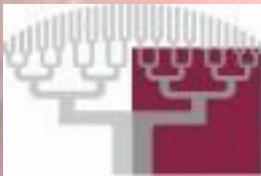


# **Œil rouge et douloureux: *que faire en médecine générale ?***

**Dr Pierre-Raphaël ROTHSCHILD**  
**MD, PhD**

**Service du Pr Antoine BREZIN**  
**Université Paris Descartes – Hôpital Cochin**



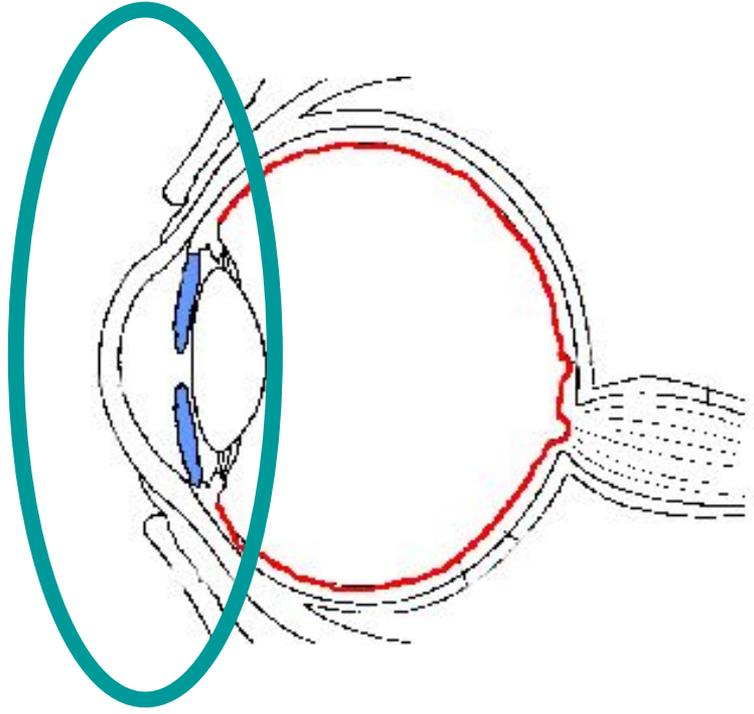
**UNIVERSITÉ  
PARIS DESCARTES**

**ASSISTANCE  
PUBLIQUE**  **HÔPITAUX  
DE PARIS**

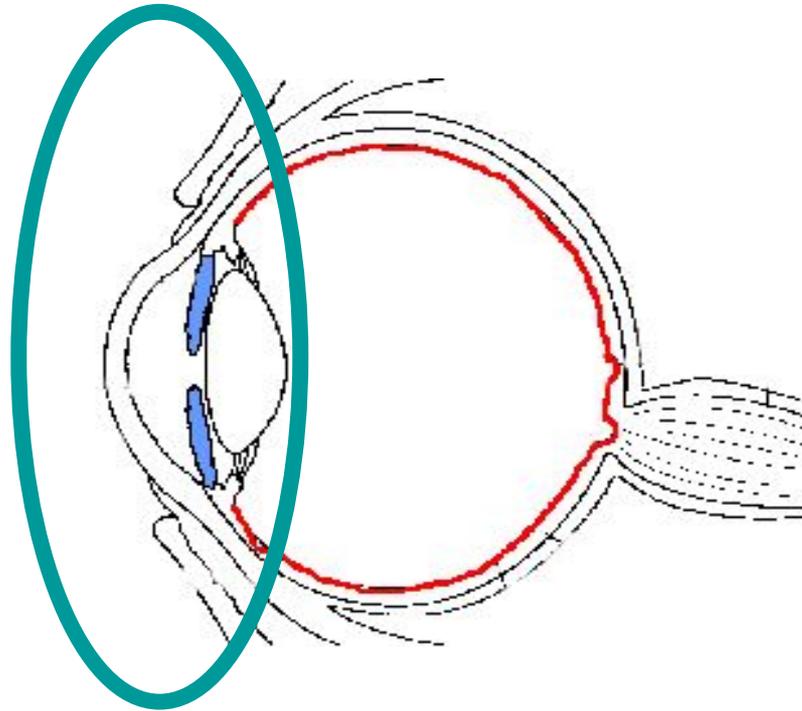
*Hôpitaux Universitaires Paris Centre*

 **COCHIN  
BROCA  
HÔTEL-DIEU**

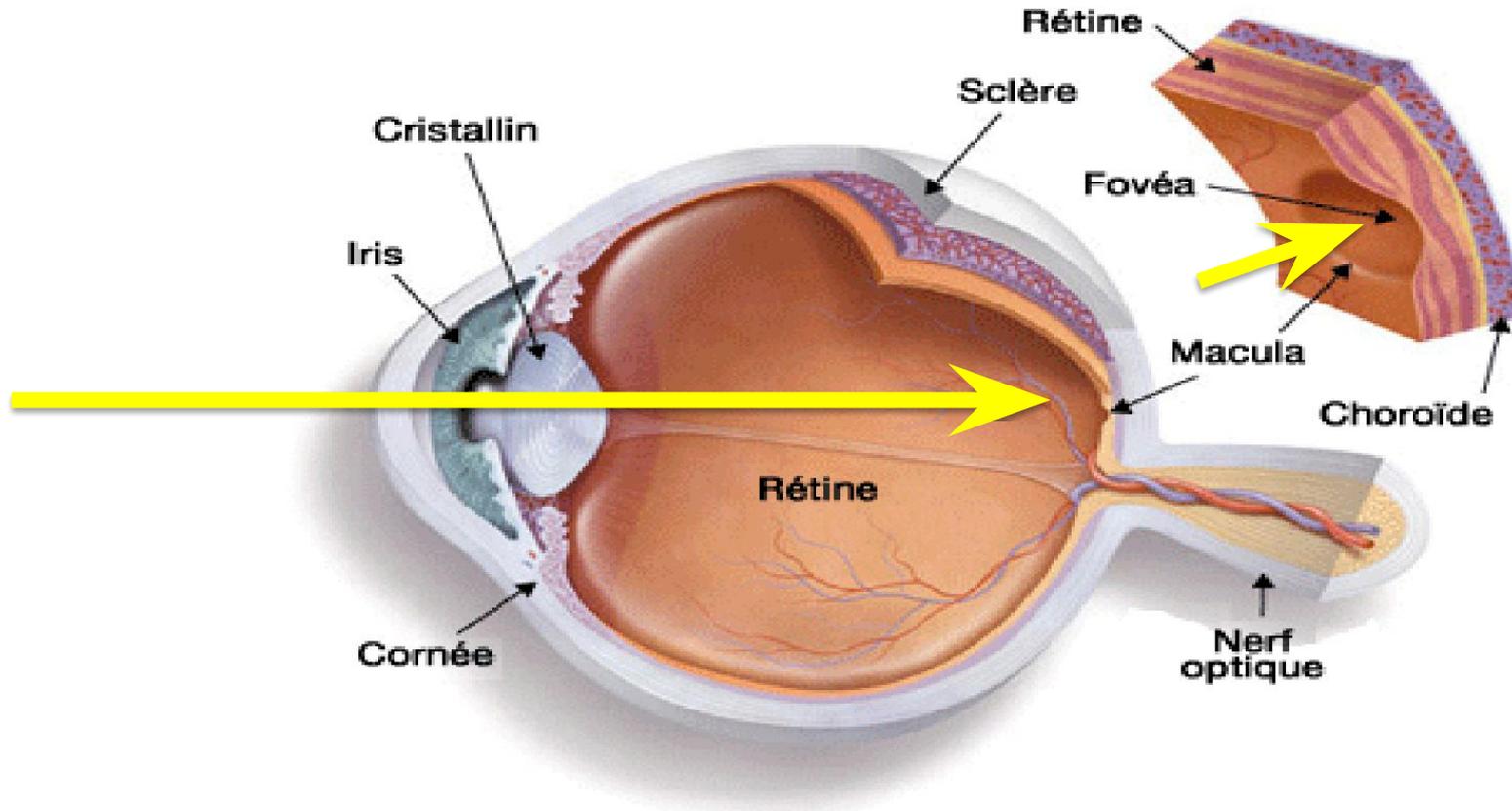
**infection**  
ou/et **de la surface oculaire**  
**Rougeur oculaire** ⇒ **inflammation** ou/et  
ou/et du segment antérieur  
**hémorragie**



**Douleur oculaire** ⇒ segment antérieur



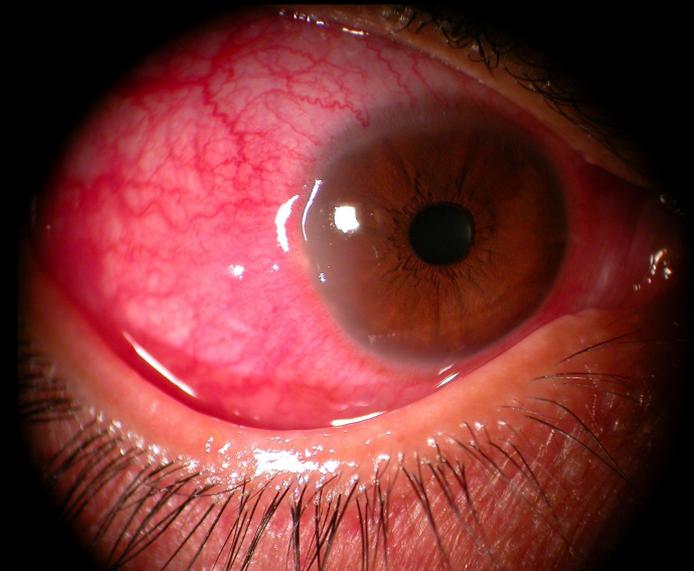
Baisse de vision (BAV) ⇒ Si atteinte de l'axe visuel

