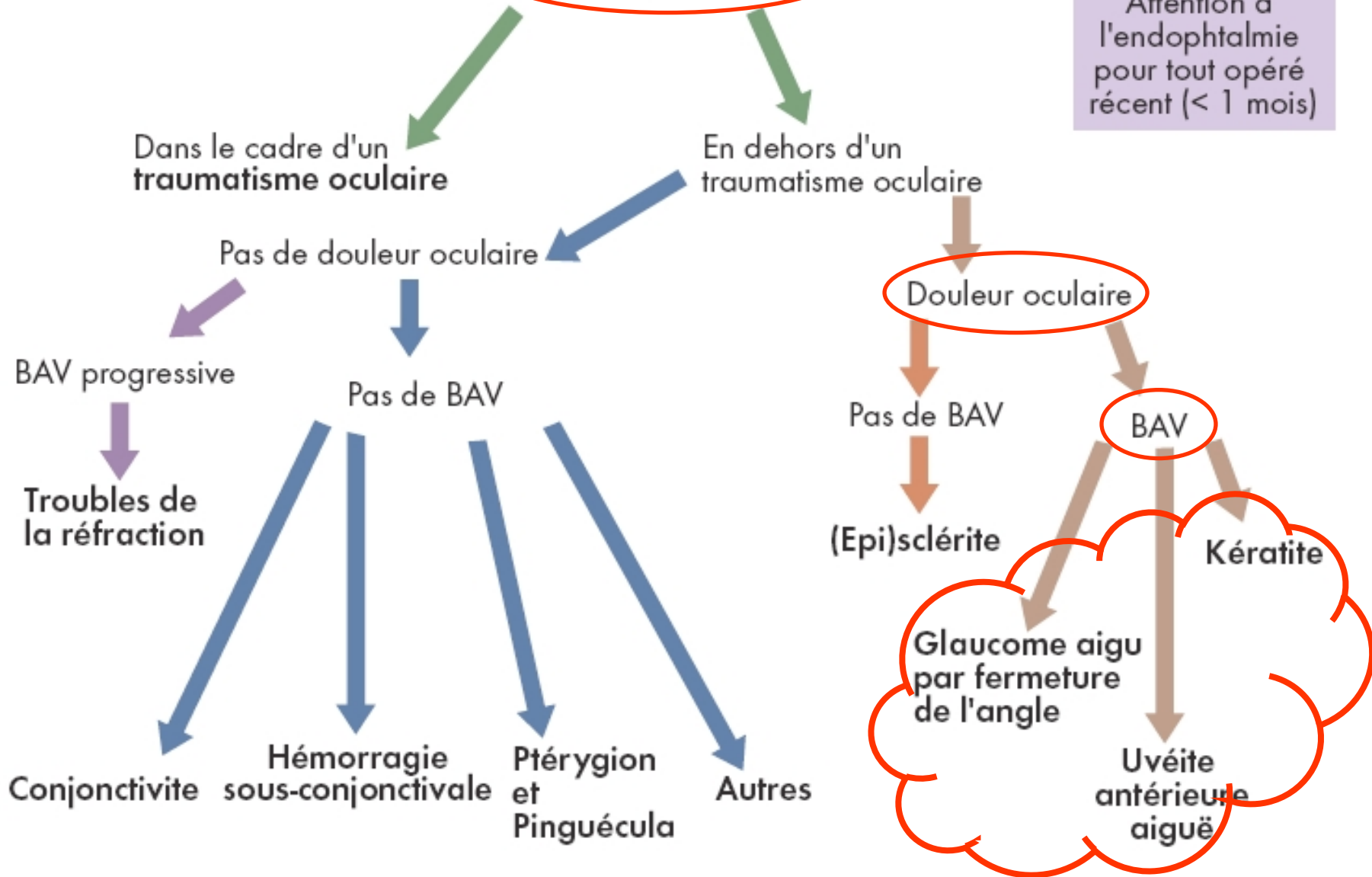
- Deux types d'urgence thérapeutique sont à rechercher :
 1. Un aspect terne voire « glauque »: se méfier d'une hypertonie de l'œil → palpation oculaire bi-digitale
 2. Une opacité blanchâtre localisée ou diffuse: se méfier d'un abcès de cornée voire d'une endophtalmie





ŒIL ROUGE

Attention à l'endophtalmie pour tout opéré récent (< 1 mois)

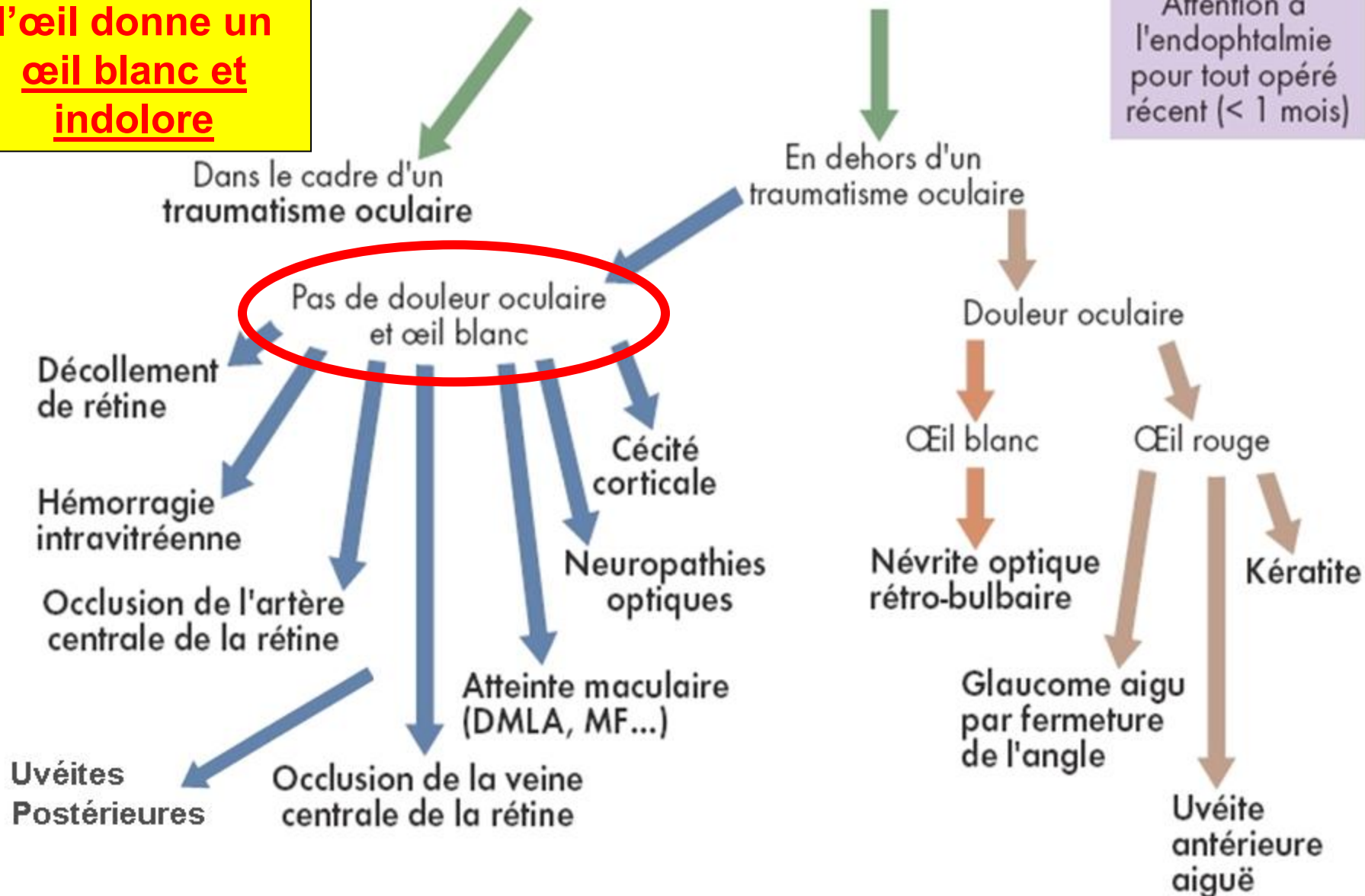


Atteintes du segment antérieur de l'œil

Une atteinte du segment postérieur de l'œil donne un œil blanc et indolore

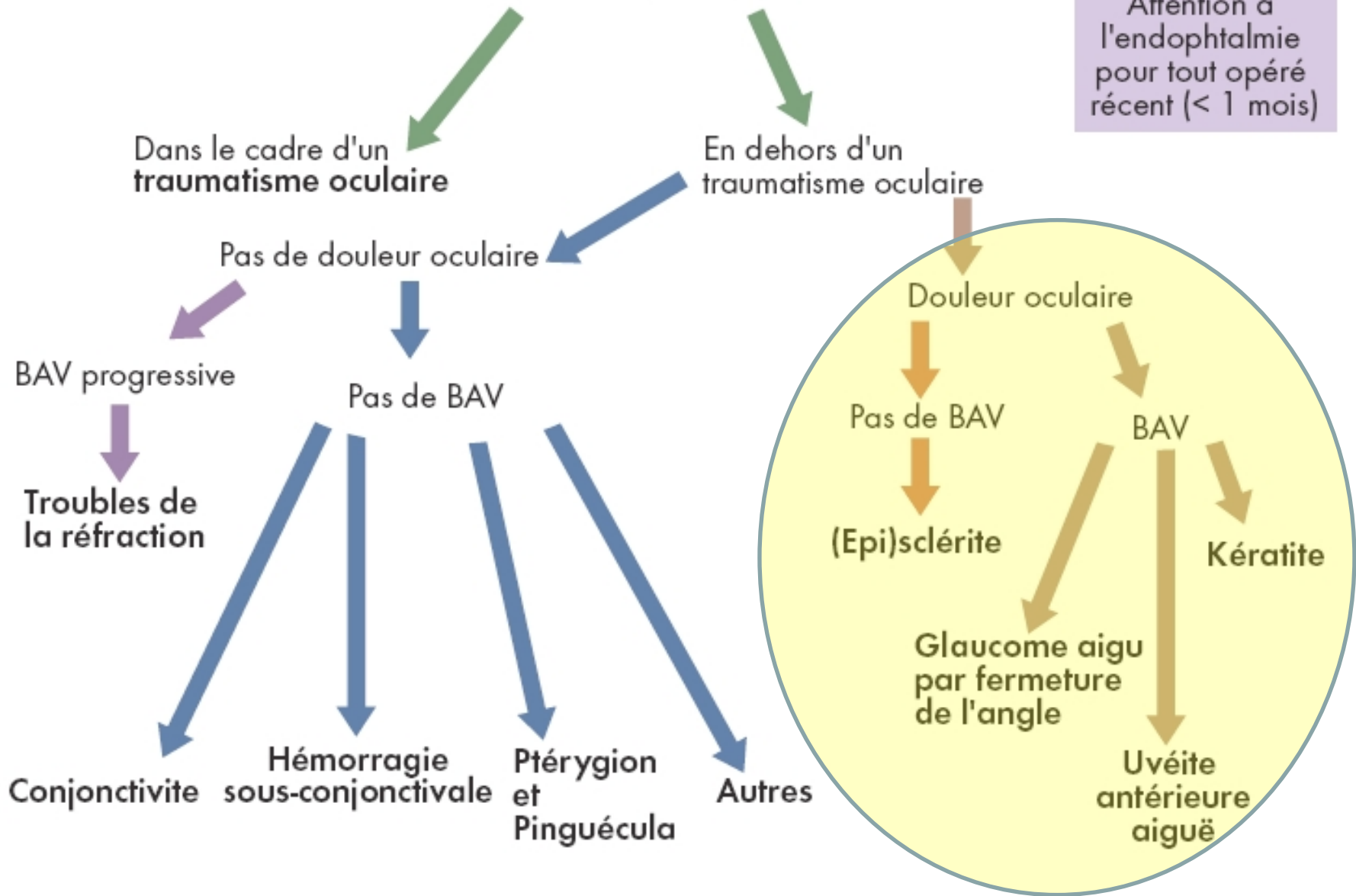
BAV RAPIDE OU BRUTALE

Attention à l'endophtalmie pour tout opéré récent (< 1 mois)



