

CHAPITRE 6: Items 83 et 187 Infections et inflammations oculaires

Pr P. Labalette, CHU de Lille

Plan du chapitre

- I 109 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).
- 34 – Douleur aiguë postopératoire : douleur aiguë associée à une endophtalmie postopératoire.
- 35 – Douleur chronique : douleur chronique post-zostérienne ophtalmique.
- 62 – Trouble de la déglutition et fausse route : dysphagie dans le cadre d'une pemphi-goïde cicatricielle.
- 78 – Acné : sécheresse oculaire associée au traitement de l'acné par isotrétinoïne.
- 82 – Bulle, éruption bulleuse : conjonctivites associées aux maladies bulleuses.
- 93 – Vésicules, éruption vésiculeuse (cutanéomuqueuse) : association possible avec certaines infections (par exemple herpès) et inflammations oculaires (par exemple maladies bulleuses).
- 127 – Paralysie faciale : kératopathie d'exposition associée à la paralysie faciale.
- 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.
- 155- Rhinorrhée : conjonctivites associées aux rhinorrhées allergiques ou infectieuses. 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.
- 110 186 – 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, diagnostic positif, dépistage rapide VIH : possible dans certaines atteintes infectieuses oculaires (par exemple uvéite syphilitique, rétinite à cytoméga-lovirus, 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 et descriptif
A	Identifier une urgence	Savoir reconnaître une anaphylaxie
B	Pré+valence, épidémiologie	Connaître la fréquence et les facteurs aggravants de la sécheresse oculaire
B	Physiopathologie	Bases physiopathologiques de l’urticaire
B	Physiopathologie	Connaître les facteurs responsables de l’atopie : facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux
B	Physiopathologie	Physiopathologie de l’eczéma de contact
A	Définition	Définition de l’urticaire
A	Diagnostic positif	Connaître les signes de l’interrogatoire et de l’examen clinique : mode d’apparition/caractéristiques/rechercher baisse d’acuité visuelle/antécédents et notion de traumatisme; acuité visuelle/examen de la conjonctive, cornée, iris; chambre antérieure, conjonctive palpébrale
A	Diagnostic positif	Hémorragie sous-conjonctivale : sémiologie/étiologies
A	Diagnostic positif	Conjonctivite : sémiologie/étiologies/traitement
A	Diagnostic positif	Kératite : sémiologie/étiologies/traitement
A	Diagnostic positif	Uvéites (uvéite antérieure, postérieure ou panuvéite) : sémiologie/étiologies
A	Diagnostic positif	Épisclérite, sclérite : sémiologie/étiologies/traitement
A	Diagnostic positif	Connaître les signes cliniques d’un eczéma aigu
A	Diagnostic positif	Savoir diagnostiquer une urticaire superficielle et profonde
A	Diagnostic positif	Connaître les aspects cliniques de la dermatite atopique en fonction du stade et son mode évolutif
A	Étiologies	Connaître les principales causes de l’urticaire : urticaires physique, de contact, alimentaires, médicamenteuses, infectieuses
A	Étiologies	Connaître la démarche diagnostique étiologique dans un eczéma de contact et les principaux allergènes responsables
A	Prise en charge	Conduite à tenir devant un œil rouge douloureux sans baisse d’acuité visuelle : hémorragie sous-conjonctivale/conjonctivite/épisclérite, sclérite
A	Prise en charge	Connaître les indications et contre-indications des collyres anesthésiques, antibiotiques et corticoïdes
A	Prise en charge	Connaître le traitement d’une urticaire aiguë
A	Prise en charge	Connaître les grands principes du traitement de la dermatite atopique
A	Prise en charge	Connaître les grands principes du traitement d’un eczéma de contact
B	Prise en charge	Conduite à tenir devant un œil rouge douloureux avec BAV : kératite/uvéite antérieure/glaucome aigu GFA/infection postopératoire
B	Prise en charge	Connaître les traitements de la sécheresse oculaire
B	Suivi et/ou pronostic	Connaître les principales complications de la dermatite atopique
B	Examens complémentaires	Prélèvement conjonctival : dans le cadre de conjonctivite sévère ou kératite
B	Examens complémentaires	Connaître le principe, la technique et l’interprétation des tests épicutanés

Rang	Rubrique	Intitulé et descriptif
B	Examens complémentaires	Connaître les examens complémentaires à réaliser pour le diagnostic d’une trichomonose, d’une infection à <i>Chlamidia trachomatis</i> et <i>Neisseria gonorrhoeae</i>
A	Contenu multimédia	Savoir reconnaître une urticaire : photo de plaques œdémateuses d’urticaire
A	Contenu multimédia	Savoir reconnaître une dermatite atopique : photo d’une dermatite atopique du nourrisson en poussée
A	Contenu multimédia	Savoir reconnaître un eczéma aigu : photo d’un eczéma aigu

111

Vignette clinique de départ

Une patiente de 22 ans se présente en consultation de médecine générale pour une rougeur oculaire bilatérale et diffuse survenue depuis 24 heures. Elle ressent une gêne oculaire modérée, comme si elle avait des « grains de sable dans les yeux », des picotements et une sensation de brûlure, mais ne présente pas de baisse d’acuité visuelle.

1. Quel diagnostic générique proposez-vous en première intention ?
2. Quel diagnostic étiologique proposez-vous si on ajoute au tableau initial la notion de prurit oculaire ?
3. Quel diagnostic étiologique proposez-vous si on ajoute au tableau initial la notion de sécrétions claires et d’hémorragies conjonctivales bilatérales ?
4. Quel diagnostic étiologique proposez-vous si on ajoute au tableau initial la notion de sécrétions purulentes et de cils collés en poils de pinceau ?

112 Réponses :

1. L’association d’une rougeur oculaire diffuse sans baisse d’acuité visuelle et d’une sensation de corps étranger superficiel à type de « grains de sable » permet de porter le diagnostic de conjonctivite.
2. La notion de prurit ou de démangeaison oculaire est retrouvée en cas de conjonctivite allergique.
3. L’existence de sécrétions claires et d’hémorragies conjonctivales sans contexte traumatique est en faveur d’une conjonctivite virale. Dans ce cadre, une adénopathie prétragienne est fréquemment retrouvée.
4. Une production abondante de sécrétions purulentes qui envahissent les larmes et s’agglutinent au niveau des cils pour leur donner un aspect de « poils de pinceau » signe la conjonctivite infectieuse d’origine bactérienne.

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 larmolement 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 (e-fig. 6.1) 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);
- 113 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'extension et la tonalité de la conjonctive oculaire sont analysés :

- en l'absence 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 hémorragique de couleur variant selon l'épaisseur du dôme (fig. 6.2, e-fig. 6.3, fig. 6.4). Elle régresse en quelques semaines sans traitement mais doit faire rechercher une anomalie 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. 6.5, e-fig. 6.6 à e-fig. 6.8). 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;

A

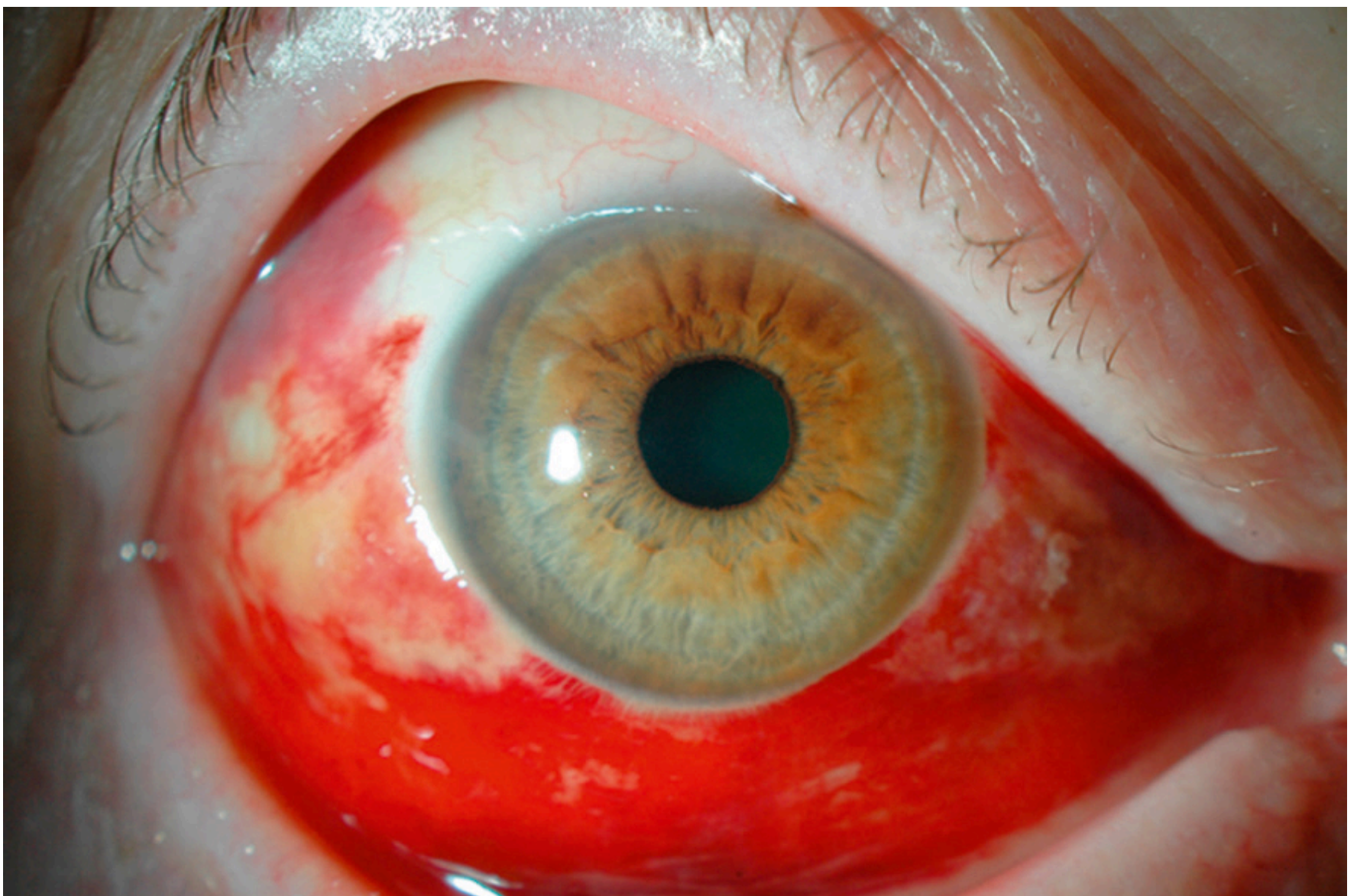


FIG. 6.2 Hémorragie sous-conjonctivale spontanée en flaque.

A

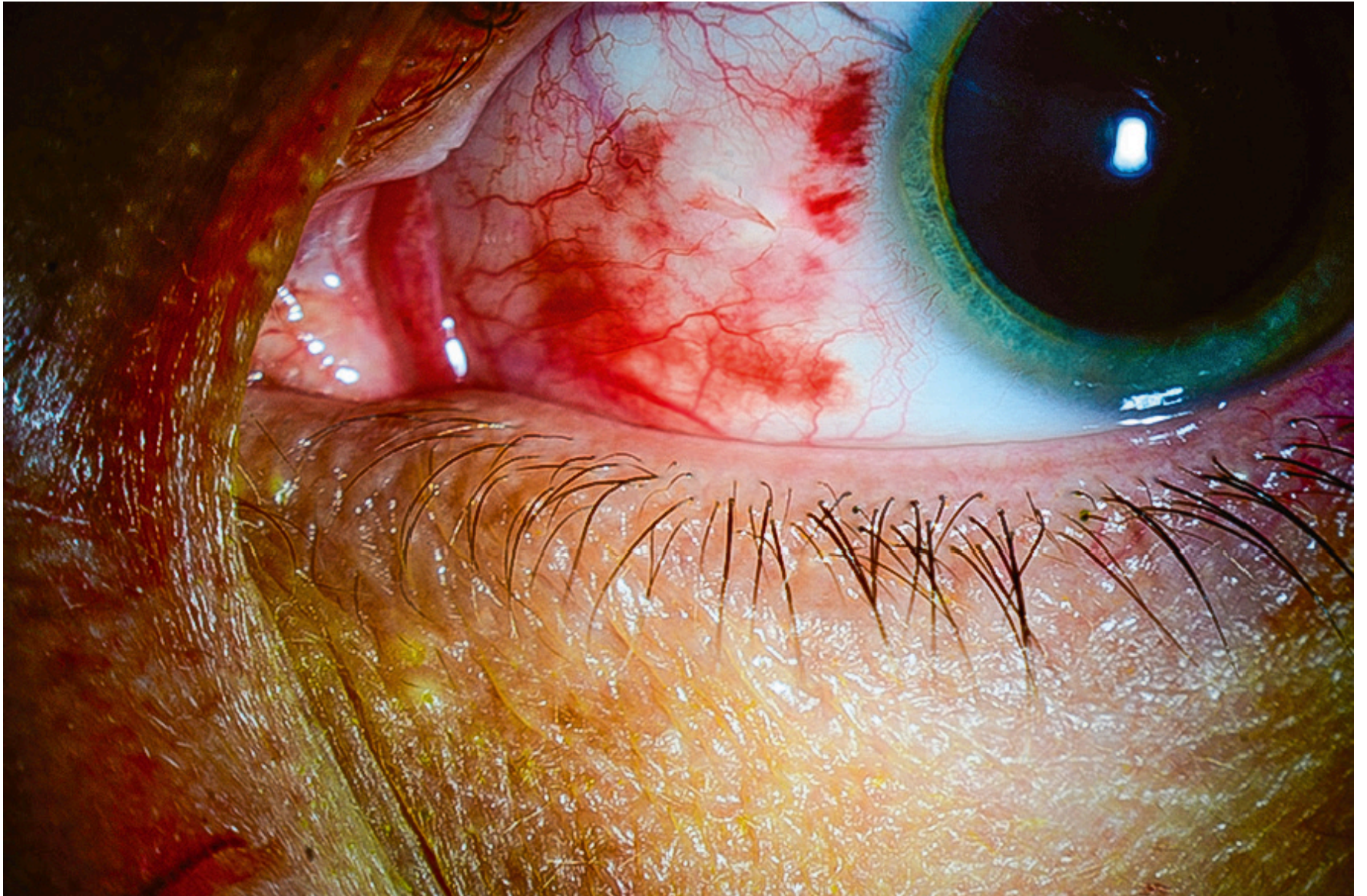


FIG. 6.4 œil rouge traumatique avec porte d'entrée d'un corps étranger intraoculaire postérieur.

