

« J'ai l'œil rouge... est-ce grave docteur? »



Anne Faucher, MD, FRCSC

Présenté dans le cadre de la conférence : *Défis clinique en médecine de famille*, Université de Sherbrooke, octobre 2007

Le cas de Nicolas

Nicolas, âgé de 30 ans, se présente à votre bureau pour un œil rouge et douloureux. Les symptômes ont débuté il y a trois jours et augmentent progressivement depuis.

Au questionnaire, le patient rapporte une vision embrouillée et de la photophobie. Bien qu'il n'ait aucun antécédent médical connu, il avoue avoir des douleurs sacro-lombaires fréquentes.

À l'examen physique, l'acuité visuelle est de 20/50. La pupille est en miosis. Il y a une rougeur ciliaire. La cornée est claire et la tension intraoculaire semble normale.

L'histoire clinique et ces quelques éléments de l'examen ophtalmologique vous font soupçonner une uvéite.

Quelle devrait être l'approche diagnostique de l'œil rouge?

La **Dre Faucher** est professeure agrégée à l'Université de Sherbrooke et œuvre au sein du service d'ophtalmologie du CHU Hôtel-Dieu.

L'approche diagnostique de l'œil rouge

On peut diviser les principales étiologies de l'œil rouge en deux grands types d'atteintes :

- Les atteintes extra-oculaires :

- Les conjonctivites
- Les hémorragies sous-conjonctivales

- Les atteintes oculaires :

- Les kératites
- Les uvéites
- Le glaucome aigu
- La sclérite (plus rare)

Les atteintes oculaires pouvant éventuellement entraîner des séquelles oculaires, elles doivent toujours être suspectées.

Chacune de ces pathologies causent des symptômes cliniques caractéristiques et ont certains facteurs de risque bien connus (tableau 1). Cependant, seules les atteintes oculaires causent de la douleur et une baisse de l'acuité visuelle.

Le questionnaire

Ainsi, une histoire de cas complète, incluant les antécédents médicaux, la recherche de facteurs de risque et la symptomatologie, permet déjà l'élaboration d'un diagnostic différentiel et permet souvent de différencier l'atteinte extra-oculaire de l'atteinte oculaire.

Tableau 1

Les symptômes et les facteurs de risque des pathologies de l'œil

	Conjonctivite	Kératite	Uvéite	Glaucome aigu
Symptômes	Inconfort Picotement Démangeaisons Écoulement	Douleurs ↓Acuité visuelle Photophobie Sensation de CE	Douleurs ↓Acuité visuelle Photophobie	Douleurs ↓Acuité visuelle Halos autour des lumières Céphalée Nausées/ vomissements
Facteurs de risque	IVRS Contact infectieux	Trauma Verres de contact Antécédents de kératite	Collagénoses Spondylarthropathies séronégatives Antécédents d'uvéite	Hypermétropie Antécédents familiaux Début en soirée

Étant la fonction fondamentale de l'œil, la vision est l'élément le plus important de l'examen visuel. Tout trouble de la vision signifie une atteinte de l'intégrité fonctionnelle ou structurelle de l'œil.

L'examen physique

L'examen physique complet est ensuite essentiel au diagnostic. Cependant, certains éléments de l'examen sont particulièrement révélateurs et méritent une attention particulière (tableau 2). La plupart ne nécessitent pas de lampe à fente et peuvent donc être faits par le généraliste, à son bureau.

L'acuité visuelle

Étant la fonction fondamentale de l'œil, la vision est l'élément le plus important de l'examen

visuel. Tout trouble de la vision signifie une atteinte de l'intégrité fonctionnelle ou structurelle de l'œil. Dans le cas de l'œil rouge, une baisse d'acuité visuelle nous oriente donc vers une kératite, une uvéite ou un glaucome aigu.

L'examen des pupilles

On ne trouve jamais d'anomalie pupillaire dans les atteintes extra-oculaires, tandis qu'une atteinte oculaire peut causer certains signes spécifiques.

Ainsi, une inflammation intraoculaire peut causer une miose, soit une petite pupille. La miose est due à une contraction du sphincter de l'iris secondaire à l'inflammation. L'inflammation intraoculaire est bien sûr typique de l'uvéite mais peut aussi se retrouver dans les kératites qui présentent souvent une uvéite secondaire.

