

L'œil rouge en médecine générale

The red eye in general practice

S. Godin

Médecine Générale, Mons

RESUME

La « rougeur oculaire » est analysée dans le cadre de la pratique en médecine générale. Après un rappel anatomique et physiologique, les différentes étiologies de rougeur oculaire sont passées en revue. L'accent du travail est mis sur le développement des critères cliniques et anamnestiques (douleur et diminution d'acuité visuelle) faisant suspecter une pathologie grave de l'œil. L'examen systématique de chaque entité est décrit dans les conditions de terrain, à l'aide d'une lumière simple et d'un collyre de fluorescéine. L'attitude du généraliste est détaillée en fonction du degré de sévérité de l'affection, en insistant sur les situations cliniques à référer.

Rev Med Brux 2003 ; 4 : A 324-9

ABSTRACT

Ocular redness is analysed within the framework of the practice in general medicine. The stress of this work is laid on the development of clinical and anamnestic criteria (pain and diminution of visual acuity) which allow to suspect a serious pathology of the eye. The systematic examination of each entity is described under field conditions, using a simple light and fluorescein. The attitude of the general practitioner is detailed according to the degree of severity of the affection, while insisting on the clinical situations to refer to a specialist.

Rev Med Brux 2003 ; 4 : A 324-9

Key words : red eye, general practice

INTRODUCTION

Ce travail concernant la prise en charge de l'œil rouge adopte le point de vue du généraliste. Celui-ci doit dépister rapidement les situations d'urgence, parfois même au domicile du patient, avec des moyens forcément limités. Comment examiner un œil rouge sans microscope ? Que faut-il exclure ? Que peut-on traiter soi-même ? Quand faut-il référer ? Nous tenterons de répondre à ces questions afin de gérer au mieux une telle consultation¹.

L'anamnèse est essentielle dans l'approche de l'œil rouge. Le généraliste s'informerait des antécédents du patient, de son traitement, du caractère brutal uni- ou bilatéral de l'affection, de la coexistence de symptômes généraux comme les nausées, le prurit, les céphalées, la fièvre. Deux signes² sont capitaux : la **douleur** et la diminution de l'**acuité visuelle**. Ils serviront de critères de classification à l'ensemble des pathologies oculaires se rapportant à l'œil rouge. La mesure précise de l'acuité visuelle (A.V.) est moins importante que la comparaison de l'A.V. d'un œil par rapport à l'autre. Un simple test de lecture avec les moyens du bord (un journal, une affiche) permettra d'objectiver la diminution relative de l'acuité visuelle. En cas d'infection ocu-

laire, les sécrétions peuvent être épaisses et donner une fausse impression de diminution d'acuité. Un rinçage oculaire au sérum est donc indispensable avant cette mesure.

L'association d'une douleur oculaire et d'une diminution de l'acuité visuelle fait suspecter une situation potentiellement dangereuse (Tableau 1).

Les différentes hypothèses seront ensuite étayées par un examen clinique détaillé en six points : examen des pupilles, présence de sécrétions, aspect des conjonctives, examen de la cornée, évaluation de la chambre antérieure de l'œil et test à la fluorescéine.

ŒIL ROUGE DOULOUREUX AVEC ACUITE VISUELLE DIMINUEE

Le glaucome aigu par fermeture de l'angle (GAFF)³

La survenue du GAFF s'explique par la conjonction de deux éléments : un **blocage pupillaire** survenant dans un œil **anatomiquement prédisposé**. L'hyperpression oculaire brutale consécutive à l'obstacle à l'écoulement de l'humeur aqueuse menace le nerf optique dans les six heures, avec risque de perte fonc-

Tableau 1 : Diagnostic différentiel de l'œil rouge. Les pathologies les plus fréquentes sont notées en italiques grasses.

