

# **Item 81 (item 212) : Oeil rouge et/ou douloureux**

**Collège des Ophtalmologistes Universitaires de France (COUF)**

2013

## Table des matières

Introduction.....	3
1. Examen.....	3
2. Etiologie.....	6
2.1. Œil rouge, non douloureux, sans baisse d'acuité visuelle.....	6
2.2. Œil rouge unilatéral, douloureux, sans baisse de l'acuité visuelle.....	6
2.3. Yeux rouges bilatéraux, douloureux, sans baisse de l'acuité visuelle.....	7
2.4. Œil rouge douloureux pouvant entraîner une baisse d'acuité visuelle.....	9

## Objectifs ENC

- Diagnostiquer un oeil rouge et/ou douloureux.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

## Objectifs spécifiques

- Connaître les gestes à faire et à ne pas faire.
- Savoir énumérer les étiologies d'un oeil rouge :
  - douloureux, avec ou sans baisse de l'acuité visuelle,
  - non 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.
- Connaître les principaux examens complémentaires ophtalmologiques et non ophtalmologiques permettant le diagnostic et le traitement.
- Savoir expliquer au patient le pronostic et la surveillance requise selon l'étiologie.

## Introduction

L'oeil rouge et/ou douloureux est un motif fréquent de consultation en ophtalmologie. Il est important de savoir différencier une pathologie bénigne d'une pathologie grave menaçant la fonction visuelle (glaucome aigu par fermeture de l'angle, kératite aiguë, uvéite, corps étranger intraoculaire).

## 1. Examen

### 1. Interrogatoire

Il a pour objectif de :

- préciser le mode d'apparition de la rougeur oculaire :
  - récente ou ancienne, aiguë ou chronique, d'apparition brutale ou d'installation progressive, d'emblée ou avec un intervalle libre,
  - unilatérale ou bilatérale soit d'emblée soit avec un intervalle libre ;
- préciser le type de la douleur :
  - douleurs superficielles : modérées, à type de sensation de grains de sable, évoquant une conjonctivite, ou plus importantes, accompagnées de photophobie et d'un blépharospasme évoquant une kératite aiguë,
  - douleurs plus profondes : modérées, évoquant une uvéite antérieure ou une épisclérite, ou intenses, avec des irradiations dans le territoire du trijumeau évoquant un glaucome aigu ;
- rechercher une baisse d'acuité visuelle : l'absence de baisse d'acuité visuelle oriente vers une conjonctivite ou encore une épisclérite (moins fréquente) ;
- préciser les antécédents ophtalmologiques et généraux, l'âge et la profession du patient ;
- rechercher une notion de traumatisme et les conditions de survenue (accident domestique ou du travail) ;
- rechercher les signes associés locaux : prurit, sécrétions, etc., et généraux : céphalées, fièvre, ORL, etc.

## **2. Examen clinique, à la lampe à fente**

Il est bilatéral et comparatif.

### → **Acuité visuelle**

Elle est mesurée de loin et de près, avec correction optique éventuelle.

### → **Conjonctive**

Sont examinés la topographie et l'aspect de la rougeur oculaire :

- en nappe d'aspect hémorragique : hémorragie sous-conjonctivale. Une plaie conjonctivale doit être systématiquement recherchée et dans un contexte traumatique, toujours penser à un corps étranger intraoculaire passé inaperçu : au moindre doute, demander des radiographies de l'orbite ou un scanner orbitaire à la recherche d'un CEIO. L'IRM est contre-indiquée ;
- diffuse : conjonctivite ;
- en secteur : épisclérite ;
- autour du limbe sclérocornéen (vasodilatation concentrique des vaisseaux conjonctivaux limbiques, périornéens, sur 360° = cercle périkeratique) : kératite aiguë, uvéite antérieure.

### → **Cornée**

Il faut apprécier :

- sa transparence : perte de transparence (œdème, abcès) ;
- sa sensibilité ;
- la présence de dépôts sur sa face postérieure : dépôts rétrodescemétiques ou rétrocornéens (uvéites).

### → **Examen après instillation dans le cul-de-sac conjonctival d' un collyre à la fluorescéine (colorant orange)**

Il recherche une ulcération cornéenne : l'épithélium cornéen normal ne retient pas la fluorescéine qui en revanche se fixe sur le stroma en absence de l'épithélium ; les ulcérations apparaissent vertes en lumière bleue, leur nombre et localisation orientent le diagnostic :

- une ulcération cornéenne unique et régulière évoque un traumatisme ;
- une ulcération localisée avec une zone blanche adjacente évoque une kératite bactérienne avec un abcès de cornée ;
- un ulcère dendritique évoque une kératite herpétique ;
- de petites ulcérations disséminées (kératite ponctuée superficielle = KPS) évoquent une kératite à adénovirus ou un syndrome sec oculaire.