A

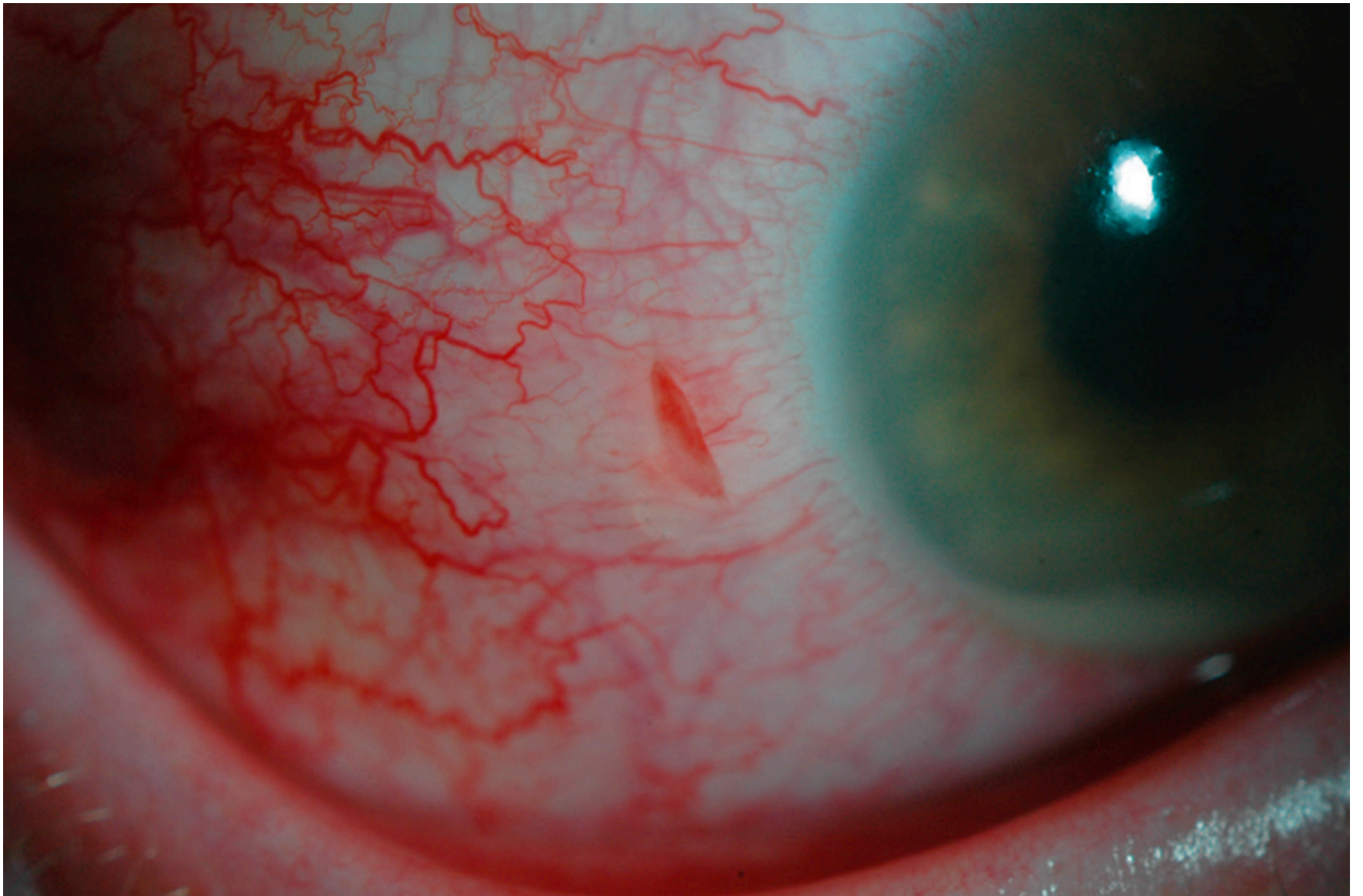


FIG. 6.5 Plaie de globe créée par la pénétration intraoculaire d'un corps étranger et compliquée d'une endophtalmie (hypopion).

- diffuse et superficielle : conjonctivite;
- en secteur : énisclérite et sclérite;
- autour du limbe sclérocornéen : vasodilatation concentrique des vaisseaux conjonctivaux limbiques, péricornéens sur 360° = cercle périkeratique (**fig. 6.9**) : kératite aigue; vaso-gilatation plus nrofonde = injection ciliaire : uvéite antérieure (**fig. 6.10**); vasodilatation superficielle pressionnelle = en tête de méduse : fistule artérioveineuse (**fig. 6.11**).

A

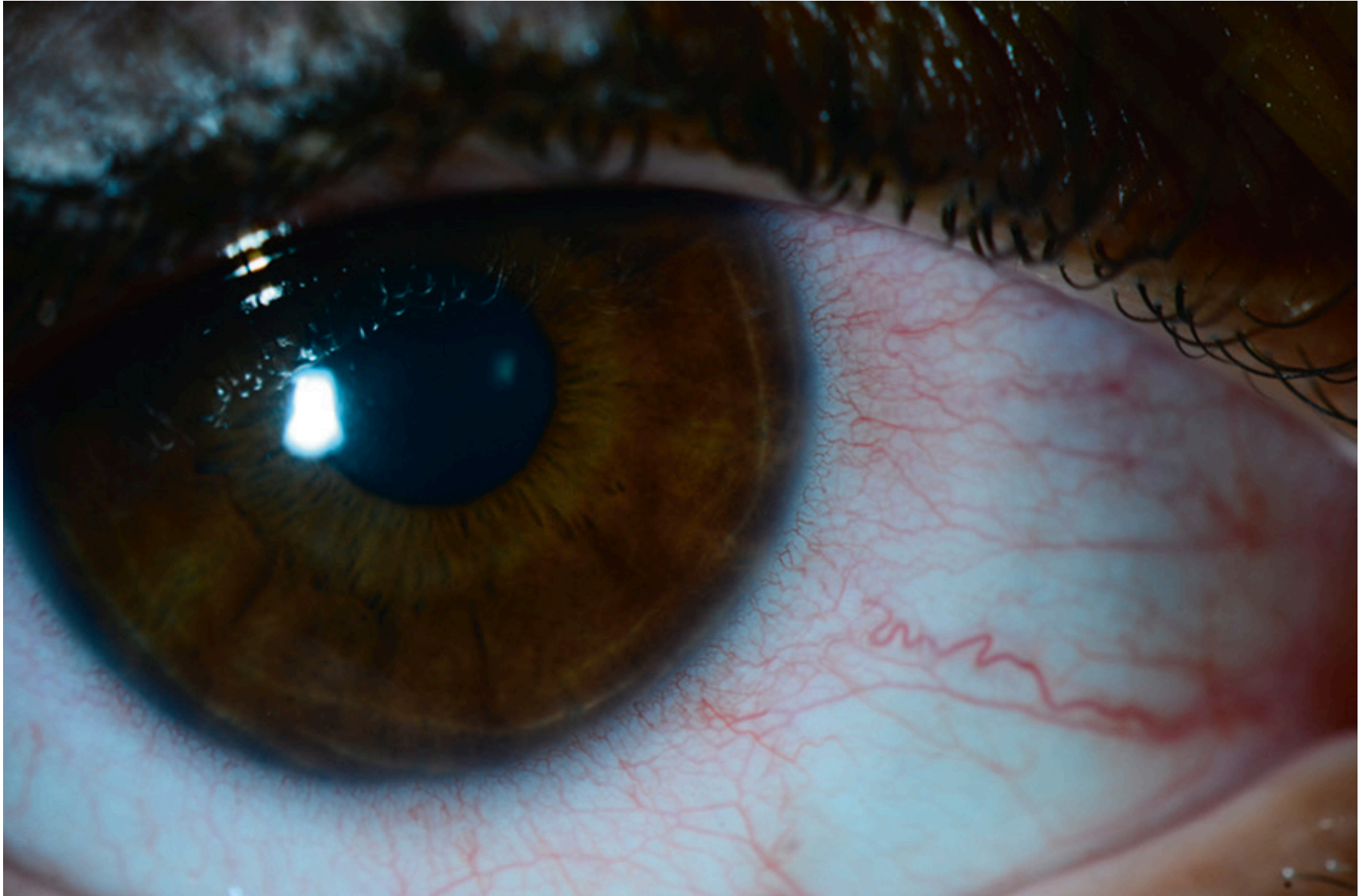


FIG. 6.9 Cercle périkeratique.

A



FIG. 6.10 Injection ciliaire profonde.

A

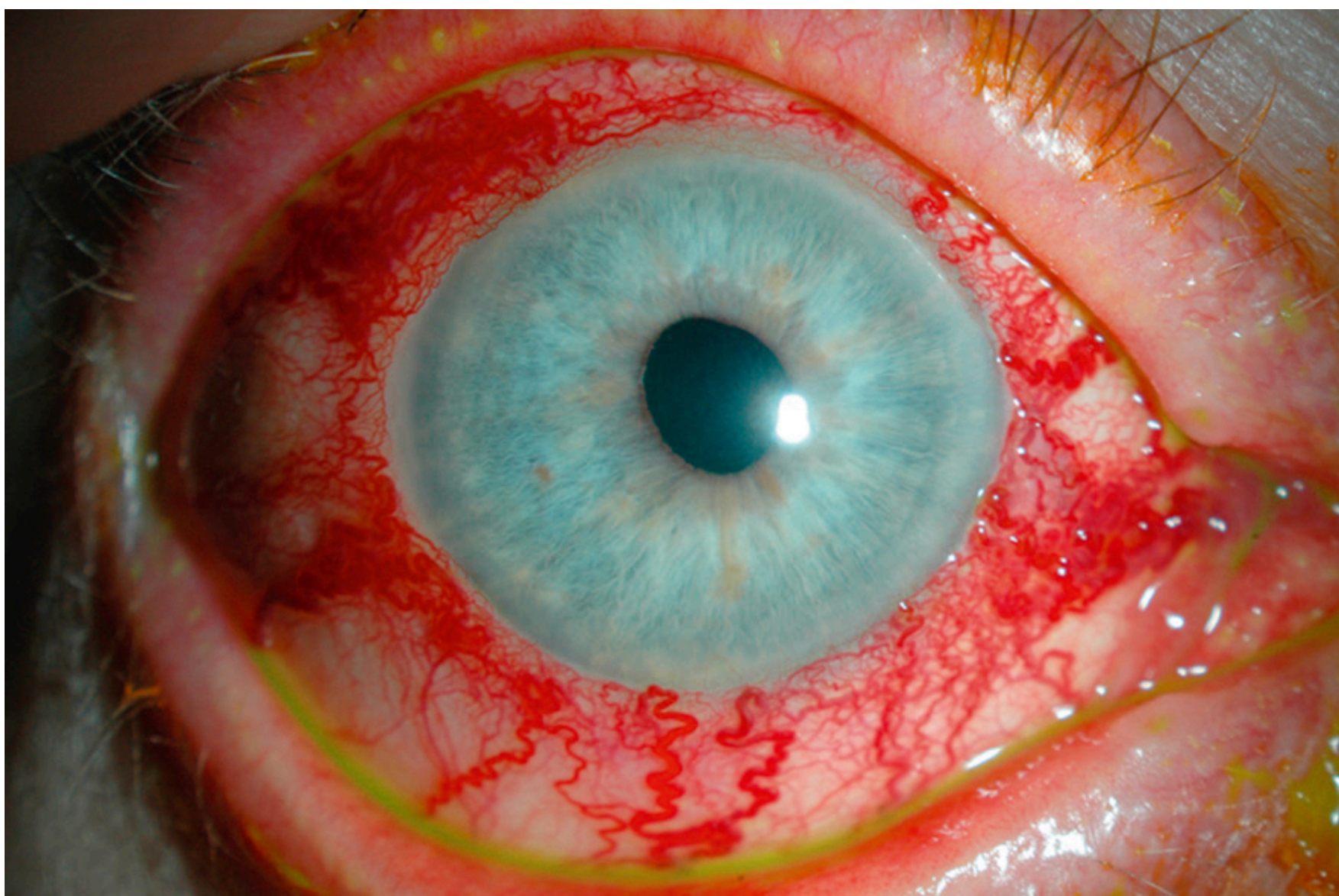


FIG. 6.11 Dilatation vasculaire en tête de méduse.

3 **114** **115** 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 mousse;
- repérer la présence d'un corps étranger à sa surface (**fig. 6.12**, e-fig. 6.13);

A

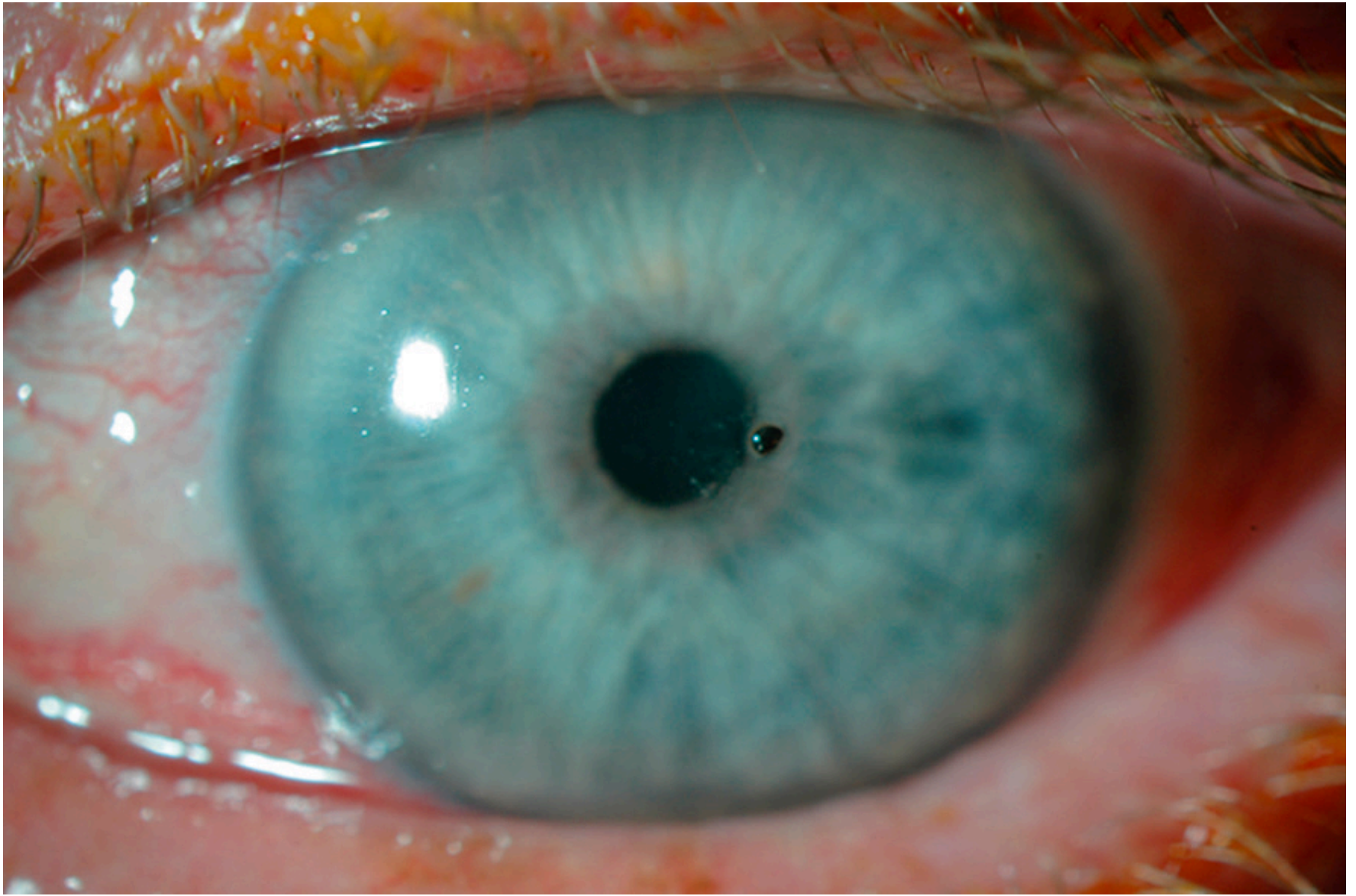


FIG. 6.12 Corps étranger cornéen superficiel métallique.

- rechercher la présence de dépôts sur sa face postérieure : dépôts rétrocornéens (aussi appelés rétrodescémétiques) au cours des uvéites ou de certaines kératites stromales.

