

## ITEM 212 : ŒIL ROUGE ET/OU DOULOUREUX.

### ETIOLOGIES

<b>Œil rouge = Segment antérieur</b>	Non douloureux AV normale	- Conjonctivite - Hémorragie sous-conjonctivale	
	Douloureux = URGENCE	AV normale	- Sclérite - Episclérite
		BAV	- Kératite aiguë - Uvéite antérieure aiguë - Traumatisme/CE - GAFA - Glaucome néo-vasculaire - Endophtalmie aiguë
<b>Œil blanc = Segment postérieur</b>	Douloureux	AV normale	- Névralgie du trijumeau - Migraine ophtalmique - Algie vasculaire de la face - Sinusite - Atteinte des annexes - Hétérophorie
		BAV	- Trouble de réfraction - Neuropathie optique - Hypertonie labile - Maladie de Horton
	Indolore + BAV	Vaisseaux	- OACR - OVCR - Rétinopathie hypertensive - CMT/AVC vertébrobasilaire - Néo-vaisseaux maculaires (DMLA)
		NO	- NORB - NOIAA - Compression/traumatisme du NO
		Rétine	- Décollement de rétine - Rétinopathie diabétique - Rétinite infectieuse (Toxo – CMV)
		Vitré	- Hémorragie intra-vitréenne - Hyalite/uvéite intermédiaire ou post - Prolifération intra-vitréenne

### CLINIQUE

<b>Terrain</b>	ATCD personnels/familiaux – FDRCV – TTT en cours – Lentilles de contact
<b>Anamnèse</b>	- Notion de traumatisme - Contexte épidémique - Mode d'apparition : brutale/progressive – Circonstances d'apparition°/facteur déclenchant - Date d'apparition – Evolution : permanent ou transitoire - Type de douleurs
<b>Signes associés</b>	- Œil rouge / blanc – Douleur - Photophobie/éblouissement – Blépharospasme – Prurit/larmolement - BAV – Altération du champ visuel – Myodésopsies – Phosphènes – Dyschromatopsie – Métamorphopsies - Signes de Horton - Troubles digestif - Céphalées
<b>Examen ophtalmo</b>	Bilatéral – Symétrique – Comparatif

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recherche systématique de CE si notion de traumatisme</li> <li>- AV subjective de près et de loin</li> <li>- Oculomotricité – RPM (aboli → GAFA)</li> <li>- LAF :</li> <li>* Annexe : Blépharite – Dacrocystite – CE sous-palpébral – Follicules/papilles sous-palpébrales</li> <li>* Conjonctive : Plaie – Rougeur : diffuse (conjonctivite)/ en secteur (épisclérite)/ autour du limbe sclérocornéen = cercle périkératique (kératite, UAA)</li> <li>* Cornée : Test à la fluorescéine</li> <li>* Chambre antérieure : Profondeur – Tyndall – Hypopion</li> <li>* Iris : Rubéose irienne – Synéchie (uvéite)</li> <li>- FO – Tonus oculaire +++ - Goniométrie</li> </ul>
--	---

### HEMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE.

<b>Clinique</b>	- Rougeur conjonctivale spontanée superficielle en nappe – Isolée /!\ Systématiquement éliminer un traumatisme, un CE et prendre la TA
<b>Étiologies</b>	Fragilité capillaire – HTA – Td de coagulation

### CONJONCTIVITE

Conjonctivite	Clinique	TTT
<b>Généralités</b>	- Rougeur diffuse - Pas de douleur - Gêne oculaire – Sensation de grains de sable – Prurit - Larmolement – Sécrétions oculaires abondantes	
<b>Bactérienne</b>	- FF : Port de lentille - Bilatérale - Sécrétions muco-purulents - Paupières collées au réveil	- Collyre ATB - Lavage oculaire au sérum phy - Lavage des mains - Mise en culture des lentilles
<b>Virale</b>	- Contexte épidémique – Contagion ++ - Bilatérale en 2 temps - Sécrétions claires - Folliculites - ADP pré-tragiennes	- Collyres ATS - Lavage oculaire au sérum phy - Lavage des mains - Eviction scolaire/Arrêt de travail /!\ à la kératoconjonctivite à adénovirus
<b>Allergique</b>	- Terrain atopique - Saisonnière - Bilatérale – Récidivante - Prurit ++ - Chémosis - Papilles conjonctivales	- Eviction de l'allergène - Collyre anti-histaminique +/- corticoïde - Lavage au sérum phy - Bilan allergologique +/- TTT de fond : Collyre anti-dégranulation
<b>Chlamydia</b>	- Conjonctivite à inclusion (adulte) : IST Risque : Trachome : opacifications cornéennes (cécité) - Conjonctivite du NN (DD : Imperforation du canal lacrymal) - Sd de Fiessinger-Leroy-Reiter	- Bilan IST + Education - Azythromycine DU PO
<b>Sd sec</b>	- Rougeur et douleurs superficielles - Sensation de grain de sable - Test de Schirmer < 5 mm en 5 min - Break-up time < 10 sec	- TTT symptomatique : Larme artificielle - TTT étiologique Sénile : Pas de TTT particulier Iatrogène : ADTC – Anticholinergique Gougerot-Sjogren

