

Items 83 et 187 – Infections et inflammations oculaires

Pr P. Labalette - CHU de Lille

- I. Introduction
- II. Examen d'un œil rouge
- III. Approche diagnostique et thérapeutique des infections et inflammations oculaires

Situations cliniques de départ

Les infections et inflammations oculaires peuvent être évoquées dans les situations cliniques suivantes.

- 16 – Adénopathies uniques ou multiples : association possible avec certaines infections (par exemple bartonellose) et inflammations oculaires (par exemple sarcoïdose).
- 93 – Vésicules, éruption vésiculeuse (cutanéomuqueuse) : association possible avec certaines infections (par exemple herpès) et inflammations oculaires (par exemple maladies bulleuses).
- 138 – Anomalie de la vision : association fréquente avec des infections et inflammations oculaires.
- 139 – Anomalies palpébrales : sources habituelles d'infections et d'inflammations oculaires.
- 141 – Sensation de brûlure oculaire : un des symptômes des conjonctivites.
- 151 – Œdème de la face et du cou : les infections et inflammations de la surface oculaire peuvent s'accompagner d'un œdème palpébral et péri-orbitaire.
- 152 – Œil rouge et/ou douloureux : signes d'appels principaux des infections et inflammations oculaires.
- 168 – Brûlure : source d'infections et d'inflammations oculaires.
- 169 – Morsures et piqûres : sources d'infections et d'inflammations oculaires.
- 170 – Plaie : source d'infections et d'inflammations oculaires.
- 174 – Traumatisme facial : source d'infections et d'inflammations oculaires.
- 178 – Demande/prescription raisonnée et choix d'un examen diagnostique : s'intègre dans l'enquête diagnostique des infections et inflammations oculaires.
- 186 – Syndrome inflammatoire aigu ou chronique : association possible avec certaines infections (par exemple infections systémiques) et inflammations oculaires (par exemple maladies inflammatoires systémiques).
- 203 – Élévation de la protéine C réactive (CRP) : association possible avec certaines infections et inflammations oculaires.
- 223 – Interprétation de l'hémogramme : s'intègre dans l'enquête diagnostique des infections et inflammations oculaires
- 235 – Découverte de diagnostic positif dépistage rapide VIH : possible dans certaines atteintes infectieuses oculaires (par exemple uvéite syphilitique, rétinite à cytomégalovirus, conjonctivite à *Chlamydia*).

- 236 – Interprétation d'un résultat de sérologie : s'intègre dans l'enquête diagnostique des infections et inflammations oculaires.
- 249 – Prescrire des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : s'intègre dans la prise en charge de certaines atteintes inflammatoires oculaires (par exemple sclérite).
- 251 – Prescrire des corticoïdes par voie générale ou locale : s'intègre dans la prise en charge des atteintes oculaires inflammatoires et parfois des atteintes infectieuses.
- 311 – Prévention des infections liées aux soins : en ophtalmologie médicale (par exemple contagiosité de conjonctivites virales, risque infectieux lors des injections intravitréennes) ou chirurgicale (par exemple infections postopératoires).
- 328 – Annonce d'une maladie chronique : de nombreuses infections et inflammations oculaires ont des présentations chroniques (par exemple uvéite de l'arthrite juvénile idiopathique) ou récurrentes (par exemple uvéite liée au terrain HLA-B27).
- 352 – Expliquer un traitement au patient (adulte/enfant/adolescent) : les infections et inflammations oculaires concernent des patients de tous âges.