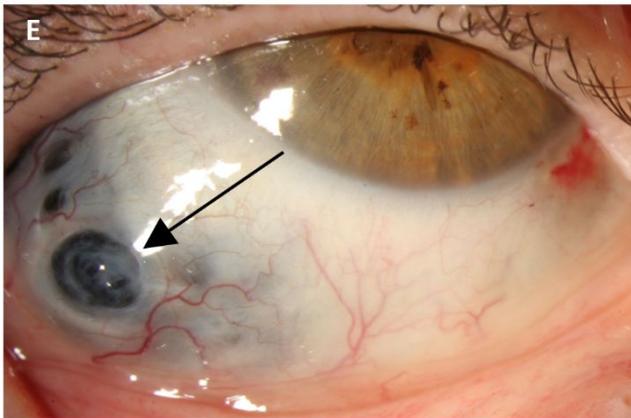
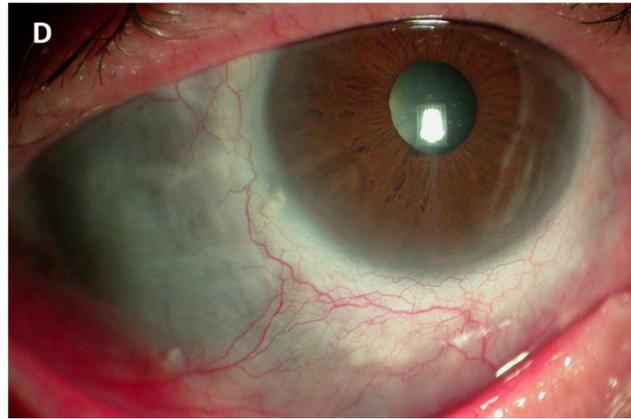
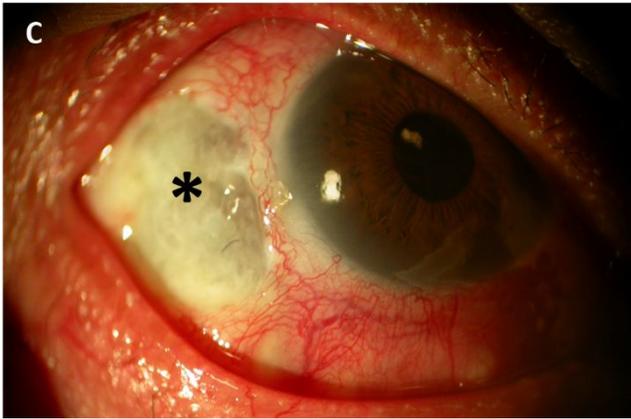
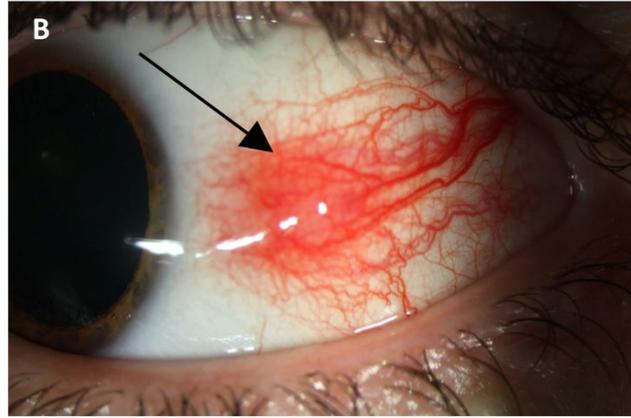
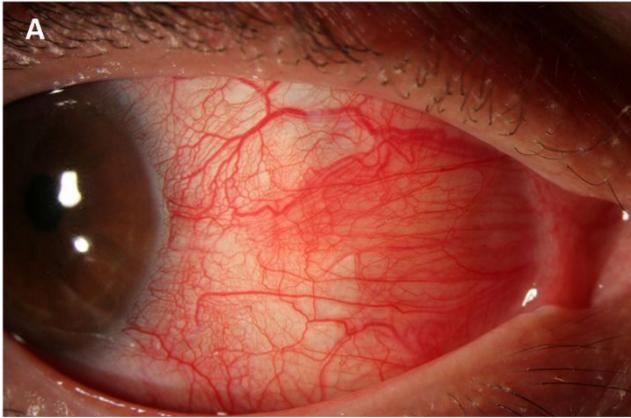




**5 critères principaux d'analyse :**

- Rougeur
- Douleur
- Baisse d'acuité visuelle
- + Pupille
- + Pression intraoculaire





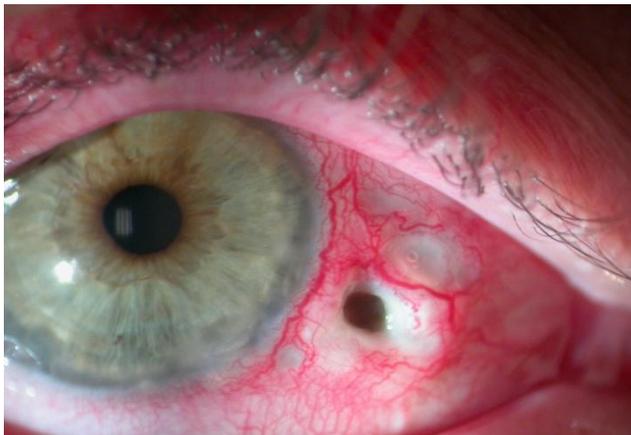
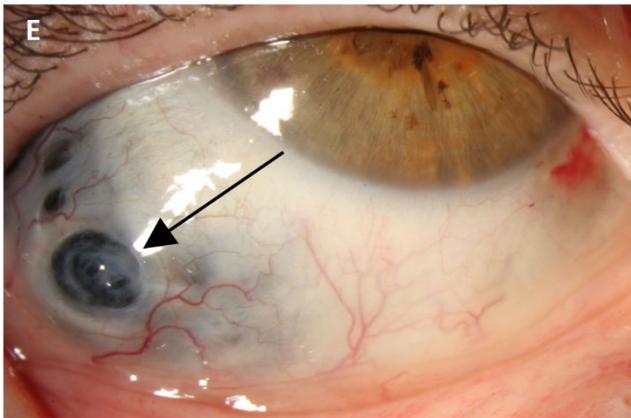
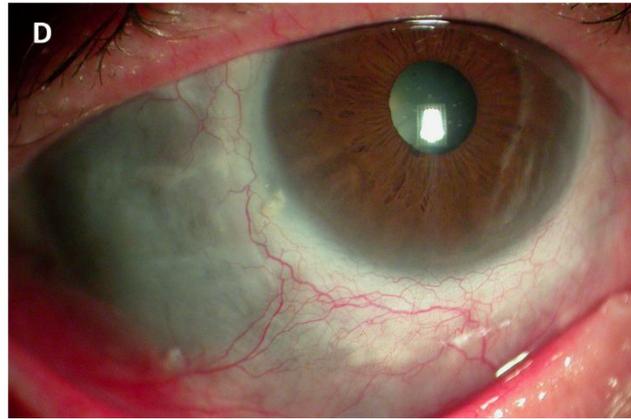
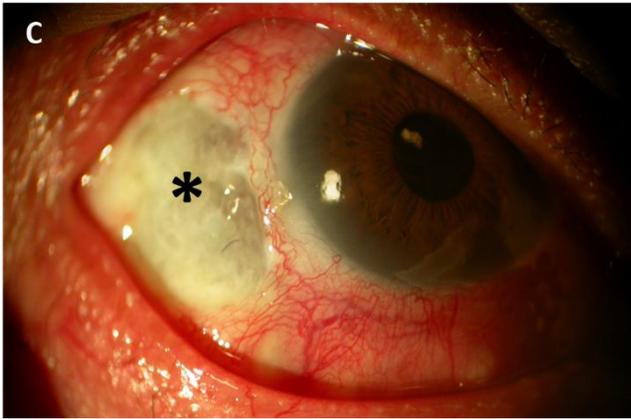
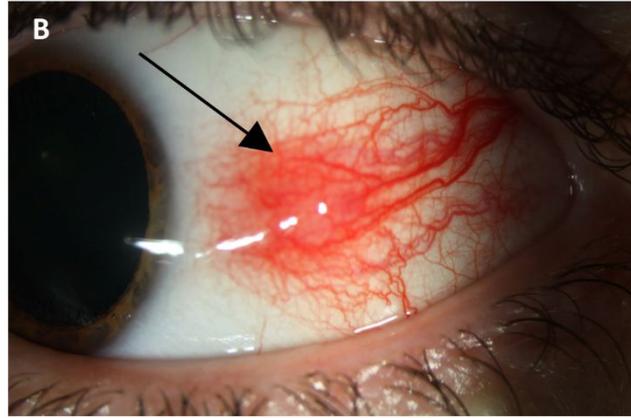
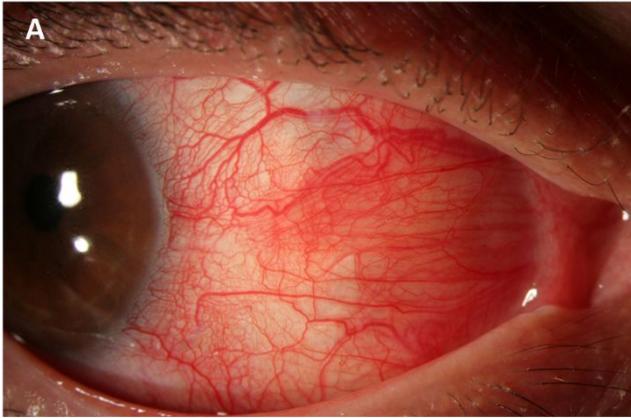
Sclérites

## Formes cliniques des sclérites/épisclerites

	Episclérite	Sclérite
Plexus vasculaire atteint	Episcléral superficiel	Episcléral profond
Douleur	Simple gène	Intense+++ insomniente
Test de mobilisation	Possible	Fixés
Test à la phényléphrine 10%	Positif	Négatif