4 **116** Examen de la conjonctive palpébrale

L'examen recherche :

- des follicules (conjonctivite infectieuse virale ou bactérienne, **fig. 6.14** e-fig. 6.15), des papilles (conjonctivite allergique de type printanière, **fig. 6.16**, e-fig. 6.17) ou une fibrose conjonctivale séquellaire;



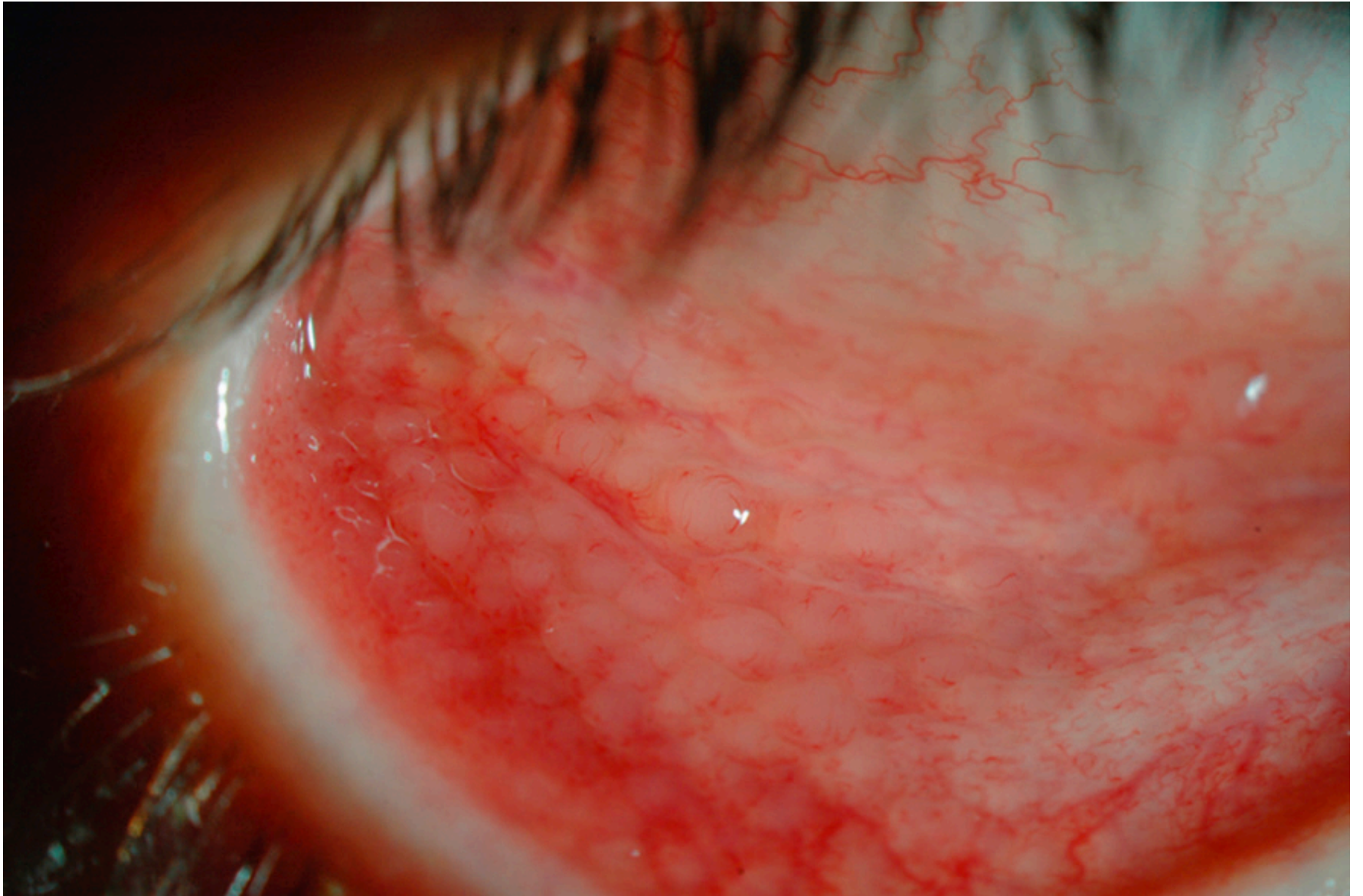


FIG. 6.14 Conjonctivite folliculaire inférieure.

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

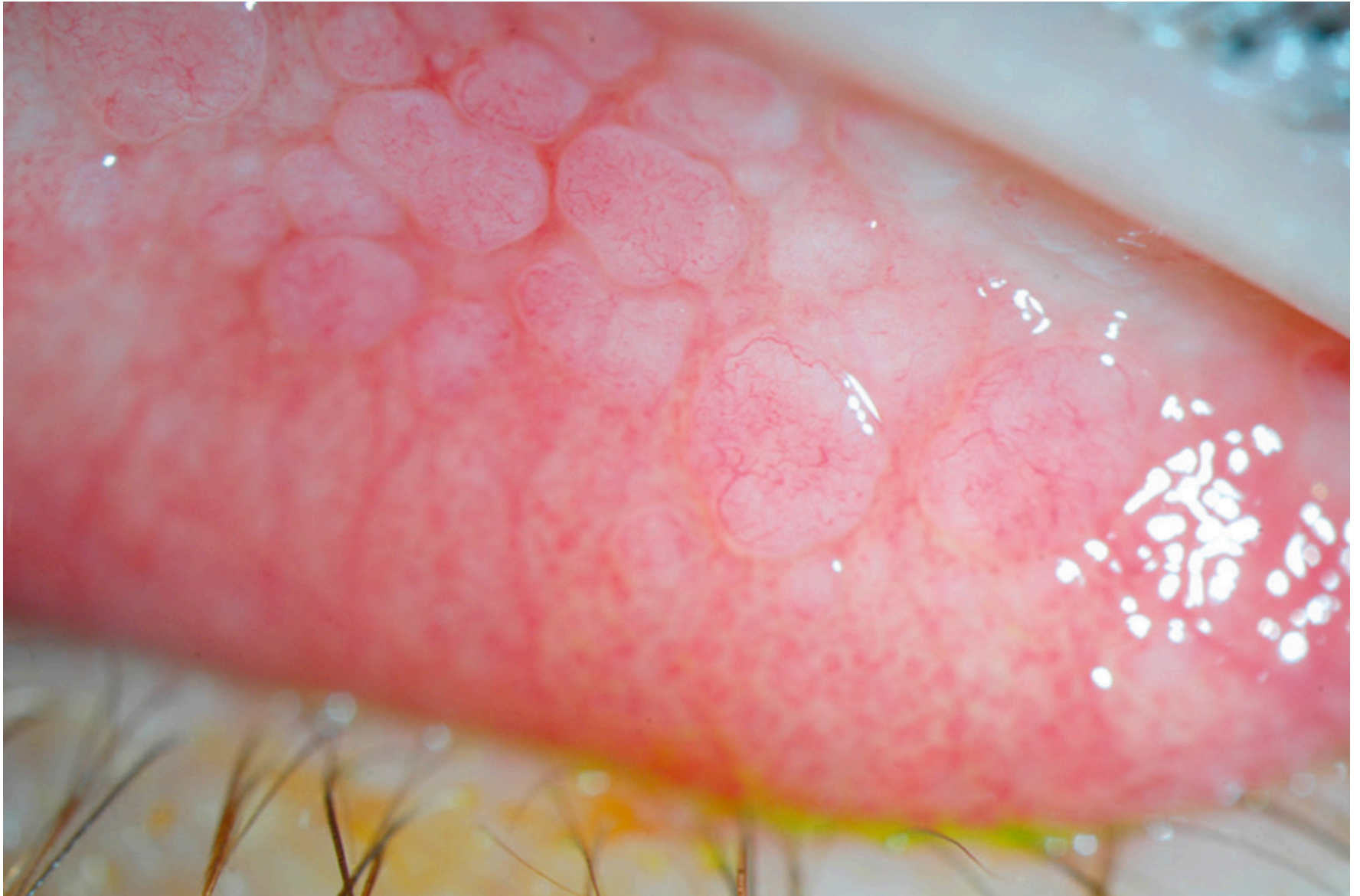


FIG. 6.16 Volumineuses papilles sur la conjonctive palpébrale supérieure (surélévations pédiculées de la conjonctive centrées par un vaisseau).

- un corps étranger sous la paupière supérieure en retournant la paupière de manière systématique pour s'exposer la conjonctive tarsale.



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

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. 6.18**);

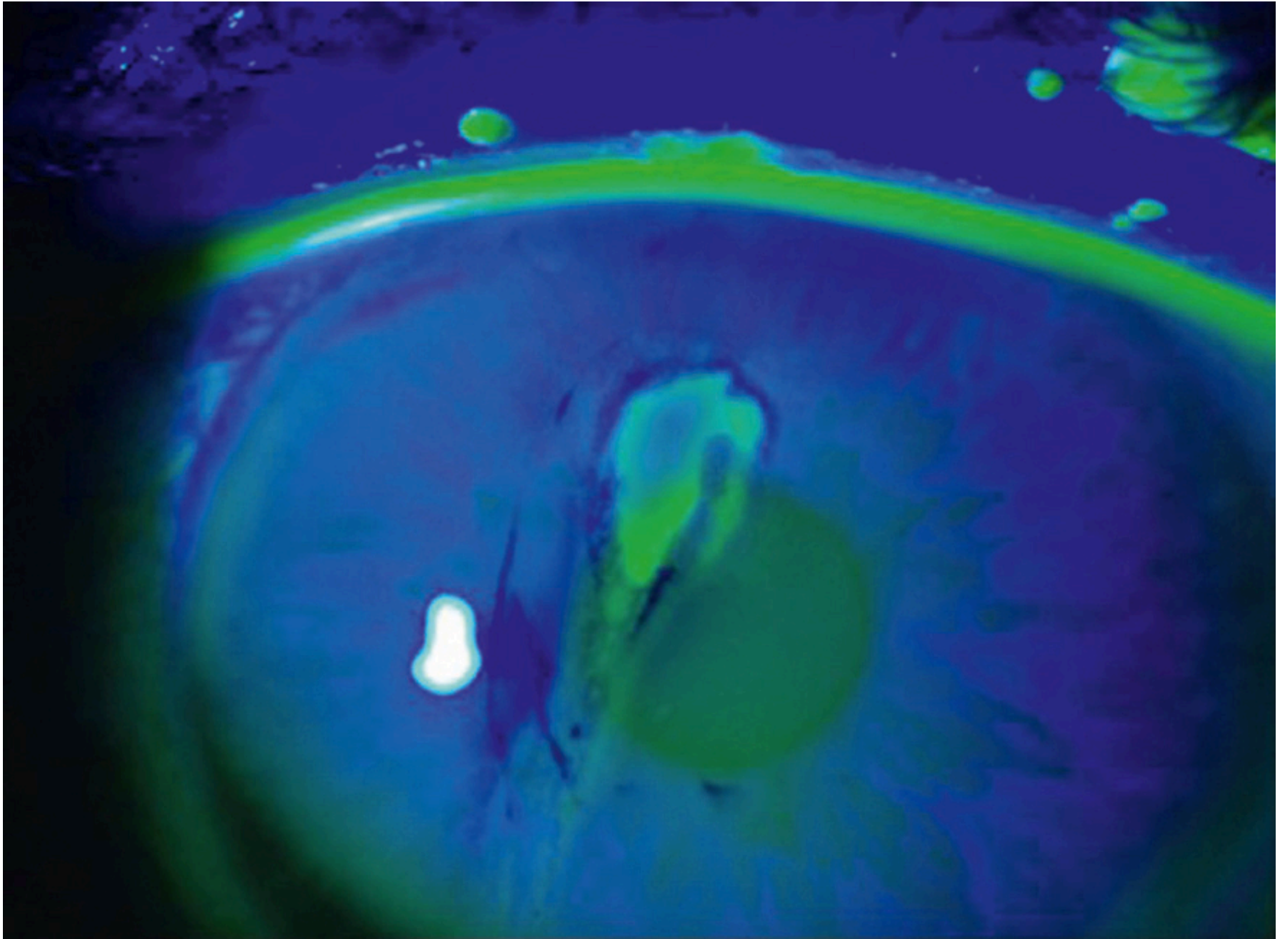


FIG. 6.18 Ulcération traumatique par allumette avec fluorescéine en lumière bleue.

- 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;
- un ulcère dendritique évoque une kératite herpétique;
- 117 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. 6.19**) font rechercher un petit corps étranger passé inaperçu sous la paupière supérieure qui devra être retiré.

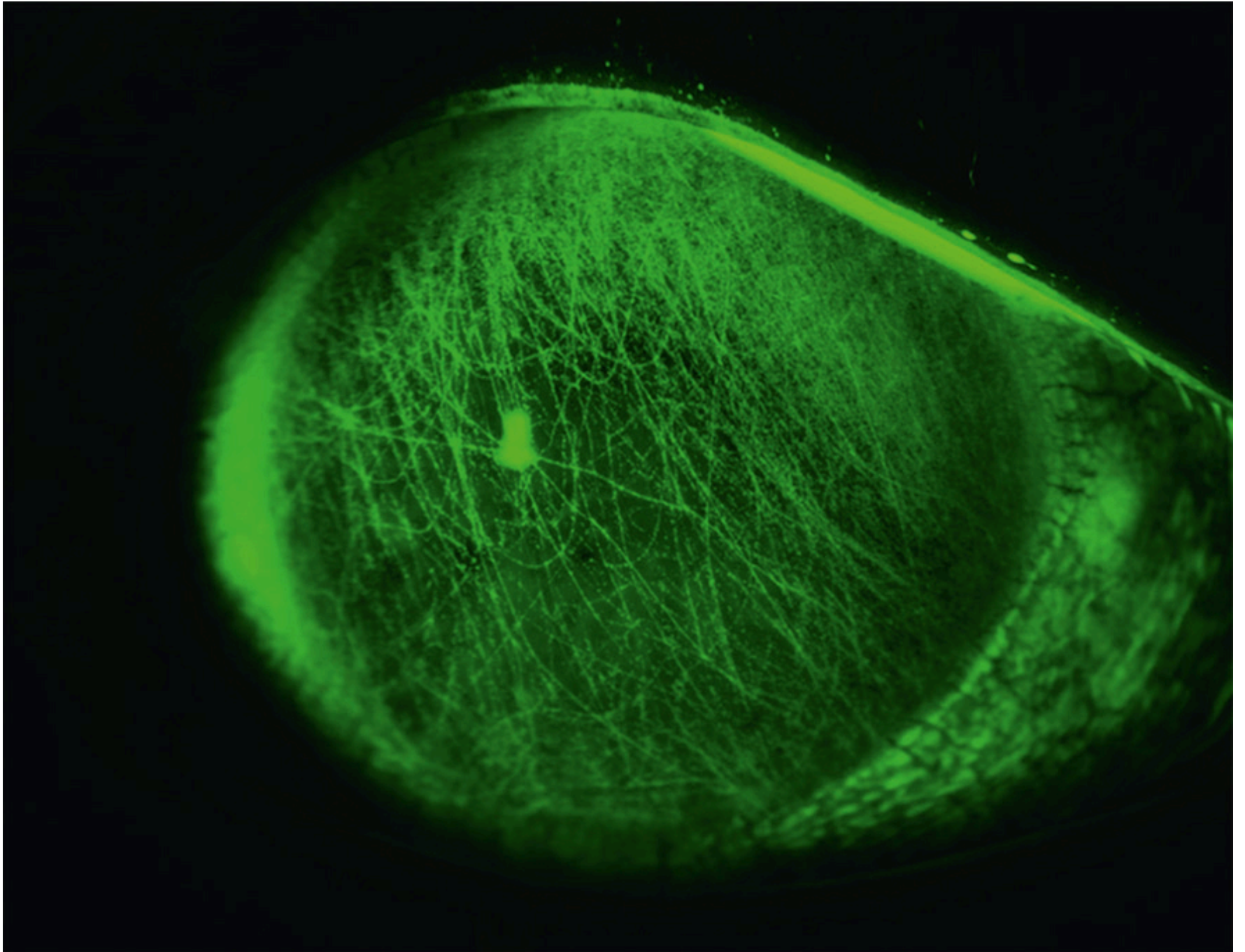


FIG. 6.19 Éraillures cornéennes linéaires par corps étranger sous-palpébral supérieur avec fluores-céine en lumière bleue et filtre jaune.