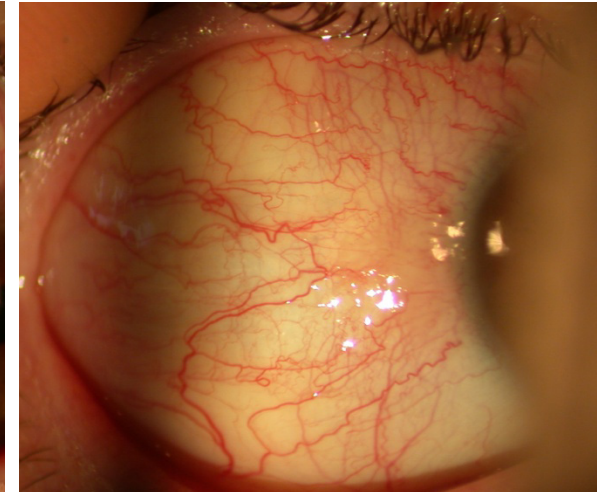
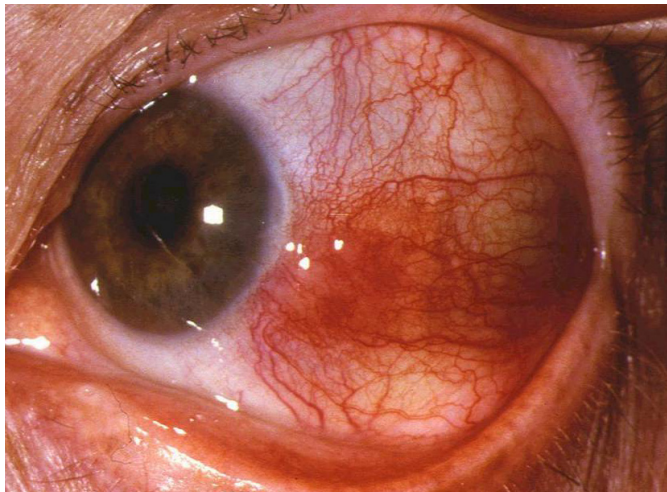
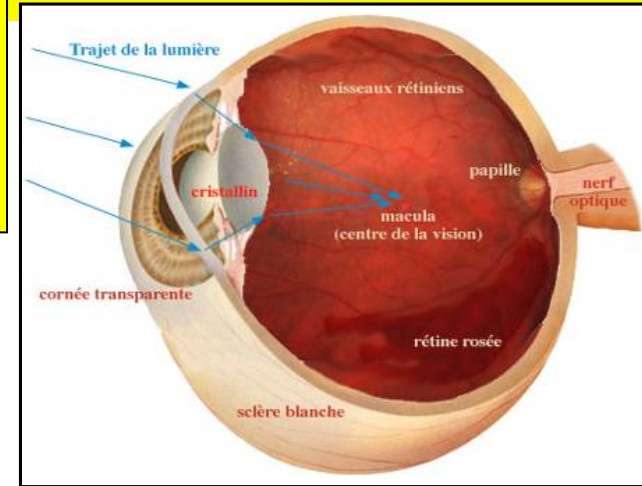
ŒIL ROUGE

Attention à l'endophtalmie pour tout opéré récent (< 1 mois)



Épisclérite et/ou sclérite

- Inflammation auto-immune de l'épisclère (partie superficielle de la coque oculaire) ou de la sclère
- Douleur avec un horaire volontiers nocturne
- Pas de BAV
- Rougeur : test au sympathomimétiques (néosynéphrine®)



CAT devant une (épi)sclérite



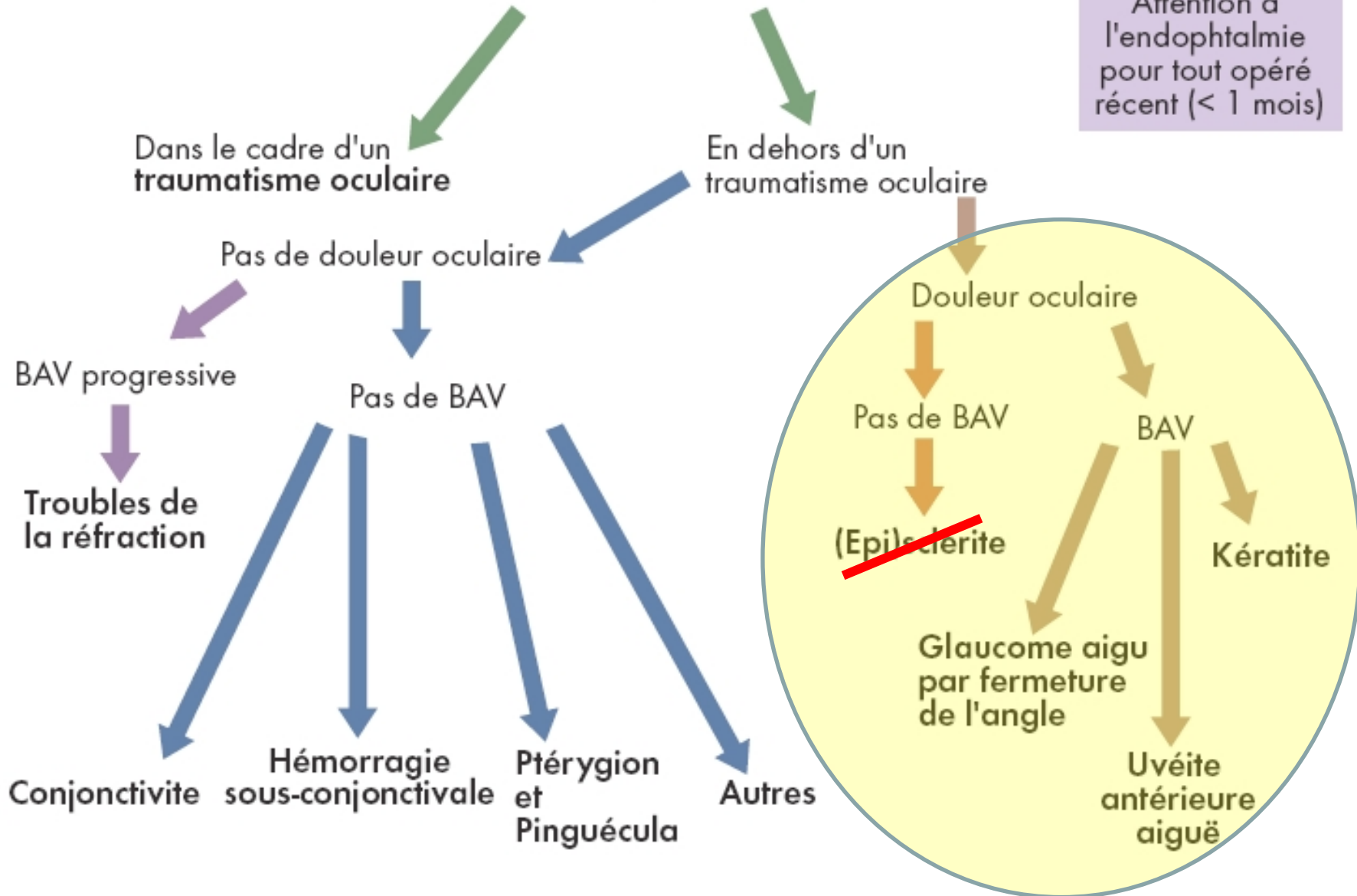
- Confier à l'ophtalmologiste.

Avis différé

- Épisclérite : AINS *per os* et local voire stéroïdien local
- Sclérite : AINS *per os*, voire immunosuppresseur
- Une épisclérite résistante au traitement **ou** une sclérite nécessitent un bilan étiologique (50% de maladies de système), comparable à celui d'une uvéite.

ŒIL ROUGE

Attention à l'endophtalmie pour tout opéré récent (< 1 mois)