## Formes cliniques des sclérites

		Watson et al. 1976	Douglas et al. 2000	AKPEK et al. 2004	Sainz et al. 2012
<b>Cohorte épisclérite/sclérite</b>		207/159	37/97	243	500
<b>Episclérite</b>	Simple	78	81	ND	84
	Nodulaire	22	19	ND	16
<b>Sclérite</b>	Antérieure diffuse	40	60	66.4	75
	Antérieure nodulaire	45	20	16.8	14
	Antérieure nécrosante avec inflammation	9	12	7.6	4
	Antérieure nécrosante sans inflammation (Scléromalacie perforante)	4	ND	0.8	1
	Postérieure	2	7	8.4	6

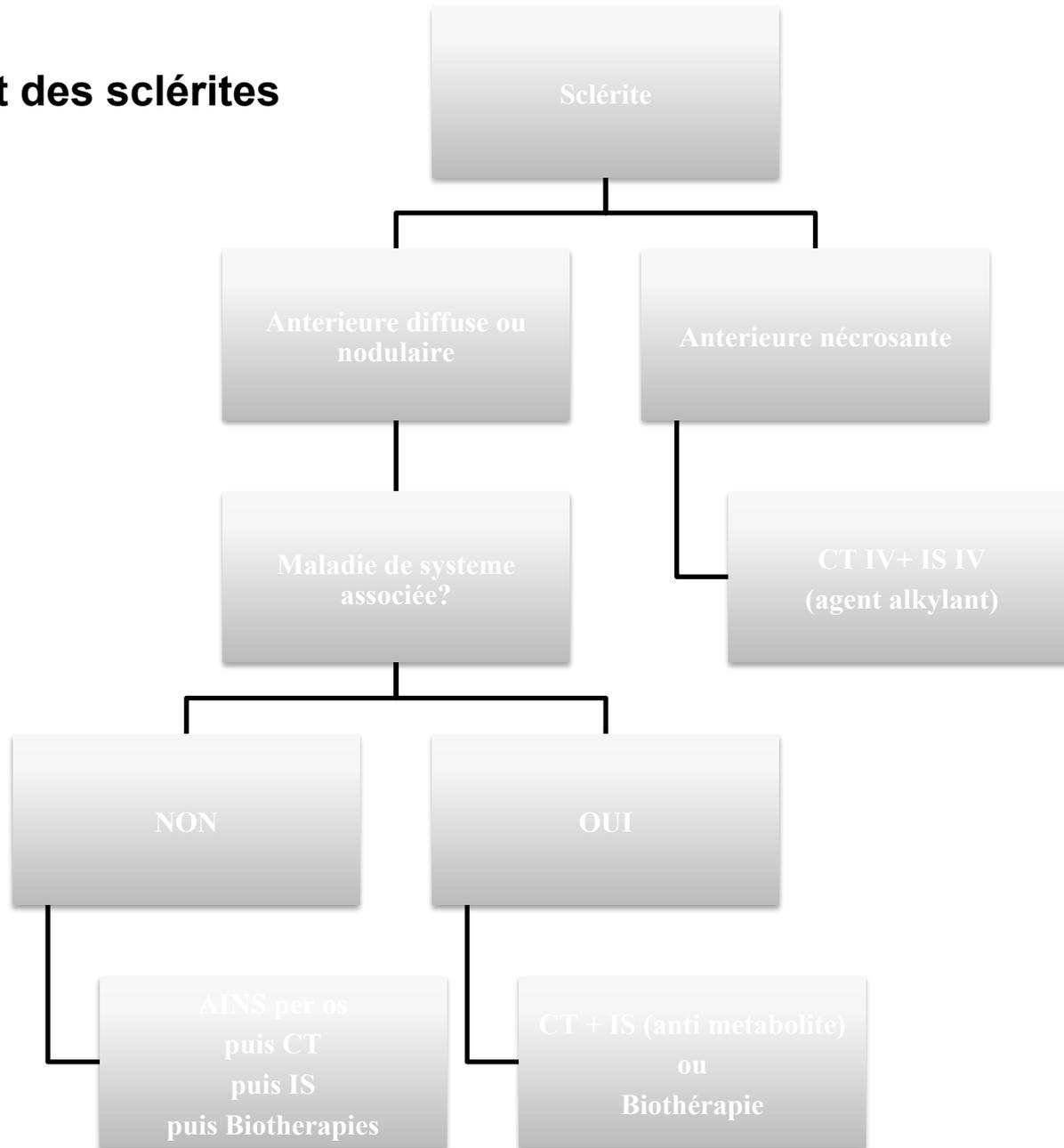


## Etiologies des sclérites

	Douglas et al 2000	Akpek et al. 2004	Sainz et al 2012
Cohorte totale (nombre de patients)	97	243	500
Etiologie retrouvée (%)	47.5	44	36
Connectivite/Vascularite	39.2	37	24,8
PR	17.5	15.2	6,4
Vascularite systémique <sup>1</sup>	7.2	9.1	3.4
Spondylarthropathie <sup>2</sup>		2.5	7.6
PCA	3.1	1.6	2,2
MICI	5.2	3.3	2,2
Lupus	4.1	4.1	2
Infection	8.3	7	9,6
Virus (HSV, VZV, HIV)	7.3	6.1	7
Bactéries (Lyme, Syphilis)	1	0.8	2

1. Vascularite systémique= Wegener, périarterite noueuse, Horton, Takayashu, Behçet, Vascularite urticarienne, vascularite associée au virus de l'hépatite C.
2. Spondylarthropathie= Spondylarthrite ankylosante ; arthrite réactionnelle, rhumatisme psoriasique.

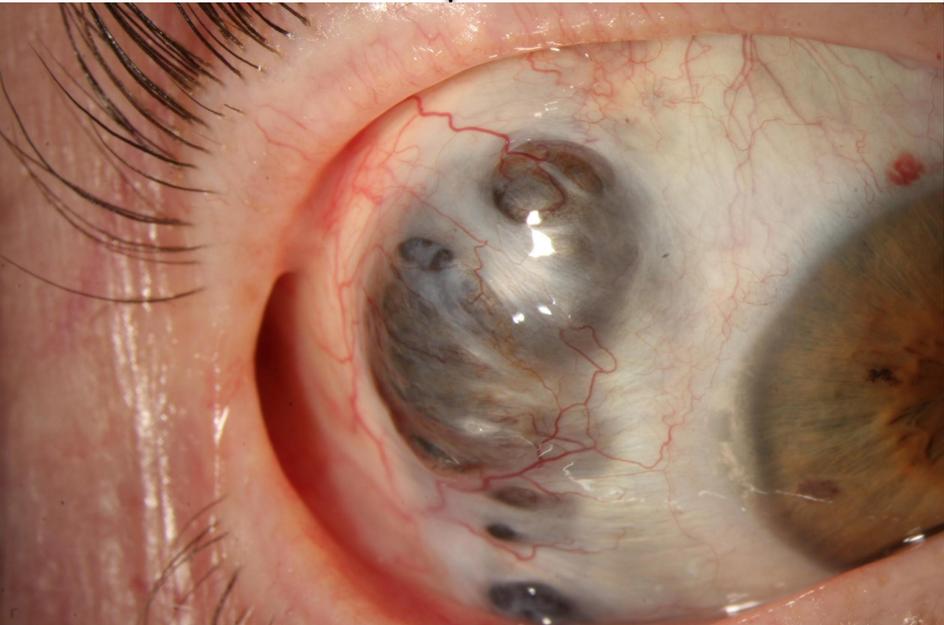
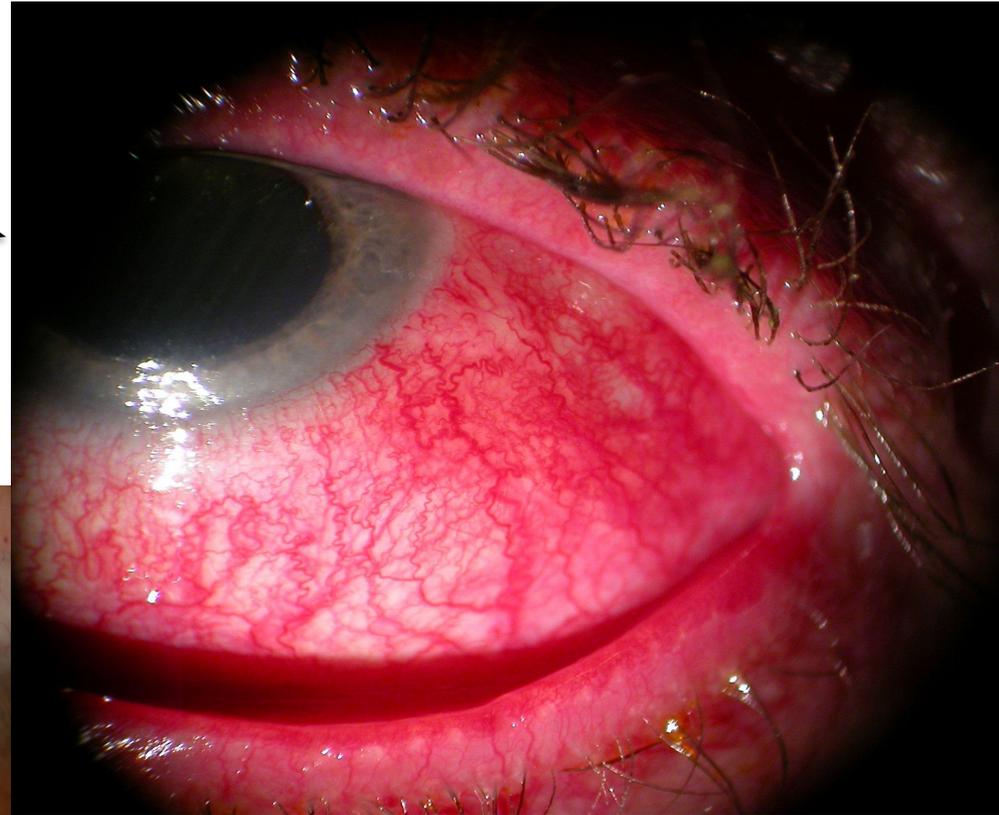
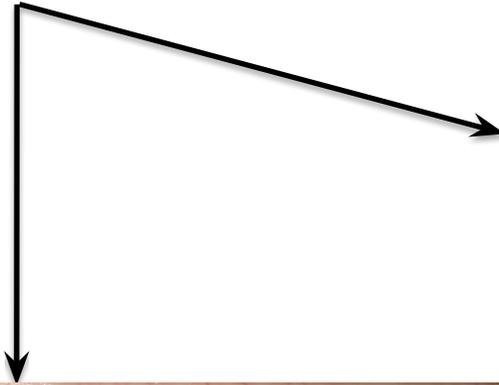
# Traitement des sclérites