Hiérarchisation des connaissances

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
Item 83			
A	Diagnostic positif	Connaître les signes de l'interrogatoire et de l'examen clinique	Mode d'apparition/caractéristiques/rechercher baisse d'acuité visuelle/ ATCD et notion de traumatisme ; acuité visuelle/examen de la conjonctive, cornée, iris ; chambre antérieure, conjonctive palpébrale
A	Prise en charge	Conduite à tenir devant un œil rouge douloureux sans baisse d'acuité visuelle	Hémorragie sous-conjonctivale/conjonctivite/épisclérite, sclérite
A	Diagnostic positif	Hémorragie sous-conjonctivale	Sémiologie/étiologies
A	Diagnostic positif	Conjonctivite	Sémiologie/étiologies/traitement
A	Diagnostic positif	Épisclérite, sclérite	Sémiologie/étiologies
B	Prise en charge	Conduite à tenir devant un œil rouge douloureux avec BAV	Kératite/uvéite antérieure/glaucome aigu GFA/infection postopératoire
A	Diagnostic positif	Kératite	Sémiologie/étiologies/traitement
A	Diagnostic positif	Uvéites (uvéite antérieure, postérieure ou panuvéite)	Sémiologie/étiologies
B	Examens complémentaires	Prélèvement conjonctival	Dans le cadre de conjonctivite sévère ou kératite
B	Prévalence, épidémiologie	Connaître la fréquence et les facteurs aggravants de la sécheresse oculaire	
B	Prise en charge	Connaître les traitements de la sécheresse oculaire	
A	Prise en charge	Connaître les indications et contre-indications des collyres anesthésiques, antibiotiques et corticoïdes	
Item 187			
A	Définition	Définition de l'urticaire	
B	Éléments physiopathologiques	Bases physiopathologiques de l'urticaire	

Rang	Rubrique	Intitulé	Descriptif
A	Diagnostic positif	Savoir diagnostiquer une urticaire superficielle et profonde	
A	Contenu multimédia	Savoir reconnaître une urticaire	Photo de plaques œdémateuses d'urticaire
A	Identifier une urgence	Savoir reconnaître une anaphylaxie	
A	Étiologies	Connaître les principales causes de l'urticaire	Urticaires physique, de contact, alimentaires, médicamenteuses, infectieuses
A	Prise en charge	Connaître le traitement d'une urticaire aiguë	
B	Éléments physiopathologiques	Connaître les facteurs responsables de l'atopie	Facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux
A	Diagnostic positif	Connaître les aspects cliniques de la dermatite atopique en fonction du stade et son mode évolutif	
A	Contenu multimédia	Savoir reconnaître une dermatite atopique	Photo d'une dermatite atopique du nourrisson en poussée
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître les principales complications de la dermatite atopique	
A	Prise en charge	Connaître les grands principes du traitement de la dermatite atopique	
B	Éléments physiopathologiques	Physiopathologie de l'eczéma de contact	
A	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques d'un eczéma aigu	
A	Contenu multimédia	Savoir reconnaître un eczéma aigu	Photo d'un eczéma aigu
A	Étiologies	Connaître la démarche diagnostique étiologique dans un eczéma de contact et les principaux allergènes responsables	
B	Examens complémentaires	Connaître le principe, la technique et l'interprétation des tests épicutanés	
A	Prise en charge	Connaître les grands principes du traitement d'un eczéma de contact	

I. Introduction

Les infections et inflammations oculaires sont un motif fréquent de consultation en ophtalmologie. Dans ces situations, c'est habituellement l'apparition ou le constat d'un œil rouge plus ou moins douloureux qui constitue le signe d'alerte important et qui amène à consulter. Face à ce tableau clinique, le défi pour le clinicien sera de savoir distinguer ce qui n'est pas inflammatoire, de repérer l'infection qui requiert de principe un traitement spécifique et, surtout, de différencier une pathologie bénigne d'une pathologie grave qui menace la fonction visuelle et nécessite une prise en charge urgente (glaucome aigu par fermeture de l'angle, infection postopératoire, corps étranger intraoculaire [CEIO], uvéite, kératite aiguë).