### → **Examen de l'iris et de la pupille**

Il recherche :

- la présence de synéchies iridocristalliniennes (uvéites) ;
- une atrophie irienne (herpès) ;
- un myosis (kératite aiguë ou uvéite aiguë) ;
- une semi-mydriase aréfléctique (glaucome aigu).

### → **Examen de la chambre antérieure**

Il a pour objectif :

- l'appréciation de la profondeur (chambre antérieure étroite ou plate évoquant un glaucome aigu ou une plaie perforante) ;
- la recherche à la lampe à fente des signes inflammatoires d'une uvéite antérieure (effet Tyndall, précipités rétrocornéens).

→ **Mesure du tonus oculaire**

Elle est effectuée au tonomètre à air ou à aplanation.

Une hypertonie évoque un glaucome aigu par fermeture de l'angle ou un glaucome néovasculaire.

Une hypotonie évoque une plaie oculaire transfixiante.

→ **Examen de la conjonctive palpébrale**

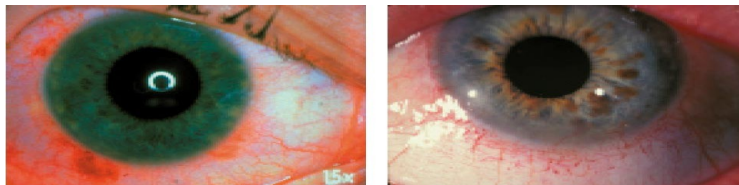
Il recherche :

- des follicules (conjonctivite virale), ou des papilles (conjonctivite allergique) ;
- un corps étranger sous la paupière supérieure : retourner systématiquement la paupière.

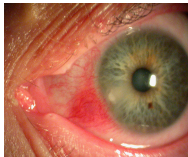
→ **Examen du fond d'œil**

Après dilatation, il sera pratiqué devant une pathologie pouvant s'accompagner d'une atteinte vitrénne ou rétinienne : il recherchera des signes d'uvéite postérieure en présence d'une uvéite antérieure.

**Figure 1 : Cercle périkératique**



**Figure 2 : Abscès sous lentille**



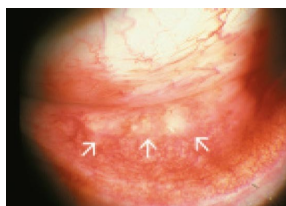
**Figure 3 : Cornée néovascularisée après un abcès**



**Figure 4 : Ulcère dendritique (herpès cornéen)**



**Figure 5 : Conjonctivite folliculaire : présence de follicules (hyperplasies lymphoïdes) (flèches) sur la conjonctive palpébrale inférieure.**



**Figure 6 : Papilles géantes sur la conjonctivite palpébrale supérieure (surrélévations de la conjonctive centrées par un vaisseau). Conjonctivite allergique**



## 2. Etiologie

Les causes d'œil rouge rentrent dans plusieurs cadres :

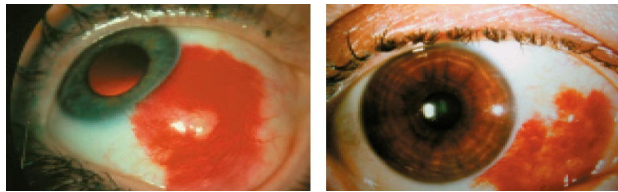
### 2.1. Œil rouge, non douloureux, sans baisse d'acuité visuelle

#### 1. Hémorragie sous-conjonctivale spontanée

Fréquente, banale, unilatérale, indolore, elle régresse en quelques semaines sans traitement ; elle doit faire rechercher une HTA, un trouble de la coagulation.

Il faut impérativement veiller à ne pas méconnaître un corps étranger intraoculaire (voir « Examen clinique »).

**Figure 7 : Hémorragies sous-conjonctivales spontanées**



### 2.2. Œil rouge unilatéral, douloureux, sans baisse de l'acuité visuelle

#### 1. Conjonctivite bactérienne

Elle se manifeste par une sensation de grains de sable, de corps étranger, un prurit.