# Conclusion sclérites

*Sclérites aiguës, hyperalgiques, insomniantes*

*Scléromalacie :  
Douleur  
modérée ou  
absente*

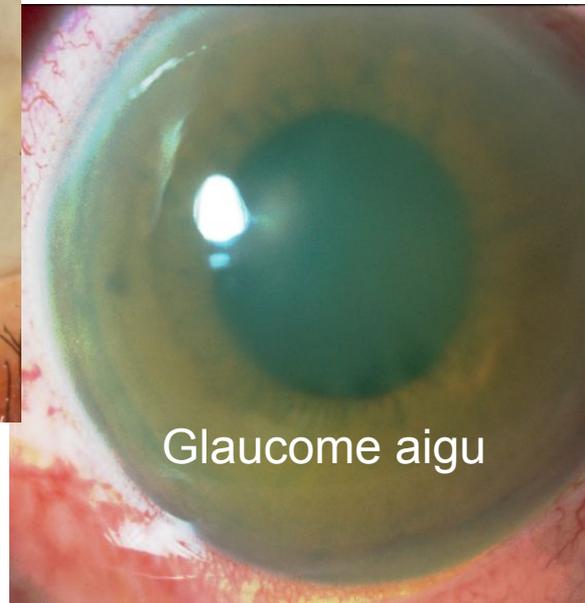
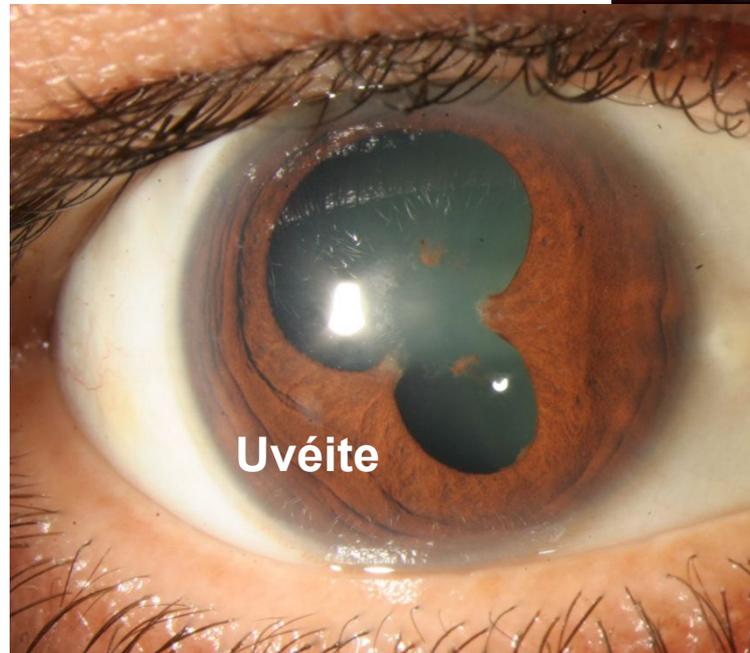


## Contexte :

- Polyarthrite rhumatoïde
- Vascularites

# Douleur oculaire Rougeur +BAV

1. Kératite
2. Uvéite
3. Glaucome aigu
4. Endophtalmie



# Kératites

- Traumatique mécaniques
- Traumatismes physiques (UV)
- Traumatismes chimiques
- Insuffisance lacrymale/ palpébrale+++
- Infectieuse/Inflammatoire