~~(Epi) sclérite~~

LES UVÉITES

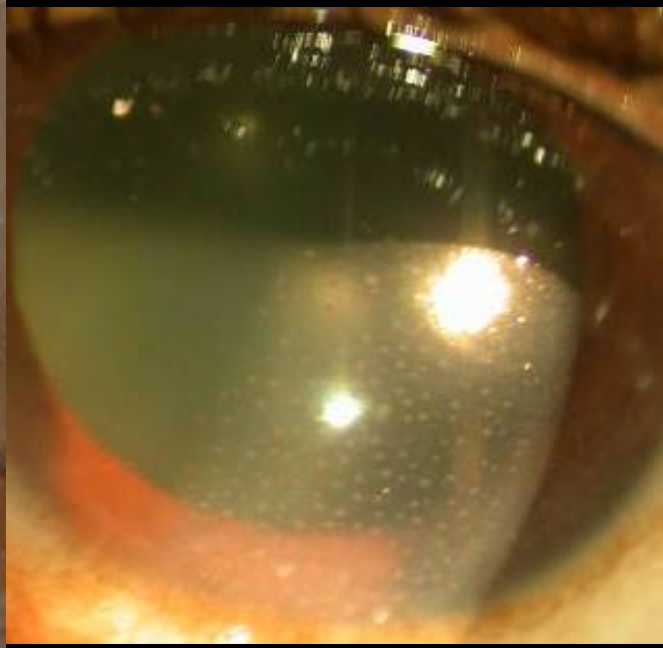


Inflammation

Infections

Tumeur





Étiologies

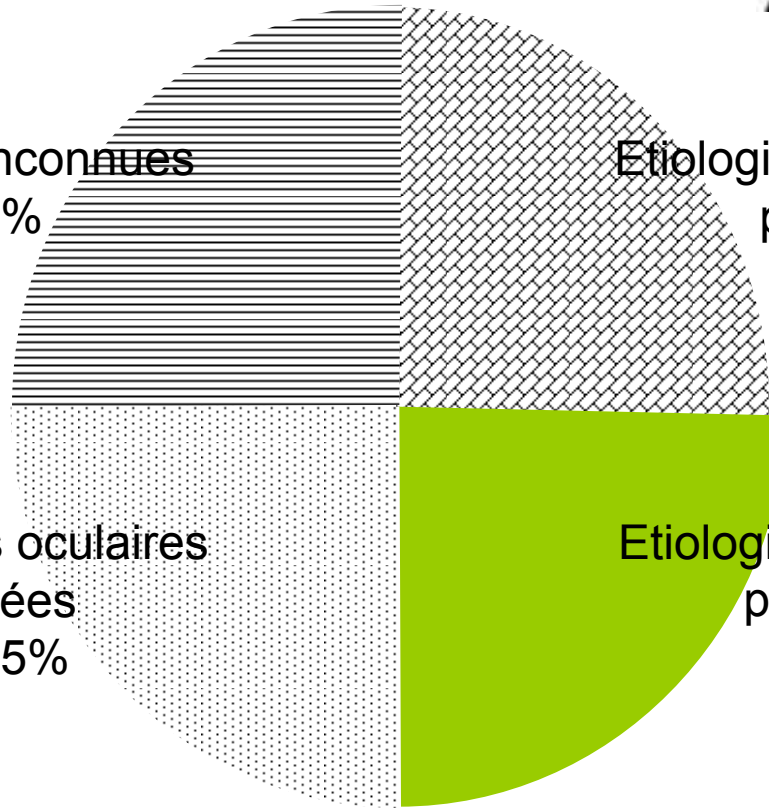


Etiologies inconnues
≈ 25%

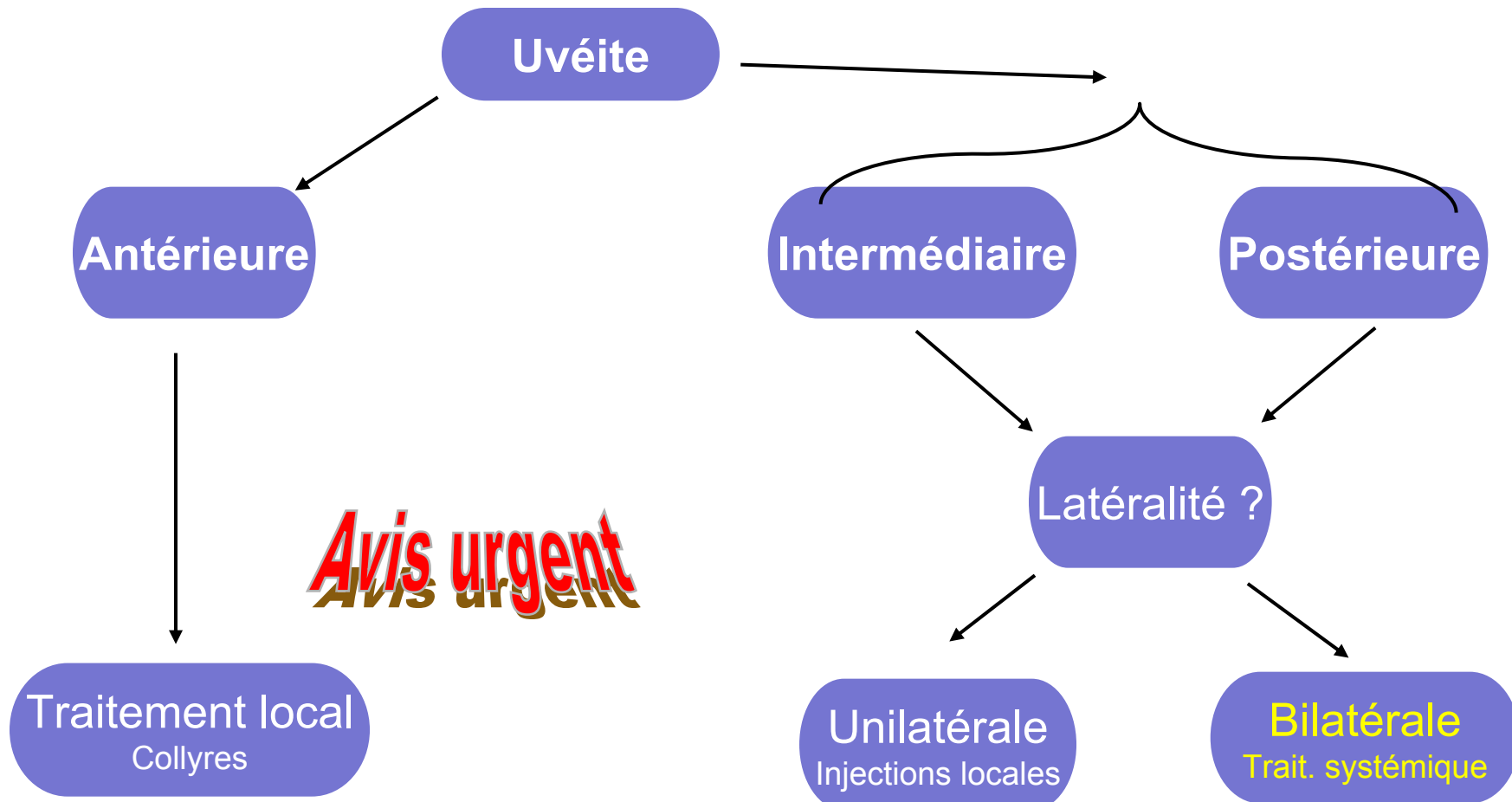
Etiologies systémiques
prouvées
≈ 25%

Etiologies oculaires
isolées
≈ 25%

Etiologies systémiques
présumées
≈ 25%

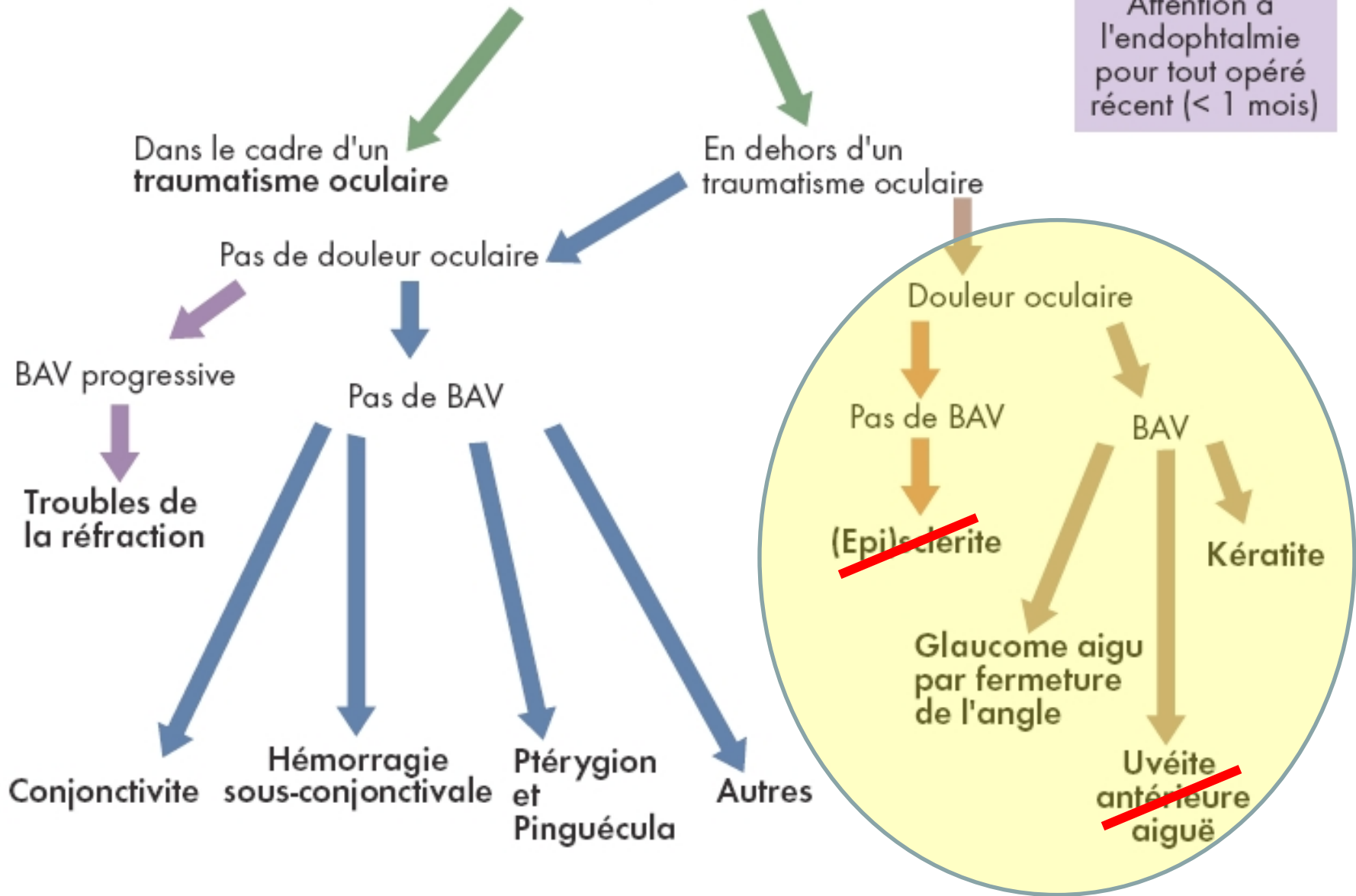


Comment traiter une uvéite ?



ŒIL ROUGE

Attention à l'endophtalmie pour tout opéré récent (< 1 mois)



Le glaucome aigu par fermeture de l'angle : **diagnostic positif**

- Œil rouge avec cercle périkératique
- Douleur **atroce** (oculaire + Σ d pseudo-méningé, + Σ d pseudo-appendiculaire)
- Baisse **brutale** de la vision
- Cornée trouble car oedémateuse (reflet «glaucque»)
- Pupille en semi-mydriase aréactive
- Palpation bi-digitale au travers de la paupière fermée : « bille de bois »

= 3 Δ g = même CAT en urgence !
GAFA = le plus grave des 3



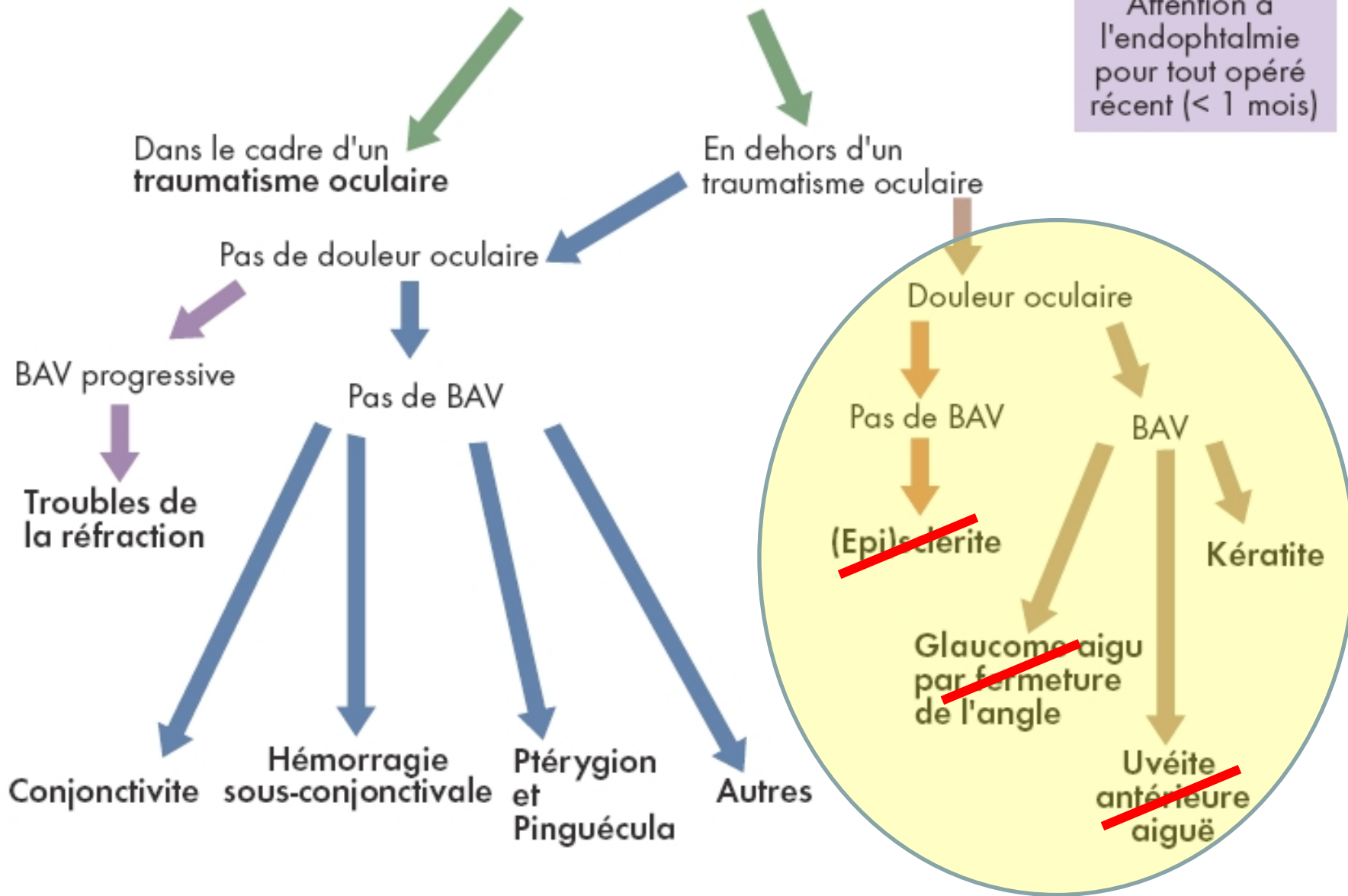
GAFA : CAT en urgence

Avis urgent
Avis urgent

- Urgence médicale absolue
- Risques : bilatéralisation et perte fonctionnelle sévère
- Adresser à l'hôpital (service ophtalmo !)
- Rôle du MG : peut débiter le traitement
 - Inhibiteur de l'anhydrase carbonique (acétazolamide, **diamox**®, 500 mg) en flash intraveineux en l'absence de CI
 - **et** un collyre myotique dans les **deux** yeux (**pilocarpine**®), d'emblée