	Acuité visuelle normale	Acuité visuelle diminuée
Œil douloureux	Episclérite <i>Traumatisme</i>	Crise de glaucome aigu par fermeture de l'angle Uvéite antérieure aiguë <i>Kératite</i> <i>Traumatisme</i> Sclérite Cellulite orbitaire
Œil non douloureux	<i>Conjonctivite bactérienne</i> <i>Conjonctivite virale</i> <i>Conjonctivite allergique</i> <i>Hémorragie sous-conjonctivale</i> <i>Corps étranger sous-palpébral</i> <i>Traumatisme</i> Cellulite péri-orbitaire	<i>Traumatisme</i>

tionnelle définitive de l'œil en crise. Les signes fonctionnels sont impressionnants. Les plaintes digestives (nausées, vomissements) peuvent dominer le tableau clinique. La douleur oculaire est intense, unilatérale accompagnée de baisse de l'acuité visuelle et de céphalées du côté de l'œil atteint. Le tonus oculaire est très élevé. On observera une **hyperémie péricornéenne** représentant la dilatation des vaisseaux sanguins sur 3 mm entourant la cornée. Ce signe est cliniquement significatif, il fera suspecter une kératite, une uvéite antérieure ou un GAAF. Les **sécrétions** peuvent être absentes. Si elles sont présentes, elles seront claires. La **pupille** est fixée en mydriase. La **cornée** présente des opacités diffuses suite à l'infiltration de l'épithélium par l'humeur aqueuse liée à l'augmentation de tension oculaire. La **chambre antérieure** de l'œil est étroite, aplatie de profil. Le test à la **fluorescéine** est impraticable.

Le généraliste instaurera le plus rapidement possible un inhibiteur de l'anhydrase carbonique (diamox 500 mg en voie veineuse, action rapide en quinze minutes) pour son action hypotensive et hyposécrétoire d'humeur aqueuse. Une hospitalisation s'impose en urgence afin d'instaurer un traitement plus spécialisé et de réaliser une iridectomie ou une iridotomie (laser) dans les premières 24 heures de la crise*.

Kératite

La kératite se présente sous de nombreuses formes cliniques, allant de la simple érosion de cornée sous forme de lésion punctiforme à la perforation. La douleur domine généralement le tableau puisque l'épithélium cornéen est richement innervé. La diminution de l'A.V. dépendra de l'œdème de cornée et de la proximité des lésions par rapport à l'axe optique. Les **sécré-**

tions sont claires, sauf en cas d'infection bactérienne. L'examen **pupillaire** est normal. On peut parfois observer un **cercle péricornéen** signant une infection sévère de l'œil. La **cornée** peut être œdématisée ou présenter une opacification diffuse (kératite des neiges). Les zones de déficit épithélial (érosion, dendrites herpétiques, ulcère) s'imprègnent de **fluorescéine** rehaussée au bleu cobalt, mais une lumière simple suffit au diagnostic. En cas d'infection endophtalmique, la **chambre antérieure** de l'œil sera remplie de pus constituant un hypopion visible à l'œil nu. La kératite est potentiellement très invalidante. Si elle n'est pas rapidement contrôlée, elle peut amincir la cornée, allant jusqu'à la perforer. Même correctement traitée, elle peut engendrer des cicatrices importantes et entraîner une baisse définitive de l'A.V. ou un astigmatisme irrégulier se soldant parfois par une greffe de cornée. Il faut référer rapidement toute kératite sous lentille de contact. Des prélèvements doivent être effectués pour exclure une pathologie amibienne ou mycosique. Aucun collyre antimycosique n'est disponible en médecine générale. En présence d'un hypopion ou d'un ulcère franc de cornée, le patient sera dirigé en milieu spécialisé. En cas de traumatisme, il faut exclure un corps étranger intraoculaire ou la présence d'un corps étranger végétal. Les brûlures chimiques, principalement par produit basique, mettent en péril la fonction visuelle et doivent être référées en urgence après un rinçage abondant de l'œil⁴. En dehors de ces cas graves, le traitement des kératites peut être ambulatoire sans prélèvement avec un collyre antibiotique empirique à large spectre type quinolone et surveillance étroite. Les corticoïdes locaux sont contre-indiqués s'il existe un doute sur l'agent étiologique de la kératite car ils peuvent aggraver les lésions existantes. Les lésions cutanéomuqueuses et l'ulcération dendritique évoquent la kératite herpétique, à traiter par acyclovir local.