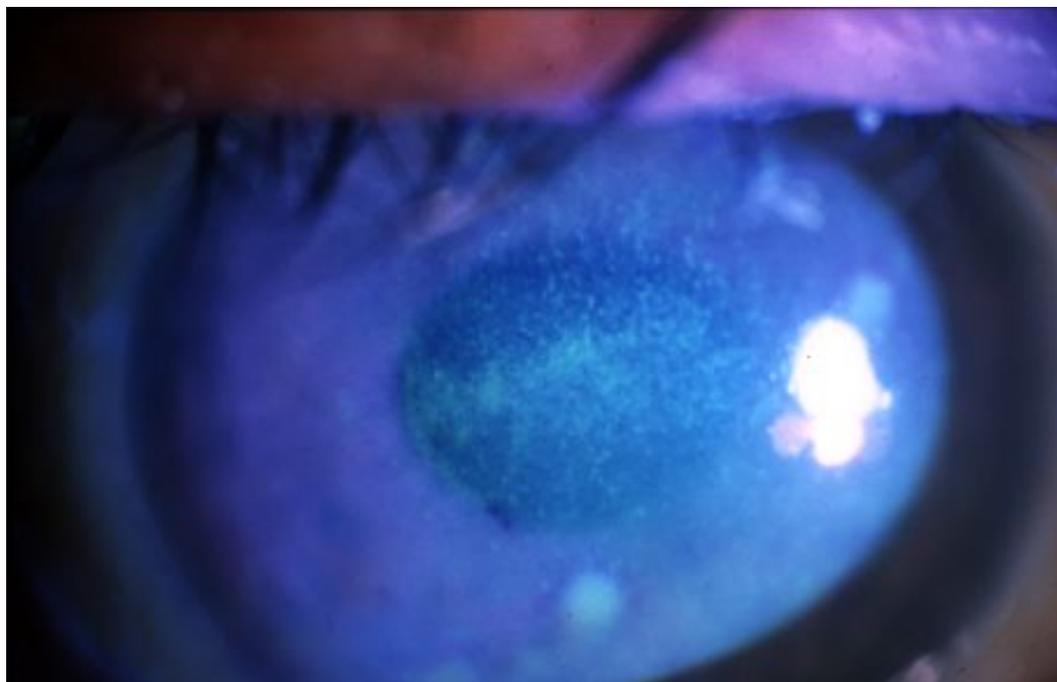
**Etiologie :**

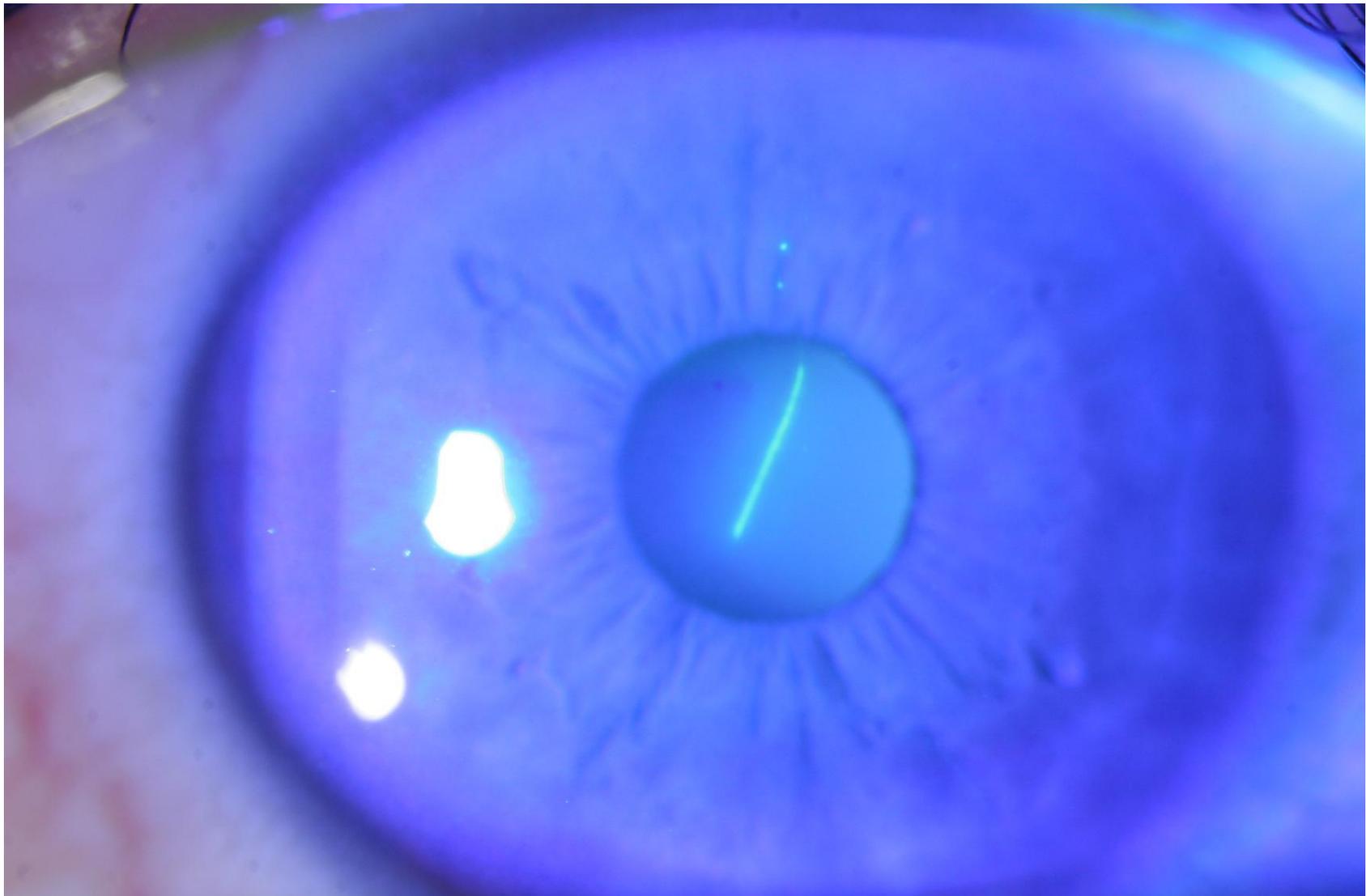
**Contexte**

**+**

**Test à la fluorescéine**

*Kératite ponctuée  
superficielle au  
cours d'un  
syndrome de  
Sjögren*

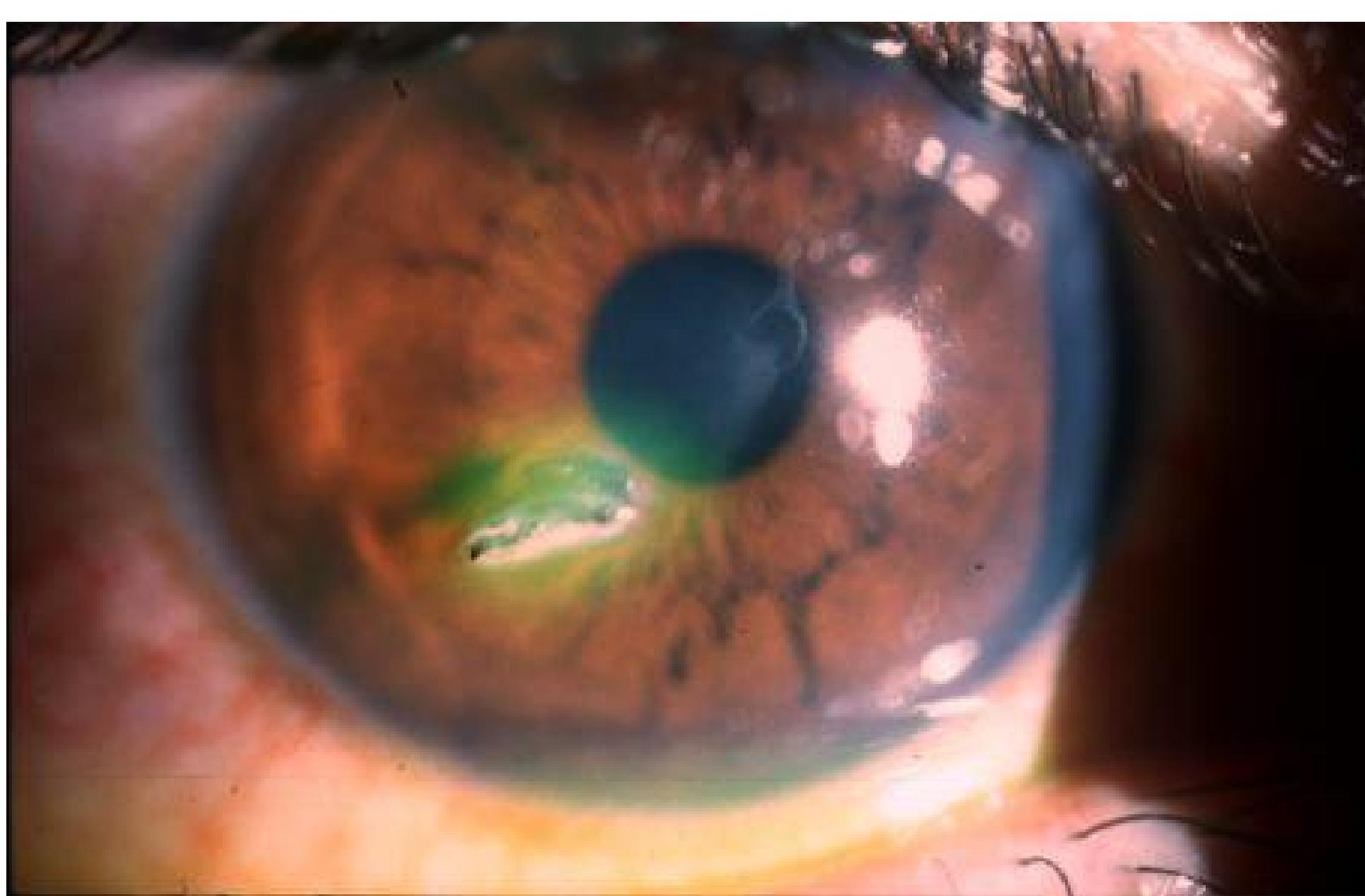




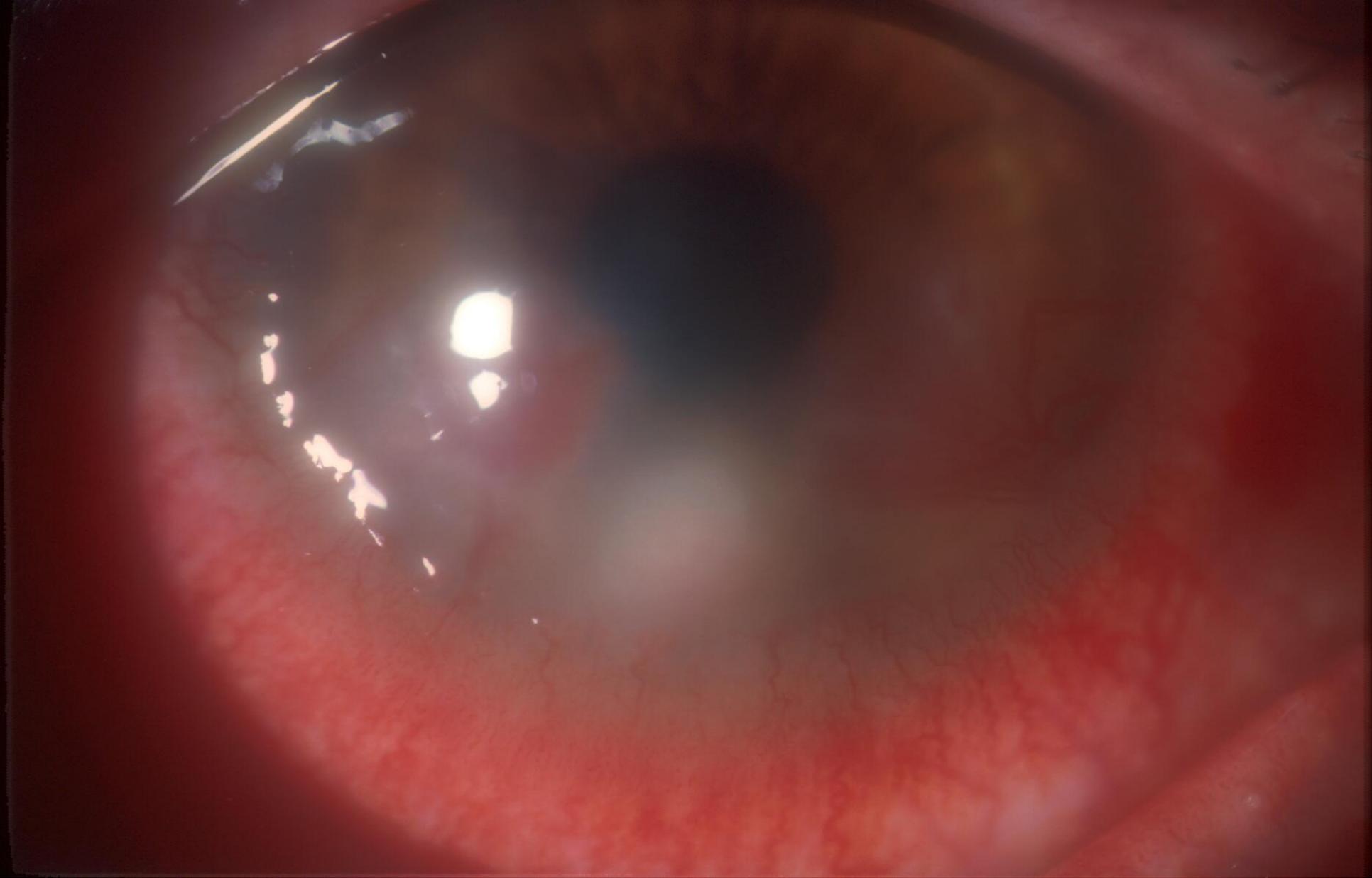
*Érosion traumatique*