II. Examen d'un œil rouge

A. **Ⓐ** Interrogatoire

L'interrogatoire a pour objectif de :

- préciser le mode d'apparition et les caractéristiques de la rougeur oculaire :
 - premier épisode ou événement récurrent,
 - survenue récente ou ancienne (évolution aiguë ou chronique), installation brutale ou progressive, d'emblée ou avec un intervalle libre par rapport à un événement local ou général identifié,
 - unilatérale ou bilatérale soit d'emblée, soit de manière séquentielle;
- préciser la notion de douleur, son type et son intensité :
 - douleurs superficielles : modérées, à type de sensation de corps étranger (poussières ou grains de sable), de picotements ou de brûlures, voire de démangeaisons, évoquant une conjonctivite, ou plus importantes, accompagnées d'une photophobie, d'un larmoiement et d'un blépharospasme évoquant une kératite aiguë,
 - douleurs plus profondes, de type ciliaire : modérées, évoquant une uvéite antérieure ou une épisclérite, ou intenses, avec des irradiations dans le territoire du trijumeau évoquant une sclérite ou un glaucome aigu;
- rechercher une baisse d'acuité visuelle : l'absence de baisse d'acuité visuelle oriente vers une conjonctivite, une hémorragie sous-conjonctivale, plus rarement une tumeur de la surface oculaire ou encore une épisclérite;
- préciser les antécédents ophtalmologiques et généraux, les traitements en cours, notamment topiques, l'âge et la profession du patient;
- rechercher une notion de traumatisme et les conditions de survenue (accident domestique ou du travail);
- rechercher les signes associés locaux (prurit, sécrétions, etc.), régionaux (exophtalmie, œdème orbitaire et palpébral, adénopathies, etc.) et généraux (céphalées, fièvre, manifestations ORL, etc.).

B. Examen clinique oculaire

L'examen est bilatéral et comparatif. Trois niveaux d'examen physique sont à considérer selon l'équipement à disposition : examen externe en lumière ambiante et avec une source lumineuse additionnelle, examen à l'aide d'un système grossissant couramment disponible pour faciliter l'analyse (optique type loupe ou numérique type tablette ou smartphone) et examen ophtalmologique à la lampe à fente.

1. Acuité visuelle

L'acuité visuelle est mesurée de loin et de près, avec correction optique éventuelle.

2. Conjonctive bulbaire et paroi du globe

L'aspect, l'étendue et la topographie de la rougeur oculaire sont analysés :

- en nappe d'aspect hémorragique : hémorragie sous-conjonctivale. Fréquente, banale, habituellement unilatérale, indolore ou n'induisant qu'une sensation de tension locale lorsqu'elle est conséquente (patient sous anticoagulants par exemple), elle se présente sous la forme d'une tache hématique de couleur variant selon l'épaisseur du dépôt (fig. 6.1). Elle régresse en quelques semaines sans traitement mais doit faire rechercher une anomalie

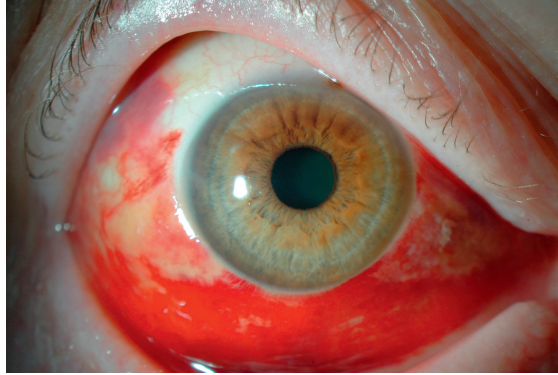


Fig. 6.1. Hémorragie sous-conjonctivale spontanée en flaque.

vasculaire locale ou une hypertension artérielle méconnue. Dans un contexte traumatique, une plaie de la conjonctive et du globe oculaire doit être systématiquement recherchée (fig. 6.2). Au moindre doute, un scanner orbitaire sera demandé à la recherche d'un CEIO passé inaperçu. L'IRM est contre-indiquée tant que l'hypothèse d'un corps étranger métallique n'est pas formellement écartée ;

- diffuse et superficielle : conjonctivite ;
- en secteur : épisclérite et sclérite ;
- autour du limbe sclérocornéen : vasodilatation concentrique des vaisseaux conjonctivaux limbiques, péricornéens sur 360° = cercle périkeratique (fig. 6.3) : kératite aiguë ; vasodilatation plus profonde = injection ciliaire : uvéite antérieure (fig. 6.4) ; vasodilatation superficielle pressionnelle = en tête de méduse : fistule artérioveineuse (fig. 6.5).