La conjonctivite bactérienne est une rougeur conjonctivale diffuse, prédominant dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, le plus souvent bilatéral, parfois avec un intervalle libre. Elle entraîne des sécrétions mucopurulentes, collant les paupières le matin au réveil. Dues à des germes à Gram positif (notamment streptocoque ou staphylocoque), les conjonctivites bactériennes guérissent sans séquelles.

Le traitement probabiliste sans prélèvement de première intention comprend :

- hygiène des mains : prévention de l'entourage ;
- lavages fréquents au sérum physiologique ;
- collyre antibiotique à large spectre 4 à 6 fois/jour.

#### 2. Épisclérite

Il s'agit d'une inflammation localisée à l'épisclère (située sous la conjonctive), on note une rougeur en secteur qui disparaît après instillation d'un collyre vasoconstricteur (néosynéphrine). La douleur oculaire est modérée.

L'examen du segment antérieur est normal.

Il est nécessaire de rechercher une maladie de système en cas de récurrence.

L'épisclérite est traitée par corticothérapie locale.

### 3. Sclérite

Il s'agit d'une inflammation localisée au niveau de la sclère, générant des douleurs oculaires importantes majorées à la mobilisation du globe. On observe une rougeur localisée en secteur qui ne disparaît pas à l'instillation d'un collyre vasoconstricteur (néosynéphrine).

La sclérite requiert de rechercher une maladie de système (articulaire : spondylarthrite ankylosante, polyarthrite rhumatoïde, LED ; vasculaire : périartérite noueuse, Wegener, Behçet ; granulomateuse : bacille de Koch, sarcoïdose ; infectieuse).

Le traitement consiste à administrer des anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie générale.

**Figure 8 : Conjonctivite unilatérale**



**Figure 9 : Conjonctivite bactérienne ; présence de sécrétions conjonctivales**



**Figure 10 : Épisclérite : rougeur localisée dans le secteur temporal de l'œil droit**



## 2.3. Yeux rouges bilatéraux, douloureux, sans baisse de l'acuité visuelle

### 1. Conjonctivites virales

Très fréquentes, très contagieuses, elles surviennent par épidémies.

Bilatérale, l'atteinte se fait en général en deux temps, et associe :

- sécrétions claires.
- adénopathie prétragienne douloureuse à la palpation très évocatrice.

Elles sont parfois difficiles à différencier d'une conjonctivite bactérienne.

L'évolution est en règle spontanément favorable en 10 à 15 jours, mais possible vers une kératoconjonctivite à adénovirus (voir « Kératite aiguë »). L'atteinte commence d'un côté et se bilatéralise par auto-contamination dans les jours qui suivent.

### 2. Conjonctivite allergique

Elle survient sur terrain atopique ou allergique connu le plus souvent, de façon saisonnière.

L'atteinte bilatérale et récidivante associe prurit, chémosis (œdème conjonctival), sécrétions claires, volumineuses papilles conjonctivales inférieures.

Le traitement comprend :

- bilan allergique
- éviction de l'allergène, désensibilisation
- un collyre anti-allergique

### **3. Conjonctivites à chlamydia**

La conjonctivite à inclusions de l'adulte est une affection sexuellement transmissible, qui peut s'associer à une urétrite ou une vaginite (traitement par azythromycine en monodose).

Le trachome (conjonctivite à Chlamydia trachomatis) est très fréquent dans les pays du tiers-monde et responsable de complications cornéennes très sévères (deuxième cause mondiale de cécité après la cataracte). Il s'agit d'une conjonctivite avec néovascularisation cornéenne, fibrose du tarse et entropion.

### **4. Syndrome sec oculaire**

Très fréquente, l'insuffisance de sécrétion lacrymale peut être responsable d'une rougeur oculaire associée à une sensation de grains de sable ou à des douleurs oculaires superficielles ; ces signes sont secondaires à une atteinte de l'épithélium conjonctival, associée ou non à une atteinte épithéliale cornéenne, par altération de la trophicité des cellules épithéliales.

Le diagnostic repose sur :

- un examen quantitatif de la sécrétion lacrymale, le test de Schirmer ; on place une bandelette de papier spécifique au niveau de la paupière inférieure et après 5 minutes, on mesure la zone humidifiée ;
- un examen qualitatif de la qualité du film lacrymal : il étudie la stabilité du film lacrymal dont il mesure le temps de rupture (Break-Up Time ou BUT) par instillation d'une goutte de fluorescéine dans le cul-de-sac inférieur, puis on demande au patient de ne plus cligner, ensuite on mesure le temps de rupture du film lacrymal.
- un examen de la surface cornéenne par instillation d'une goutte de fluorescéine qui montre une kératite ponctuée superficielle
- un examen de la surface conjonctivale par instillation d'une goutte de vert de Lissamine qui colore les cellules mortes dans la zone d'ouverture palpébrale

L'étiologie est :

- le plus souvent une involution sénile des glandes lacrymales ;
- un syndrome de Gougerot-Sjögren.

