

COMMENT JE TRAITE ... un œil rouge

H. HUVELLE (1), B. DUCHESNE (2), J-M. RAKIC (3)

RÉSUMÉ : Le choix du traitement d'un œil rouge passe préalablement et obligatoirement par un diagnostic différentiel précis, déjà envisagé dans un précédent article. L'œil rouge peut résulter de pathologies bénignes, mais également de pathologies graves qui ne peuvent être négligées et nécessitent une prise en charge en urgence par l'ophtalmologue. C'est le cas d'une kératite, une uvéite, une crise de glaucome ou encore une endophtalmie. Le traitement d'un œil rouge sera simplement symptomatique dans les cas bénins, mais devra absolument avoir une orientation étiologique dans les cas les plus graves. De façon générale, il conviendra de ne jamais prescrire de stéroïde local sans être assuré de l'absence de kératite infectieuse. Par ailleurs, les anesthésiques locaux, toxiques pour la cornée, ne devront jamais être prescrits !

MOTS-CLÉS : *Oeil rouge - Urgence ophtalmologique - Traitement*

HOW I TREAT ... A RED EYE

SUMMARY : Before any initiation of treatment for a red eye, an accurate differential diagnosis must absolutely be done, as considered in a previous article. Red eye can result from benign diseases, but also from serious pathologies which shouldn't be neglected, as they require a rapid ophthalmologist management. This is the case for keratitis, uveitis, acute glaucoma attack, or endophthalmitis. Treatment of red eye will just be symptomatic in benign diseases but, in contrast, will absolutely need an etiological diagnosis and therapeutic approach in more serious cases. Generally speaking, topical steroids should never be prescribed in doubt of infectious keratitis. Moreover, local anaesthetics, because of their toxicity for the cornea, should not be prescribed under any circumstances.

KEYWORDS : *Red eye - Ophthalmologic emergencies - Treatment*

INTRODUCTION

L'œil rouge est un motif fréquent de consultation. Ce symptôme de base peut être provoqué par différentes pathologies, des plus banales aux plus graves, pouvant avoir des conséquences sévères en cas de prise en charge incomplète. Les grands principes du diagnostic différentiel d'un œil rouge ont été rappelés dans un article spécifique paru dans le numéro précédent de cette revue (1). Ils se basent essentiellement sur l'aspect et la localisation de la rougeur (conjonctivale, ciliaire) et sur l'existence de signes ou symptômes associés (larmoiement, prurit, douleur, baisse de l'acuité visuelle, ...) (2-5). Rappelons qu'une injection rougeâtre de type «ciliaire» représente un signe péjoratif, car elle détermine souvent une atteinte plus sévère du segment antérieur de l'œil. De plus, la présence de douleur et/ou d'une baisse concomitante de l'acuité visuelle doit toujours faire suspecter une pathologie plus grave, qui nécessitera souvent une prise en charge ophtalmologique en urgence. Dans cet article dévolu spécifiquement au traitement, nous reprendrons la même structure générale que celle adoptée dans l'article précédent consacré au diagnostic différentiel d'un œil rouge (1). Ce choix délibéré devrait faciliter l'approche, comparative et

complémentaire, du lecteur intéressé par cette problématique fréquente, mais plus complexe qu'il n'y paraît à première vue, de l'œil rouge !

ŒIL ROUGE, PEU OU PAS DOULOUREUX, SANS BAISSÉ D'ACUITÉ VISUELLE

HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE

La cause est généralement idiopathique ou secondaire à un effort de Valsalva. Il faut toutefois toujours exclure trois situations nécessitant une prise en charge plus approfondie :

- La plaie sclérale avec éventuel corps étranger intra-oculaire;
- La poussée hypertensive;
- Le surdosage en traitement anti-coagulant.

Bien que souvent impressionnante pour le patient, l'hémorragie sous-conjonctivale n'a que peu de conséquences et ne nécessite aucun traitement, si ce n'est une lubrification par larmes artificielles en cas de chémosis associé.