### EPISCLERITE

<b>Signes fonctionnels</b>	Douleur oculaire modérée
<b>Examen physique</b>	LAF : Rougeur localisée – Disparition après application d'un vasoconstricteur local
<b>TTT</b>	Collyre AINS ou corticoïde 10j
<b>Étiologies</b>	Idiopathique ++ - Recherche d'une maladie de système si récidivante

## SCLERITE

<b>Signes fonctionnels</b>	Douleur plus importante et plus profonde que l'épisclérite Augmentation de la douleur à la mobilisation du globe oculaire
<b>Examen physique</b>	LAF : Rougeur localisée profonde (voussure violacée douloureuse) Ne disparaît pas après application d'un vasoconstricteur local +/- Œdème scléral
<b>TTT</b>	- TTT étiologique - AINS PO – Collyre corticoïde
<b>Etiologies</b>	- Traumatisme - Maladie de système : LED – PR - Vascularite : PAN – Maladie de Horton - Granulomatose : BK – Sarcoïdose - Infection : Syphilis – HSV – VZV – Maladie de Lyme - SPA – Psoriasis – Maladie de Crohn

## KERATITE AIGUË

	Clinique	TTT
<b>Généralités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur ↑ clignement – Rougeur oculaire diffuse</li> <li>- Photophobie – Blépharospasme – Larmoiement</li> <li>- BAV variable selon la localisation</li> <li>- Examen : Cercle périkératique – Opacités cornéennes</li> <li>- LAF : Erosion/ulcération cornéenne fluorescéine +</li> <li>- C° : Taie cornéenne +/- BAV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TTT étiologique</li> <li>- Pommade oculaire cicatrisante à la vit A</li> <li>+/- Occlusion palpébrale</li> </ul>
<b>HSV</b>	Ulcération dendritique en feuille de fougère ou en carte de géographie	<ul style="list-style-type: none"> <li>!/ CI absolue aux corticoïdes</li> <li>- TTT aciclovir local + PO 7 j</li> <li>- Hygiène des mains</li> </ul>
<b>Adénovirus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complicque une conjonctivite</li> <li>- Petites ulcérations disséminées = Kératite ponctuée superficielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collyres ATS</li> <li>- Lavage oculaire au sérum phy</li> <li>- Lavage des mains</li> <li>- Eviction scolaire/Arrêt de travail</li> </ul>
<b>Zona</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complicque un zona ophtalmique de V1</li> <li>- Kératite ponctuée superficielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>!/ Risque de forme grave : Kératite neuro-paralytique</li> <li>- TTT AV : Valaciclovir PO</li> </ul>
<b>Bactérienne Mycosique Parasitaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- FF : Lentille – Traumatisme cornéen</li> <li>!/ Kératite amibienne ap baignade avec lentilles</li> <li>- Abscess cornéen – Hypopion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>!/ C° : Endophtalmie – Taie cornéenne - Perforation cornéenne</li> <li>URGENCE</li> <li>- Mise en culture des lentilles</li> <li>- Collyre ATB – ATB PO si atteinte chbre ant</li> <li>+/- hospitalisation</li> </ul>
<b>Sd sec</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ulcération inférieure</li> <li>- Test de Schirmer &lt; 5 mm en 5 min</li> <li>- Break-up time &lt; 10 sec</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TTT symptomatique : Larme artificielle</li> <li>- TTT étiologique</li> <li>Sénile : Pas de TTT particulier</li> <li>Iatrogène : ADTC – Anticholinergique</li> <li>Gougerot-Sjogren</li> </ul>
<b>Innoclusion palpébrale (PFP ++)</b>	Ulcération centrale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Larmes artificielles</li> <li>- Occlusion palpébrale nocturne +/- diurne</li> <li>- Lunette de protection</li> <li>- +/- Discuter tarsorrhaphie</li> </ul>
<b>Autre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumatisme</li> <li>- Pathologie palpébrale : Ectropion – Entropion</li> <li>- Iatrogène : Collyres toxiques</li> </ul>	