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 ciliocristallinien 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. 6.20**, e-fig. 6.21 – membrane cyclitique ou bouchon de fibrine).

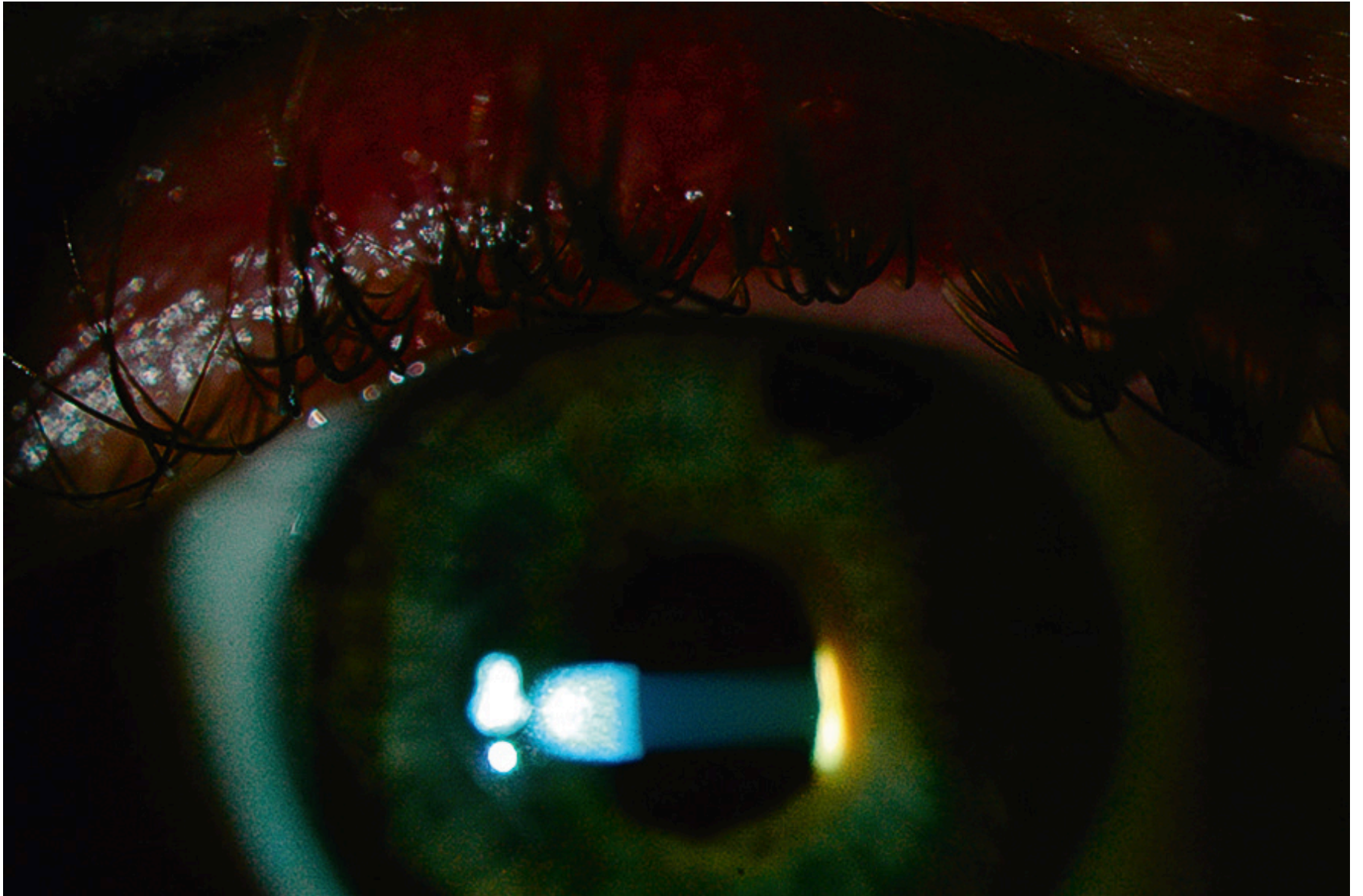


FIG. 6.20 Tyndall protéique (phare dans le brouillard) au cours d'une uvéite antérieure chronique protéique.

7 **118** 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 une crise aiguë de fermeture de l'angle, une crise 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

L'approche diagnostique générale devant un œil rouge (sans l'usage spécialisé d'une lampe à fente) est schématisée dans la **figure 6.22**.

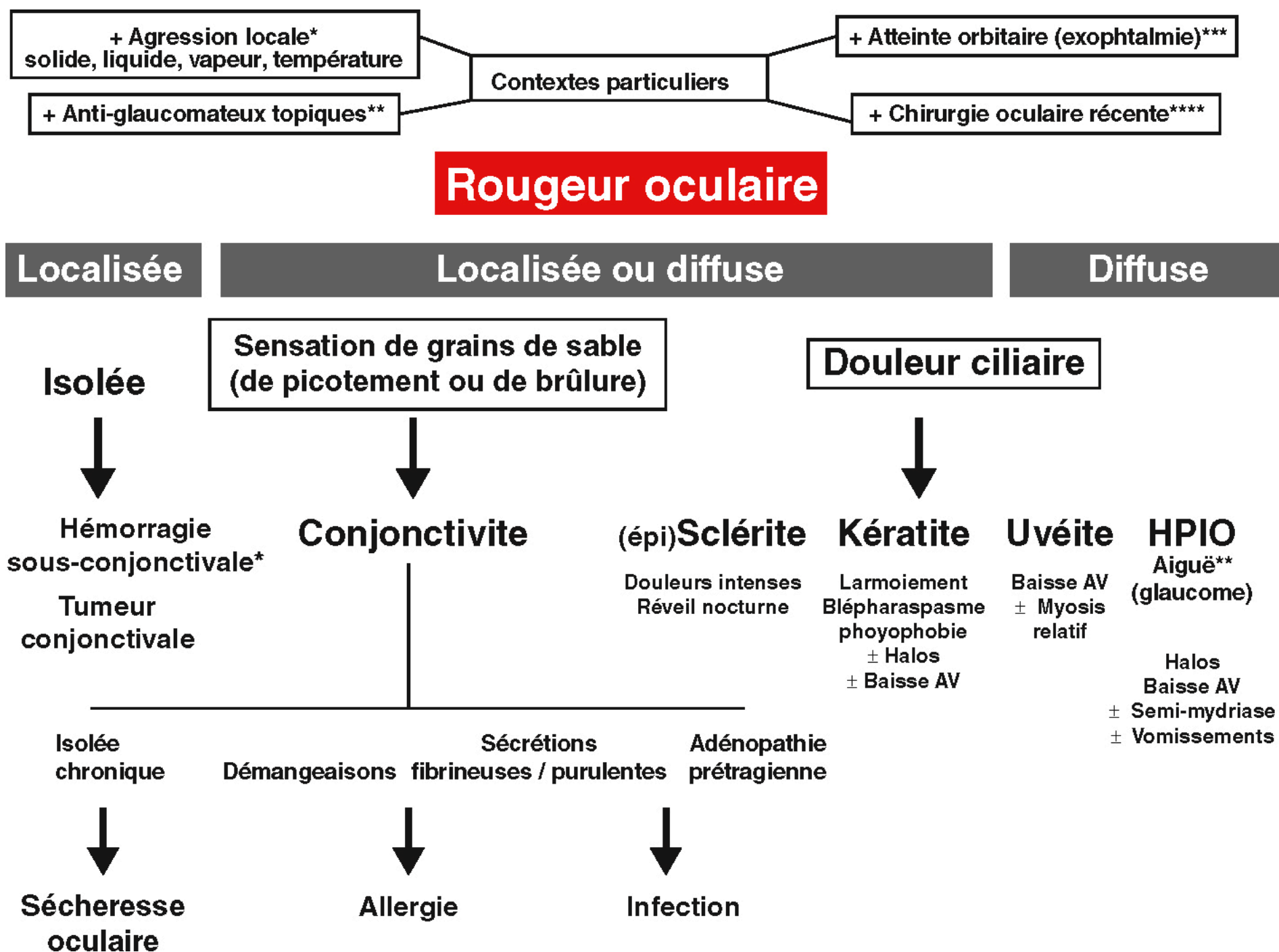


FIG. 6.22 Approche diagnostique générale devant un œil rouge.

* Voir **chapitre 11**; ** voir chapitres 14, 16, 17, 20; *** voir **chapitre 21**; **** voir chapitres 10, 13, 14. AV : acuité visuelle; HPIO : hyperpression intraoculaire.

Après avoir recherché les éléments contextuels importants (notion de traumatisme physique, chimique ou thermique récent, d'antécédent de chirurgie, d'anomalies orbitaires ou palpé-brales, de traitements locaux en cours) pour extraire ces situations particulières de la démarche **119** 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. Si une lampe à fente est disponible, l'examen amène des éléments supplémentaires au diagnostic, notamment en cas de kératite (analyse de l'atteinte dans l'épaisseur cornéenne), d'uvéite (présence d'un effet Tyndall et de précipités rétrocornéens) ou de glaucome aigu à angle fermé (mise en évidence d'un œdème cornéen, présence d'une chambre antérieure étroite et d'un angle iridocornéen fermé).

A Conjonctivites

Les affections de la conjonctive ont un cortège de signes communs qui témoignent d'une irritation de surface et sont souvent décrits comme plus gênants que douloureux. De ce fait, les patients atteints de conjonctivite rapportent une sensation de corps étranger, de grains de sable ou de poussière, parfois par un prurit, une perception de brûlure ou de cuisson. Fréquentes, uni- ou bilatérales (**fig. 6.23**, e-fig. 6.24, e-fig. 6.25



), les conjonctivites sont d'origines variées, qu'elles soient de causes infectieuses, inflammatoires ou encore allergiques.



FIG. 6.23 Conjunctivite unilatérale droite.

La présence de sécrétions devant l'axe optique entraîne une gêne visuelle transitoire améliorée par le clignement palpébral ou le lavage. La survenue d'une baisse d'acuité visuelle permanente et de douleurs témoigne d'une atteinte cornéenne centrale et donc d'une kératoconjunctivite.

1 120 Conjunctivites bactériennes aiguës

Ces conjunctivites se présentent sous la forme d'une rougeur conjonctivale diffuse, prédominant dans le cul-de-sac inférieur, peuvent être uni-ou bilatérales, parfois avec un intervalle libre avant l'atteinte du deuxième œil.

La rougeur s'accompagne de sécrétions mucopurulentes (**fig. 6.26**) collant les paupières le matin au réveil avec un aspect en poils de pinceau, et volontiers d'un chémosis et d'un œdème palpébral dans les cas plus sévères. Bien que les germes en cause varient en fonction de l'âge et du terrain, les conjunctivites bactériennes aiguës sont dues le plus souvent à des cocci à Gram positif (principalement streptocoque ou staphylocoque), et guérissent habituellement sans séquelles. Un trouble de perméabilité des voies lacrymales doit être secondairement recherché, notamment aux âges extrêmes de la vie, en cas de larmoiement chronique ou d'épisodes infectieux récurrents.

A



FIG. 6.26 Conjonctivite bactérienne.
Présence de sécrétions purulentes avec cils en poils de pinceau.

Le traitement probabiliste sans prélèvement de première intention comprend :

- hygiène des mains : prévention vis-à-vis de l'entourage;
- lavages des sécrétions au sérum physiologique ou avec un soluté isotonique pharmaceutique;
- collyre antiseptique 4 à 6 fois/jour qui s'avère habituellement suffisant. L'antibiothérapie n'est donc pas systématique en l'absence de signe de gravité. Dans le cas contraire, elle sera prescrite avec la même fréquence et ciblée sur les cocci à Gram positif.

B

Devant une forme grave ou résistante à ce traitement de première ligne, un prélèvement conjonctival par écouvillonnage est effectué et transféré au laboratoire dans un milieu de transport adapté pour être mis en culture.

A

 Un antibiogramme ou un antifongogramme permettra d'adapter le traitement aux résultats obtenus.

2 121 Conjonctivites bactériennes chroniques : conjonctivites à Chlamydia

Certaines conjonctivites bactériennes évoluent sur un mode chronique, induisant en règle l'apparition d'une adénopathie prétragienne. C'est le cas notamment des infections à *Chlamydia* (**fig. 6.27**), mais aussi à *Bartonella henselae* ou exceptionnellement à mycobactéries.

B

 Le prélèvement conjonctival sert alors à la recherche diagnostique moléculaire par PCR du pathogène suspecté.

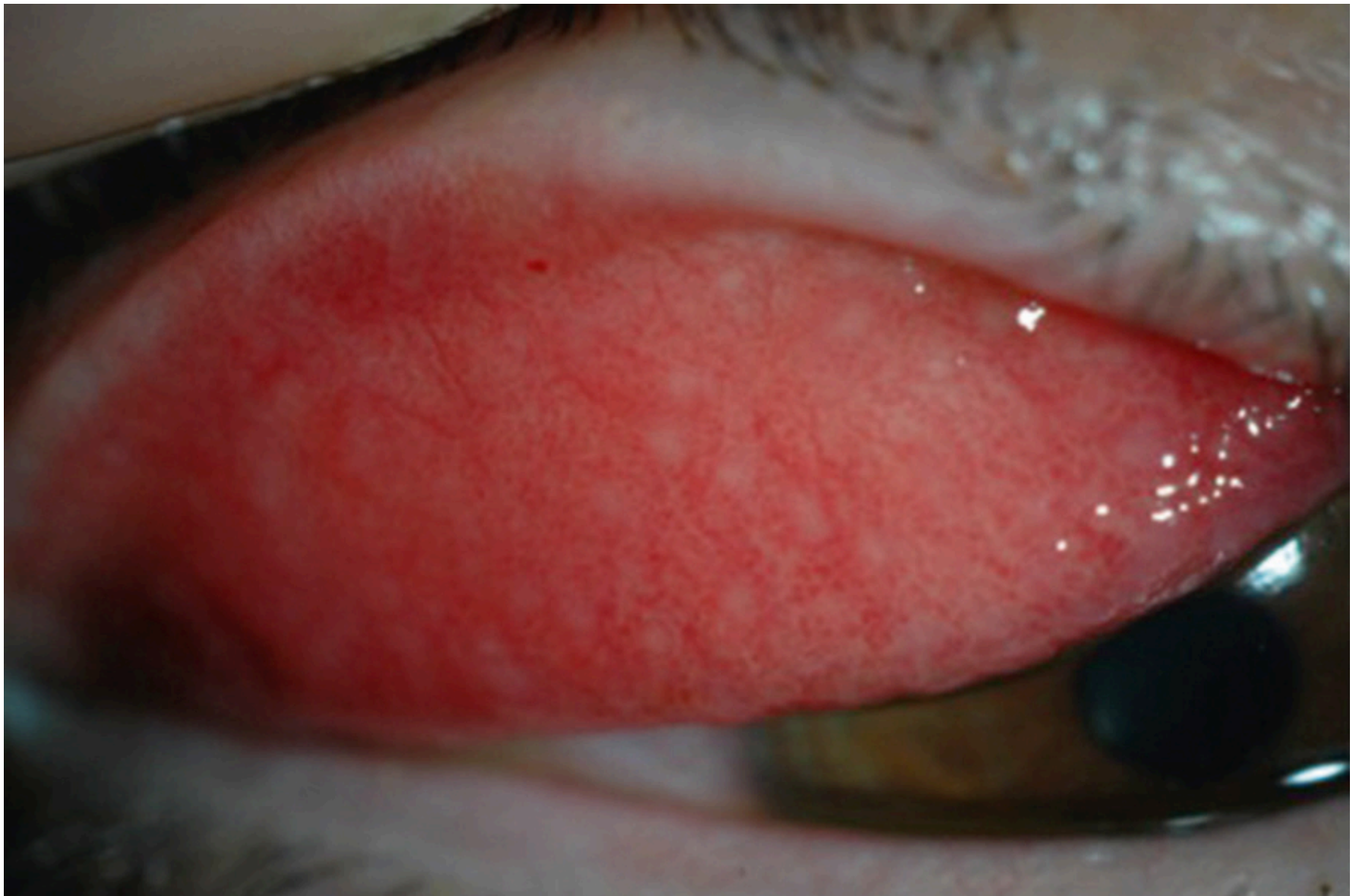


FIG. 6.27 Conjunctivite folliculaire tarsale supérieure liée à une infection à *Chlamydia*.