Fig. 6.2. Plaie de globe créée par la pénétration intraoculaire d'un corps étranger et compliquée d'une endophtalmie (hypopion).

3. Cornée

Il faut :

- apprécier sa transparence : perte de transparence avec aspect grisâtre (œdème) ou blanchâtre (abcès, infiltrat inflammatoire stérile) ;
- analyser sa sensibilité en la touchant délicatement avec un élément stérile souple et moussé ;
- repérer la présence d'un corps étranger à sa surface (fig. 6.6) ;
- rechercher la présence de dépôts sur sa face postérieure : dépôts rétrocornéens (aussi appelés rétrodescemétiques) au cours des uvéites ou de certaines kératites stromales.

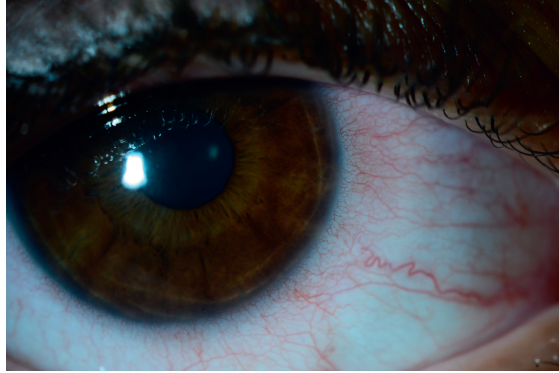


Fig. 6.3. Cercle périkeratique.



Fig. 6.4. Injection ciliaire profonde.

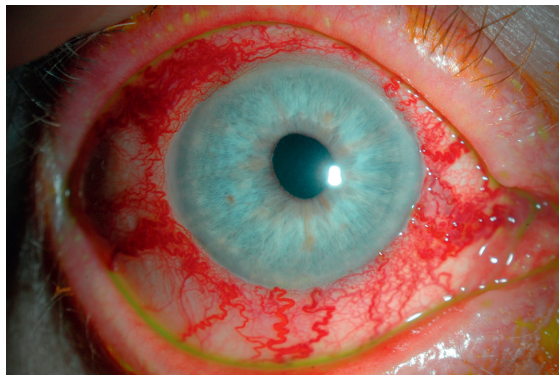


Fig. 6.5. Dilatation vasculaire en tête de méduse.

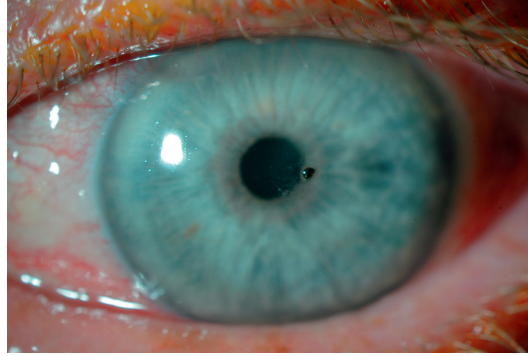


Fig. 6.6. Corps étranger cornéen superficiel métallique.

4. Examen de la conjonctive palpébrale

L'examen recherche :

- des follicules (conjonctivite infectieuse virale ou bactérienne, fig. 6.7), des papilles (conjonctivite allergique de type printanière, fig. 6.8) ou une fibrose conjonctivale séquellaire ;
- un corps étranger sous la paupière supérieure en retournant la paupière de manière systématique pour s'exposer la conjonctive tarsale.