Uvéite antérieure aiguë

Les affections touchant l'uvée antérieure se présentent classiquement par un œil rouge, douloureux alors qu'un flou visuel, ainsi qu'une impression de "mouche volante" (myodésopsie) caractérisent plutôt une uvéite postérieure. En fonction de l'étiologie, les deux yeux peuvent être atteints et les récurrences peuvent être séparées par des intervalles libres, même sans traitement. Les poussées d'uvéite surviennent soit toujours du même côté, soit en alternance d'un œil à l'autre. Le diagnostic de certitude de l'uvéite antérieure repose sur la présence de cellules en grand nombre dans la **chambre antérieure** sous forme de poussière

* Le mannitol provoque un gradient de pression osmotique entre les milieux intraoculaires et le système sanguin périoculaire. Son usage est à réserver au milieu hospitalier. Les myotiques locaux ne seront efficaces que si les hypotenseurs généraux ont agi. La pilocarpine est administrée à raison d'une goutte toutes les dix minutes jusqu'à obtenir un œil en myosis, ensuite une goutte quatre fois par jour en entretien jusqu'à l'opération. Les collyres alpha et bêta-bloquants potentialisent l'action du myotique. Il faut noter que l'œil controlatéral doit être traité par myotique également et qu'une iridotomie est indispensable pour les deux yeux. Théoriquement, les médicaments sympathicomimétiques pourront être repris après traitement. La prudence reste de mise malgré tout.

visible dans le faisceau lumineux de la lampe à fente (effet Tyndall). Il ne peut donc pas être posé en médecine générale, sauf si les cellules inflammatoires sédimentent dans l'humeur aqueuse formant un hypopion visible macroscopiquement. L'association des signes cliniques ci-dessous permettra donc au généraliste d'approcher le diagnostic sans être en mesure de le confirmer. La **pupille** est en myosis peu réactif ou est irrégulière si des synéchies iridocristallines sont présentes. On observe une **hyperémie péricornéenne** comme dans la crise de GAAF et la kératite. Les **sécrétions** oculaires sont claires. La **cornée** est claire. Parfois, on peut observer des précipités " en grasse de mouton " (uvéite granulomateuse) à la partie inférieure de la cornée. Le test à la fluorescéine est négatif.

L'association d'une kératite et d'une uvéite antérieure fait suspecter un herpès.

Les uvéites liées aux maladies rhumatismales⁵ sont majoritairement non granulomateuses, aiguës, récidivantes. La présence de synéchies postérieures ou d'un hypopion est fréquente.

Une sarcoïdose doit être suspectée en cas d'association d'une uvéite antérieure (granulomateuse ou pas) avec des yeux secs, une hypertrophie des glandes lacrymales, des synéchies postérieures, des nodules conjonctivaux ou avec une épisclérite.

Les signes extra-ophtalmologiques permettent de diriger la recherche étiologique. L'association fièvre et uvéite évoque une étiologie bactérienne. Les manifestations articulaires, cutanées (vésicule herpétique, érythème noueux), gastro-entérologique (diarrhée), pneumologique (dyspnée), O.R.L. (aphtose, sinusite) doivent être recherchées⁶.

L'uvéite antérieure risque de se compliquer de cataracte et de synéchies iridocristallines engageant le pronostic visuel de l'œil⁷. Le généraliste référera donc au spécialiste pour qu'il confirme le diagnostic, examine l'uvée postérieure, effectue éventuellement une ponction de la chambre antérieure de l'œil et instaure la thérapeutique^{*}. Si le généraliste intervient peu dans la thérapeutique de la crise aiguë, il a un rôle déterminant dans l'approche étiologique de l'uvéite. Un bilan orienté en fonction de l'examen systémique sera donc réalisé.

Sclérite

L'inflammation de la sclère est une maladie destructrice très invalidante généralement due aux maladies systémiques telles que le Wegener, le lupus et la polyarthrite rhumatoïde. La structure anatomique de l'œil se déforme. Les traumatismes chimiques, la goutte, le pseudomonas, la maladie de Lyme et la tuberculose peuvent également déclencher une sclérite. Plusieurs entités cliniques existent : la sclérite est antérieure ou postérieure, nodulaire, diffuse ou nécrosante (scléromalacie perforante). La sclérite est bilatérale dans la moitié des cas. L'oculomotricité oculaire doit