CONJONCTIVITE ALLERGIQUE (6)

Le traitement sera principalement local, par instillation d'antihistaminiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et larmes artificielles, éventuellement associé à un antihistaminique *per os* (exemple de traitement : Altrabak® 2x/j + Dicloabak® 2-3x/j). Le simple rinçage au liquide physiologique est préconisé pour les situations pédiatriques.

(1) Assistante clinique (2) Chef de clinique (3) Chef de service, Service d'Ophtalmologie, CHU de Liège.

CONJONCTIVITE INFECTIEUSE (7)

La différenciation clinique entre une atteinte virale ou bactérienne est difficile, mais certains signes ou symptômes peuvent orienter le diagnostic comme décrit dans un article précédent (1). Pour ce qui est du traitement, en cas d'atteinte bactérienne, on choisira empiriquement un antibiotique à large spectre comme la tobramycine ou le chloramphenicol (exemple : Tobrex® 3x/j). Certains auteurs critiquent toutefois l'usage d'antibiotiques topiques étant donné l'évolution souvent spontanément favorable des conjonctivites bactériennes (8). Dans le cas des atteintes virales, l'évolution est également spontanément favorable, mais on peut accélérer le processus en instillant un antiseptique en collyre, associé à un AINS local. (exemple : Désoméline® 3x/jour + Dicloabak® 3x/jour). Il sera également conseillé au patient d'instiller régulièrement des larmes artificielles, voire de réaliser, 2 à 3 x/jour, un lavage de l'œil au liquide physiologique.

CAS PARTICULIER : LA FISTULE CAROTIDO-CAVERNEUSE (9)

Chez le sujet jeune, la fistule carotido-caverneuse est souvent d'origine post-traumatique, mais chez le sujet âgé, le plus souvent féminin, elle peut être spontanée, secondaire à une dysplasie vasculaire. Après une exploration vasculaire approfondie par imagerie médicale, le traitement nécessitera, bien souvent, une embolisation sélective par voie endo-vasculaire.

ŒIL ROUGE DOULOUREUX AVEC BAISSÉ D'ACUITÉ VISUELLE**KÉRATITE**

La kératite peut avoir diverses origines et le traitement sera à la fois symptomatique et, dans toute la mesure, étiologique. L'examen attentif de l'aspect de la cornée pourra déjà orienter le diagnostic qui, au besoin, sera confirmé par des examens et des prélèvements spécifiques, notamment en cas de suspicion de kératite infectieuse (1).

- La kératite traumatique, notamment sur port de lentille de contact (à retirer systématiquement en cas de rougeur oculaire !) ou corps étranger superficiel, nécessitera un traitement par onguent antibiotique associé à des antalgiques généraux. Les anesthésiques locaux, toxiques pour la cornée, ne devront jamais être prescrits ! A but antalgique, une cycloplégie peut être induite par instillation d'atropine 3x/

jour (exemple de traitement : Terramycine® 3x/jour + Cyclogyl® 3x/jour).

- La kératite suite à une exposition aux rayons ultraviolets (ophtalmie des neiges ou coup d'arc) guérit sans aucune séquelle, nécessitant transitoirement une hydratation intense par collyres et onguents.

- La kératoconjonctivite sèche, très fréquente notamment chez le sujet âgé, peut être induite ou aggravée par la prise de médicaments à action parasymphaticolytique (comme beaucoup de médicaments psychotropes). Le traitement repose sur l'instillation répétitive de collyres lubrifiants (larmes artificielles sans agent conservateur).

- Les kératites infectieuses nécessitent un traitement spécifique :

° La kératite à Adénovirus peut compliquer la conjonctivite virale. Elle est caractérisée par de petits infiltrats sous-épithéliaux, appelés «numules», qui peuvent mettre plusieurs mois ou plusieurs années à régresser et induire pendant ce délai une baisse d'acuité visuelle. Un traitement prolongé par stéroïdes locaux peut alors s'avérer nécessaire.