A

Le trachome (conjunctivite à *Chlamydia trachomatis*) est très fréquent dans les pays les moins avancés et sévit majoritairement sur le continent africain. Il s'agit d'une conjunctivite bilatérale avec fibrose du tarse et entropion induisant une néovascularisation cornéenne. Sa prise en charge repose sur le traitement antibiotique de l'infection par azithromycine ou tétra-cyclines et la cure chirurgicale des complications palpébrales.

La conjunctivite à inclusions de l'adulte est une affection sexuellement transmissible uni- ou bilatérale, qui peut s'associer à une urétrite ou une vaginite et sera donc généralement traitée par azithromycine orale en monodose.

3 Conjunctivites virales

Très fréquentes, extrêmement contagieuses, liées en premier lieu à certains sérotypes d'adéno-virus, les conjunctivites virales surviennent par épidémies et touchent plusieurs personnes au sein d'une famille ou d'une collectivité.

L'atteinte commence souvent d'un côté et se bilatéralise par autocontamination dans les jours qui suivent. Le tableau comporte :

- une hyperhémie conjonctivale franche souvent accompagnée d'hémorragies et parfois de fausses membranes (**fig. 6.28**, **fig. 6.29**, e-fig. 6.30);

A

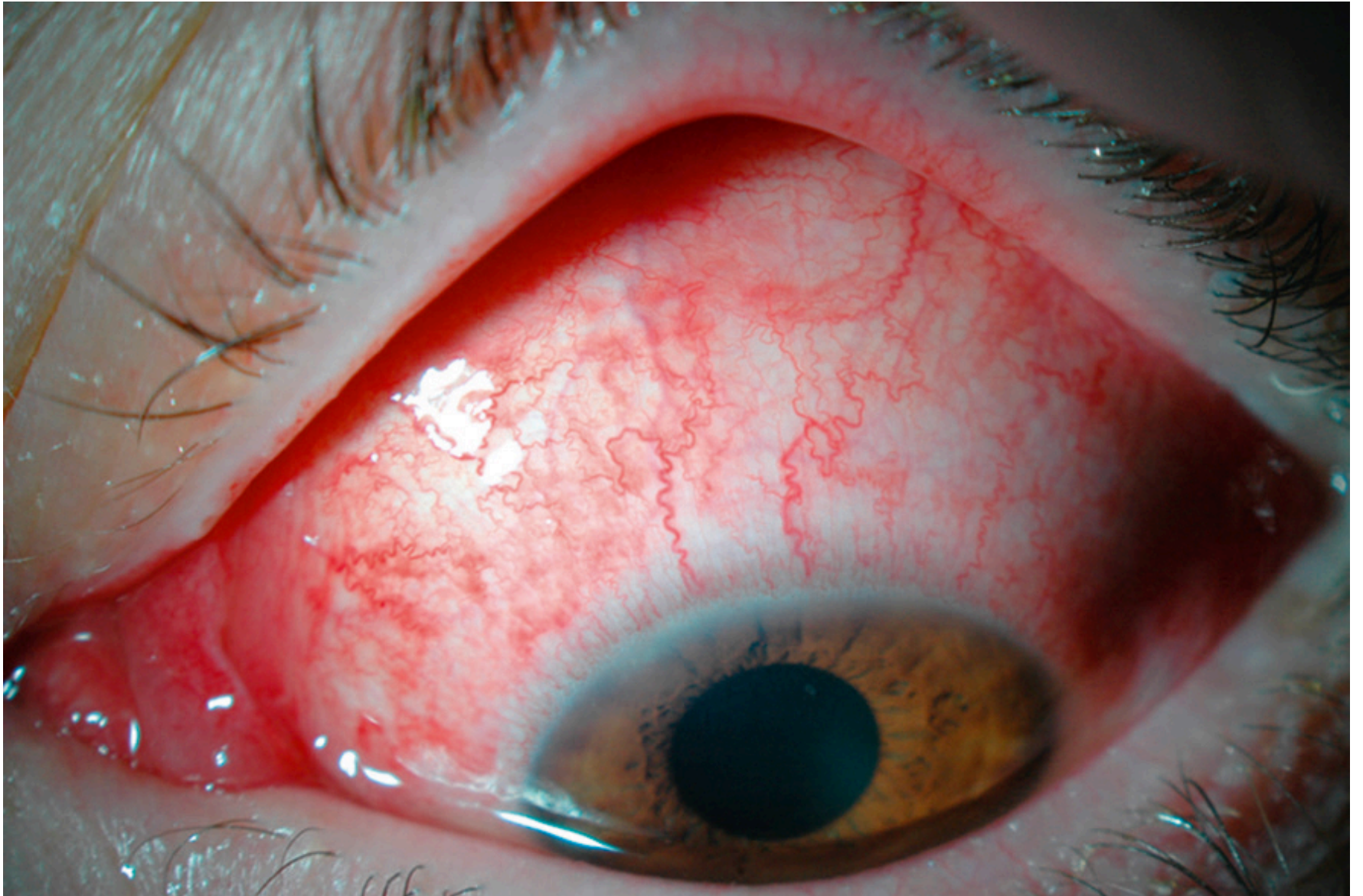


FIG. 6.28 Conjonctivite à adenovirus à composante hémorragique.

A

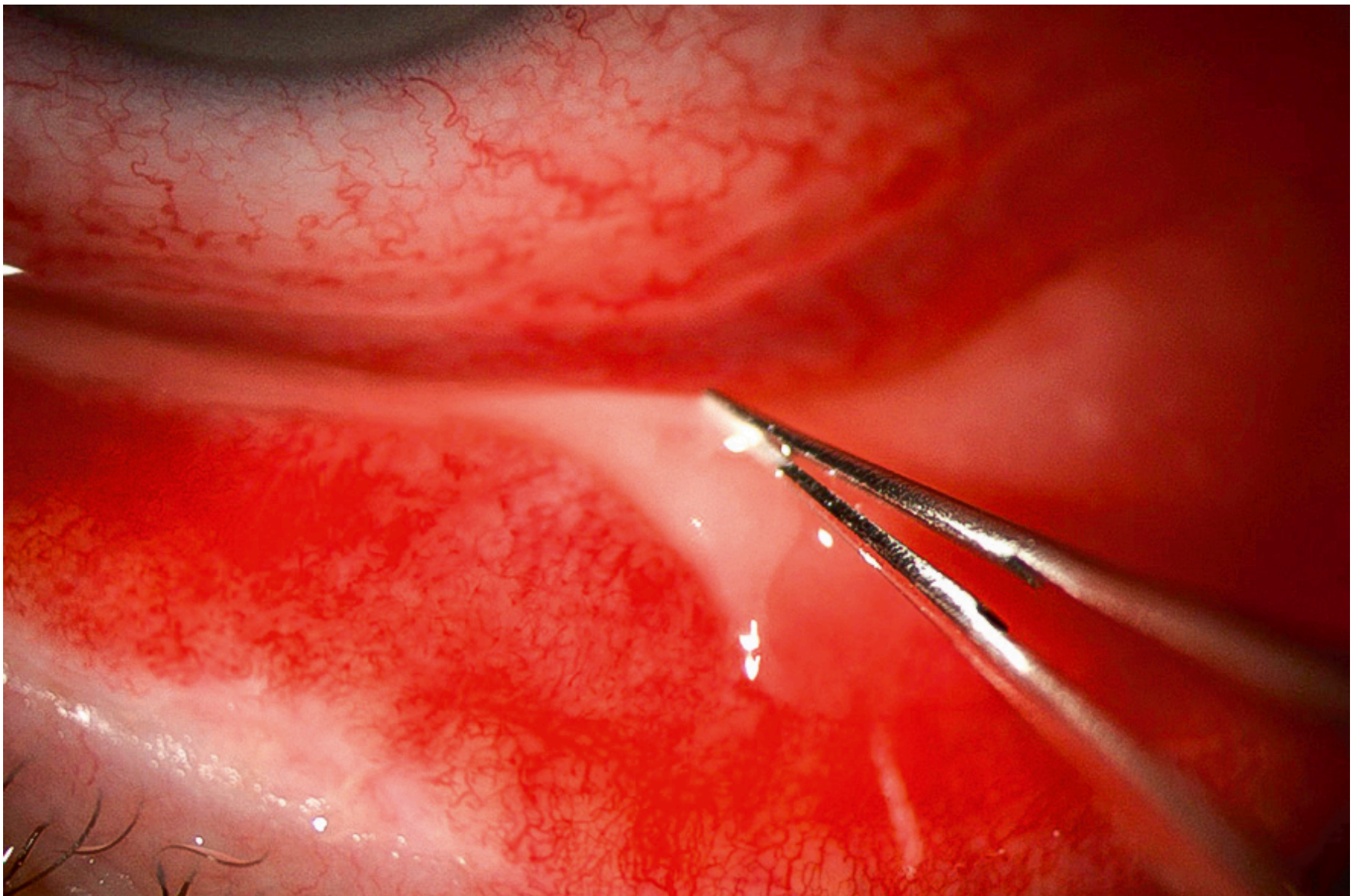


FIG. 6.29 Fausses membranes de conjonctivite adénovirale.

- des sécrétions claires;

- une adénopathie prétragienne sensible à la palpation qui signe la cause infectieuse et conforte le diagnostic.

Dans leur phase folliculaire, elles sont parfois difficiles à distinguer d'une conjonctivite bactérienne. **B** Si nécessaire, l'étiologie virale peut être confirmée par un test antigénique rapide sur un échantillon lacrymal conjonctival ou par un test PCR spécifique lorsqu'il est disponible.

A L'évolution est en règle spontanément favorable en 10 à 15 jours, mais la conjonctivite virale peut se compliquer de membranes fibrineuses dans les cas les plus graves et/ou évoluer vers un tableau de kératoconjonctivite (voir plus loin).

La prise en charge est essentiellement symptomatique, se limitant au nettoyage de la surface oculaire et à l'instillation de produits mouillants. Les corticoïdes locaux ne sont par ailleurs **122** prescrits que dans les formes sévères après ablation des membranes car leur utilisation prolonge la durée du portage viral.

4 Conjonctivites allergiques

Cinq entités sont actuellement distinguées dans le cadre des conjonctivites allergiques :

a Conjonctivite allergique saisonnière

Cette conjonctivite survient comme attendu de façon saisonnière à chaque fois que l'allergène en cause est rencontré, le plus souvent sur terrain atopique ou allergique connu.

Bilatérale et récidivante, la crise allergique se caractérise par l'existence d'un prurit et montre une conjonctive rosée, résultante du mélange d'un chémosis blanc laiteux et d'une dilatation des vaisseaux conjonctivaux (**fig. 6.31**). À cela s'ajoutent des sécrétions claires, une discrète hypertrophie papillaire de la conjonctive tarsale supérieure et un œdème palpébral modéré.

A



FIG. 6.31 Conjonctivite allergique saisonnière avec discret chémosis.

Après une enquête minutieuse, le bilan allergologique recherche le ou les allergènes en cause au moyen de tests épicutanés ou, plus exceptionnellement, de tests de provocation conjonctivale.

Le traitement comprend :

- des lavages conjonctivaux avec un soluté isotonique;
- l'instillation d'un collyre anti-allergique (antihistaminique, antidégranulant mastocytaire) ou parfois d'un corticoïde en cure courte si les manifestations sont intenses;
- une éviction de l'allergène, voire une désensibilisation lorsqu'elle est possible et nécessaire.

b **123** Conjonctivite allergique perannuelle

Le tableau clinique de la conjonctivite perannuelle est identique au précédent, mais cette fois l'allergène ne présente pas de saisonnalité. Au fil du temps, une fibrose conjonctivale peut s'installer si les épisodes se répètent fréquemment.

c Kératoconjonctivite vernale (ou conjonctivite printanière)

Cette forme grave d'allergie oculaire chronique pédiatrique touche principalement les garçons avant la puberté. Les lésions conjonctivales de fond s'acutisent en période chaude et ensoleillée le printemps ou l'été, entraînant alors un prurit intense, puis avec l'apparition de l'atteinte cornéenne s'ajoutent une photophobie, un blépharospasme et un larmoiement fréquemment invalidants.

Deux types de présentation sont possibles et parfois associés :

- la forme limbique prend l'aspect d'un bourrelet rosé périkératique souvent associé à des infiltrats blanchâtres ponctiformes appelés grains de Trantas (**fig. 6.32**);

A

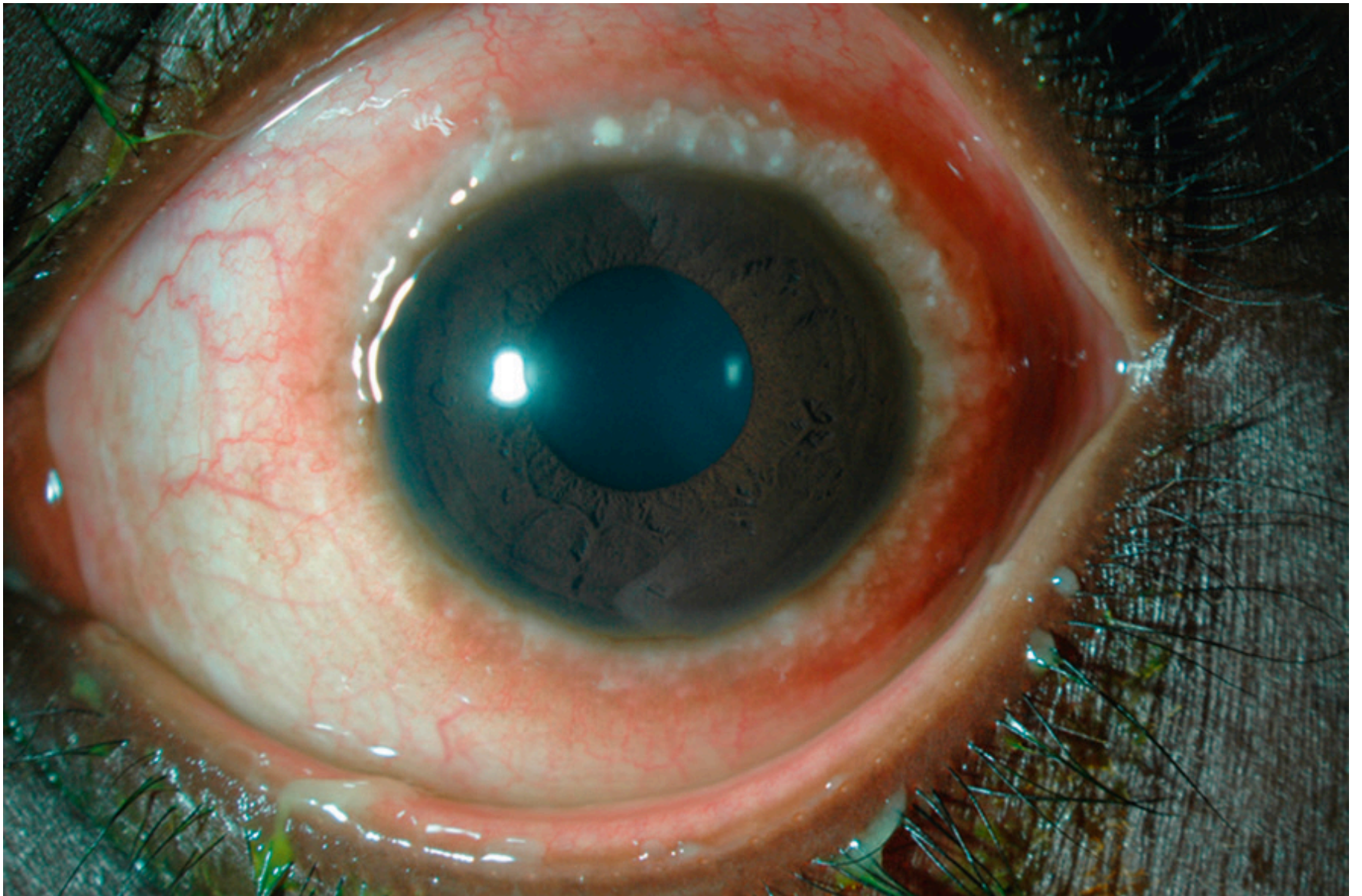


FIG. 6.32 Bourrelet limbique avec grains de Trantas et sécrétions fibrineuses.