être testée. La douleur est extrêmement intense, diffusant dans tout le crâne jusque dans la mâchoire. L'A.V. est souvent diminuée, surtout dans les atteintes postérieures de la sclère. L'inflammation oculaire se traduit par une rougeur oculaire violacée, avec congestion du réseau vasculaire profond persistant à l'instillation de collyre vasoconstricteur. L'œdème scléral est prononcé. Aucune **sécrétion** n'est présente. La **chambre antérieure** est d'aspect normal. La **pupille** est en myosis si la sclérite se complique secondairement d'une uvéite. La **cornée** est claire. On observe rarement des opacités périphériques. Le test à la **fluorescéine** n'est pas utile. La sclérite est une affection grave, à hospitaliser dans les plus brefs délais pour effectuer un bilan étiologique. Le recours aux corticoïdes oraux et aux immunosuppresseurs s'impose généralement. Dans l'intervalle, un traitement par anti-inflammatoire non stéroïdien soulage le patient.

La cellulite orbitaire

La cellulite survient généralement dans le décours d'une sinusite (ethmoïdale), d'un traumatisme oculaire ou d'une infection endoculaire. Ces affections constituent une porte d'entrée oculaire pour les bactéries (streptocoque, staphylocoque et *haemophilus*). Les diabétiques peuvent développer des cellulites mycosiques. La rougeur oculaire s'étend aux paupières et au tissu péri-orbitaire. La douleur oculaire domine le tableau et l'A.V. peut être diminuée, surtout si l'affection se complique de thrombose du sinus caverneux. Les signes généraux d'infection sont présents (fièvre, transpirations, nausées, migraine). On retrouve un œdème palpébral majeur avec un degré variable d'exophtalmie et une limitation des mouvements oculaires. En cas de thrombose du sinus caverneux, l'examen oculaire est perturbé : pupille dilatée, ophtalmoplégie totale. Une hospitalisation s'impose en urgence afin de réaliser un scanner orbitaire et de mettre en route une antibiothérapie I.V. à large spectre. Les complications sont fréquentes : phlegmon orbitaire, fistulisation, ischémie des nerfs optiques, méningite, thrombose du sinus caverneux, ostéomyélite.

ŒIL ROUGE NON DOULOUREUX ET ACUTE VISUELLE NORMALE

Conjonctivite

La clinique suffit à établir le diagnostic de conjonctivite et l'évolution est rapidement favorable dans la majorité des cas. Une sensation de picotement oculaire

* La thérapeutique consiste en l'administration de mydriatiques locaux (collyre d'atropine 1 % toutes les 12 heures) pour traiter la douleur et prévenir la formation de synéchies. La corticothérapie locale n'est efficace que sur le segment antérieur. Une surveillance ophtalmologique quotidienne est indispensable afin de détecter précocement une kératite ou une hypertonie oculaire induite par les corticoïdes. Par ailleurs, une injection latérobulbaire de corticoïdes peut être envisagée en cas d'uvéite intense. Les uvéites antérieures associées au HLA B27 ou à la sarcoïdose répondent généralement très bien à la corticothérapie locale (95 % des cas). L'utilité des collyres anti-inflammatoires reste fort discutée. Aucun traitement préventif de fond n'a prouvé son efficacité.