ŒIL ROUGE

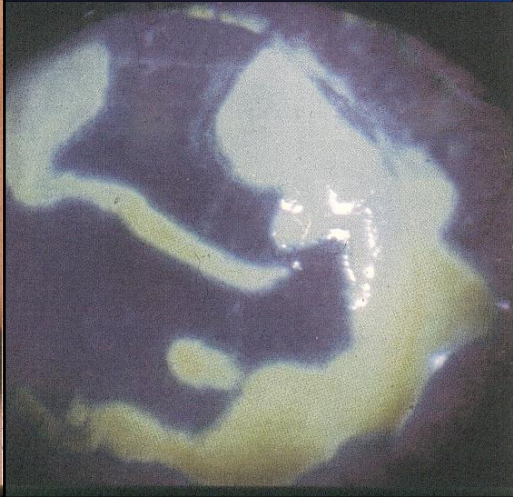
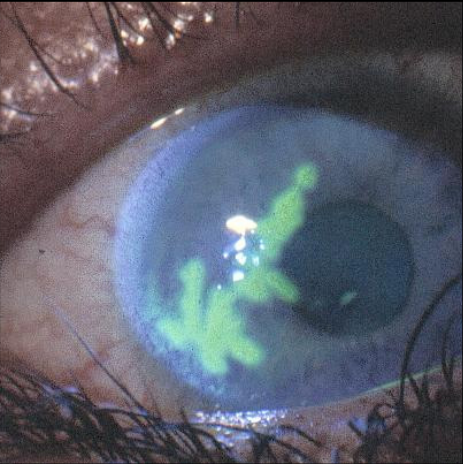
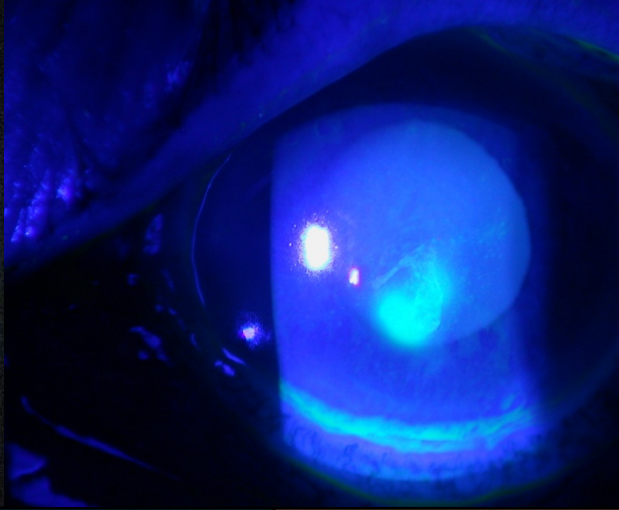
Attention à l'endophtalmie pour tout opéré récent (< 1 mois)



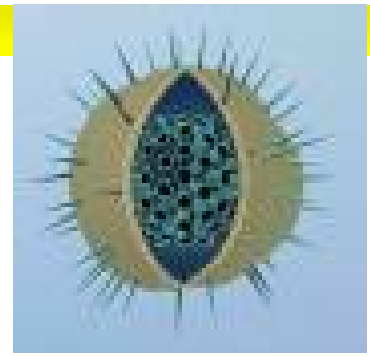
~~(Epi) sclérite~~

~~Glaucome aigu par fermeture de l'angle~~

~~Uvélite antérieure aiguë~~



HERPES OCULAIRE

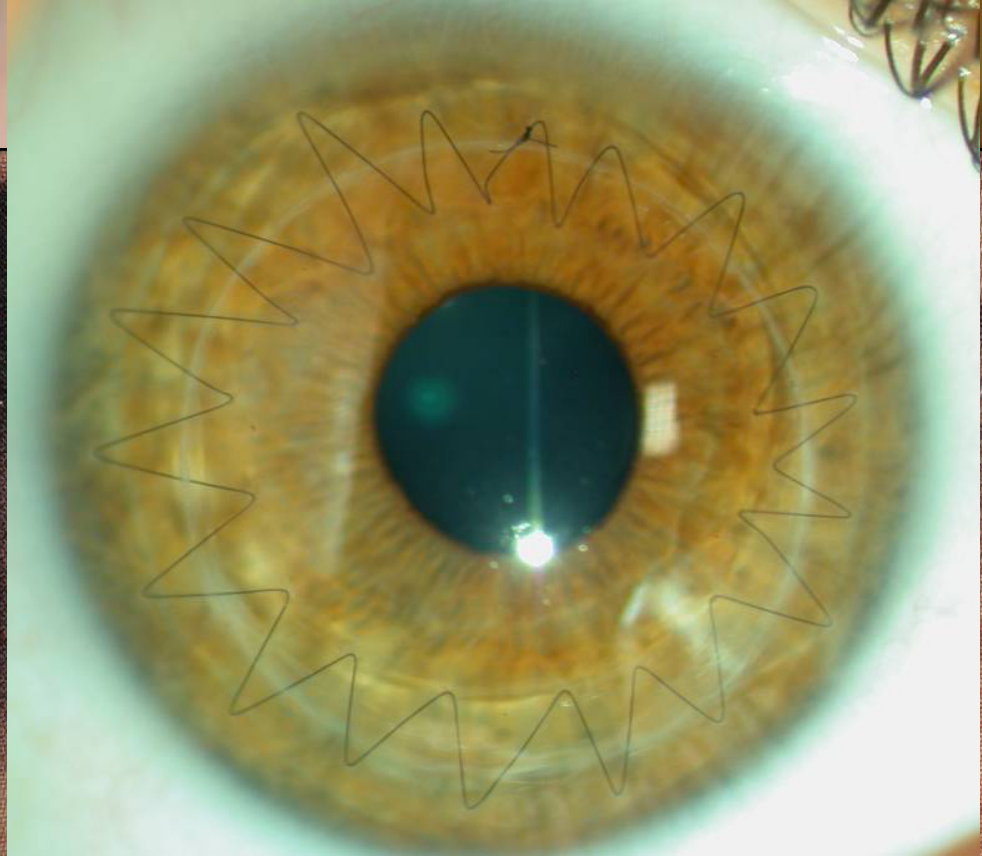
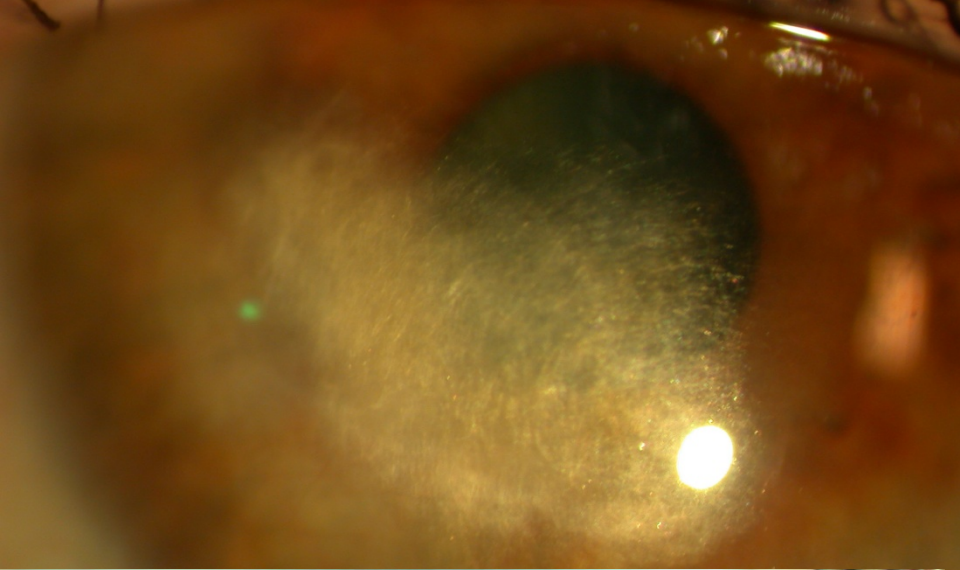
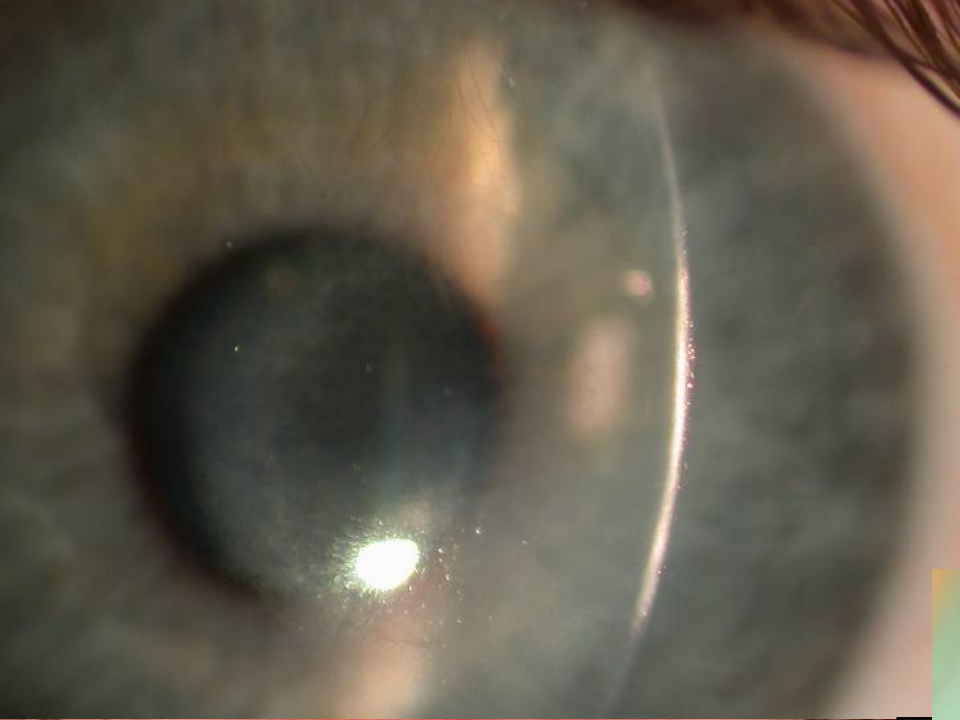