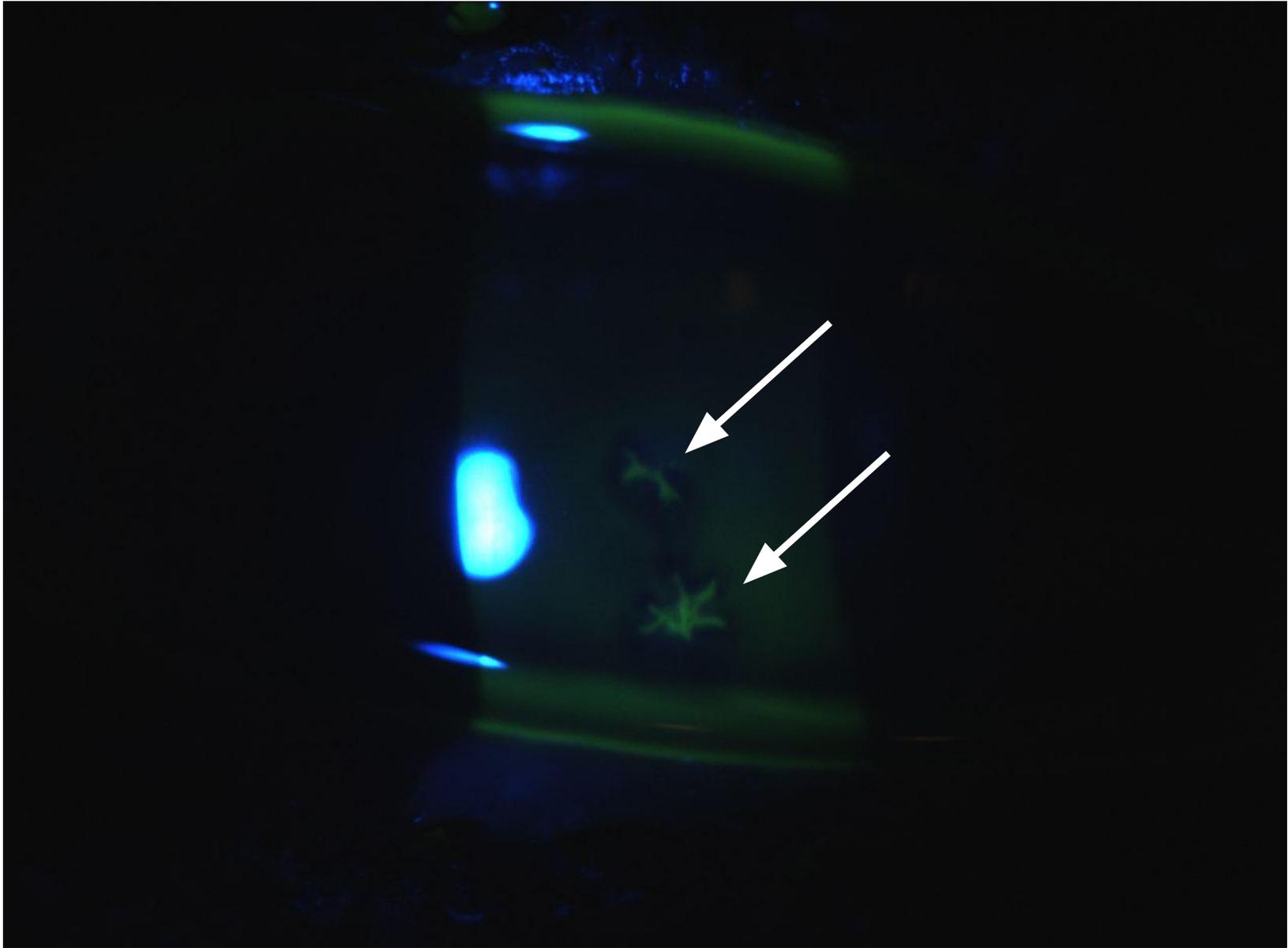
*Kératite secondaire à un entropion*



*Kératite traumatique / corps étranger*



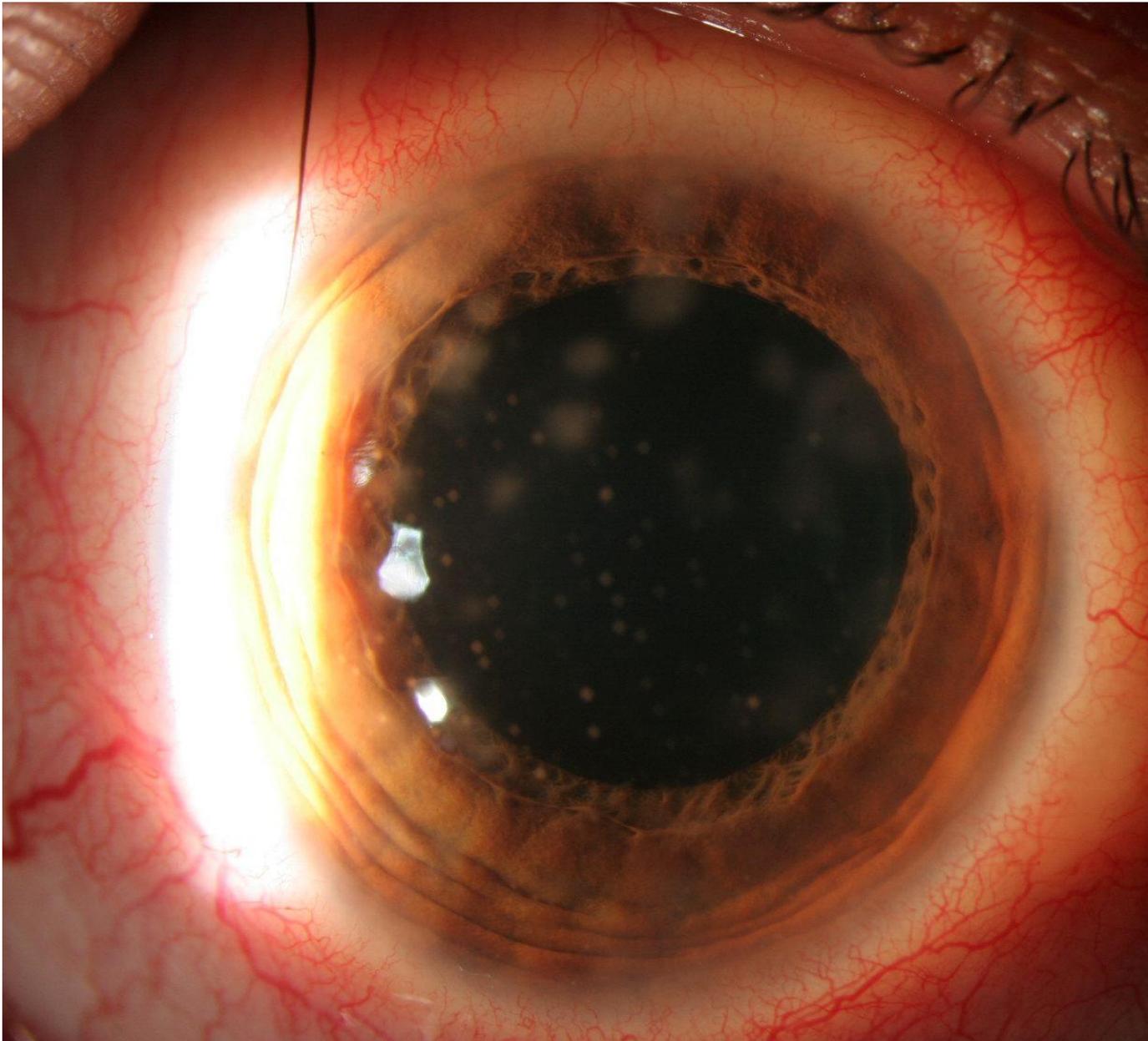
*Kératite infectieuse : Abscès de cornée sous lentilles*



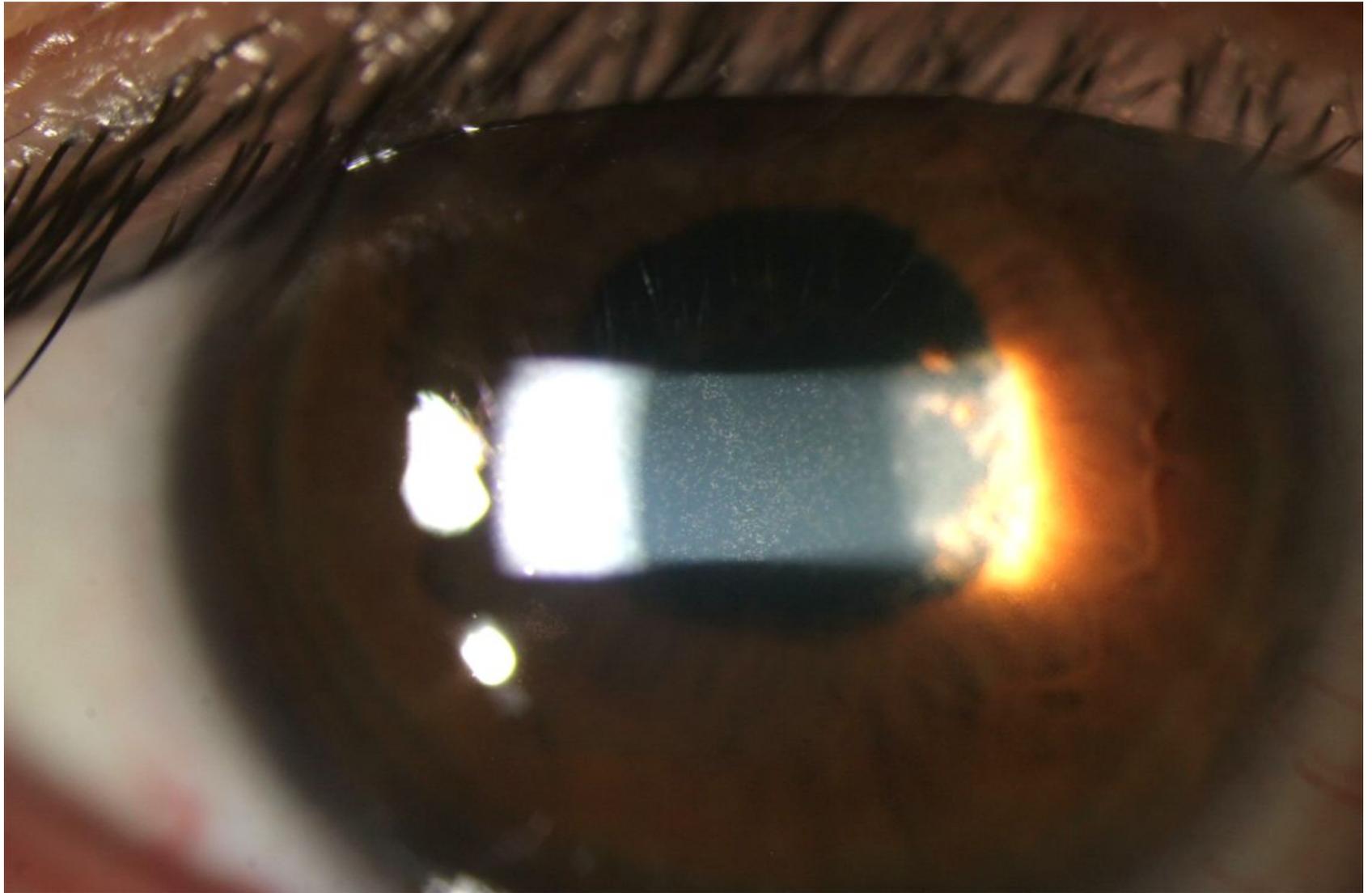
*Kératite infectieuse : Herpes épithélial*