° La kératite herpétique (10), plus rare mais plus grave, montre une lésion épithéliale typique de forme arborescente (ulcère dendritique) ou en carte géographique. Le traitement repose sur l'application d'antiviraux locaux (aciclovir ou ganciclovir) 5x/jour pendant 10 jours. La méconnaissance de ce diagnostic peut entraîner de graves conséquences, notamment en cas d'application à tort de corticostéroïdes locaux sans couverture antivirale, pouvant mener jusqu'à la perforation cornéenne ! De façon générale, il conviendra de ne jamais prescrire de stéroïde local sans être assuré de l'absence de kératite infectieuse.

° La kératite zoostérienne peut compliquer le zona du V1 au stade aigu, consistant en ulcérations cornéennes superficielles d'aspect pseudodendritique et nécessitant l'application d'antiviraux locaux en plus du traitement par voie générale. Le zona ophtalmique peut également se compliquer, à un stade plus tardif, d'une kératite neurotrophique secondaire à l'hypoesthésie cornéenne, nécessitant des traitements par antibiotiques et lubrifiants.

° Les kératites bactériennes (11), mycosiques et parasitaires sont beaucoup plus rares que les kératites virales. Il s'agit généralement d'un abcès cornéen par surinfection d'une ulcération traumatique ou survenant sous une lentille de contact. A l'examen clinique, l'in-

jection ciliaire accompagne une opacification cornéenne avec infiltrat stromal, et l'on peut parfois également observer un niveau de pus dans la chambre antérieure (ulcère à hypopion). La prise en charge en ophtalmologie est urgente, avec prélèvements pour culture et antibiogramme avant instauration d'un traitement. Celui-ci devra faire appel à des collyres à forte concentration, préparés à partir de produits pour injections intraveineuses. Le patient devra donc, dans la majorité des cas, être hospitalisé afin d'intensifier le traitement et de permettre une surveillance clinique régulière. En effet, en cas d'évolution défavorable, de graves complications peuvent survenir, comme l'endophtalmie ou la perforation cornéenne.

UVÉITE ANTÉRIEURE AIGUË (UAA) (12,13)

Le traitement, outre celui de la cause le cas échéant [voir article précédent : (1)], associe une corticothérapie locale par collyre, ou injection sous-conjonctivale dans les cas sévères, à des collyres mydriatiques (par exemple atropine ou cyclopentolate) qui ont un double avantage : ils limitent les synéchies postérieures et jouent un rôle antalgique en diminuant le spasme au niveau du muscle ciliaire. L'évolution sous traitement est généralement rapidement favorable, mais la récurrence est souvent de mise en cas de cause systémique dont les étiologies principales ont été rappelées précédemment (1).

GLAUCOME AIGU PAR FERMETURE DE L'ANGLE (14,15)

Cette pathologie liée à une hypertension aiguë, encore appelée « crise de glaucome », est rare, mais gravissime. Il s'agit d'une urgence absolue car le risque est double : perte fonctionnelle de l'œil atteint par atrophie optique et bilatéralisation de la crise. Le patient doit être hospitalisé et recevoir un traitement par acétazolamide et mannitol par voie intraveineuse, ainsi que des collyres hypotonisants et myotiques, le collyre myotique étant également instillé préventivement dans l'autre œil. Dès que la crise sera jugulée et que l'état local le permettra, une intervention d'extraction du cristallin sera réalisée sur l'œil ayant subi la crise. L'autre œil devra, au minimum, subir une iridotomie préventive, réalisée au laser Yag.

ENDOPHTALMIE (16)

L'endophtalmie est une infection de l'ensemble du globe oculaire, survenant généralement comme complication d'une chirurgie oculaire, d'un traumatisme, ou encore d'un

abcès cornéen. Le patient devra être hospitalisé en urgence : il faudra réaliser une ponction de chambre antérieure avec culture microbiologique. Le traitement consistera en une association d'antibiotiques administrés en intra-vitréen, en intra-veineux et de façon topique. Si l'acuité visuelle est limitée à la perception lumineuse, une vitrectomie sera parfois indiquée.