- HSV 1, HSV 2, VZV... CMV
- 10% des K = UAA associée
- 20 000 poussées d'herpès oculaire par an en France
- 2/3 = formes superficielles = guérison facile
- 1/3 = formes profondes stromales = utilisation de corticoïdes
- Taux de récurrences = 10% à un an, 23% à 2 ans et 63% à 20 ans

Traitement Kératite épithéliale

- Débridement (novésine et fléchette)
- Antiviral
 - Trifluridine = virophta
 - Aciclovir = zovirax pommade (peu épithéliotoxique et bonne pénétration IO)
 - **Ganciclovir = virgan gel**
 - Association ? efficacité \approx mais toxicité \uparrow
- Cycloplégique et antibiotique local
- **CI d'une corticothérapie locale ++**

Avis urgent
Avis urgent



Kératite du MG : *Pas d'avis*

- **Kératite traumatique** (érosion de cornée) : coup d'ongle, lentilles de contact (qu'il faut savoir enlever à la moindre rougeur oculaire) ...
- **Kératite ultraviolette** : la célèbre ophtalmie des neiges (du non porteur de lunettes solaires, bloquant les ultraviolets du soleil !) mais aussi le "coup d'arc" (l'équivalent chez les soudeurs non protégés par des lunettes adaptées)
- Guérison sans séquelle après 24 heures de **pansement occlusif** avec instillation au préalable d'un **collyre antibiotique** (ex. tobrex®) et d'une **pommade cicatrisante** (ex. pommade vitamine A®)



ŒIL ROUGE

Attention à l'endophtalmie pour tout opéré récent (< 1 mois)

Dans le cadre d'un traumatisme oculaire

En dehors d'un traumatisme oculaire

Pas de douleur oculaire

BAV progressive

Troubles de la réfraction

Pas de BAV

Conjonctivite
Hémorragie sous-conjonctivale

Ptérygion et Pinguécula

Autres

Douleur oculaire

Pas de BAV

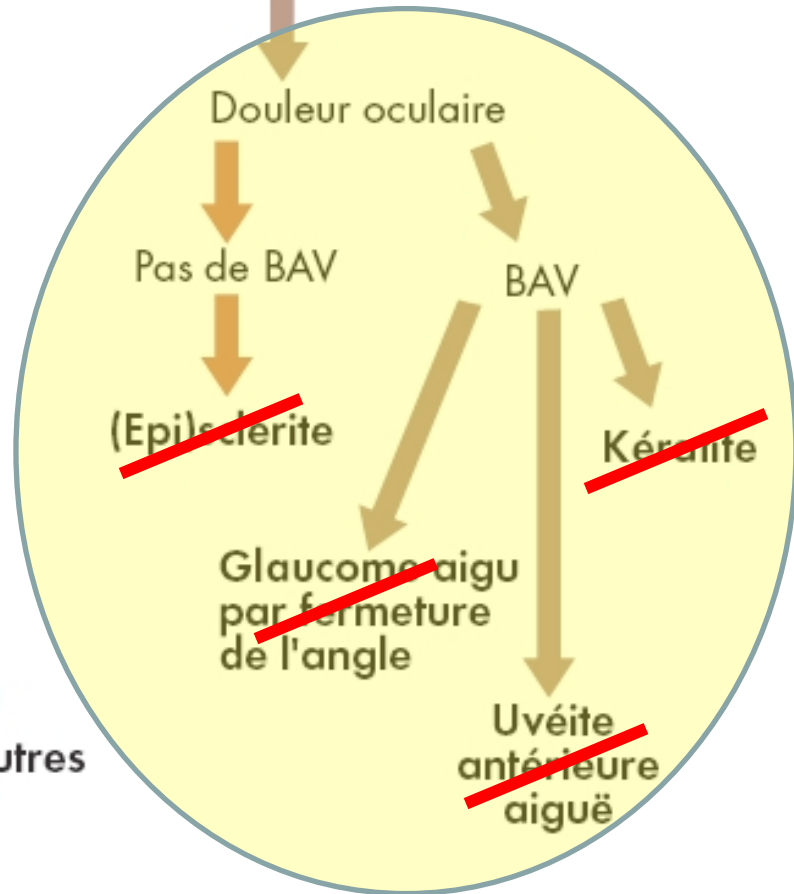
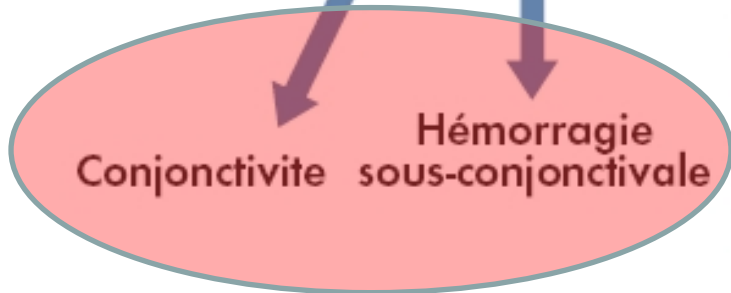
(Epi)sclérite

Glaucome aigu par fermeture de l'angle

BAV

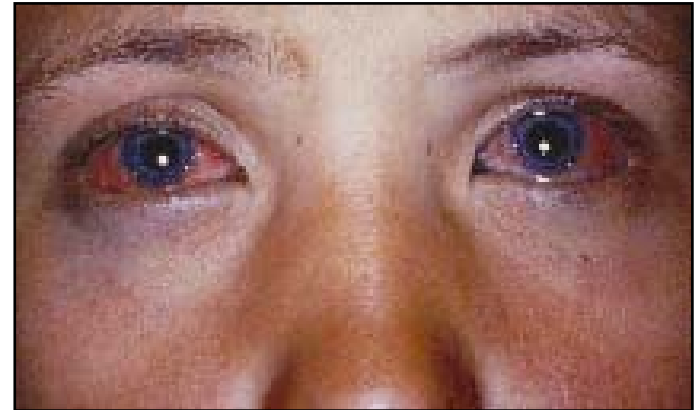
Kératite

Uvéite antérieure aiguë



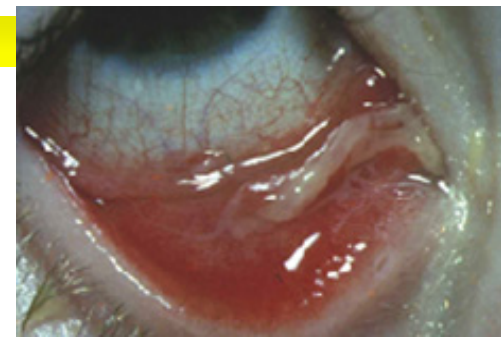
CONJONCTIVITE

- Œil rouge diffus (pas CPK), sans BAV
- Indolore (mais gêne, le plus souvent à type de sensation de grains de sable)
- Étiologies
 - Infectieuse
 - Bactérienne
 - Virale : herpès, adénovirus
 - *Mycosique, parasitaire*
 - Allergique
 - Sèche



CLINIQUE de la conjonctivite aiguë

- Trépid de Stenson : **conj. bactérienne probable** si sécrétions mucopurulentes + absence follicules + absence ADP pré-auriculaire



Traitement des conjonctivites

Recommandations afssaps 2004

Sans facteur de risque ni critères de gravité



Lavage oculaire

+/-



Antiseptique

Pas d'avis

Traitement des conjonctivites

Recommandations afssaps 2004

Avec facteur de risque ou critères de gravité

- Consultation d'ophtalmologie recommandée
- Antibiotique local → Probabiliste (adapté au germe supposé en cause)
- ATB abrègent durée des Σ ms (durée ttt < 8 j)