- la forme tarsale est la plus grave car les lésions pavimenteuses ou papilles de la conjonctive palpébrale supérieure (**fig. 6.33**) agressent directement la cornée, provoquant en règle une kératite épithéliale ponctuée, parfois la survenue d'une ulcération épithéliale arrondie ou ovale (ulcération vernale, **fig. 6.34**) et plus rarement la constitution d'une plaque solide réactionnelle (plaque vernale). La présence de sécrétions fibrineuses ou muciniques est également possible.

A



FIG. 6.33 Forme tarsale avec lésions pavimenteuses.

A



FIG. 6.34 Ulcération vernale arrondie d'aspect grisé entourée de son liseré épithélial.

Le traitement recourt spécifiquement à l'instillation de corticoïdes topiques en phase aiguë et/ou de ciclosporine en collyre pour le traitement de fond, en sus des éléments énoncés plus haut utilisés de manière usuelle.

d 124 Kératoconjonctivite de la dermatite atopique

Manifestation oculaire chronique, fréquente et potentiellement sévère de la dermatite atopique, la kératoconjonctivite atopique atteint avec prédilection les hommes adultes. L'eczéma des paupières s'ajoute ici aux lésions allergiques conjonctivales et cornéennes qui ressemblent volontiers à celles de la kératoconjonctivite vernale. La survenue d'un ectropion par rigidité cutanée est fréquente (**fig. 6.35**) et dégrade encore les moyens de défense locale. De multiples complications oculaires sont possibles et doivent être recherchées : kératocône induit par la friction des paupières, infections conjonctivale et/ou cornéenne, cataracte spécifique en écusson antérieur ou cortisonnée sous-capsulaire postérieure, glaucome induit par les corticoïdes (voir **chapitre 14**).

A



FIG. 6.35 Ectropion sur eczéma palpébral sévère avec fibrose conjonctivale associée.

125 La prise en charge thérapeutique repose sur les corticoïdes et les immunosuppresseurs locaux, y compris ceux déposés sur le versant cutané eczémateux comme le tacrolimus, associés aux traitements anti-allergiques et mouillants usuels.

e Conjonctivite de l'allergie de contact

Dans ce cadre, l'atteinte oculaire comme l'atteinte palpébrale sont liées à une hypersensibilité non immédiate à un allergène de contact. Ce dernier est habituellement d'origine médicamenteuse (allergie aux collyres antibiotiques, mydriatiques ou antiglaucomeux notamment), cosmétique ou professionnelle et peut être appliqué directement sur le site oculopalpébral, être manuporté ou aéroporté. L'importance de l'eczéma palpébral de contact et l'interrogatoire orientent le diagnostic. La conjonctivite est assez peu spécifique et la réaction s'étend jusqu'au bord libre de la paupière.

Le traitement repose avant tout sur l'éviction de l'allergène tandis qu'une corticothérapie locale transitoire est prescrite en cas de réaction intense.

5 Kératoconjonctivite sèche ou sécheresse oculaire

Très fréquente, plus souvent qualitative que quantitative, l'insuffisance de la sécrétion lacrymale est la première étiologie de conjonctivite. Elle se présente donc sous la forme d'une rougeur oculaire habituellement modérée associée à une sensation de grains de sable ou à des douleurs oculaires superficielles. Ces signes sont secondaires à une atteinte de l'épithélium conjonctival, associée ou non à une atteinte épithéliale cornéenne, par altération de la trophicité des cellules épithéliales. Les syndromes secs sévères peuvent entraîner une baisse d'acuité visuelle par atteinte épithéliale cornéenne centrale ou simplement par rupture prolongée du film lacrymal altérant la qualité du dioptré cornéen.

Le diagnostic repose sur :

- un examen quantitatif de la sécrétion lacrymale : le test de Schirmer. Réalisé sans anesthésie, il consiste à placer une bandelette de papier graduée au niveau du cul-de-sac conjonctival inférieur et à mesurer la zone humidifiée après 5 minutes. L'hyposécrétion est franche si l'imprégnation est inférieure à 5 mm;

- une estimation quantitative de la qualité du film lacrymal : le temps de rupture du film lacrymal ou *break-up time* (BUT). Après instillation d'une goutte de fluorescéine dans le cul-de-sac conjonctival inférieur, celle-ci se répartit dans le film lacrymal lors des clignements, permettant sa visualisation avec un filtre bleu. On peut alors analyser la stabilité du film lacrymal en demandant au patient de stopper tout clignement palpébral et en chronométrant le délai de rupture spontanée (**fig. 6.36**);

A

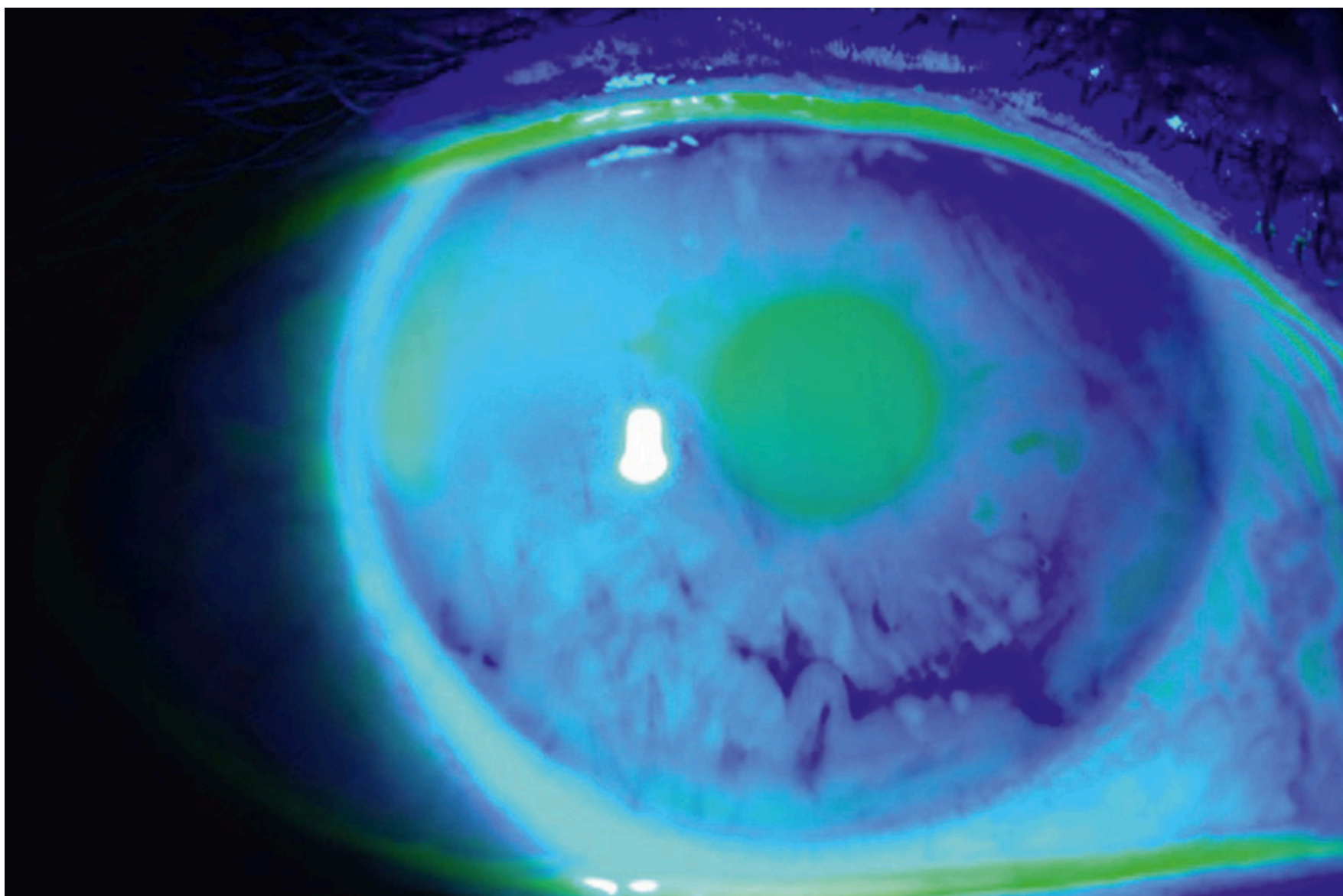


FIG. 6.36 *Break-up time* (BUT) : mesure du temps de rupture du film lacrymal après instillation d'une goutte de fluorescéine.

- un examen de la surface cornéenne par instillation d'une goutte de fluorescéine qui montre la kératopathie épithéliale ponctuée à l'examen en lumière bleue, et plus encore si l'on s'aide d'un filtre jaune (**fig. 6.37**, e-fig. 6.38, e-fig. 6.39);

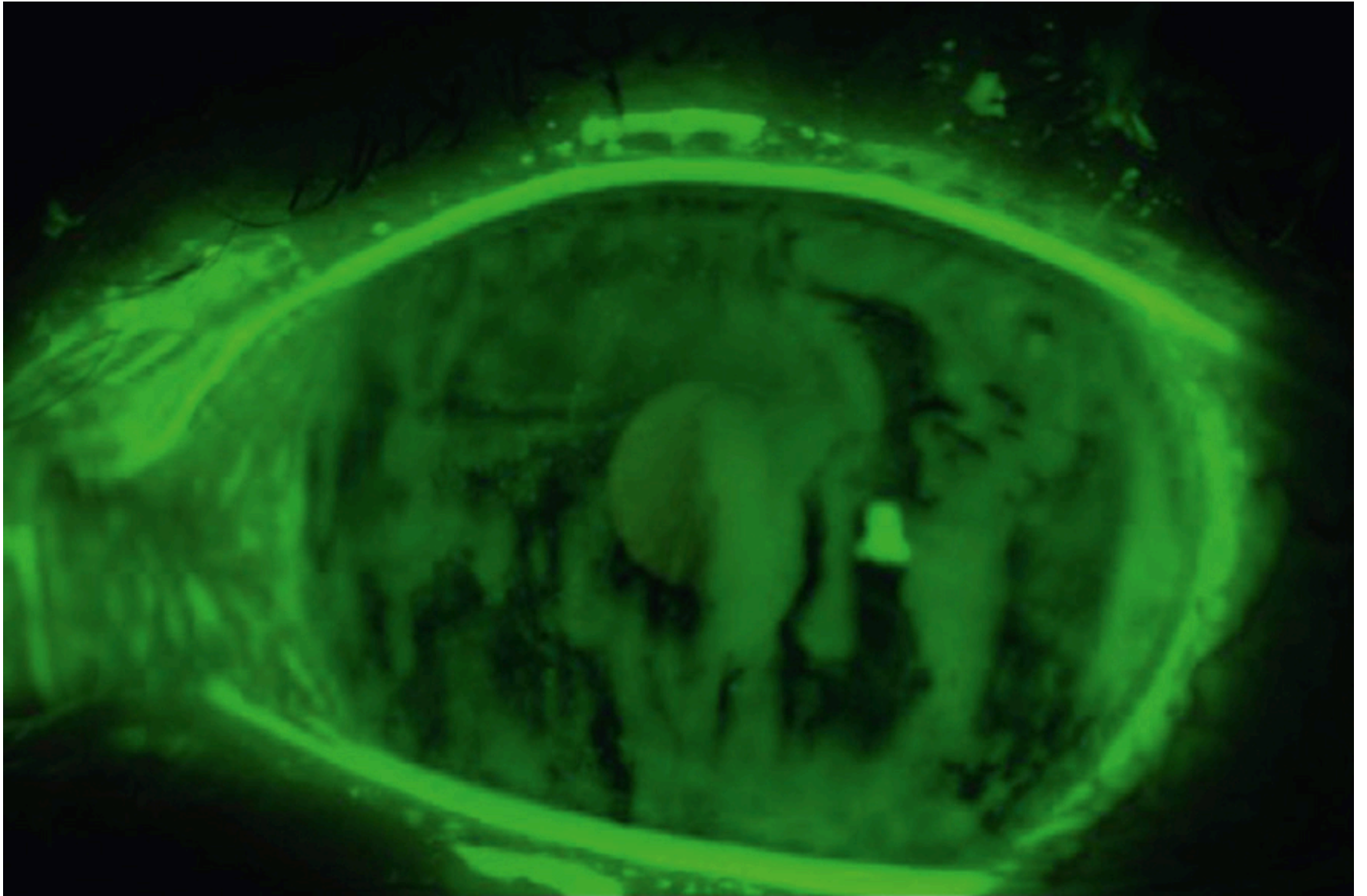


FIG. 6.37 Rupture du film lacrymal et fin marquage épithélial (fluorescéine + lumière bleue + filtre jaune).

- un examen de la surface conjonctivale par la même technique de fluorescéine qui permet de grader la kératoconjonctivite sèche (classification d'Oxford) ou après application de vert de lissamine (peu utilisé en pratique clinique) qui colore les cellules épithéliales moribondes dans la zone d'ouverture palpébrale ([fig. 6.40](#), e-fig. 6.41 à e-fig. 6.43).