*Kératite infectieuse : Zona du V-1*

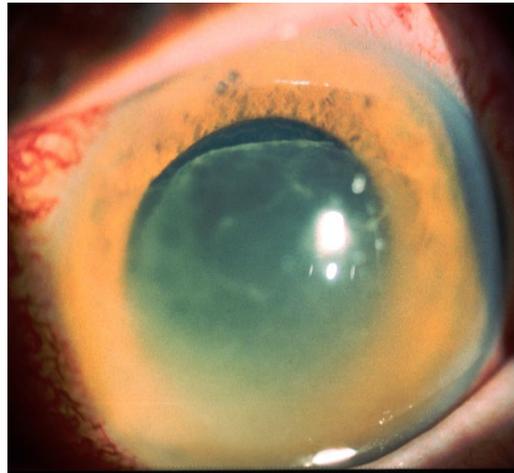
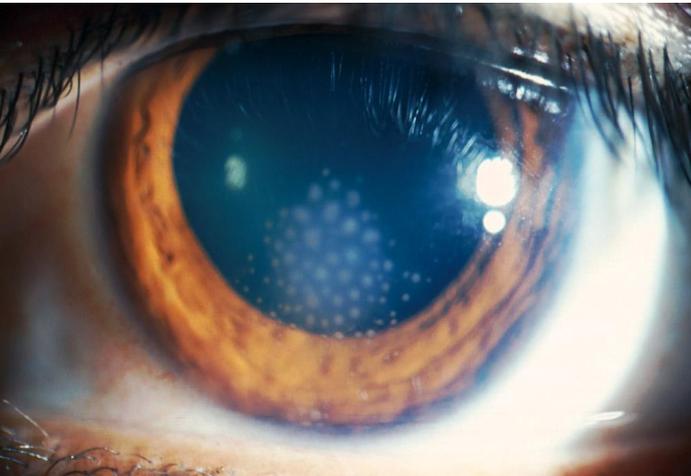
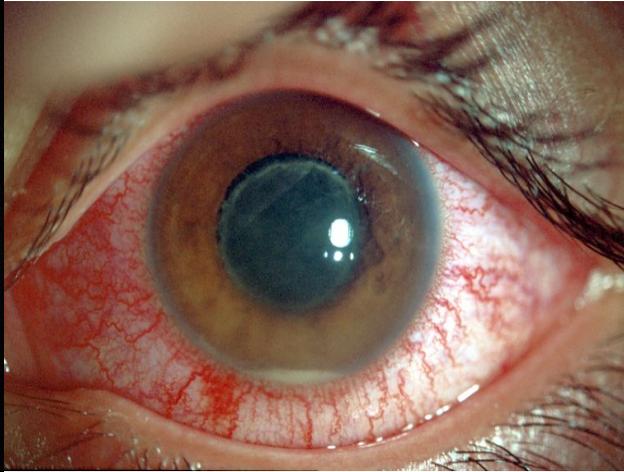
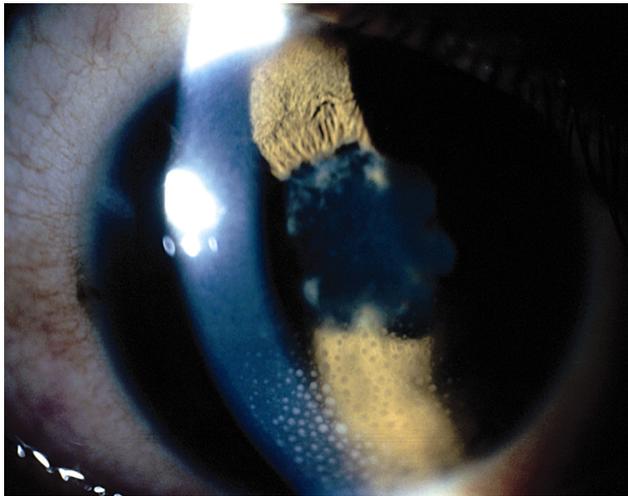


*Kératite infectieuse : Zona du V-1*



*Uvéite antérieure aiguë*

# Uvéites → Urgence thérapeutique



## Contexte :

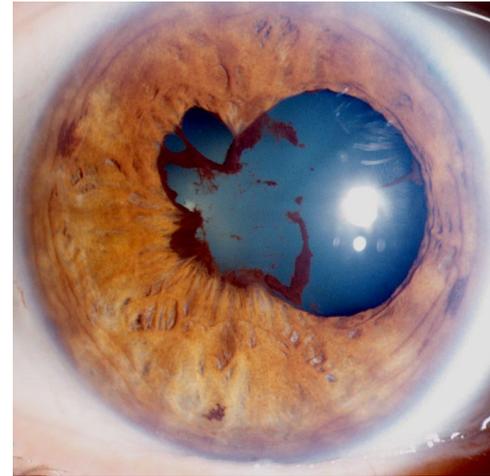
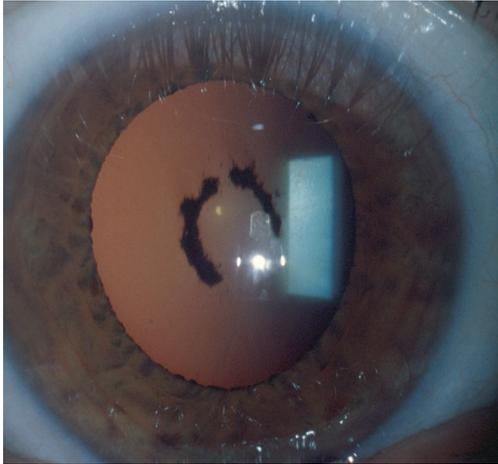
- HLA B27+
- Behçet
- Sarcôïdose
- ...