Pas d'avis

Avis différé

Facteurs de risque

Immunodépression

Diabète mal équilibré

Pathologies locales sous-jacentes

Greffe de cornée, chirurgie récente

Corticothérapie locale

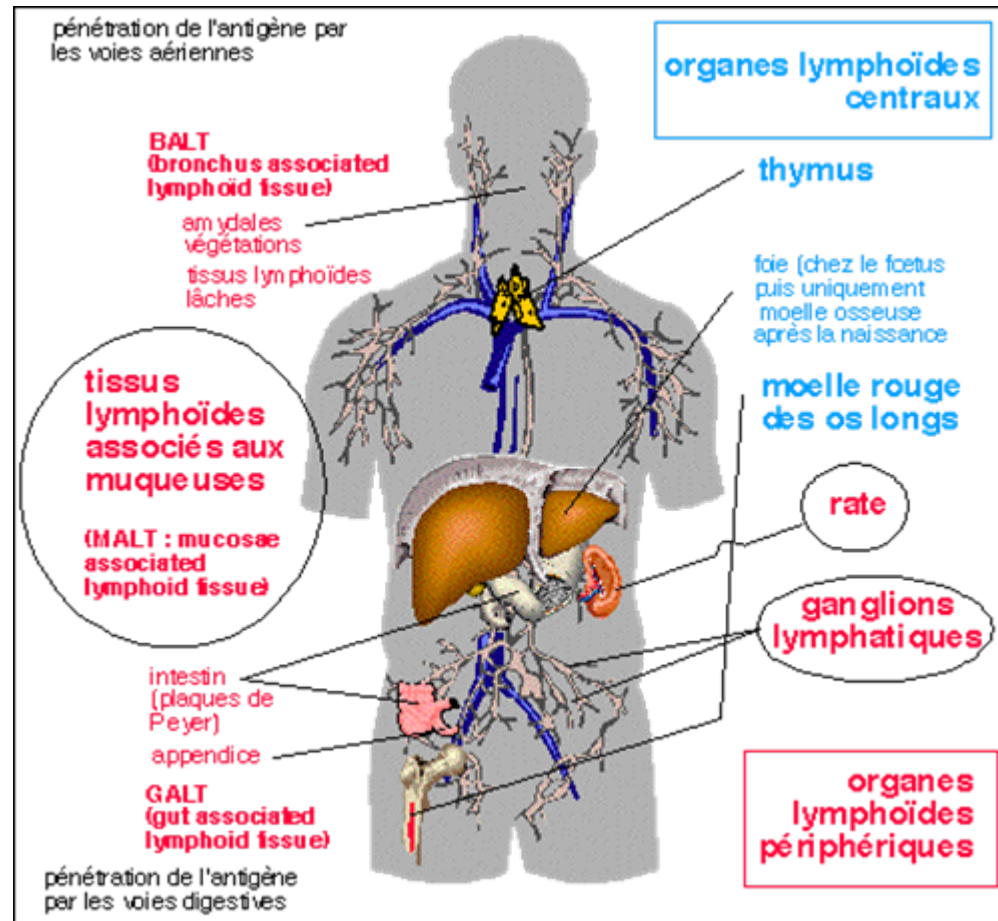
Port de lentilles de contact

Trouble de la statique palpébrale

Obstruction des voies lacrymales

Monophtalme

Nouveau-né et NRS



Facteurs de risque

Immunodépression

Diabète mal équilibré

Pathologies locales sous-jacentes

Greffe de cornée, chirurgie récente

Corticothérapie locale

Port de lentilles de contact

Trouble de la statique palpébrale

Obstruction des voies lacrymales

Monophtalme

Nouveau-né et NRS



Facteurs de risque

Immunodépression

Diabète mal équilibré

Pathologies locales sous-jacentes

→ Syndrome sec, dystrophie cornéenne

Greffe de cornée, chirurgie récente

Corticothérapie locale

Port de lentilles de contact

Trouble de la statique palpébrale

Obstruction des voies lacrymales

Monophtalme

Nouveau-né et NRS



Facteurs de risque

Immunodépression

Diabète mal équilibré

Pathologies locales sous-jacentes

Greffe de cornée, chirurgie récente

Corticothérapie locale

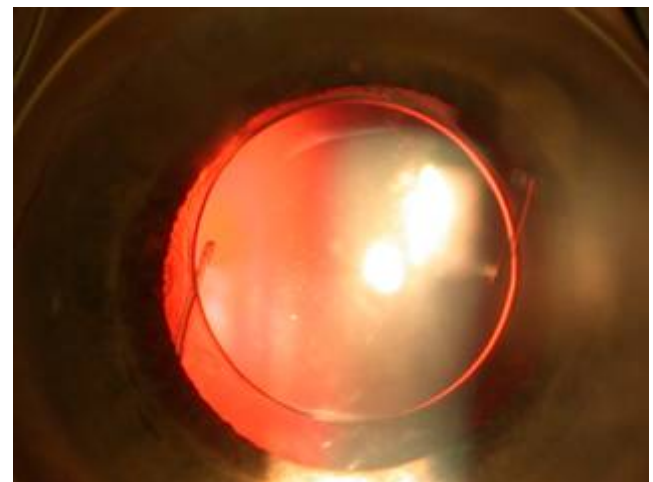
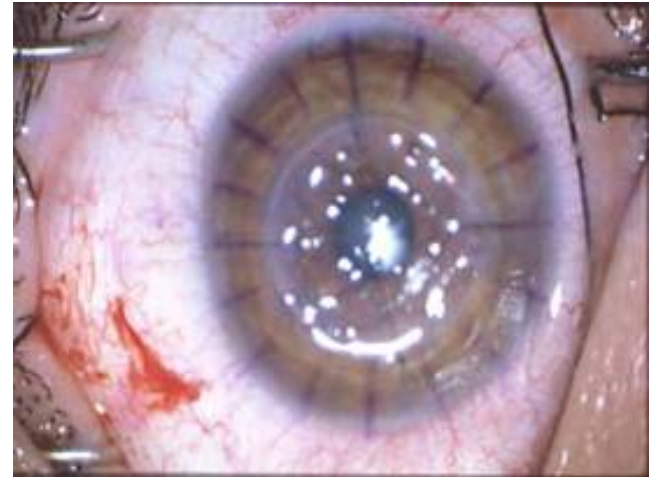
Port de lentilles de contact