## UVEITE ANTERIEURE AIGUE

<b>Etiologies</b>	/\ Evoquer un herpès devant : uvéite unilatérale hypertensive + atrophie irienne → Corticothérapie après 48h minimum de TTT AV - Idiopathique ++ - Infection virale : HSV – VZV – CMV – VIH - Infection Bactérienne : Syphilis – BK – Maladie de Lyme – Griffe du chat - Infection parasitaire : Toxoplasmose - Inflammatoire : Sarcoïdose – Behçet – SPA – PR – LED - Lymphome oculaire /\ A évoquer systématiquement devant une uvéite chez le sujet âgé - Post-traumatique/CE intraoculaire méconnu - Inflammation post-opératoire	
<b>Clinique</b>	SF	- Douleurs oculaires profondes - Rougeur oculaire - Larmoiement – Photophobie - BAV
	Examen physique	- LAF : Œil rouge avec cercle périkératique Chambre antérieure : Effet Tyndall +/- hypopion Précipités rétro-cornéens Nodules iriens - FO : Uvéite postérieure ? (Hyalite Foyer rétinien – Œdème maculaire)
	Complications	- Synéchies iridocristaliniennes : Myosis aréflexique - Synéchie iridocornéenne : Hypertonie oculaire - Cataracte laire
	Diagnostic étiologique	- Tb digestifs (MICI) - Signes cutané (aphtose – Behçet) - Arthralgies (SPA – PR) - Signes pulmonaires (BK – Sarcoïdose) - Syndrome sec - AEG - Notion de contagé – Voyage – Animaux - Traumatisme oculaire même ancien
<b>Paraclinique</b>	- NFSpq – VS, CRP - Bilan phosphocalcique – ECA - TPHA/VDRL - Typage HLAB27 - IDR tuberculine ou Quantiféron - Rx thorax – Rx bassin de Face	
<b>TTT</b>	- Urgence thérapeutique - TTT étiologique - Collyre corticoïde avec décroissance progressive – 10j minimum - Collyre mydriatique (prévention des synéchies) - Surveillance	

## GLAUCOME AIGU PAR FERMETURE DE L'ANGLE

/\ Urgence absolue diagnostique et thérapeutique

<b>C</b>	Terrain	Hypermétropie +/- ATCD d'épisodes antérieurs spontanément résolutifs
<b>L</b>	Facteur déclenchant	- AG
<b>I</b>		- Stress
<b>N</b>		- Obscurité
<b>I</b>		- TTT parasymphaticolytique : Anticholinergique
<b>Q</b>		Antispasmodique – Laxatifs – AntiH1 – ADTC – NRL – Hypnotiques –
<b>U</b>		Antidiarrhéique – Antiparkinsonien

Lorraine Waechter - <http://ficheseqn.wordpress.com/>

<b>E</b>		- TTT sympathicomimétique : Bronchodilatateur – Adrénaline – IMAO – Antitussifs – Dérivés nitrés
	Signes fonctionnels	- Début brutal - Douleur oculaire unilatérale – Irradiation dans le territoire du trijumeau - BAV +/- impression de halos colorés autour des lumières - Rougeur oculaire - Photophobie - Céphalées – Sueurs – Nausées, vomissements
	Examen physique	- Palpation : Œil atteint dur comme une bille - LAF : Cercle périkératique – Semi-mydriase aréflexique Œdème cornéen (buée épithéliale) Chambre antérieure plate - Gonioscopie : Fermeture de l'angle irido-cornéen - TO > 40mmHg - Examen de l'œil adelphe systématique : Recherche de FF Petite longueure axiale – Chambre antérieure étroite – Angle irido-cornéen étroit – Cataracte intumescence – Iris plateau
<b>Bilan pré-thérapeutique</b>		Diamox : Ionogramme sanguin – Urée – Créatininémie – GAJ – BHC - ECG
<b>T R A I T E M E N T</b>	Mise en condition	- Hospitalisation en urgence en ophtalmologie - Arrêt du facteur déclenchant (TTT ++)
	TTT spécifique	- Général * Mannitol 20% IV en l'absence de CI (I. cardiaque et rénale) * Puis inhibiteur de l'anhydrase carbonique (Diamox) IV en l'absence e CI (I.rénale – IHC – ATCD de lithiase urinaire – Allergie aux sulfamides) - Local : * Multithérapie de collyres hypotonisants en l'absence de CI : βbloquant – α2 + - Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique /!\ Collyres analogues de la PG déconseillés car pro-inflammatoires * Myotiques : Immédiatement dans l'œil adelphe Une fois la pupille réactive et le TO diminué dans l'œil atteint
	TTT symptomatique	ATG +/- supplémentation K+ (Diamox)
	TTT chirurgical	- Rapidement après la crise – TTT des 2 yeux = Levée de CI des TTT mydriatiques - Iridectomie périphérique chirurgicale - Iridotomie périphérique au laser YAG
	Surveillance	- Efficacité : Douleur – AV – TO – RPM A distance : Perméabilité de l'iridectomie - Excavation - Tolérance : Kaliémie – Urée – Créat – BHC - ECG