La prise en charge repose sur :

- des substituts lacrymaux : larmes artificielles, gels, idéalement sans conservateurs
- une éviction des facteurs irritants : soleil (lunettes teintées), climatisation, air sec (humidificateurs, tabac, poussières)
- l'occlusion temporaire ou permanente des points lacrymaux
- des traitements généraux (parasympholytiques, fluidifiants)

Autres causes d'yeux rouges douloureux sans baisse d'acuité visuelle :

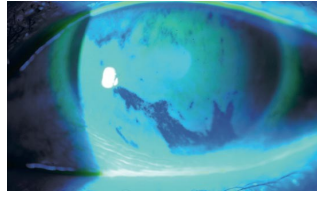
- Maladie de Basedow
- Malpositions palpébrales (entropion, ectropion, chalazions)
- Conjonctivite d'irritation : tabac, poussières.

**Figure 11 : Conjonctivite printanière**

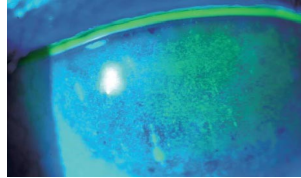




**Figure 12 : BUT («break-up time) : mesure du temps de rupture du film lacrymal après instillation d'une goutte de fluorescéine**



**Figure 13 : Kératite ponctuée superficielle**



## 2.4. OEil rouge douloureux pouvant entraîner une baisse d'acuité visuelle

### 1. Kératite aiguë

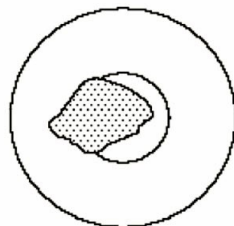
C'est une atteinte cornéenne qui s'accompagne d'ulcération(s) superficielle(s).

Elle se manifeste par :

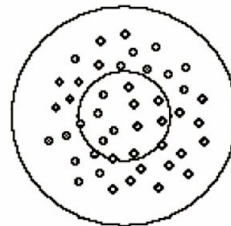
- une baisse d'acuité visuelle, très variable suivant la localisation de l'atteinte cornéenne par rapport à l'axe visuel,
- des douleurs oculaires superficielles importantes,
- un larmoiement
- une photophobie
- un blépharospasme

L'examen à la lampe à fente retrouve : des érosions et des ulcérations de la cornée, une diminution de transparence de la cornée, souvent localisée au niveau de l'ulcération, et un cercle périkeratique (voir paragraphe Examen clinique) ; la chambre antérieure est de profondeur et d'aspect normaux.

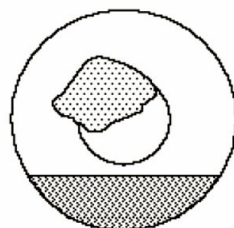
**Figure 14 : Représentation schématique des principales formes de kératite**



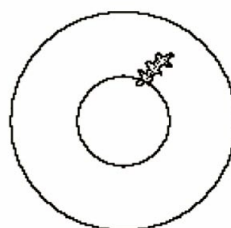
*ulcère cornéen*



*kératite ponctuée superficielle*

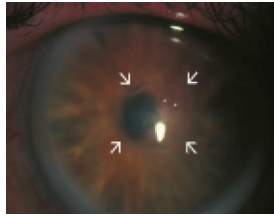


*ulcère cornéen à hypopyon*

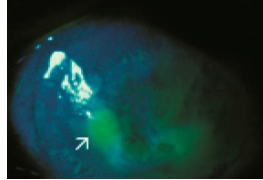


*kératite herpétique dendritique*

**Figure 15 : Ulcère cornéen (flèches = contours de l'ulcère)**



**Figure 16 : Examen en lumière bleue après instillation d'une goutte de collyre à la fluorescéine**



**Figure 17 : Ulcère cornéen**



#### **a) Kératite à adénovirus**

Elle peut compliquer une conjonctivite à adénovirus (voir plus haut « Conjonctivite ») : on parle de kératoconjonctivite à adénovirus ou kératoconjonctivite épidémique.