Trouble de la statique palpébrale

Obstruction des voies lacrymales

Monophtalme

Nouveau-né et NRS



Facteurs de risque

Immunodépression

Diabète mal équilibré

Pathologies locales sous-jacentes

Greffe de cornée, chirurgie récente

Corticothérapie locale

Port de lentilles de contact

Trouble de la statique palpébrale

Obstruction des voies lacrymales

Monophtalme

Nouveau-né et NRS



Facteurs de risque

Immunodépression

Diabète mal équilibré

Pathologies locales sous-jacentes

Greffe de cornée, chirurgie récente

Corticothérapie locale

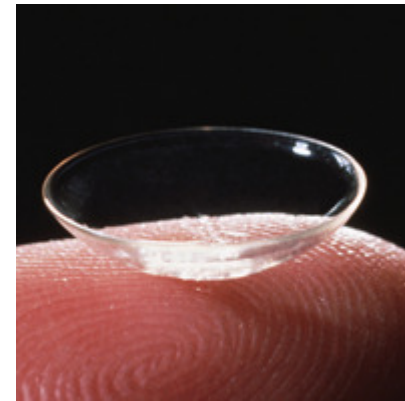
Port de lentilles de contact

Trouble de la statique palpébrale

Obstruction des voies lacrymales

Monophtalme

Nouveau-né et NRS



Facteurs de risque

Immunodépression

Diabète mal équilibré

Pathologies locales sous-jacentes

Greffe de cornée, chirurgie récente

Corticothérapie locale

Port de lentilles de contact

Trouble de la statique palpébrale

Obstruction des voies lacrymales

Monophtalme

Nouveau-né et NRS



Facteurs de risque

Immunodépression

Diabète mal équilibré

Pathologies locales sous-jacentes

Greffe de cornée, chirurgie récente

Corticothérapie locale

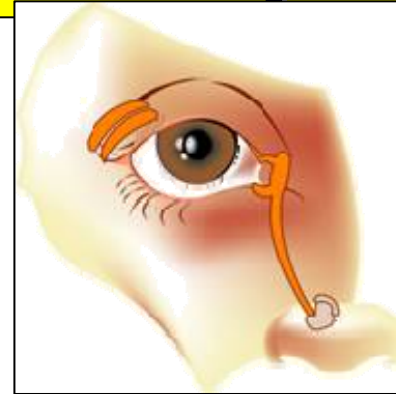
Port de lentilles de contact

Trouble de la statique palpébrale

Obstruction des voies lacrymales

Monophtalme

Nouveau-né et NRS



Facteurs de risque

Immunodépression

Diabète mal équilibré

Pathologies locales sous-jacentes

Greffe de cornée, chirurgie récente

Corticothérapie locale

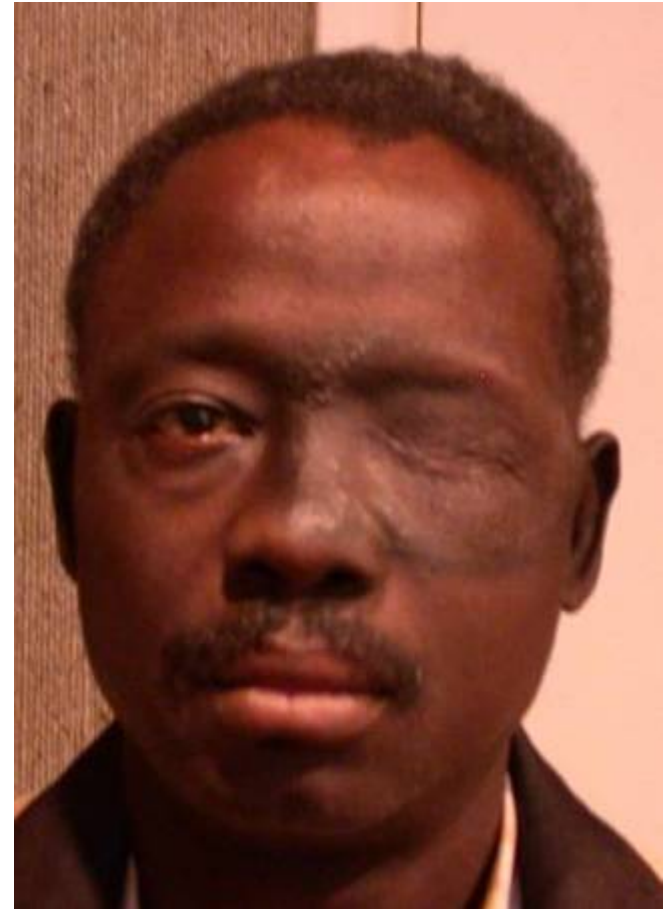
Port de lentilles de contact

Trouble de la statique palpébrale

Obstruction des voies lacrymales

Monophtalme

Nouveau-né et NRS



Facteurs de risque

Immunodépression

Diabète mal équilibré

Pathologies locales sous-jacentes

Greffe de cornée, chirurgie récente

Corticothérapie locale

Port de lentilles de contact

Trouble de la statique palpébrale

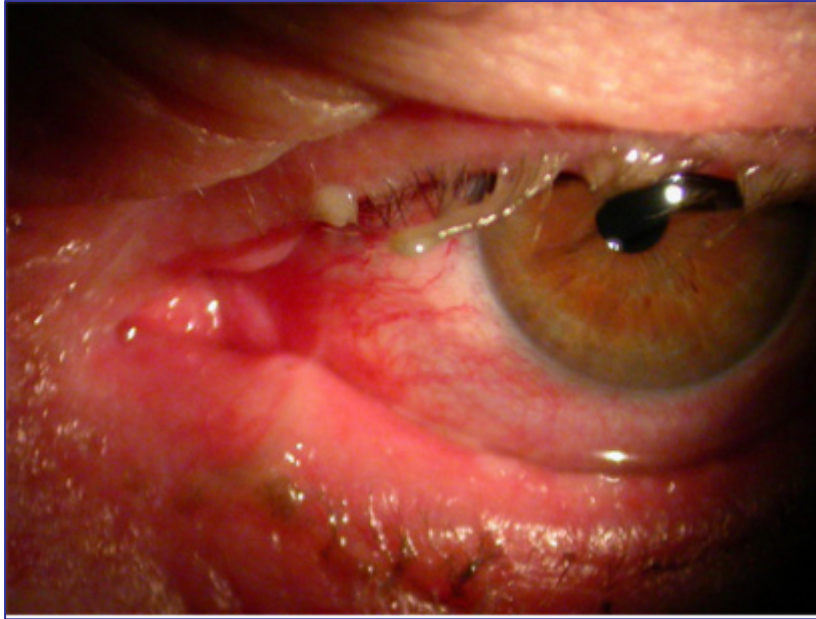
Obstruction des voies lacrymales

Monophtalme

Nouveau-né et NRS



Critères de gravité



- Larmoiement important
- Photophobie
- BAV même modérée

- Sécrétions purulentes
- Œdème palpébral
- Chémosis

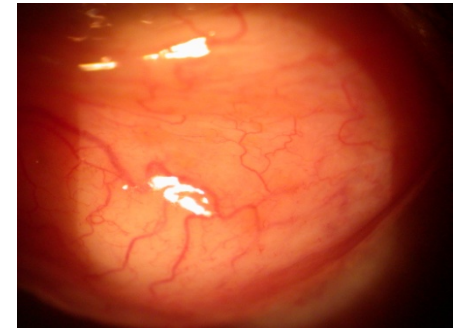


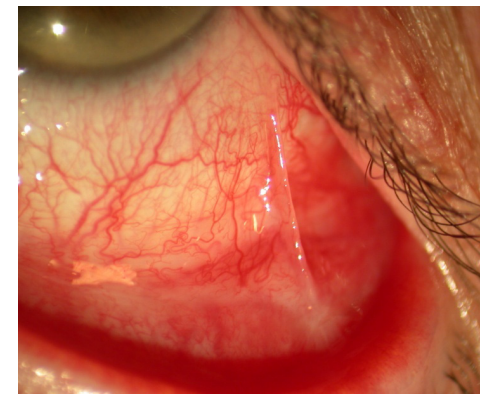
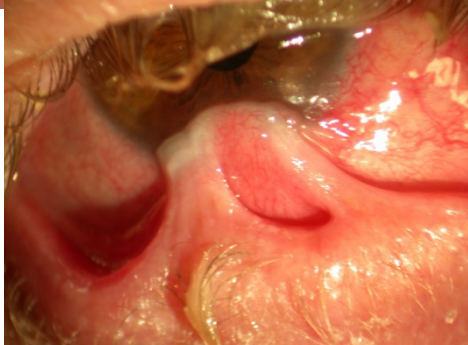
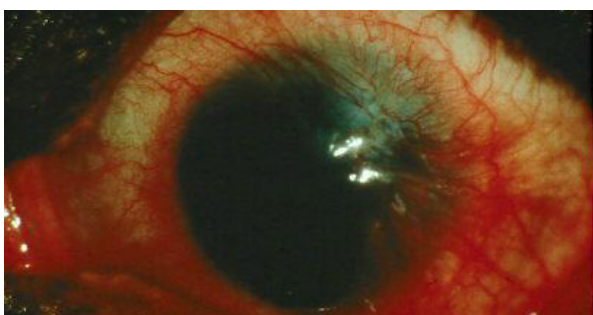
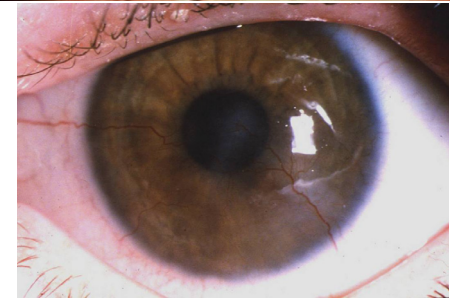
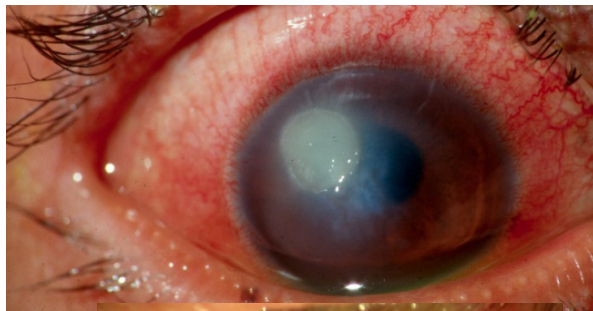
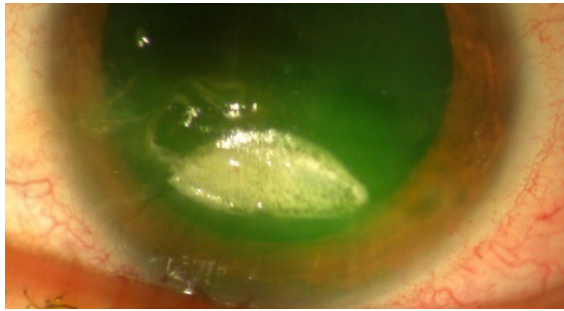
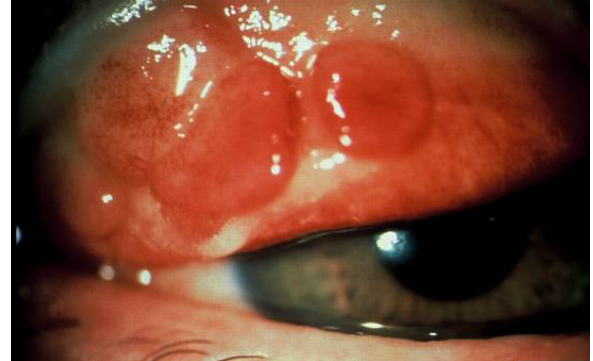
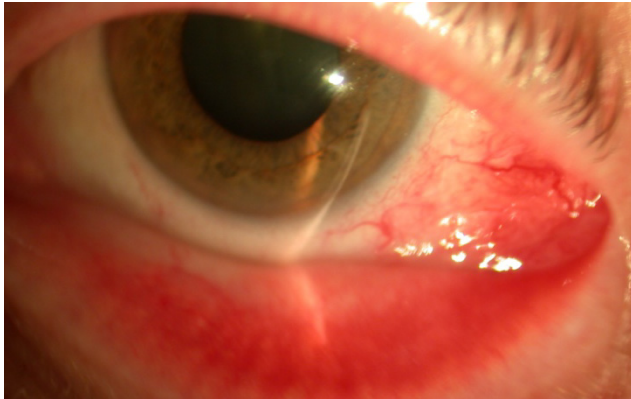
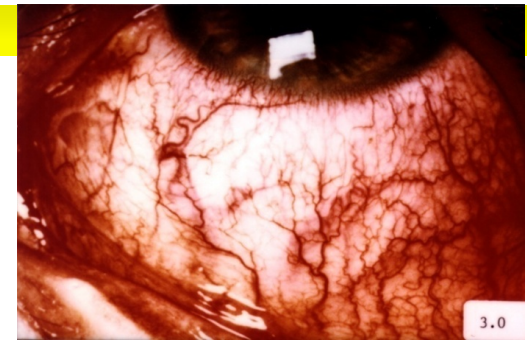
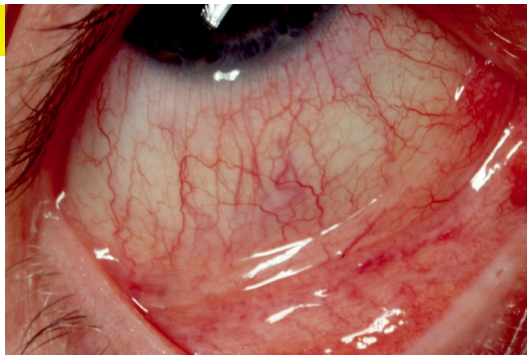
Allergies oculaires

- Antécédents allergiques personnels ou familiaux (notion de rhume des foins, d'eczéma, d'asthme, d'urticaire et aussi de rhinite, sinusite...).
- Rythme de survenue : notion saisonnière
- **L'œil est souvent collé le matin au réveil.**
- Démangeaisons (**prurit**) ou impression de gêne au niveau des paupières.
- Le malade se plaint volontiers de se frotter les yeux au cours de la journée.
- Parfois à la suite de frottements intempestifs, apparition brutale d'un chémosis (disparition spontanée en qlq jours).
- Six principales formes cliniques

Pas d'avis

Avis différé





ŒIL ROUGE

Attention à l'endophtalmie pour tout opéré récent (< 1 mois)

Dans le cadre d'un traumatisme oculaire

En dehors d'un traumatisme oculaire

Pas de douleur oculaire

BAV progressive

Troubles de la réfraction

Pas de BAV

~~Conjonctivite~~ Hémorragie sous-conjonctivale

Ptérygion et Pinguécula

Autres

Douleur oculaire

Pas de BAV

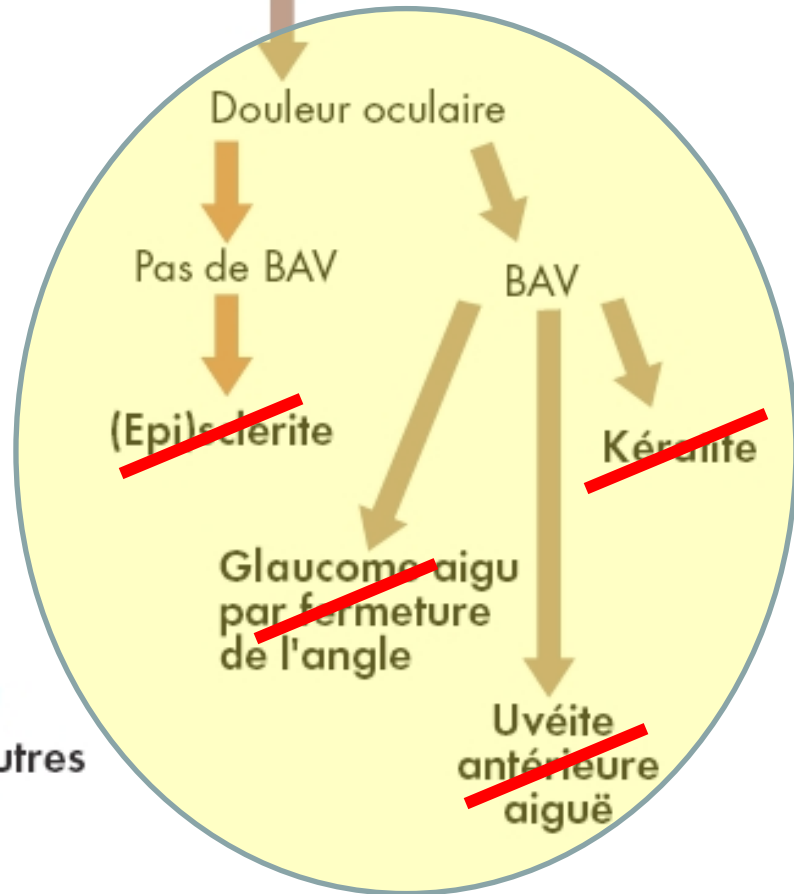
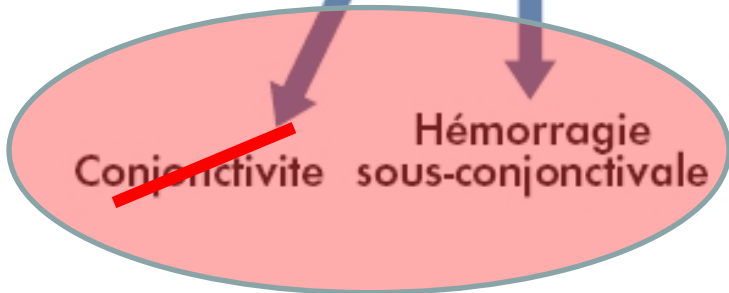
~~(Epi) sclérite~~

~~Glaucome aigu par fermeture de l'angle~~

BAV

~~Kératite~~

~~Uvéite antérieure aiguë~~



Hémorragie sous-conjonctivale

- Collection sanguine sous-conjonctivale, extra-oculaire : jamais dangereuse en soi pour l'œil !
- Résorption spontanée en 1 à 3 semaines – Pas de ttt

- **Deux contextes :**

- Traumatique

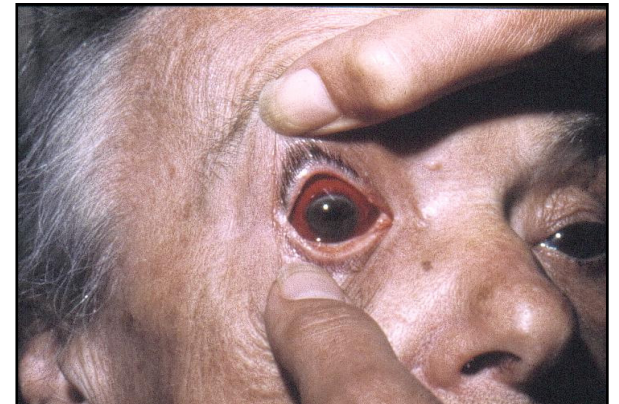
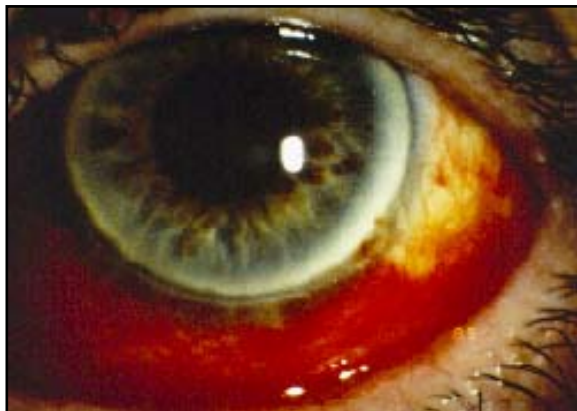


Avis urgent

- Non traumatique



Pas d'avis



Contexte traumatique

- Il faut éliminer en priorité une **plaie sclérale** sous-jacente :
 - interrogatoire à la recherche d'un traumatisme
 - au besoin radiographies de l'orbite à la recherche d'un corps étranger intra-oculaire métallique profond passé inaperçu (car la plaie de sclère peut être minime et auto-coaptée)
 - **Attention car l'hémorragie peut cacher la plaie.**
- Au moindre doute, **avis ophtalmologique urgent**, en vue d'une exploration chirurgicale

Avis urgent
Avis urgent

Contexte NON traumatique



- S'assurer qu'il n'existe pas de poussée hypertensive: **prendre la TA du patient !**
- Éliminer un surdosage en AVK : **demander une biologie d'urgence.**
- Éliminer un trouble de la crase sanguine révélateur d'une hémopathie (y penser chez l'enfant...) ou d'un diabète ou la prise d'aspirine.
- Chez le sujet jeune, en cas d'exophtalmie associée, il faudra éliminer en urgence un rhabdomyosarcome à l'aide d'une **imagerie orbitaire**
- Mais le plus souvent (3 fois sur 4) il n'y a pas d'étiologie, l'hémorragie ayant lieu après des efforts de toux (coqueluche d'autrefois) ou de vomissement ("cuite du samedi soir") et on parle de "fragilité capillaire isolée".