ŒIL ROUGE DOULOUREUX, SANS BAISSÉ D'ACUITÉ VISUELLE

EPISCLÉRITE / SCLÉRITE (17)

Le traitement de l'épisclérite consistera en l'application d'un stéroïde local (ex : Pred Forte®) 4x/jour suivi d'un schéma dégressif, éventuellement associé à des anti-inflammatoires *per os*. Les stéroïdes locaux sont peu efficaces dans la sclérite et celle-ci nécessitera un traitement général par anti-inflammatoires, une corticothérapie et/ou un traitement immunosuppresseur. Le patient devra également être prévenu de la récurrence fréquente de ces pathologies.

CONCLUSION

Dans la plupart des situations, le médecin généraliste pourra reconnaître, diagnostiquer et traiter les causes de l'œil rouge. En cas de doute, il sera toujours plus prudent de référer le patient à l'ophtalmologue qui pourra réaliser un examen plus complet. Rappelons, avec insistance, que la prescription de corticoïdes locaux devra toujours se faire avec beaucoup de prudence, après exclusion d'une éventuelle atteinte infectieuse de la cornée. Les anesthésiques locaux sont, quant à eux, formellement contre-indiqués dans tous les cas car toxiques pour la cornée et pouvant donner de graves complications en cas d'usage chronique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Huvelle H, Duchesne B, Rakic JM.— Comment j'explore ... le diagnostic différentiel d'un œil rouge. *Rev Med Liège*, 2013, **68**, 593-598.
2. Kanski JJ.— *Clinical ophthalmology : a systematic approach, with expert consult*, 7th edition. Elsevier, Philadelphie, 2011.
3. Gerstenblith AT.— *The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of eye disease*, 5^{ème} édition. Lippincott williams & wilkins, Philadelphie, 2008
4. Jeng BH.— Red eye for the internist: When to treat, when to refer. *Cleve Clin J Med*, 2008, **75**, 137-144.

5. Wirbelauer C.— Management of the red eye for the primary care physician. *Am J Ophthalmol*, 2006, **119**, 302-306.
6. Bielory L.— Ocular allergy overview. *Immunol Allergy Clin N Am*, 2008, **28**, 1-23.
7. Hovding G.— Acute bacterial conjunctivitis. *Acta Ophthalmol*, 2008, **86**, 5-17.
8. Sheikh A, Hurwitz B.— Topical antibiotics for acute bacterial conjunctivitis: Cochrane systematic review and meta-analysis update. *Br J Gen Pract*, 2005, **55**, 962-964.
9. Lamboley JL, Pasquet F, Le Moigne F.— Une cause rare d'exophtalmie. *Rev Méd Int*, 2011, **32**, 638-639.
10. Tullo A.— Pathogenesis and management of herpes simplex virus keratitis. *Eye*, 2003, **17**, 919-922.
11. Limberg MB.— A review of bacterial keratitis and bacterial conjunctivitis. *Am J Ophthalmol*, 1991, **112**, 2S-9S.
12. Chang JH, Wakefield D.— Uveitis, a global perspective. *Ocul Immunol Inflamm*, 2002, **10**, 263-279.
13. Wakefield D, Chang JH, Amjadi S, et al.— What is new HLA-B27 acute anterior uveitis ? *Ocul Immunol Inflamm*, 2011, **19**, 139-144.
14. Saw SM, Gazzard G, Friedman DS.— Interventions for angle-closure glaucoma : an evidence-based update. *Ophthalmology*, 2003, **110**, 1869-1878.
15. Saunders DC.— Acute closed-angle glaucoma and Nd-YAG laser iridotomy. *Br J Ophthalmol*, 1990, **74**, 523-525.
16. Danis RP.— Endophthalmitis. *Ophthalmol Clin N Am*, 2002, **15**, 243-248.
17. Okhravi N, Odufuwa B, McCluskey P, et al.— Scleritis. Major review. *Surv Ophthalmol*, 2005, **50**, 351-363.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr J-M. Rakic, Service d'Ophtalmologie, CHU de Liège, Belgique.
Email : jmrakic@chu.ulg.ac.be