

L'œil rouge de Lyne : *est-ce grave ou non?*

Il y a quelques semaines, lors d'un sans rendez-vous, j'ai eu l'occasion de superviser l'un des résidents de l'unité de médecine familiale de l'Hôpital Notre-Dame, le Dr Harry-Pierre Lorfilis, et de rencontrer le cas du mois que j'aimerais partager avec vous.

Le cas de Lyne

Lyne, 61 ans, se présente pour une rougeur à l'œil droit et une vision brouillée du même côté. Elle éprouve de la douleur depuis hier soir.

Les symptômes ressentis concernant son œil :

- Elle raconte avoir eu une rougeur accompagnée de douleur à l'œil droit, sans cause associée;
- Elle se plaint de photophobie;
- Elle n'a pas fait de travaux et ne se souvient pas avoir reçu un objet dans l'œil;
- Elle dit avoir une infection des voies respiratoires supérieures avec toux légère et rhinorrhée;
- Aucun écoulement n'a été noté dans son œil au lever;
- Sa vision s'est brouillée de façon progressive jusqu'à ne plus pouvoir lire de cet œil depuis ce matin.

Quelle est la cause de cette rougeur à l'œil?
Quelle investigation faire?



Le Dr **Fournier** est médecin de famille à la Clinique médicale Cadillac et directeur adjoint du Bureau de formation professionnelle continue de l'Université de Montréal.

Ses antécédents personnels

- Hypertension artérielle depuis 10 ans;
- Asthme depuis l'adolescence;
- Maladie de Crohn découverte il y a 12 ans et bien contrôlée seulement avec la diète.

Son état de santé actuel

- Sa tension artérielle est bien contrôlée et elle n'a aucun symptôme cardiovasculaire associé;
- Son asthme est stable avec l'utilisation régulière de sa pompe de corticostéroïdes;
- Elle dit avoir eu des épisodes de selles liquides avec crampes abdominales le mois dernier pour lesquels elle est en attente d'une consultation en gastro-entérologie. Actuellement, elle n'a aucune douleur abdominale.

Sa médication actuelle

- Valsartan 80 mg, un comprimé par jour;
- Salbutamol, deux inhalations au besoin, qu'elle n'utilise pas régulièrement;
- Fluticasone 125 ug, une inhalation deux fois par jour, qu'elle utilise actuellement.

L'examen physique

- Température : 37 °C;
- Tension artérielle : 126/80;
- Pouls : 76 battements par minute;
- Zone oto-rhino-laryngologique : gorge hyperhémée, pas d'adénopathie;
- Cœur et poumons : normaux.

L'examen des yeux

- L'acuité visuelle est de 6 sur 12 à droite et de 6 sur 6 à gauche alors qu'elle n'a aucun trouble de vision connu et ne porte pas de lunettes;

Les diagnostics différentiels de l'œil rouge

- Conjonctivite virale ou bactérienne
- Conjonctivite allergique
- Glaucome aigu
- Uvéite
- Kératite
- Corps étranger
- Hémorragie sous-conjonctivale
- Ptérygion
- Sclérite
- Épisclérite

- L'examen des yeux montre une anisocorie avec une pupille de 5 mm à gauche et de 3 mm à droite;
- La rougeur est de type ciliaire autour de la cornée;
- Le fond d'œil est limité à droite étant donné le diamètre de la pupille et il semble normal à gauche;
- Les mouvements des yeux sont normaux;
- Une épreuve à la fluorescéine sous lumière de Wood ne permet pas de voir de corps étranger ou de captation du colorant.

Quelles sont les étapes de l'évaluation de l'œil rouge?

1. Évaluer l'acuité visuelle et le champ visuel par confrontation;
2. Évaluer le type de rougeur et sa distribution ainsi que la présence de sécrétions;
3. Estimer la mesure des pupilles et leur réactivité à la lumière;
4. Effectuer un fond d'œil;
5. Évaluer les mouvements des yeux et rechercher une atteinte neurologique;
6. Mesurer la tension intra-oculaire avec un tonomètre;
7. Évaluer l'intégrité de la cornée avec la fluorescéine;
8. Si une lampe à fente est disponible, évaluer la chambre antérieure.

Quels sont les signes d'alarme de l'œil rouge à identifier?

Les signes d'alarme de l'œil rouge nécessitant une consultation urgente en ophtalmologie sont :

- La vision brouillée qui ne semble pas se corriger avec

la fente sphénoïdale. Cette condition n'arrive jamais en présence de conjonctivite mais peut se présenter avec un glaucome, une uvéite ou une inflammation de la cornée signalant un problème oculaire sérieux;

- La douleur est associée à la kératite, l'uvéite, le glaucome aigu et la présence de corps étranger. La conjonctivite peut donner une sensation de grattage;
- La photophobie avec diminution du volume de la pupille dans l'iritis;
- Les halos signalant un œdème de la cornée ou d'une élévation de la tension intra-oculaire, comme dans le glaucome;
- La rougeur ciliaire entourant la cornée avec inflammation de la cornée, l'uvéite et le glaucome;
- Les opacités de la cornée peuvent dénoter la présence d'ulcères cornéens ou le glaucome;
- Les pupilles de dimensions différentes, comme dans le cas de l'uvéite ou avec synéchie postérieure;
- La perte de continuité du tissu de la cornée signalant une blessure de la cornée ou une inflammation de cette dernière;
- L'élévation de la tension intra-oculaire peut se retrouver dans le glaucome et également dans l'uvéite;
- Une proptose soudaine ou un déplacement du globe oculaire signalant un trauma oculaire sérieux.

Conclusion du cas de Lyne

Dans le cas de Lyne, la rougeur péricornéenne, la pupille en myosis et la douleur importante avec la photophobie nous orientaient vers une uvéite ou un glaucome. La tension oculaire mesurée à l'urgence était de 15 à droite et de 19 à gauche. De plus, plusieurs indices cliniques et signes à l'examen physique, notamment la diminution de l'acuité visuelle, nous conduisaient vers une condition médicale urgente.

Dans le contexte de la maladie inflammatoire de l'intestin, notre diagnostic le plus probable était une uvéite, et ce, malgré l'absence d'antécédent personnel. Une fois l'œil de Lyne évalué à la salle d'urgence à l'aide de l'examen à la lampe à fente et du tonomètre, le diagnostic d'uvéite a été confirmé par l'ophtalmologiste et la patiente fut immédiatement traitée. *Clin*