Pas d'avis

ŒIL ROUGE

Attention à l'endophtalmie pour tout opéré récent (< 1 mois)

Dans le cadre d'un traumatisme oculaire

En dehors d'un traumatisme oculaire

Pas de douleur oculaire

BAV progressive

Troubles de la réfraction

Pas de BAV

~~Conjonctivite~~
~~Hémorragie sous-conjonctivale~~

Ptérygion et Pinguécula

Autres

Douleur oculaire

Pas de BAV

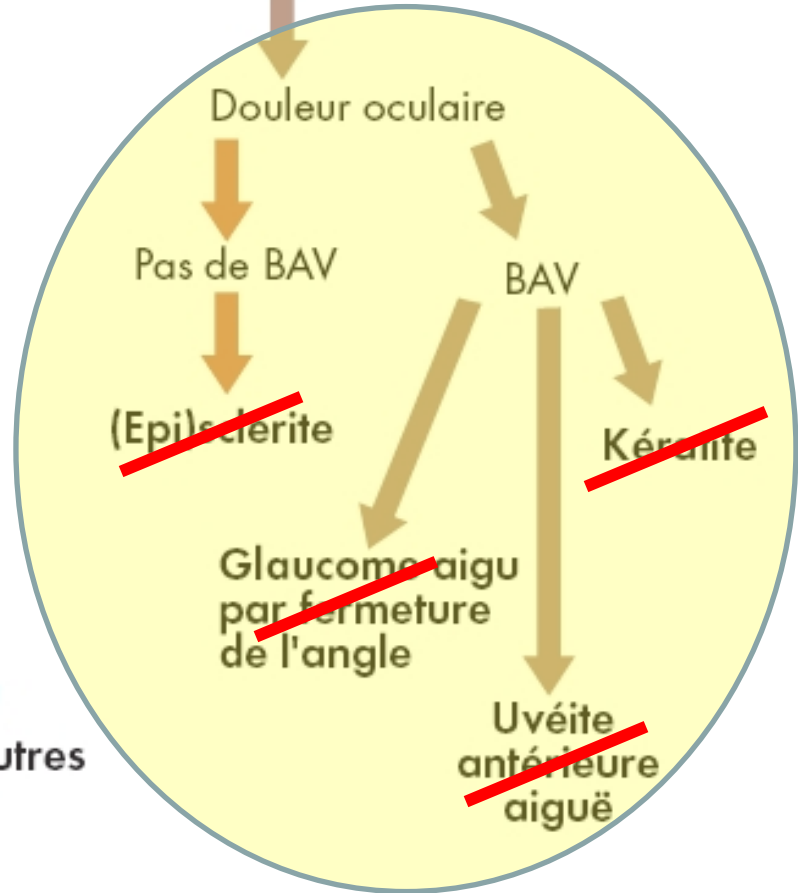
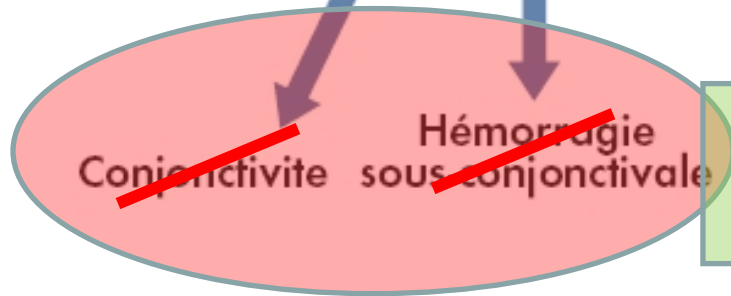
~~(Epi) sclérite~~

~~Glaucome aigu par fermeture de l'angle~~

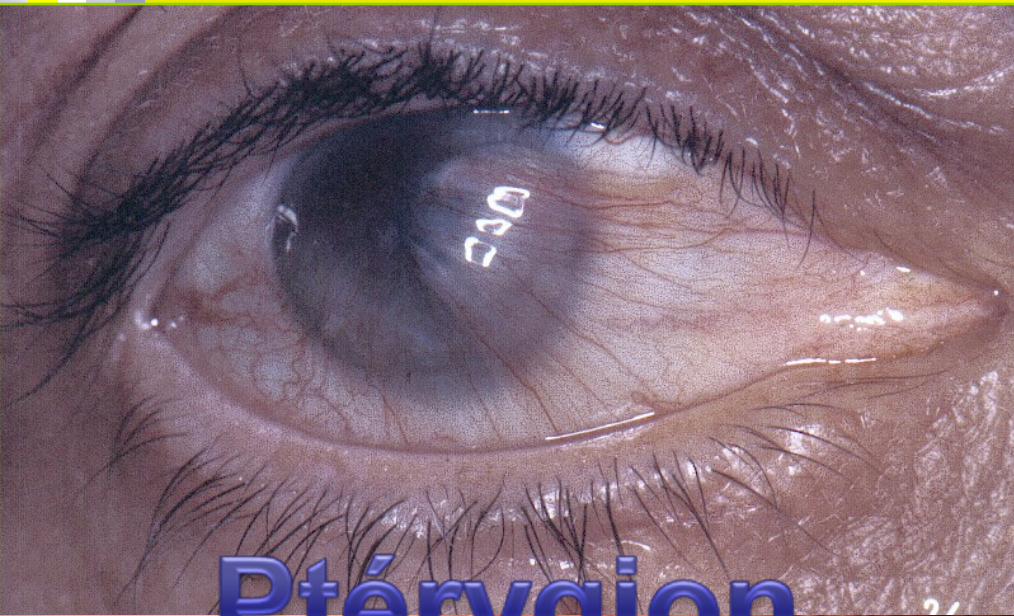
BAV

~~Kératite~~

~~Uvéite antérieure aiguë~~

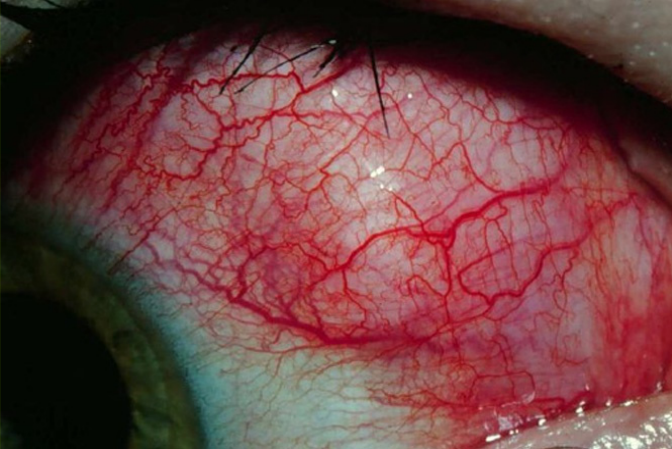


Pinguécula & Pinguéculite



Pterygion

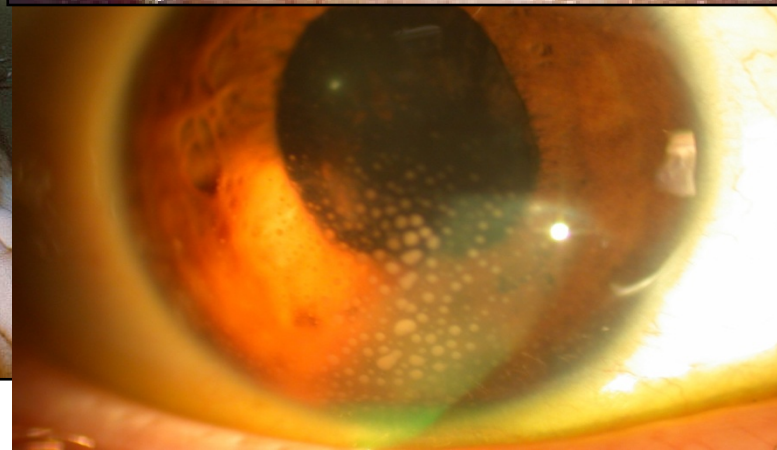
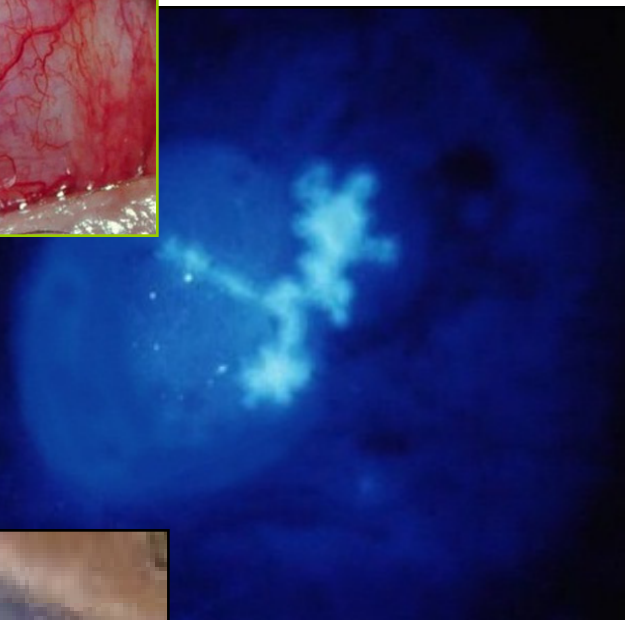




Auto-évaluation



Quel est le diagnostic ?



CéDéROMs

Guide
interactif

1^{ER} PRIX
DE PÉDAGOGIE
DE L'UCBL EN 2002

DR L.
KODJIKIAN
Ophtalmologiste,
Chirurgien
des Hôpitaux
Service du Pr Grange,
Hôpital de la
Croix-Rousse, Lyon

Guide pratique d'ophtalmologie

pour le médecin
non-ophtalmologiste :

l'interrogatoire et l'inspection
comme aide à la décision



Alcon
FRANCE



Practical guide in ophthalmology

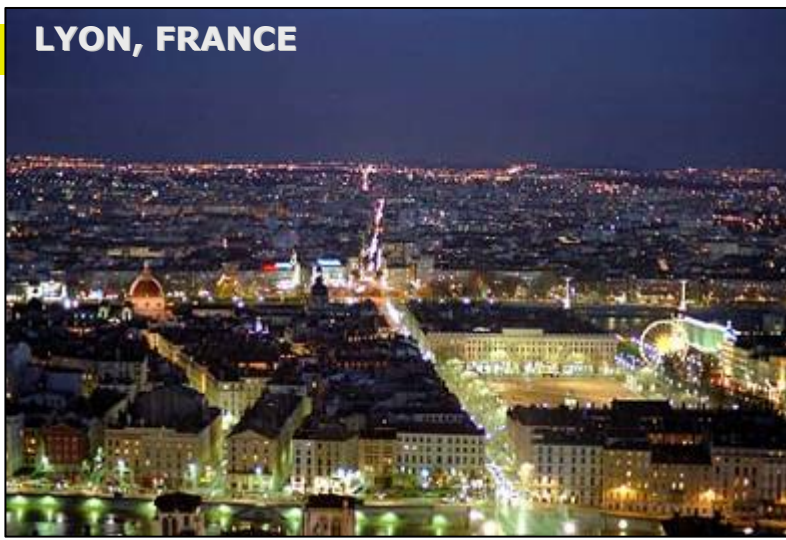
Dr Laurent KODJIKIAN

With Pr José Manuel BENITEZ DEL CASTILLO
and Pr Marc D. DE SMET



Alcon®

LYON, FRANCE



LYON, FRANCE



Merci pour votre attention

LYON, FRANCE



LYON, FRANCE