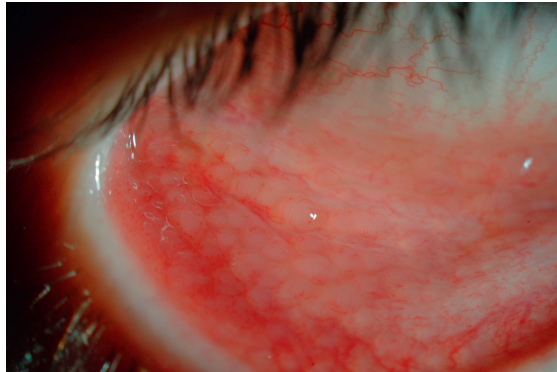


Fig. 6.7. Conjonctivite folliculaire inférieure.

Présence de follicules (hyperplasies lymphoïdes de la conjonctive cernées par des vaisseaux).

5. Examen de la surface oculaire après instillation d'un collyre à la fluorescéine (colorant orange) dans le cul-de-sac conjonctival

B L'examen recherche des altérations de l'épithélium cornéen (abrasion ou ulcération) lors de l'éclairage avec une lumière bleue. L'addition d'un filtre jaune facilite encore leur mise en évidence. L'épithélium cornéen normal ne retient pas la fluorescéine qui, en revanche, se fixe sur le stroma dans les zones où l'épithélium est lésé ou défectueux ; les altérations apparaissent vertes en lumière bleue. Leur aspect, leur nombre et leur localisation orientent le diagnostic :

- une ulcération cornéenne unique et régulière évoque un traumatisme (fig. 6.9) ;
- une ulcération localisée avec une zone blanche adjacente évoque une kératite infectieuse bactérienne ou fongique avec un abcès de cornée, mais peut parfois aussi correspondre à une infiltration inflammatoire stérile ;

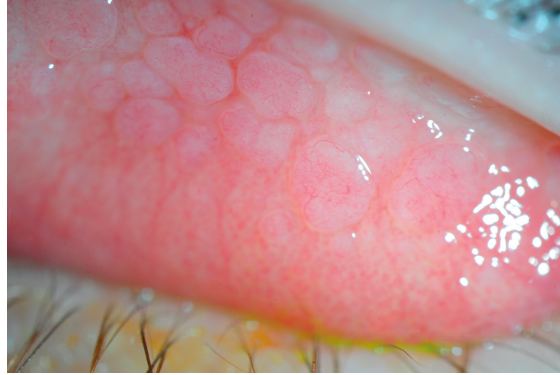


Fig. 6.8. Volumineuses papilles sur la conjonctive palpébrale supérieure (surélévations pédiculées de la conjonctive centrées par un vaisseau).

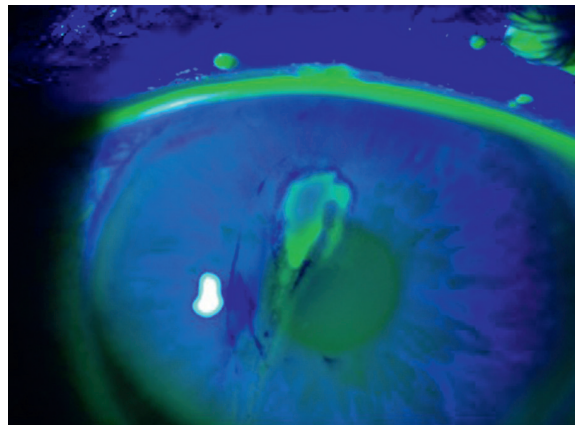


Fig. 6.9. Ulcération traumatique par allumette avec fluorescéine en lumière bleue.