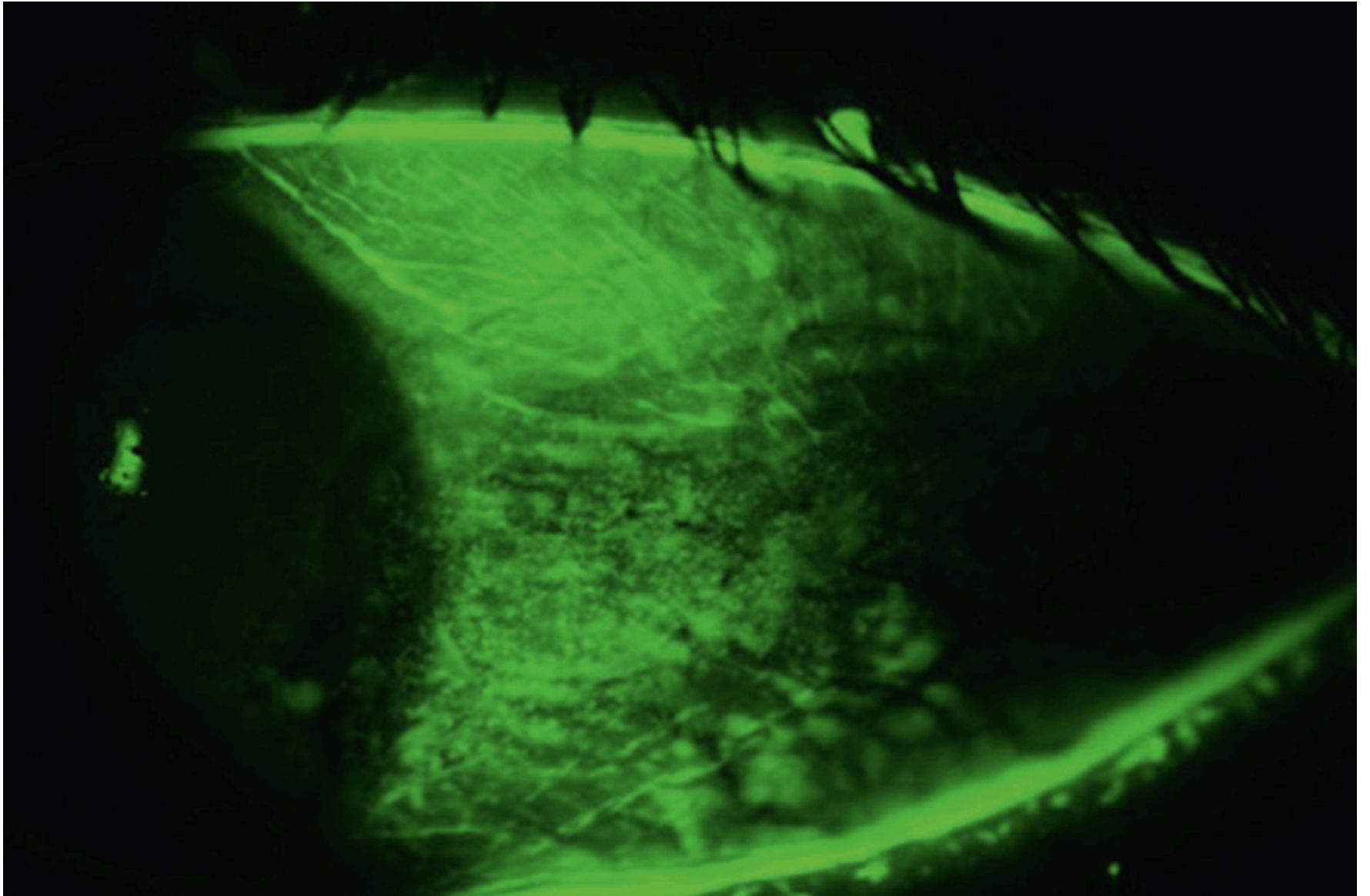


FIG. 6.40 Lésions de kératoconjonctivite sèche dans l'espace interpalpébral (fluorescéine + lumière bleue + filtre jaune).
Épisclérite nasale gauche.

126 Les causes d'hyposécrétion lacrymale sont rattachées :

- le plus souvent à une involution des glandes lacrymales liée à l'âge, à une origine iatrogène médicamenteuse (notamment les anticholinergiques) ou à une altération de l'arc réflexe;
- parfois à la destruction progressive des glandes lacrymales au cours d'un syndrome de Gougerot-Sjögren, plus rarement d'une réaction du greffon contre l'hôte ou d'une atteinte radique.

Les causes d'altérations lacrymales qualitatives sont liées :

- à une hyper-évaporation par dysfonctionnement meibomien au cours de la rosacée +++ ou d'autres atteintes inflammatoires meibomiennes chroniques, d'application prolongée de conservateurs ou de prise d'isotrétinoïne;
- à un déficit de la composante muqueuse lors des atteintes conjonctivales inflammatoires ou fibrosantes (pemphigoïde cicatricielle oculaire, nécrolyse épidermique, brûlure chimique), d'infections locales étendues ou d'agressions environnementales importantes.

B

La prise en charge de la sécheresse oculaire repose en premier lieu sur :

- l'instillation de substituts lacrymaux (idéalement sans conservateurs) : collyres parfois appelés larmes artificielles (disponibles en flacons ou en unidoses) ou gels (disponibles en tubes ou en unidoses);
- l'éviction des facteurs irritants ou aggravants : vapeurs chimiques, tabac, poussière, soleil (lunettes teintées), climatisation, ventilation d'air sec ou air chaud pulsé;
- l'amélioration de la stabilité lacrymale par des soins de paupières adaptés (chauffage puis massage).

Puis, selon les cas, le traitement peut associer :

- l'occlusion temporaire ou permanente des points lacrymaux;
- des traitements locaux corticoïdes en cures courtes ou de la ciclosporine topique en traitement prolongé dans certains cas sélectionnés;
- des traitements généraux (agonistes cholinergiques muscariniques comme le chlorhydrate de pilocarpine, antibiotiques de type doxycycline ou azithromycine);
- le port éventuel de lunettes à chambre humide ou de verres scléraux si l'atteinte est sévère.

A

Il s'agit d'une inflammation localisée à l'épiscière (située sous la conjonctive). On note une rougeur le plus souvent en secteur ou plus rarement diffuse (e-fig. 6.44 à e-fig. 6.46) qui disparaît après instillation d'un collyre vasoconstricteur (chlorhydrate de phényléphrine ou Néosynéphrine®). La douleur oculaire est modérée.

L'examen du segment antérieur est normal, mais la lésion prend parfois un aspect de relief nodulaire.

Il est nécessaire de rechercher une maladie de système d'emblée, comme on le fait dans les sclérites si l'interrogatoire est informatif ou en cas de récurrence.

C Sclérite

Il s'agit d'une inflammation localisée au niveau de la sclère, générant des douleurs oculaires importantes dites ciliaires, majorées à la mobilisation du globe, irradiant au-dessus et au pourtour de l'orbite, parfois même dans l'oreille ou la mâchoire. Ces douleurs sont volontiers insomniantes, réveillant le patient en fin de nuit. Dans ce cas, on observe une rougeur plane ou nodulaire, localisée en secteur ou diffuse qui ne disparaît pas à l'instillation du collyre vasoconstricteur. L'existence d'une nécrose sclérale ou celle d'une kératite périphérique ulcéramente sont des marqueurs de gravité (**fig. 6.47**, e-fig. 6.48). Une baisse d'acuité visuelle peut survenir en cas de scléro-uvéite, de sclérite postérieure ou encore d'effusion uvéale liée à la sclérite.

A

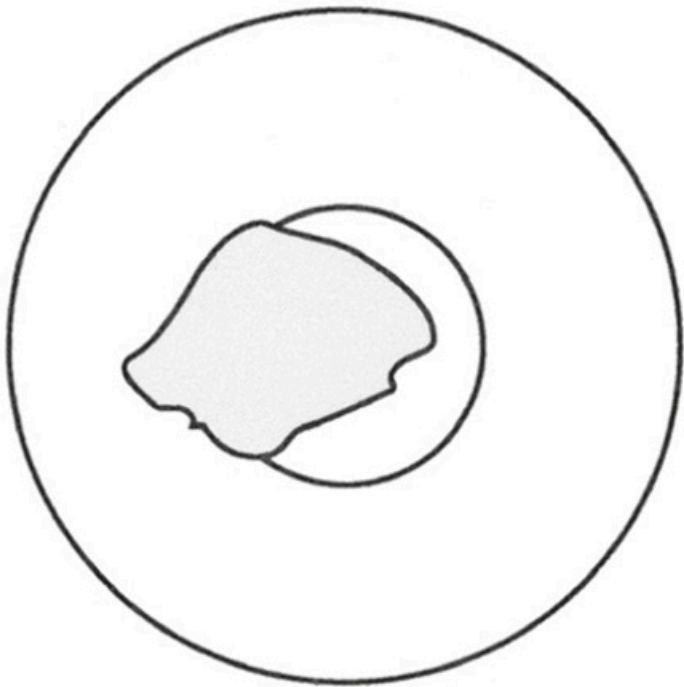
FIG. 6.47 Sclérite nodulaire inférieure droite.

La sclérite requiert de rechercher une maladie de système ou un processus infectieux sous-jacents. Dans cette situation, l'enquête biologique est obligatoire, tandis que l'interrogatoire et l'examen clinique recherchent des points d'appel particuliers afin d'orienter la démarche diagnostique :

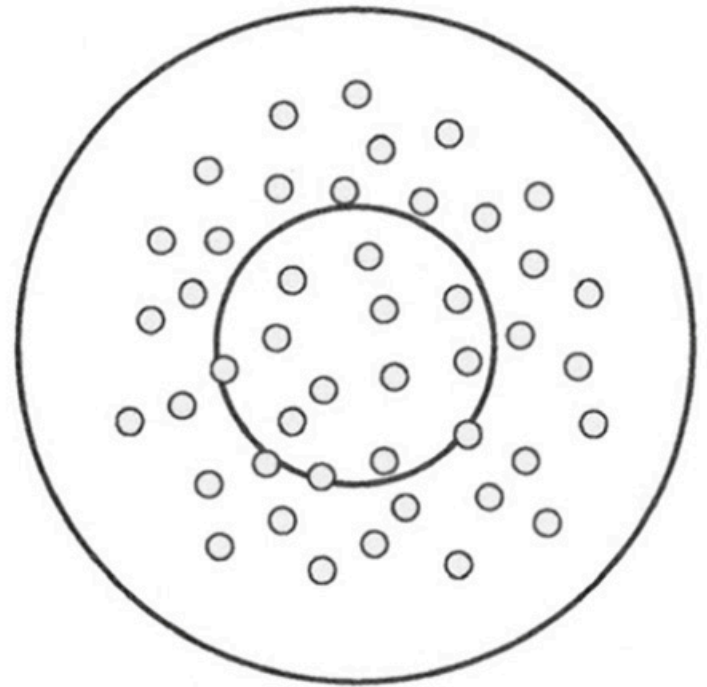
- signes articulaires : spondylarthrite ankylosante, polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux disséminé;
- signes vasculaires : périartérite noueuse, granulomatoses avec polyangéite (anciennement maladie de Wegener), cryoglobulinémie, plus rarement maladie de Behçet;
- signes digestifs : maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI);
- signes cutanés : psoriasis, lupus;
- 128 signes bronchopulmonaires : tuberculose, polychondrite atrophante, plus rarement sarcoïdose;
- contexte infectieux : herpès ou zona, borréliose, infection locale à pyocyanique.

D Kératite

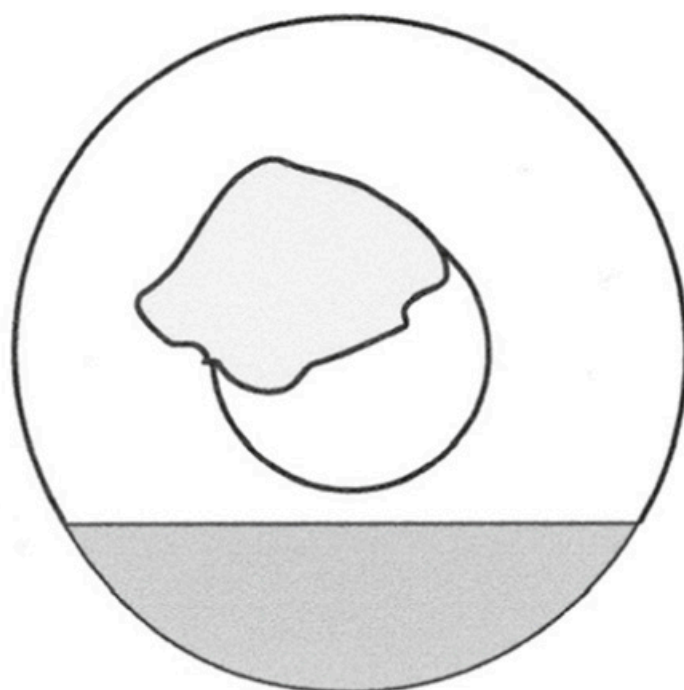
C'est une atteinte cornéenne unique ou multiple à type d'altération épithéliale, d'ulcération superficielle ou d'infiltration tissulaire (**fig. 6.49**) de survenue brutale ou rapide et très symptomatique dans sa présentation aiguë, ou plus torpide et aux conséquences optiques souvent majorées au cours des formes chroniques.



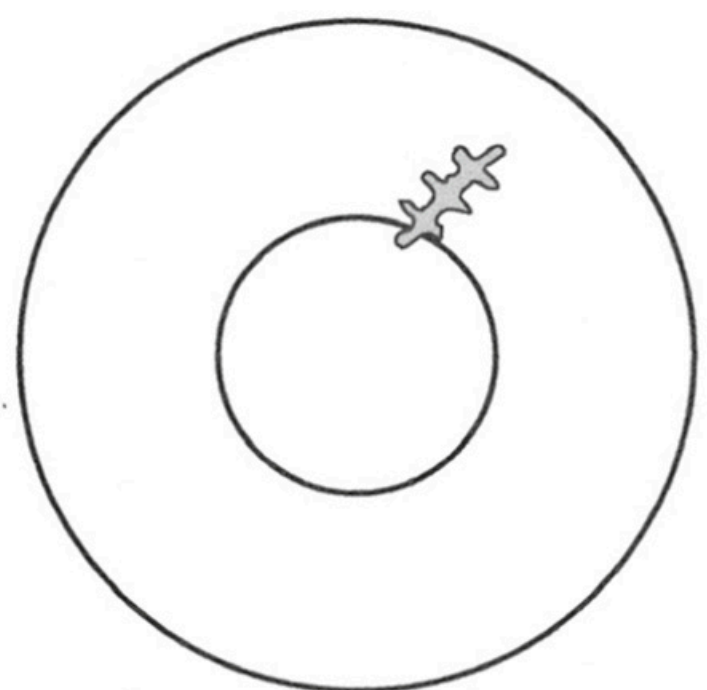
Ulcère cornéen



Kératite ponctuée superficielle



Ulcère cornéen à hypopion



Kératite herpétique dendritique

FIG. 6.49 Représentation schématique des principales formes de kératite.

Une kératite aiguë se manifeste par :

- une baisse d'acuité visuelle d'importance variable suivant la localisation de l'atteinte cornéenne par rapport à l'axe visuel;
- des douleurs oculaires pouvant être intenses, à type de sensation de corps étranger, de piquûre, de déchirure ou d'arrachement superficiel;
- un larmoiement réflexe;
- une photophobie parfois majeure;
- un blépharospasme difficile à réprimer.

L'examen à la lampe à fente sera facilité par l'instillation ponctuelle d'une à deux gouttes d'anesthésiques topiques (oxybuprocaine ou tétracaïne), mais en aucun cas ces derniers ne doivent être prescrits de façon répétitive et prolongée sous peine de complications graves de type

perforation cornéenne. Il retrouve des érosions ou des ulcérations de la cornée (**fig. 6.50**, **fig. 6.51**, e-fig. 6.52, **fig. 6.53** et **fig. 6.54**), une diminution de transparence cornéenne souvent située en regard de l'ulcération et un cercle périkeratique (voir plus haut « Examen clinique oculaire »); la chambre antérieure est de profondeur et d'aspect normaux ou peut être le siège d'une réaction inflammatoire dans les cas sévères.