### GLAUCOME NEO-VASCULAIRE

<b>C L I N I Q U E</b>	Terrain	Ischémie rétinienne avec néo-vaisseaux (OVCR – Rétinopathie diabétique- Drépanocytose)
	Signes fonctionnels	- Début brutal - Douleur oculaire unilatérale – Irradiation dans le territoire du trijumeau - BAV +/- impression de halos colorés autour des lumières - Rougeur oculaire - Photophobie - Céphalées – Sueurs – Nausées, vomissements
	Examen physique	- Palpation : Œil atteint dur comme une bille - LAF : Cercle périkératique – Semi-mydriase aréflexique Rubéose irienne Œdème cornéen (buée épithéliale) Chambre antérieure profonde - Gonioscopie : Néo-vaisseaux dans l'angle irido-cornéen

		- FO : Néo-vaisseaux - TO > 40mmHg
<b>Bilan pré-thérapeutique</b>		Diamox : Ionogramme sanguin – Urée – Créatininémie – GAJ – BHC - ECG
<b>T R A I T E M E N T</b>	Mise en condition	- Hospitalisation en urgence en ophtalmologie
	TTT spécifique	- Général * Mannitol 20% IV en l'absence de CI (I. cardiaque et rénale) * Puis inhibiteur de l'anhydrase carbonique (Diamox) IV en l'absence e CI (I.rénale – IHC – ATCD de lithiase urinaire – Allergie aux sulfamides) - Local : * Multithérapie de collyres hypotonisants en l'absence de CI : βbloquant – α2 + - Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique /!\ Collyres analogues de la PG déconseillés car pro-inflammatoires
	TTT symptomatique	ATG +/- supplémentation K+ (Diamox)
	TTT étiologique	- Photocoagulation rétinienne des zones ischémiques - Cyclodestruction des procès ciliaires
	Surveillance	- Efficacité : Douleur – AV – TO – RPM A distance : Perméabilité de l'iridectomie - Excavation - Tolérance : Kaliémie – Urée – Créat – BHC - ECG

### ENDOPHTALMIE AIGÜE

/!\ Urgence absolue diagnostique et thérapeutique

<b>Clinique</b>	Anamnèse	Chirurgie oculaire récente Trauma oculaire avec CE
	Signes fonctionnels	- BAV brutale - Oeil rouge et douloureux +/- œdème palpébral
	Examen physique	- LAF : Effet Tyndal – Hypopion - TO : Hypertonie oculaire - FO : Hyalite
<b>Paraclinique</b>		Ponction de vitré – Envoi en bactériologie
<b>TTT</b>		- Hospitalisation en urgence en ophtalmologie - ATB : IV – Intra-vitréenne – Collyres large spectre - Corticoïdes : Locaux immédiatement / Généraux après 48h d'ATB - Collyre mydriatique



	Rougeur	Douleur	BAV	Tonus oculaire	Pupille
Hémorragie sous-conjonctivale	Oui	Non	Non	Normal	Normale
Épisclérite	Oui	Non	Non	Normal	Normale
Sclérite	Oui	Oui	Non	Normal	Normale
Affections De la conjonctive	Oui	Non	Non	Normal	Normale
Kératite	Oui	Oui	Oui	Normal	Normale
Uvéite	Oui	Oui	Oui	Abaissé	Normale
Glaucome aigu	Oui	Intense	Oui	Très élevé	1/2 mydriase aréflexique
Glaucome chronique	Non	Non	Non	Modérément élevé	Normale
Occlusion de la V centrale de la Rétine	Non	Non	Oui	Normal	Normale
Occlusion de l'A Centrale de la Rétine	Non	Non	Totale	Normal	RPM aboli
Décollement de Rétine	Non	Non	<i>Si macula soulevée</i>	Diminué ou normal	Normale
Neuropathie Optique	Non	<i>Rétrobulbaire à la mobilisation si cause inflammatoire</i>	Oui	Normal	RPM diminuée