domine le tableau clinique mais la conjonctivite n'est pas douloureuse et ne s'accompagne pas de diminution de l'acuité visuelle, sauf en cas d'atteinte cornéenne associée. La **conjonctive** est œdématisée (= chémosis) et peut présenter des pétéchies, des érosions ou des suffusions hémorragiques. L'hyperémie est diffuse ou limitée à la conjonctive palpébrale et il n'y a pas d'atteinte du réseau vasculaire épiscléral. La présence de papilles (bourgeons vasculaires traduisant un afflux de cellules inflammatoires) peut être retrouvée principalement au niveau des culs de sacs conjonctivaux. On constate également une hyperplasie des follicules lymphoïdes (nodules translucides sous-épithélial). Les **sécrétions** sont séreuses, muqueuses ou purulentes. Il faut rechercher systématiquement une atteinte **cornéenne** (kératite ponctue superficielle, lésions dendritiques, abcès) à l'aide du test à la **fluorescéine**. Un retournement des paupières à la recherche d'un corps étranger sera systématique. La **chambre antérieure** et la **pupille** ne sont pas atteintes. Le contexte clinique permet de différencier les différentes entités étiologiques. Une infection récente des voies aériennes, la notion de contagion, la présence de ganglions pré-auriculaires et la bilatéralisation après quelques jours de la conjonctivite sont évocatrices d'une étiologie virale. Les sécrétions sont claires. Une aggravation des symptômes une semaine après le début de l'infection se constate régulièrement et une évolution sur plus de trois semaines est habituelle. Une conjonctivite unilatérale et récidivante évoque une origine herpétique, parfois associée à des vésicules palpébrales. Une hyperémie bilatérale d'emblée associée à des sécrétions purulentes, ou le port de lentilles suggèrent une conjonctivite bactérienne. Si la présentation est d'emblée hyper aiguë et unilatérale, il faudra exclure un chlamydia ou une conjonctivite à gonocoques vu les complications sévères de ces affections (ulcération, abcès et perforation cornéenne)*. La plupart des conjonctivites à inclusion de l'adulte surviennent après un changement de partenaire lors d'un contact avec des sécrétions génitales infectées. Une uréthrite ou des plaintes de vaginite font suspecter un syndrome de Reiter. Des antécédents d'atopie personnelle ou familiale, le caractère saisonnier et récurrent de la conjonctivite, un eczéma des paupières signent la conjonctivite **allergique**⁸. Le prurit est un élément essentiel du diagnostic. On observe de nombreuses papilles à l'examen clinique, les sécrétions sont peu abondantes et muqueuses. Une intolérance à un collyre administré au long court se présentera de la même façon. Même si les tableaux de présentation d'une conjonctivite sont très variés, le diagnostic est facile et un traitement empirique suffit généralement. Cependant en cas d'évolution torpide, de résistance au traitement ou de complications infectieuses, des investigations plus poussées sont nécessaires, comme un frottis des sécrétions. Un corps étranger sous-palpébral, la présence d'un syndrome sec ou d'un irritant local (entropion ou ectropion) induisent une inflammation conjonctivale prolongée. Dans tous les cas, le patient sera informé du risque de contagion et une hygiène rigoureuse sera recommandée pour le médecin et pour son patient : lavage des mains, usage personnel des collyres, pas de piscine. Les soins lo-

caux sont essentiels (nettoyage des paupières avec des compresses stériles et du sérum). La conjonctivite bactérienne se traite par l'instillation de collyre antibiotique à large spectre. De nombreux collyres existent sur le marché. Les préparations à base de gentamicine et de tobramycine sont utilisées en première intention. Les collyres à base de chloramphénicol⁹ sont à proscrire puisque quelques cas d'anémie aplastique ont été décrits sur administration locale. Les onguents troublent la vision et sont réservés à un usage nocturne. Les instillations de fluoroquinolones (cipro- et ofloxacin) devraient être utilisés lors d'infections plus sévères. Les antibiotiques oraux sont inutiles sauf pour les conjonctivites liées aux maladies sexuellement transmissibles. Chez l'adulte ou l'adolescent, la conjonctivite à chlamydia** se traite par 1 g d'azithromycine *per os* 1 x, ou 100 mg de doxycycline 2 x/j pendant une semaine. Le partenaire sera également traité. Le traitement de la conjonctivite à gonocoque de l'adulte consiste en l'administration unique de ceftriazone 1g I.M. ou 500 mg de ciprofloxacine 2 x/j pendant 5 jours. En plus du traitement général, l'œil atteint sera traité localement par de la bacitracine (500 U/g toutes les deux heures)¹⁰. En cas de conjonctivite virale, un collyre antibiotique est fréquemment prescrit pour éviter les surinfections bactériennes. Il semblerait qu'un collyre désinfectant suffit à cet effet. Un traitement par acyclovir en pommade est indiqué pour les conjonctivites herpétiques.

L'éviction de l'allergène est primordiale dans la prise en charge des conjonctivites allergiques. Les antihistaminiques locaux ou *per os* sont efficaces surtout si des symptômes généraux apparaissent (éternuement, congestion nasale). Les inhibiteurs de la dégranulation mastocytaire, topiques, ne sont efficaces qu'après deux semaines de traitement. L'efficacité des collyres anti-inflammatoires est fort discutée.