- un ulcère dendritique évoque une kératite herpétique ;
 - de petites altérations épithéliales disséminées (kératite ponctuée superficielle [KPS]) évoquent en premier lieu un syndrome sec oculaire ou, dans un contexte aigu, les lésions cornéennes initiales d'une kératoconjonctivite à adénovirus ;
 - des lésions linéaires (fig. 6.10) font rechercher un petit corps étranger passé inaperçu sous la paupière supérieure qui devra être retiré.
- Ⓐ Dans ces situations, chez un patient algique, photophobe et larmoyant, l'addition ponctuelle d'une goutte de collyre anesthésique pour le temps de l'examen facilitera grandement l'observation clinique.

6. Examen de la chambre antérieure

- Ⓐ L'examen a pour objectif :
- d'en apprécier la profondeur. Une chambre antérieure étroite ou plate plaide pour un glaucome aigu ou une hypotonie par plaie perforante, et une chambre antérieure trop profonde pour un recul du bloc ciliocrystallinien avec déchirure de l'angle ;
 - de rechercher à la lampe à fente les signes inflammatoires de l'uvéite antérieure (précipités rétrocornéens, effet Tyndall, hypopion – fig. 6.11 – membrane cyclitique ou bouchon de fibrine).

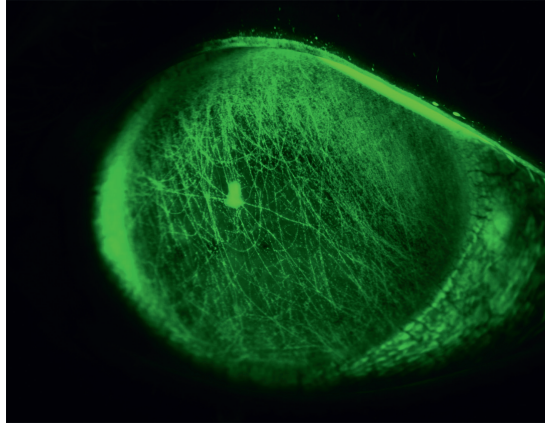


Fig. 6.10. Éraillures cornéennes linéaires par corps étranger sous-palpébral supérieur avec fluorescéine en lumière bleue et filtre jaune.

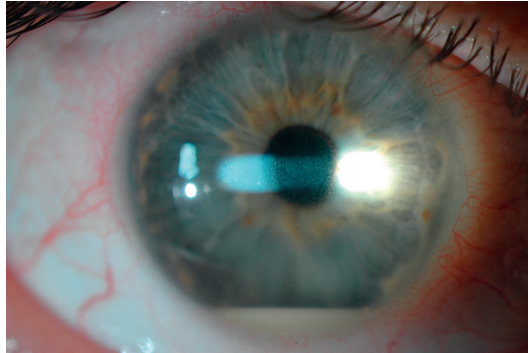


Fig. 6.11. Effet Tyndall et hypopyon au cours d'une uvéite antérieure aiguë.

7. Examen de l'iris et de la pupille

- Ⓐ L'examen recherche :
- la présence de synéchies iridocristalliniennes, qui marque l'uvéite ou l'antécédent d'uvéite ;
 - une atrophie irienne sectorielle en faveur d'une origine herpétique ou traumatique ;
 - un myosis relatif, souvent présent dans l'uvéite antérieure aiguë et même parfois dans la kératite sévère ;
 - une semi-mydriase aréflexique, fréquente au cours du glaucome aigu par fermeture de l'angle.

8. Mesure de la pression intraoculaire

Cette mesure est effectuée au tonomètre à air ou à aplanation, ou simplement estimée par un palper bidigital transpalpébral en l'absence d'instrument de mesure.

Une hypertonie évoque un glaucome aigu par fermeture de l'angle, un glaucome néovasculaire ou une uvéite hypertensive.

Une hypotonie fait craindre une plaie oculaire transfixiante et il faut dans ce cas rechercher un signe de Seidel, c'est-à-dire une fuite d'humeur aqueuse qui va laver le film de fluorescéine.