Elle est caractérisée par des petites ulcérations disséminées (« kératite ponctuée superficielle » fluo +).

L'évolution est toujours favorable, mais elle peut laisser des opacités dans les couches antérieures du stroma cornéen qui peuvent mettre plusieurs mois ou plusieurs années à régresser et s'accompagner pendant ce délai d'une baisse d'acuité visuelle.

Le traitement est le même que pour la conjonctivite à adénovirus.

#### **b) Kératite herpétique**

Il s'agit d'une ulcération cornéenne d'aspect typique, de forme arborescente, en feuille de fougère = « ulcère dendritique », parfois plus étendue, moins typique, « en carte de géographie ».

Le traitement réside dans les antiviraux par voie générale (Zelitrex) pouvant être associés à des antiviraux locaux en collyre ou en pommade (ex. : aciclovir en pommade) pendant 1 à 2 semaines.

Les kératites herpétiques peuvent être aggravées de façon majeure par une corticothérapie locale qui peut au maximum entraîner une perforation cornéenne : d'où la règle absolue de ne jamais prescrire une corticothérapie locale sans avoir éliminé une kératite herpétique, et de façon plus générale toute ulcération cornéenne.

L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement, mais le risque est celui des récurrences, ainsi que de l'évolution vers une kératite profonde par atteinte cornéenne stromale pouvant laisser une baisse d'acuité visuelle définitive.

#### **c) Kératites zostériennes**

Le zona ophtalmique peut se compliquer :

- soit de kératites superficielles, contemporaines de l'épisode aigu du zona, directement liées à l'atteinte virale ;

- soit secondairement d'une kératite neuroparalytique, grave (kératite dystrophique secondaire à l'anesthésie cornéenne).

Par ailleurs, dans le zona ophtalmique, un traitement par valaciclovir (Zelitrex) instauré précocement, dans les 3 premiers jours, permet de réduire la durée des douleurs zostériennes ; il est associé à un traitement local par protecteurs cornéens.

#### **d) Kératites bactériennes, parasitaires et mycosiques**

Il s'agit souvent de la surinfection bactérienne d'une ulcération traumatique (coup d'ongle, branche d'arbre) ou d'une ulcération bactérienne survenue sous une lentille de contact (+++) qui évoluent vers un abcès de cornée.

Elles sont caractérisées par la présence d'une plage blanchâtre d'infiltration cornéenne, colorée par la fluorescéine, parfois un niveau liquide purulent dans la chambre antérieure = hypopion (« ulcère à hypopion »).

Un prélèvement est requis au niveau de l'abcès pour examen direct, mise en culture et antibiogramme.

Le traitement doit être instauré précocement : collyres antibiotiques administrés plusieurs fois par jour qui peuvent être suffisants dans les formes vues tôt et peu sévères. Pour les abcès importants, il est préférable d'hospitaliser le patient et d'instaurer un traitement par des « collyres fortifiés » (collyres à forte concentration obtenus à partir de préparations pour injections intraveineuses) toutes les heures.

L'évolution peut être défavorable :

- soit à la phase aiguë :
  - par l'extension postérieure de l'infection aboutissant à un tableau d'endophtalmie,
  - ou par une perforation cornéenne ;
- soit à distance par une taie cornéenne cicatricielle responsable d'une baisse d'acuité visuelle définitive si elle siège dans l'axe visuel.

En cas de survenue chez un porteur de lentilles de contact, il faut se méfier d'une kératite amibienne et effectuer des prélèvements pour un traitement adapté en milieu hospitalier.

#### **e) Kératite sur syndrome sec**

Comme nous l'avons vu plus haut, le syndrome sec oculaire peut entraîner l'apparition d'une kératite ponctuée superficielle.