Par ailleurs, lors d'un glaucome aigu, on retrouve typiquement une pupille mid-dilatée et fixe. Cela est secondaire à une ischémie du sphincter causée par la pression intraoculaire très élevée.

Tableau 2

Les signes retrouvés dans les principales causes de l'œil rouge

Signes	Conjonctivite	Kératite	Uvéite	Glaucome aigu
Acuité visuelle	Normale	Normale ou diminuée	Normale ou diminuée	Diminuée +++
Pupilles	Normale	Normale ou miose	Normale ou miose	Mid-dilatée fixe
Type de rougeur	Conjonctivale	Ciliaire	Ciliaire	Ciliaire
Cornée	Normale	Atteinte	Précipités kératiques	Floue (œdème)
Chambre antérieure	Normale	Normale ou présence de cellules	Présence de cellules	Étroite
Tension intraoculaire	Normale	Normale	Normale ou diminuée	Très élevée (+++)

L'identification du type de rougeur oculaire

La conjonctive est une membrane muqueuse servant de protection au globe oculaire. Elle commence aux rebords palpébraux supérieurs et inférieurs, tapisse l'intérieur des deux paupières, forme un repli (cul-de-sac) puis recouvre le globe oculaire pour s'insérer au limbe.

Les vaisseaux du segment antérieur de l'œil proviennent des branches musculaires des artères ciliaires antérieures. Ces dernières envoient des extensions vers le limbe pour former le cercle épiscléral.

Ces particularités anatomiques permettent une meilleure compréhension des deux types de rougeur retrouvés dans un contexte d'œil rouge. La rougeur conjonctivale est ainsi une rougeur atteignant la conjonctive elle-même, tant palpébrale que bulbaire. Ce type de rougeur est caractéristique de la conjonctivite. On la met en évidence en éversant la paupière inférieure.

La congestion ciliaire, quant à elle, représente une congestion des vaisseaux épis-

cléraux et est un signe d'une atteinte oculaire. Elle se concentre surtout autour du limbe. Elle peut être diffuse et atteindre toute la circonférence périlimbique ou être localisée. Elle sera localisée dans les kératites périphériques peu à moyennement graves. La rougeur localisée pointe donc directement vers le problème. Il est ainsi très important d'observer l'œil afin de déterminer le type de rougeur trouvé.

La congestion ciliaire représente une congestion des vaisseaux épiscléraux et est un signe d'une atteinte oculaire.



Figure 1. Hyperémie conjonctivale

Rougeur de la conjonctive palpébrale et bulbaire, typique de la conjonctivite.



Figure 2. Congestion ciliaire

Congestion des vaisseaux ciliaires du segment antérieur signant une atteinte oculaire.

L'examen de la cornée

Une atteinte cornéenne est bien sûr typique de la kératite. Elle est souvent visible à l'œil nu et se caractérise par une perte de la clarté ou du lustre de la cornée. La fluorescéine permet également de mettre en évidence certains types de lésions (érosions, dendrites, infiltrats, etc.).

Dans le glaucome aigu, la cornée est généralement très floue, car elle est œdémateuse secondairement à la pression intraoculaire élevée.

La prise de la tension intraoculaire

Cet élément de l'examen est particulièrement important si on soupçonne un glaucome aigu. La tension intraoculaire y est typiquement très élevée (> 50 mmHg). Si un tonomètre n'est pas à votre disposition, la palpation du globe oculaire avec les doigts peut vous donner un bon indice : l'œil sera souple du côté non atteint tandis qu'il sera très ferme du côté présentant le glaucome aigu.

Bref...

Une histoire de cas complète avec une recherche des symptômes suggérant une atteinte oculaire (baisse de vision et douleur) et un examen ophtalmique complet avec la recherche de ces quelques signes cliniques permettent généralement d'arriver à un diagnostic clinique, et ce, même sans lampe à fente. Il vous sera alors possible de débiter le traitement adéquat ou encore de diriger en spécialité les cas nécessitant l'intervention d'un ophtalmologiste, notamment les patients ayant des atteintes oculaires graves (kératite grave, uvéite et glaucome aigu). *Clin*

À retenir...

- L'examen oculaire complet est essentiel et possible, même sans lampe à fente.
- Étant la fonction fondamentale de l'œil, l'acuité visuelle représente l'élément le plus important de l'examen oculaire.
- L'atteinte oculaire est caractérisée par :
 - la douleur;
 - une baisse d'acuité visuelle;
 - une congestion ciliaire.