9. Examen du fond d'œil

Après dilatation pupillaire par le tropicamide, l'examen du fond d'œil sera pratiqué devant toute pathologie pouvant s'accompagner d'une atteinte vitréenne ou rétinienne. Ainsi, la recherche d'une uvéite postérieure doit être systématique dès lors qu'il existe un tableau d'uvéite antérieure.

III. Approche diagnostique et thérapeutique des infections et inflammations oculaires

A L'approche diagnostique générale devant un œil rouge est schématisée dans la figure 6.12.

Après avoir recherché les éléments contextuels importants (notion de traumatisme physique, chimique ou thermique récent, d'antécédent de chirurgie, d'anomalies orbitaires ou palpébrales, de traitements locaux en cours) pour extraire ces situations particulières de la démarche générale, l'orientation se fait ensuite en fonction de la localisation et de l'aspect de la rougeur oculaire, et se fonde également sur l'existence de signes associés qui peuvent parfois être au premier plan du tableau clinique et sont évocateurs de certains diagnostics. Ainsi, le constat d'un œil rouge sans baisse d'acuité visuelle est habituellement le fruit d'une atteinte pariétale ne touchant pas l'axe optique cornéen, tandis que la survenue d'une baisse d'acuité visuelle sur un œil infecté ou inflammatoire provient d'un trouble des milieux sur l'axe visuel ou d'une lésion rétinienne centrale.

C Néanmoins, rappelons que la subjectivité du ressenti douloureux et la pluralité des formes anatomiques sont la source d'exceptions dans une conduite à tenir catégorielle volontairement simplificatrice.

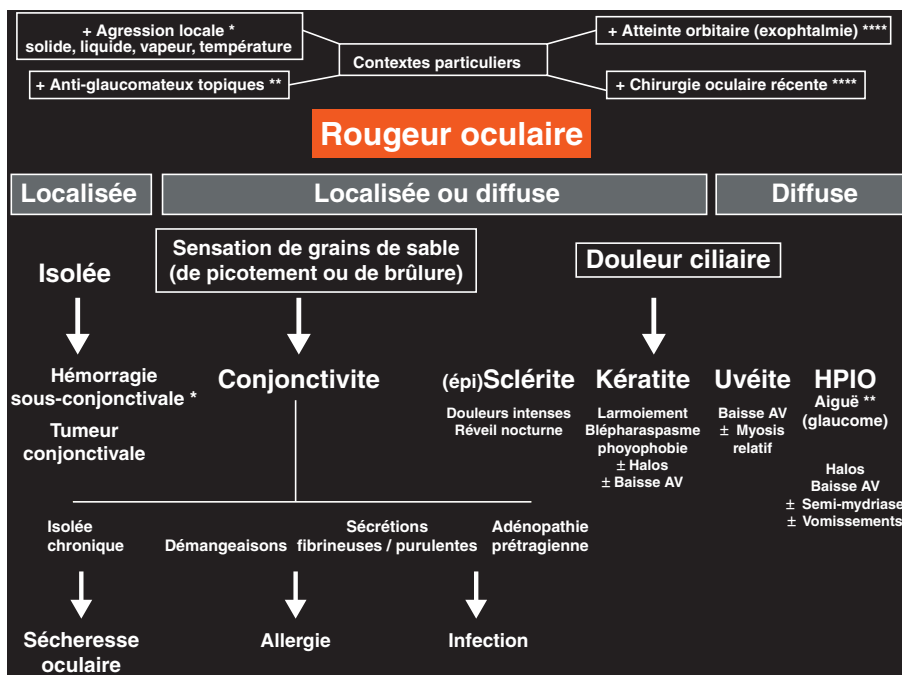


Fig. 6.12. Approche diagnostique générale devant un œil rouge.

¹ Voir chapitre 11 ; ² voir chapitres 14, 16, 17, 21 ; ³ voir chapitre 22 ; ⁴ voir chapitres 10, 13, 14. AV : acuité visuelle ; HPIO : hypertension intraoculaire.