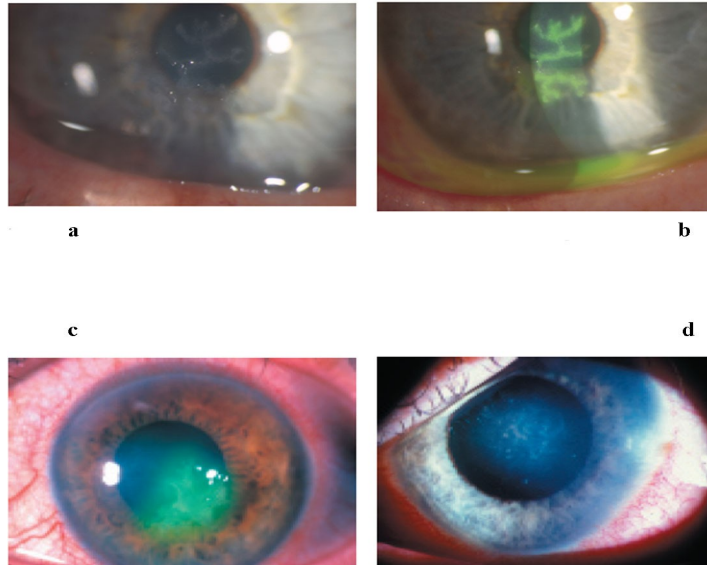
#### **f) Kératite d'exposition**

Lors d'une paralysie faciale, la mauvaise occlusion palpébrale est responsable d'une exposition cornéenne responsable de la survenue d'une kératite.

Le traitement réside dans les protecteurs cornéens en prévention.

Ces kératites peuvent nécessiter une tarsorrhaphie (suture des deux paupières réduisant la fente palpébrale par la mise en place de points de suture), permettant d'assurer la protection de l'épithélium cornéen par la conjonctive palpébrale.

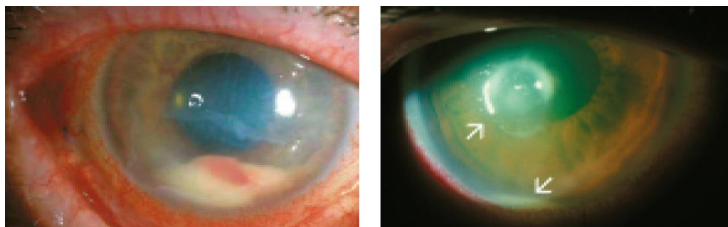
**Figure 18 : a) Kératite herpétique : ulcère dendritique - b) Ulcère dendritique après instillation de fluorescéine - c) ulcère géographique - d) Kératite stromale.**



**Figure 19 : Zona ophtalmique**



**Figure 20 : Ulcères à hypopion**



## **2. Uvéites antérieures**

Ce sont des inflammations de l'iris (iritis) et du corps ciliaire (cyclite) : on parle d'iridocyclite.

Le patient présente un œil rouge associé à une baisse d'acuité visuelle et à des douleurs profondes, le tout en général modéré.

L'atteinte peut être uni ou bilatérale, parfois récidivante et à bascule.

L'examen à la fente retrouve :

- un cercle périkératique ;
- une transparence cornéenne normale ;
- une pupille en myosis ;
- parfois des adhérences inflammatoires entre face postérieure de l'iris et capsule antérieure du cristallin (« synéchies iridocristalliniennes », ou « synéchies postérieures »), responsables d'une déformation pupillaire ;
- un phénomène de Tyndall : présence de protéines et de cellules inflammatoires circulant dans l'humeur aqueuse ;
- des dépôts de cellules inflammatoires à la face postérieure de la cornée : précipités rétrocornéens.

L'examen du fond d'œil doit être systématique à la recherche d'une atteinte vitrénne, rétinienne ou choroïdienne signant l'existence d'une uvéite postérieure.

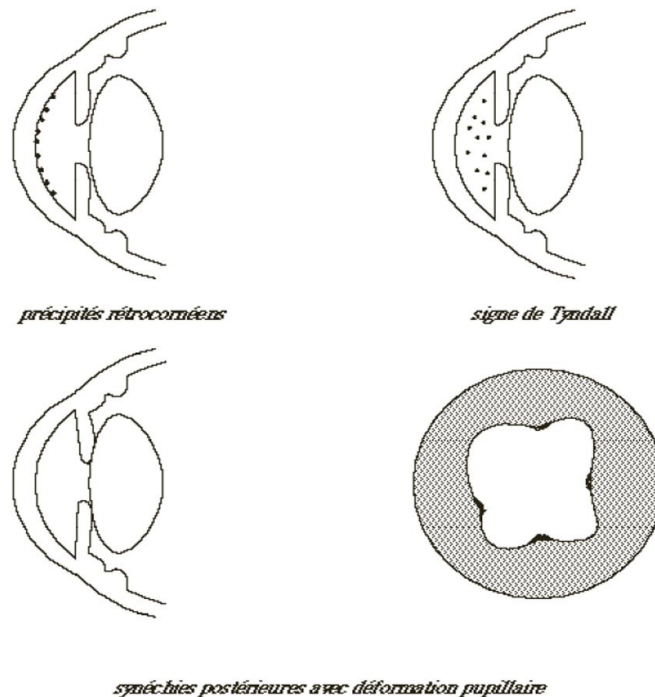
La recherche d'une étiologie est systématique mais reste souvent négative (50 % des cas) ; les principales causes sont :