Hémorragie sous-conjonctivale (HSC)

L'HSC est bien délimitée, d'apparence rouge vif. Elle obscurcit les vaisseaux sanguins sous-jacents et survient brutalement dans un seul œil. L'HSC ne s'accompagne ni de douleur, ni de diminution de l'A.V. Les **conjonctives** ne sont pas infectées, aucune **sécrétion** n'est présente.

L'examen de la **pupille**, de la **cornée** et de la **chambre antérieure** ne montre aucune anomalie.

Le test à la **fluorescéine** est négatif. L'hyperémie régresse spontanément en quelques jours. Le généraliste veillera à exclure une poussée hypertensive ou un

* Le nouveau-né, contaminé lors du passage du col dans 40 % des expositions, est particulièrement exposé à la conjonctivite à chlamydia. Elle survient cinq à quinze jours après la naissance avec gonflement palpébral et sécrétion abondante de pus.

** L'érythromycine est administrée aux nourrissons à la dose de 12,5 mg/kg *per os* quatre fois par jour. L'érythromycine est également utile chez les femmes enceintes ou les jeunes enfants pour éviter une coloration permanente des dents sous quinolones. Le portage maternel doit être éradiqué également.

surdosage en anti-vitamine K. Si l'interrogatoire fait suspecter une plaie sclérale, une radio de l'orbite sera effectuée à la recherche d'un corps étranger intraoculaire profond passé inaperçu.

ŒIL ROUGE DOULOUREUX ET ACUIE VISUELLE NORMALE : L'EPISCLERITE

La douleur est localisée à l'œil, beaucoup moins intense que dans la sclérite¹¹. L'A.V n'est pas atteinte. On peut observer dans certaines formes cliniques des nodules épiscléaux mobilisables dans le plan profond. Ces nodules n'évoluent jamais vers la nécrose. Aucun œdème scléral n'est observé. L'hyperémie oculaire est modérée et ne persiste pas lors de l'instillation de collyre à la néosynéphrine. Aucun **écoulement** n'est observé. L'examen de la **chambre antérieure** et de la **pupille** est sans particularité. Le test à la **fluorescéine** n'est d'aucune aide. La guérison sans séquelle est de règle et aucun traitement ne sera instauré.

TRAUMATISME

Tous les tableaux cliniques peuvent être rencontrés face à un traumatisme : de la lésion la plus banale au traumatisme le plus grave. L'atteinte de l'A.V et la douleur ressentie par le patient dépendront du mécanisme du traumatisme (contusion, brûlure, perforation) et de la cinétique du choc. Les paupières et l'orbite seront explorées à la recherche d'une lésion des voies lacrymales, d'un emphysème sous-cutané, d'un corps étranger (C.E), et d'un trouble oculomoteur. Une hémorragie conjonctivale peut signer une atteinte sclérale.

La **conjonctive** aura un aspect "porcelaine" ou nécrotique en cas de brûlure profonde ou de perforation. Au niveau de la **cornée**, on peut retrouver un C.E superficiel, une érosion, une plaie perforante. L'instillation de **fluorescéine** permet de dépister les perforations cornéennes : la fluorescéine est diluée par l'humeur aqueuse au niveau de la plaie (effet Seidel). Un **écoulement** clair fera penser à une perte d'humeur aqueuse. La diminution de profondeur de la **chambre antérieure** fera suspecter un trauma profond. On observe parfois un hyphéma ou un hypopion en cas de C.E passé inaperçu. La **pupille** peut être déformée ou en mydriase aréactive sur rupture du sphincter. Les lésions extraoculaires seront également à rechercher (traumatisme crânien). L'interrogatoire est fondamental face à un traumatisme. Il permet généralement de deviner la sévérité de l'atteinte oculaire. Le généraliste déterminera la nature de l'agent causal (végétal, métal), le mécanisme de survenue, les signes fonctionnels associés. Le statut vaccinal (tétanos) sera vérifié. La radio standard permet de localiser un C.E radio opaque et le recours au scanner est parfois nécessaire. Toute suspicion de C.E métallique contre-indique l'IRM. Il faut référer en urgence les traumatismes ophtalmiques majeurs comme les plaies sur C.E intraoculaire, les brûlures ou les contusions graves¹² (plaie du globe, hyphéma, arrachement de la base de l'iris). Les traumatismes mineurs (C.E superficiel, érosion de cornée) seront traités en médecine générale par collyre antibiotique, pansement occlusif et cycloplégique au besoin (atténuation des douleurs).

