

ITEM 212 : ŒIL ROUGE ET/OU DOULOUREUX

OBJECTIFS TERMINAUX

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

INTRODUCTION

1. RAPPELS ANATOMIQUES

Différents types d'infections oculaires en fonction des structures atteintes :

- atteintes segment antérieur :
 - o conjonctivites ;
 - o kératites ;
 - o uvéites antérieures ou iridocyclites ;
- atteintes du segment postérieur :
 - o rétinites, chorioretinites ;
- endophtalmies.

2. PATHOGENIE

L'infection des structures externes de l'œil –conjonctive-cornée– est liée à une contamination extérieure ; l'infection de la chambre antérieure à une abcédation de la cornée ou une inoculation traumatique ou post-opératoire. Les autres atteintes de la chambre antérieure (uvéite antérieure ou iridocyclite) sont inflammatoires même quand elles sont associées à des infections type syphilis, tuberculose, maladie de Lyme etc. Les infections de la chambre postérieure (uvéite postérieure) et celles de la rétine (rétinites, chorioretinites) sont d'origine hématogène ou traumatique (inoculation directe).

Les infections qui entraînent une baisse de l'acuité visuelle sont celles qui provoquent une opacification des milieux transparents de l'œil (chambre antérieure ou postérieure) ou de la cornée. Les atteintes les plus graves sont celles qui peuvent entraîner la perte définitive de la vision : endophtalmie, panophtalmie, rétinite et chorioretinite. Elles nécessitent un avis spécialisé ophtalmologique en urgence et le plus souvent une hospitalisation.

Les douleurs peuvent être liées à une atteinte de la cornée, richement innervée, ou à une uvéite ou une endophtalmie. L'aspect rouge de l'œil est rencontré dans les infections de n'importe quelle structure de l'œil sauf l'atteinte isolée de la rétine.

Les infections péri-oculaires concernent les paupières, le sac lacrymal ou les tissus cellulo-orbitaires (infection de contiguïté), notamment d'origine sinusienne et ne sont pas traitées ici (Cf. T50-2, Chap. 50, E. PILLY 2008).

I. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE (T50-1 Chap. 50, E. PILLY 2008)

Devant un œil rouge et/ou douloureux.

1. Rechercher :

- les circonstances d'apparition : traumatisme, chirurgie, contexte épidémique, foyer infectieux ORL, zona, urétrite... ;
- le port de lentilles cornéennes ;
- une pathologie sous jacente entraînant une immunodépression (VIH, traitement immunosupresseur.....) ;
- une toxicomanie intraveineuse (inoculation de staphylocoque, candida sp...).

2. Examiner le patient :

- atteinte uni ou bi latérale ;
- recherche d'une baisse d'acuité visuelle globale ou amputation du champ visuel ;
- aspect des conjonctives, des larmes, et des paupières ;
- recherche des signes généraux (fièvre) et des signes cliniques d'accompagnement : éruption cutanée, signes ORL ou respiratoires.

3. Un avis spécialisé ophtalmologique (hormis le cas d'une simple conjonctivite) est nécessaire pour :

- examen à la lampe à fente et test à la fluorescéine pour les kératites ;
- examen à la lampe à fente, fond d'œil pour les uvéites antérieures ;
- Fond d'œil pour les atteintes du segment antérieur et postérieur et surtout de la rétine.

Le tableau T50-1 chapitre 50, Pilly 2008 résume les éléments cliniques du diagnostic des infections oculaires :

- conjonctivite ;
- kératite ;
- uvéite antérieure ;
- endophtalmie/panophtalmie ;
- (et rétinite, chorioretinite, qui n'est responsable ni de douleur ni de rougeur).

II. IDENTIFIER LES SITUATIONS D'URGENCE ET PLANIFIER LEUR PRISE EN CHARGE

1. L'ABCES DE CORNEE

- Stade compliqué d'un ulcère cornéen traumatique surinfecté par une bactérie ou un champignon
- Risque évolutif : perforation de la cornée, extension de l'infection à la chambre antérieure, puis fonte purulente de l'œil.
- Conduite à tenir :
 - o prélèvement bactériologique ;
 - o traitement en urgence : collyres antibiotiques en mono ou bi thérapie sans attendre les résultats bactériologiques ;
 - o antibiothérapie par voie générale en cas d'infection sévère (Cf. Endophtalmie).

2. ENDOPHTALMIE, PANOPHTALMIE

- Succèdent à un traumatisme, à un acte opératoire oculaire ou à une bactériémie ou fongémie.
- Y penser devant :
 - o douleurs oculaires importantes,
 - o rougeur de l'œil ;
 - o œdème palpébral et conjonctival ;
 - o baisse rapide de l'acuité visuelle.
- Conduite à tenir
 - o antibiothérapie en urgence : injection intravitréenne associée à antibiothérapie générale (association de 2 antibiotiques à large spectre et/ou bonne diffusion intraoculaire telle que imipénem, fluoroquinolone, acide fusidique et fosfomycine) ;
 - o précédée au mieux d'un prélèvement endo-oculaire par ponction du vitré ou de la chambre antérieure.
- Endophtalmie mycosique, en particulier chez l'héroïnomanie :
 - o symptomatologie moins bruyante ;
 - o Candida le plus souvent en cause ;
 - o intérêt du prélèvement endo-oculaire avec mise en culture sur milieu spécifique ;
 - o traitement par antifongique systémique (fluconazole, amphotéricine B et ses dérivés liposomaux pour le candida, voriconazole pour l'aspergillus); nécessité parfois d'injection intravitréenne d'Amphotéricine B.



POUR EN SAVOIR PLUS

E. PILLY 2008

Chapitre 50