- la spondylarthrite ankylosante : fréquemment accompagnée d'une uvéite antérieure, souvent à hypopion, de caractère récidivant mais de bon pronostic ; le diagnostic repose sur la recherche clinique et radiographique d'une sacro-iléite, d'une atteinte rachidienne et d'une recherche de l'antigène HLA B-27 ;
- l'uvéite herpétique : suspectée chez des patients présentant déjà des antécédents d'herpès oculaire ;
- l'arthrite juvénile idiopathique chez l'enfant : uvéite antérieure sévère qui s'accompagne d'une cataracte et d'une kératite d'aspect particulier (kératite en bandelette) ;
- la sarcoïdose : uvéite antérieure avec des dépôts rétrodescemétiques, des nodules iriens ; une atteinte postérieure est fréquente ;
- la maladie de Behçet : classiquement uvéite antérieure récidivante à hypopion associée à une hyalite et à une vascularite rétinienne
- le LED (lupus érythémateux disséminé) ;
- le lymphome oculocérébral chez le sujet âgé.

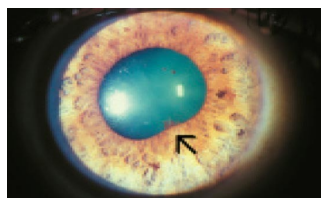
La prise en charge associe :

- traitement local systématique :
  - par collyres mydriatiques, pour la prévention ou la suppression des synéchies postérieures,
  - et par collyres corticoïdes ;
- traitement étiologique éventuel.

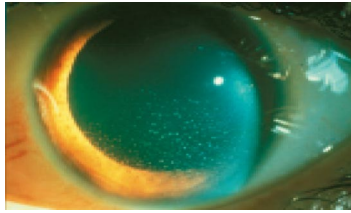
**Figure 21 : Représentation schématique des signes d'uvéite antérieure**



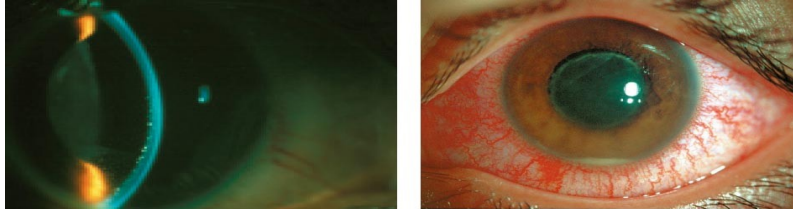
**Figure 22 : Uvéite antérieure : synéchie irido-cristallinienne**



**Figure 23 : Uvéite antérieure : précipités rétro-cornéens**



**Figure 24 : Uvéite antérieure : précipités rétro-cornéens (examen la lampe à fente) et Uvéite antérieure à hypopion au cours d'une spondylarthrite ankylosante.**



**Figure 25 : Kératite en bandelette (uvéite antérieure au cours d'une arthrite chronique juvénile de l'enfant)**



### **3. Glaucome aigu par fermeture de l'angle**

C'est une affection rare mais de pronostic sévère en l'absence d'un traitement précoce.

Le glaucome aigu par fermeture de l'angle survient :

- sur des facteurs prédisposants :
  - forte hypermétropie,
  - chambre antérieure étroite,
  - angle irido-cornéen étroit,
  - gros cristallin
- lors de circonstances entraînant une mydriase (stress, prise de médicaments mydriatiques, obscurité).

La crise est due à un **blocage pupillaire**. La mydriase entraîne un accolement de la face antérieure du cristallin et de la face postérieure de l'iris sur 360°. L'humeur aqueuse produite au niveau des procès ciliaires en arrière de l'iris, passe à travers la pupille, puis est évacuée par le trabéculum. En cas de blocage pupillaire, elle ne peut plus passer et s'accumule dans la chambre postérieure ce qui refoule la racine de l'iris vers l'avant et aboutit à un blocage trabéculaire. L'angle irido-cornéen se ferme et l'humeur aqueuse n'étant plus évacuée à travers le trabéculum la pression intra-oculaire augmente.

L'hypertonie oculaire majeure entraîne une altération de l'endothélium cornéen (oedème cornéen), une ischémie du sphincter irien (semi-mydriase aréflexique) et une atrophie optique si elle se prolonge (baisse d'acuité visuelle définitive).