Tableau 2 : Les aspects les plus discriminants sont en caractères gras (N = normal).

	GAAF	Uv. ant. aiguë	Kératite	Conjonctivite	Sclérite	Episclérite	HSC	Cellulite orbitaire
A.V.	↓↓↓	↓	↓ à ↓↓	N	↓↓↓	N	N	N à ↓↓↓
Douleur	+++	+	+ à ++	O	+++	O	O	+ à ++
Conjonctive	Hyperémie périkeratique	Hyperémie périkeratique	Hyperémie périkeratique	Œdématisé chemosis, follicules		Hyperémie focale	Rouge vif	N
Sécrétions	O ou claires	Claires, peu abondantes ou O	Claires ou purulentes	Séreuses, muqueuses purulentes	O	O	O	Claires ou purulentes
Cornée	Opacification diffuse	Généralement claire, précipités	Erosion, ulcération, dendrites	N si conjonctivite seule	N ou opacités périph.	N	N	N
Pupille	Mydriase aréactive	Myosis peu réactif ou irrégulière	N	N	Myosis possible	N	N	Mydriase
Chambre antérieure	Etroite	Hypopion	Hypopion si affection grave	N		N	N	N
Fluorescéine	Non praticable	-	+	-	-	-	-	-
Autre	Tonus oculaire élevé	Signes systémiques	-	Ganglions, prurit	Mvmts oculaires douloureux	Nodules profonds	-	Mvmts douloureux, exophtalmie, T°

CONCLUSION

Déterminer l'étiologie d'une rougeur oculaire n'est pas difficile, à la condition d'être systématique. Une anamnèse bien menée permet au généraliste de suspecter une atteinte potentiellement sévère de l'œil et de formuler une hypothèse de départ¹³. Cette hypothèse sera soumise à un examen clinique complet, systémique et oculaire (Tableau 2). La rigueur clinique permet de compenser la "pauvreté technique" du généraliste.

BIBLIOGRAPHIE

1. Donnell Mc PJ : How do general practitioners manage eye disease in the community. Br J Ophthalmol 1988 ; 72 : 733-6
2. La rédaction prescrire : Diagnostic œil rouge. Rev Prescr 1992 ; 12 : 421-7
3. Chaîne G : Ophtalmologie. Paris, Doin, 2000
4. Saunders Ch, Mary T et al : Current Emergency Diagnosis and Treatment, 4e ed. Prentice Hall International, USA, 1993
5. Wakefield D, Montanaro A : Acute anterior uveitis and HLA-B27. Surv Ophthalmol 1991 ; 3 : 223-32
6. Weiner A, Ben Ezra D : Clinical patterns associated conditions in chronic uveitis. Am J Ophthalmol 1991 ; 112 : 151-8
7. Suttrop-Schulten MS, Rothova A : The possible impact of uveitis in blindness : a literature survey. Br J Ophthalmol 1996 ; 80 : 844-8

8. La rédaction prescrire : Conjonctivite allergique. Rev Prescr 2000 ; 20 : 729
9. Lancaster T, Swart AM, Jick H : Risk of serious haematological toxicity with use of chloramphenicol eye drops in a British general practice database. BMJ 1998 ; 316 : 667
10. Donahue SP, Khoury JM, Kowalski : Common ocular infections : A prescriber's guide. Drugs 1996 ; 52 : 526-40
11. Hara JH : The red eye : diagnosis and treatment. Am Fam Phys 1996 ; 54 : 2423-40
12. Mathew W : In : Mac Cumber, ed. Management of ocular injuries and emergencies. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1998
13. Leibowitz H : The red eye. N Engl J Med 2000 ; 343 : 345-51

Correspondance et tirés à part :

S. GODIN
Rue Lamir 15 A
7000 Mons

Travail reçu le 28 avril 2003 ; accepté dans sa version définitive le 2 juin 2003.