*Fréquemment révélatrice d'une maladie systémique*

*Synéchies libérées*

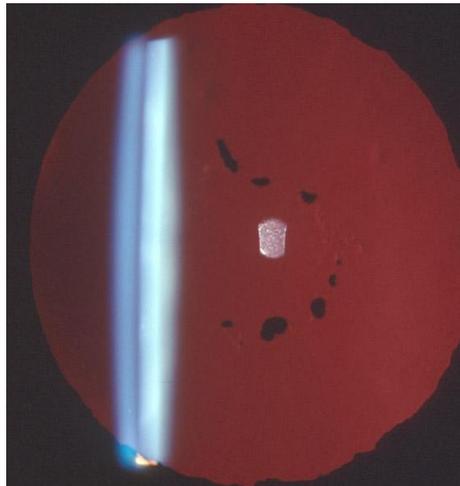
Uvéites

*Synéchies irréversibles*



**Succès**

**Échec**

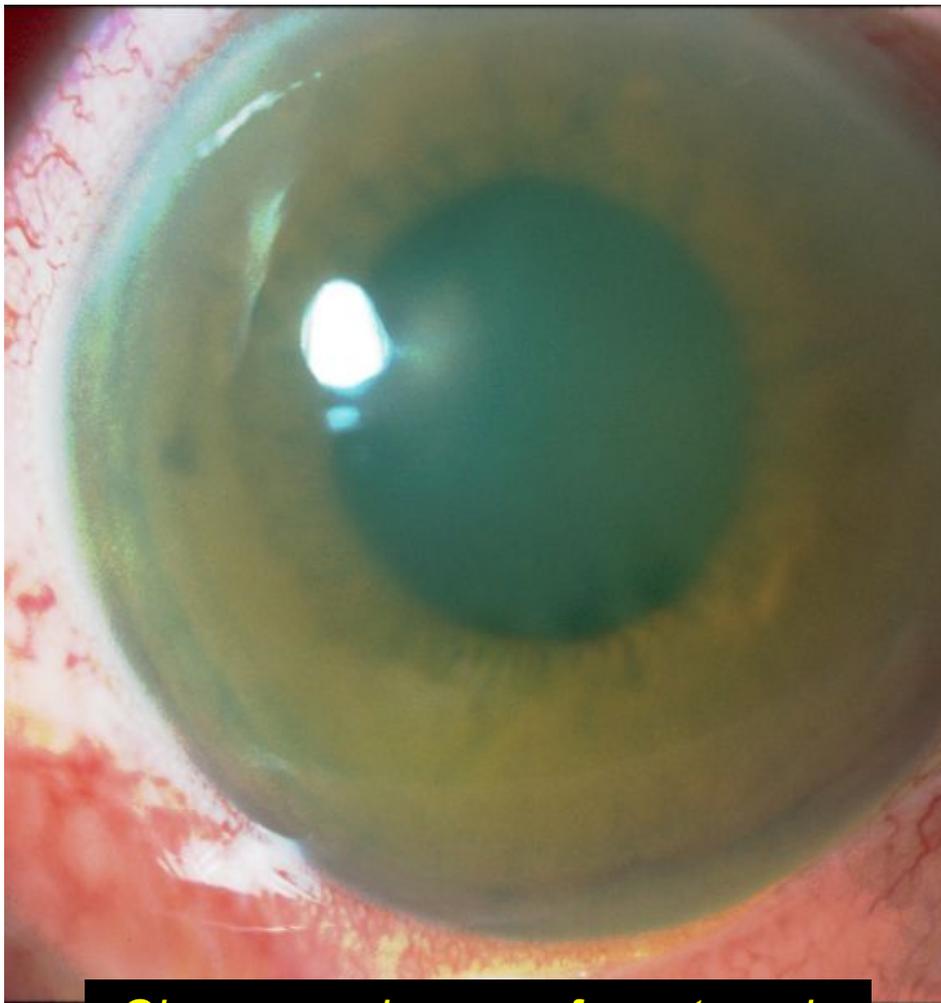


*Collyres  
corticoïdes  
+  
mydriatiques*

Prise en charge à temps

Prise en charge différée





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

## Glaucome aigu par fermeture de l' angle



**URGENCE  
THERAPEUTIQUE !**

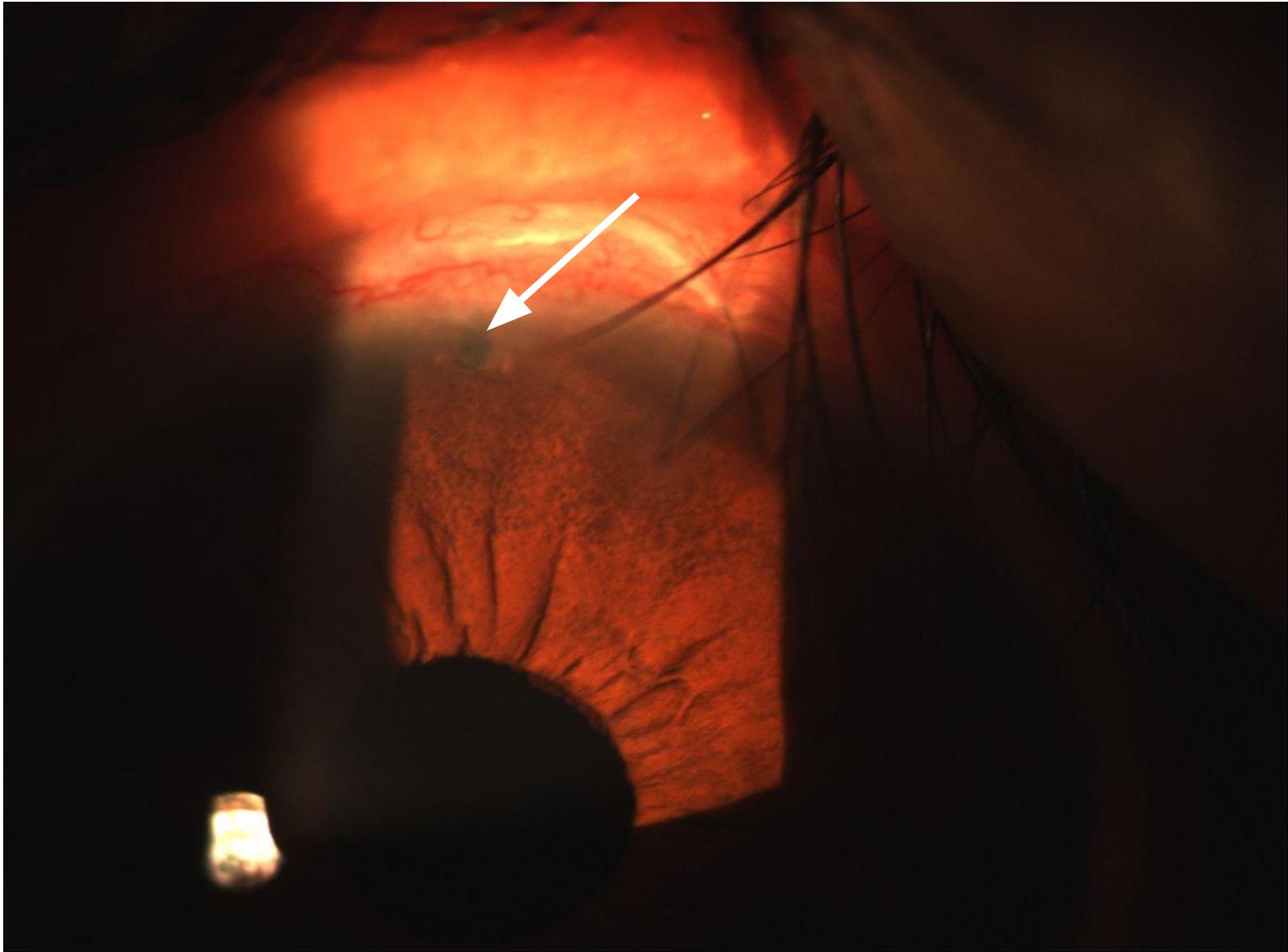
Acétazolamide IV

Puis

Pilocarpine collyre

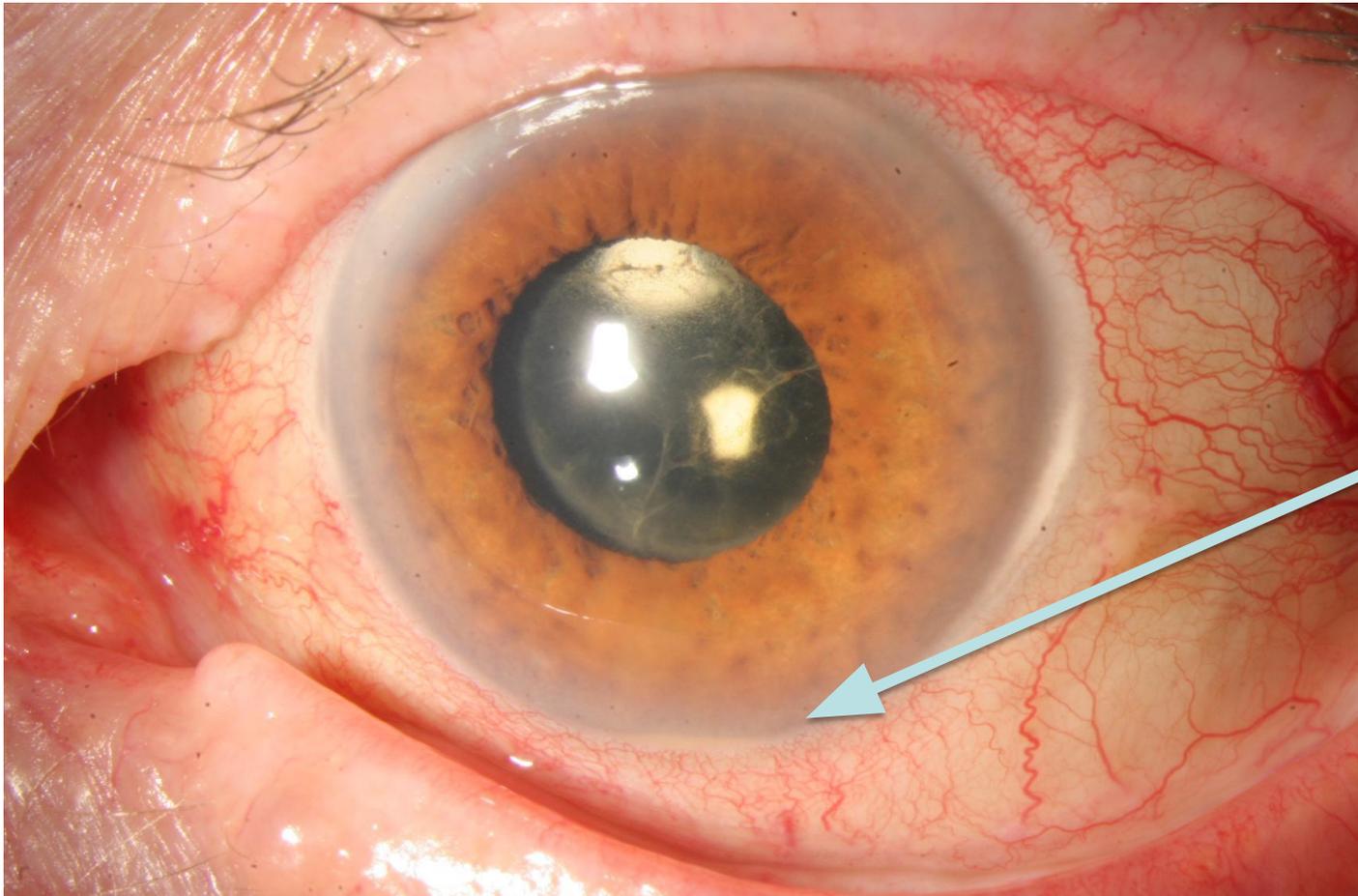
*Pression intraoculaire ↗ ↗ ↗*

*Douleur intense, irradiante (céphalées +++, signes digestifs, vomissements...)*



Secondairement : iridectomie périphérique préventive

# Endophtalmies post-opératoires : contexte spécifique



*Hypopion*

*Tout œil douloureux dans les suites d'une chirurgie oculaire doit faire  
suspecter une endophtalmie*

# Douleurs oculaires chroniques

Troubles de la  
réfraction

Troubles de la  
surface  
oculaire



*Rosacée oculaire – Dysfonction des glandes meibomiennes*

# Douleurs oculaires chroniques

modérées

Troubles de la  
réfraction ou/et  
de la vision  
binoculaire



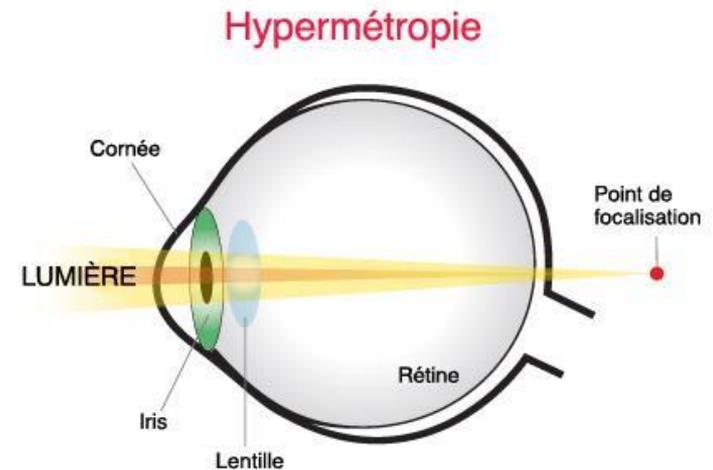
Sensation d'inconfort, de fatigue visuelle  
Majoration à la lecture, travail sur écran prolongé  
Céphalées frontales ou sus-orbitaires

# Troubles de la réfraction ou/et de la vision binoculaire

- **Hypermétropie** ou astigmatisme non ou sous-corrigés
- Jeunes : mesure de la réfraction après cycloplégie (cyclopentolate collyre 1%, Skiacol®)
- **Trouble de la convergence** ou **hétérophorie** (sans strabisme)



**Bilan orthoptique**



- **Diagnostic différentiel : migraines** ( $\pm$  aura visuelle)  
Douleur pulsatile  $\pm$  nausées  
Sans rapport avec efforts visuels

# Conclusions

- Tout œil douloureux aigu nécessite un examen ophtalmologique  
..... mais pénurie !

→ Analyse contexte + 5 critères :



Orientations principales

- douleur,
- rougeur,
- acuité visuelle,
- pupille,
- pression

- Gestion des situations d'urgence en attendant la confirmation diagnostique par un examen à la lampe à fente