#### **a) Signes fonctionnels**

Les signes fonctionnels sont bryants :

- douleurs très profondes, irradiant dans le territoire du trijumeau
- souvent associées à des nausées ou à des vomissements qui peuvent égarer le diagnostic
- la baisse d'acuité visuelle est brutale et massive

## **b) Examen**

Il relève les éléments suivants :

- l'oeil est rouge
- la transparence de la cornée est diminuée de façon diffuse par l'oedème cornéen dû à l'hypertonie oculaire majeure
- la pupille est en semi-mydriase aréfléctique
- la chambre antérieure est étroite, l'angle iridocornéen est fermé
- l'hypertonie oculaire est majeure, toujours supérieur à 50 mm Hg
- le patient peut décrire des épisodes transitoires qui correspondent à des fermetures incomplètes de l'angle irido-cornéen. Ces épisodes se traduisent par des crises d'oeil rouge et douloureux spontanément résolutive.
- l'**examen de l'autre oeil doit être systématique** car il présente la plupart du temps la même prédisposition anatomique.

L'évolution se fait rapidement, en quelques jours, vers la cécité, en absence d'un traitement.

## **c) Traitement**

Il s'agit d'une urgence thérapeutique nécessitant une hospitalisation en ophtalmologie et la mise en place d'une voie veineuse périphérique.

Le traitement général comporte :

- inhibiteurs de l'anhydrase carbonique en l'absence de contre-indication acétazolamide Diamox® par voie intraveineuse (CI si allergie aux sulfamides, insuffisance rénale sévère, insuffisance hépatique sévère, antécédents de coliques néphrétiques) et supplémentation potassique,
- solutés hyperosmolaires en l'absence de contre- indication (Mannitol à 20%, CI insuffisance cardiaque, insuffisance rénale),
- collyres hypotonisants,
- collyres myotiques instillés toutes les heures (aussi dans l'autre oeil en préventif)

La surveillance du traitement repose sur l'ionogramme sanguin, la glycémie, l'urée, la créatininémie, le bilan hépatique, l'ECG (électroencéphalogramme).

Quand la crise est jugulée, le tonus oculaire est revenu normal, la cornée est claire, il faut réaliser une iridotomie périphérique qui empêchera la survenue d'un nouvel épisode. Il s'agit de pratiquer un petit trou à la périphérie de l'iris ce qui permet de court-circuiter le passage pupillaire de l'humeur aqueuse. Ce traitement est réalisé au laser yag.

En cas d'échec du laser, l'iridectomie sera réalisée chirurgicalement.

Ceci est systématiquement réalisé sur les deux yeux.

Après la réalisation de l'iridectomie il n'y a plus de contre-indication médicamenteuse.

**Figure 26 : Glaucome aigu par fermeture de l'angle**



*Pupille en semi-mydriase, diminution diffuse de la transparence cornéenne par oedème cornéen secondaire à l'hypertonie oculaire.*

## **4. Glaucome néovasculaire**

Il survient dans un contexte d'ischémie rétinienne (rétinopathie diabétique compliquée, OVCR ischémique, drépanocytose, etc.).

Il est caractérisé par la présence de néovaisseaux sur l'iris (rubéose irienne) et dans l'angle iridocornéen (examen en gonioscopie).

L'examen du fond d'œil après dilatation pupillaire recherche des signes d'ischémie et de néovaisseaux.

Le traitement est réalisé par hypotonisants locaux et généraux, et photocoagulation des territoires ischémiques rétinien.

## Points essentiels

- Pas de baisse d'acuité visuelle, sécrétions conjonctivales, paupières collées le matin au réveil : conjonctivite bactérienne banale ; traitement antibiotique local à large spectre.
- Baisse d'acuité visuelle :
  - diminution de transparence cornéenne, cercle périkératique, ulcération fluo + : kératite ; pas de corticoïdes locaux ;
  - myosis, cercle périkératique, cornée claire : uvéite antérieure ; traitement mydriatique et corticoïdes locaux + bilan étiologique ;
  - cécité unilatérale, douleurs +++, syndrome digestif, mydriase, cornée opaque, élévation +++ du tonus oculaire : glaucome aigu ; Diamox intraveineux, mannitol en perfusion, collyre myotique (œil atteint et œil controlatéral).
- Dans tous les cas d'œil rouge, examen ophtalmologique spécialisé en l'absence d'amélioration rapide, en quelques jours.