A

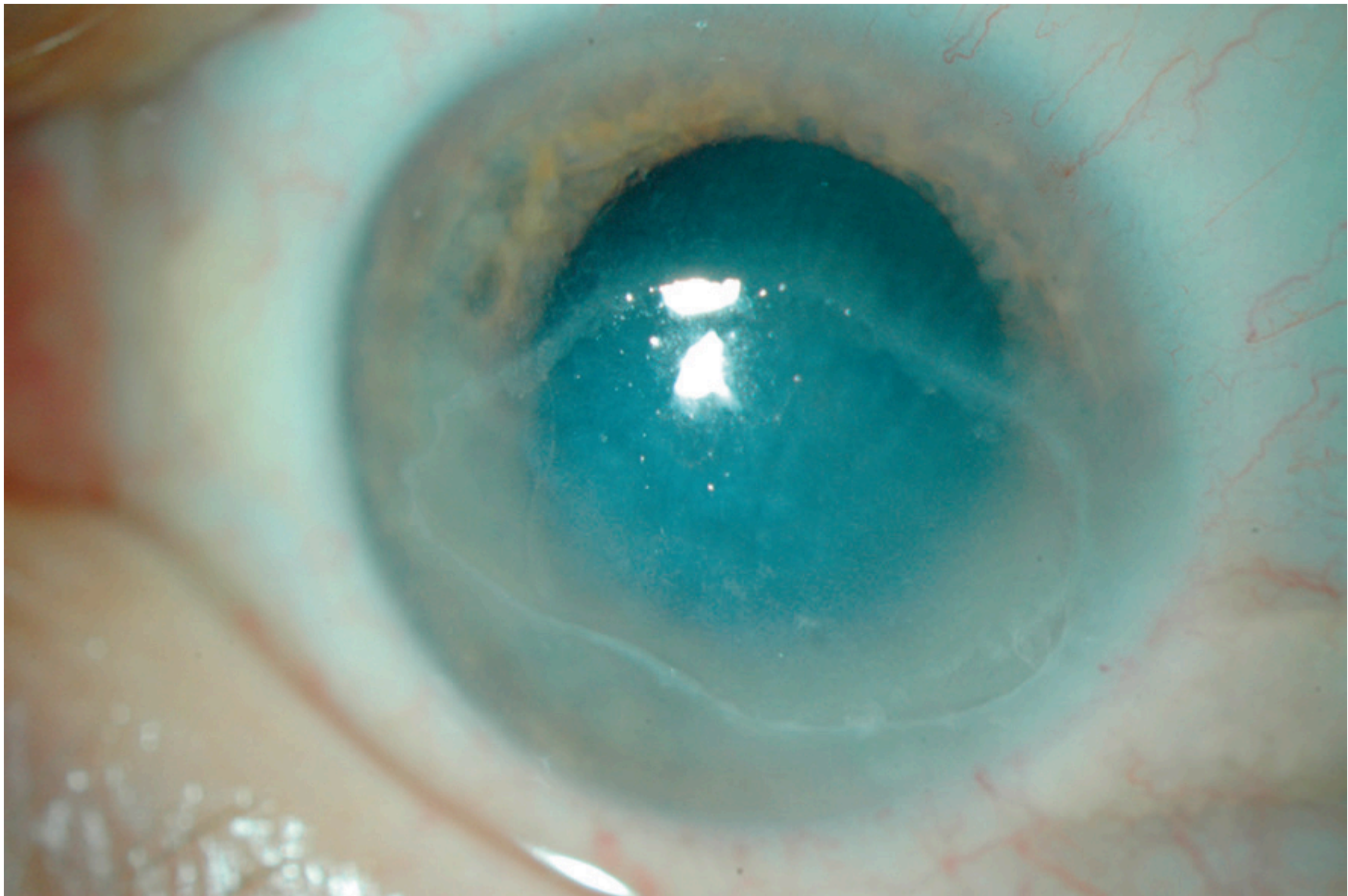


FIG. 6.50 Ulcère cornéen épithélial.

A

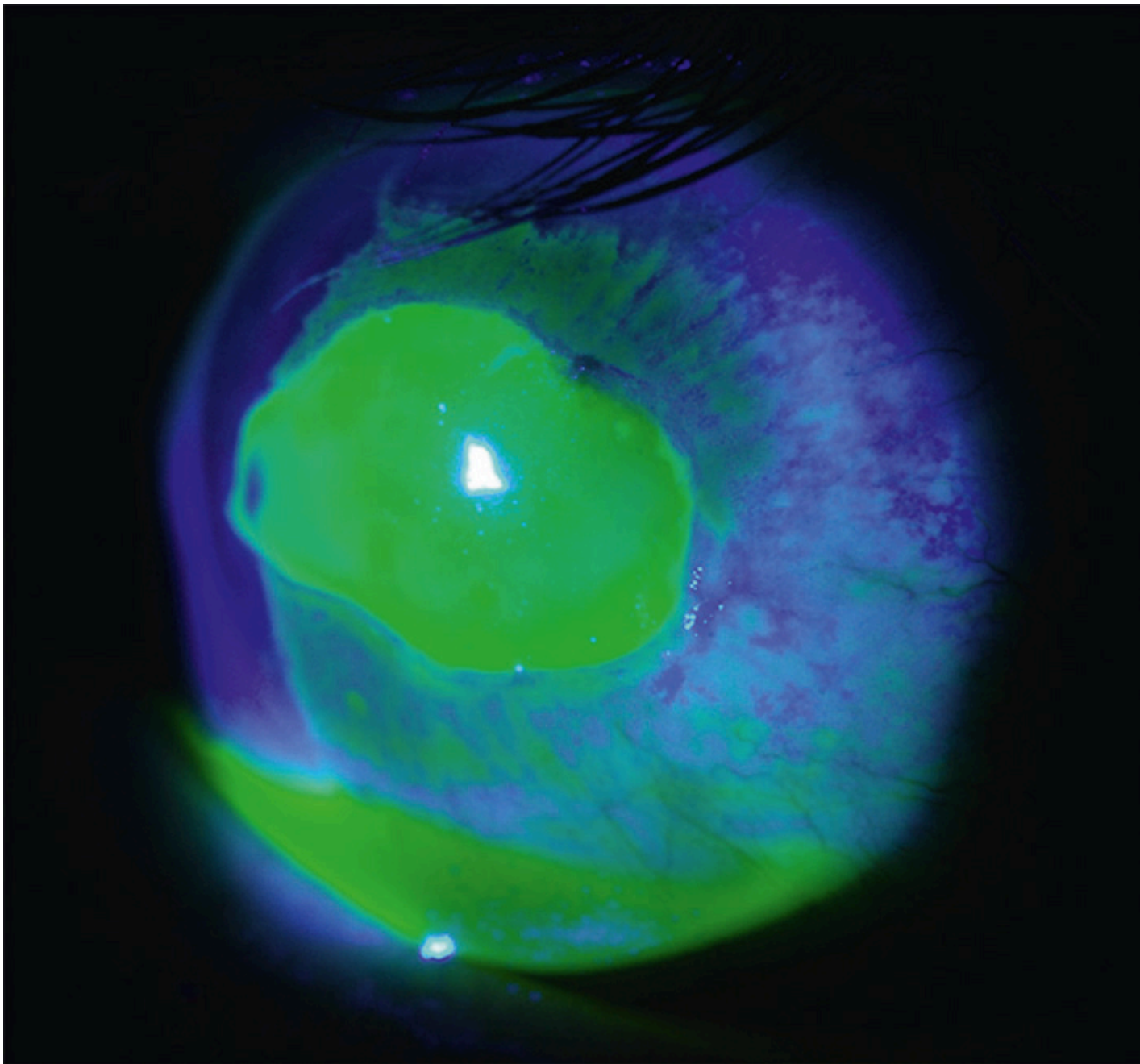


FIG. 6.51 Examen en lumière bleue après instillation d'une goutte de collyre à la fluorescéine.

A

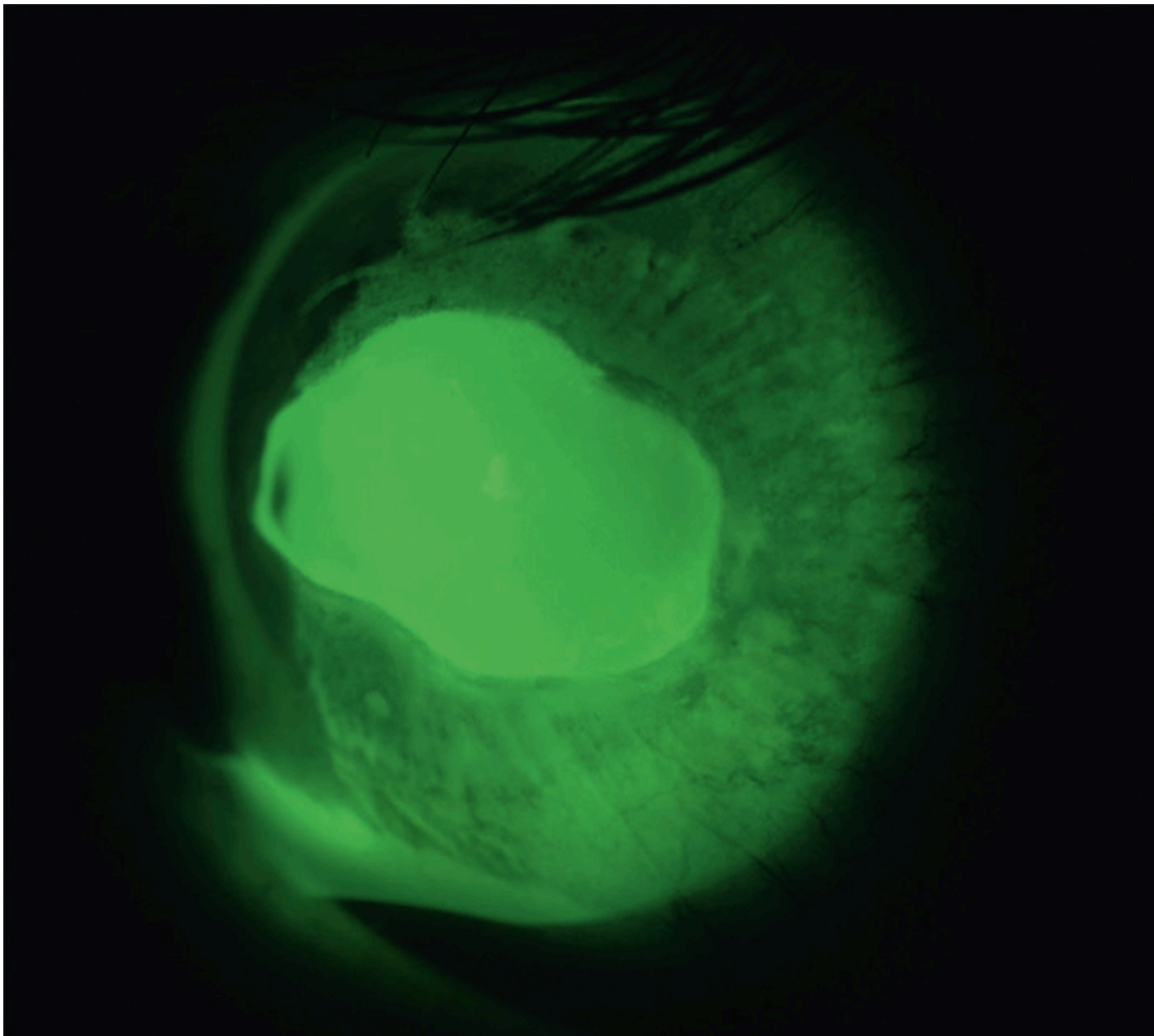


FIG. 6.53 Examen après fluorescéine + lumière bleue + filtre jaune.

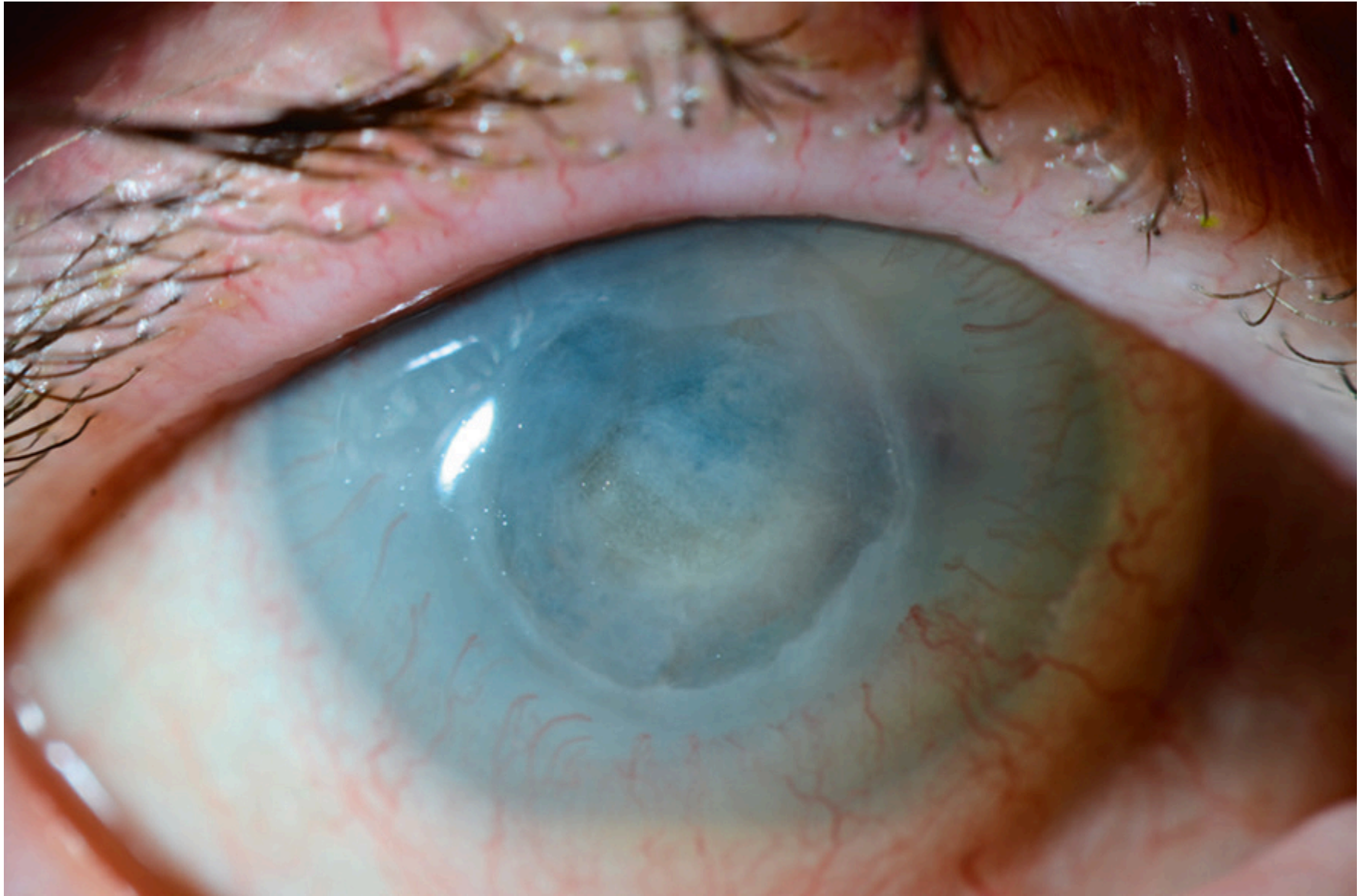


FIG. 6.54 Ulcère cornéen chronique creusant avec néovascularisation de la cornée périphérique.

1 129 130 Kératites infectieuses

a Kératite à adenovirus

Une kératite peut compliquer une conjonctivite à adenovirus (voir plus haut « Conjonctivites virales »); on parle de kératoconjonctivite à adenovirus ou de kératoconjonctivite épidémique. Elle est caractérisée par des petites ulcérations épithéliales disséminées prenant la fluorescéine (**fig. 6.55**).

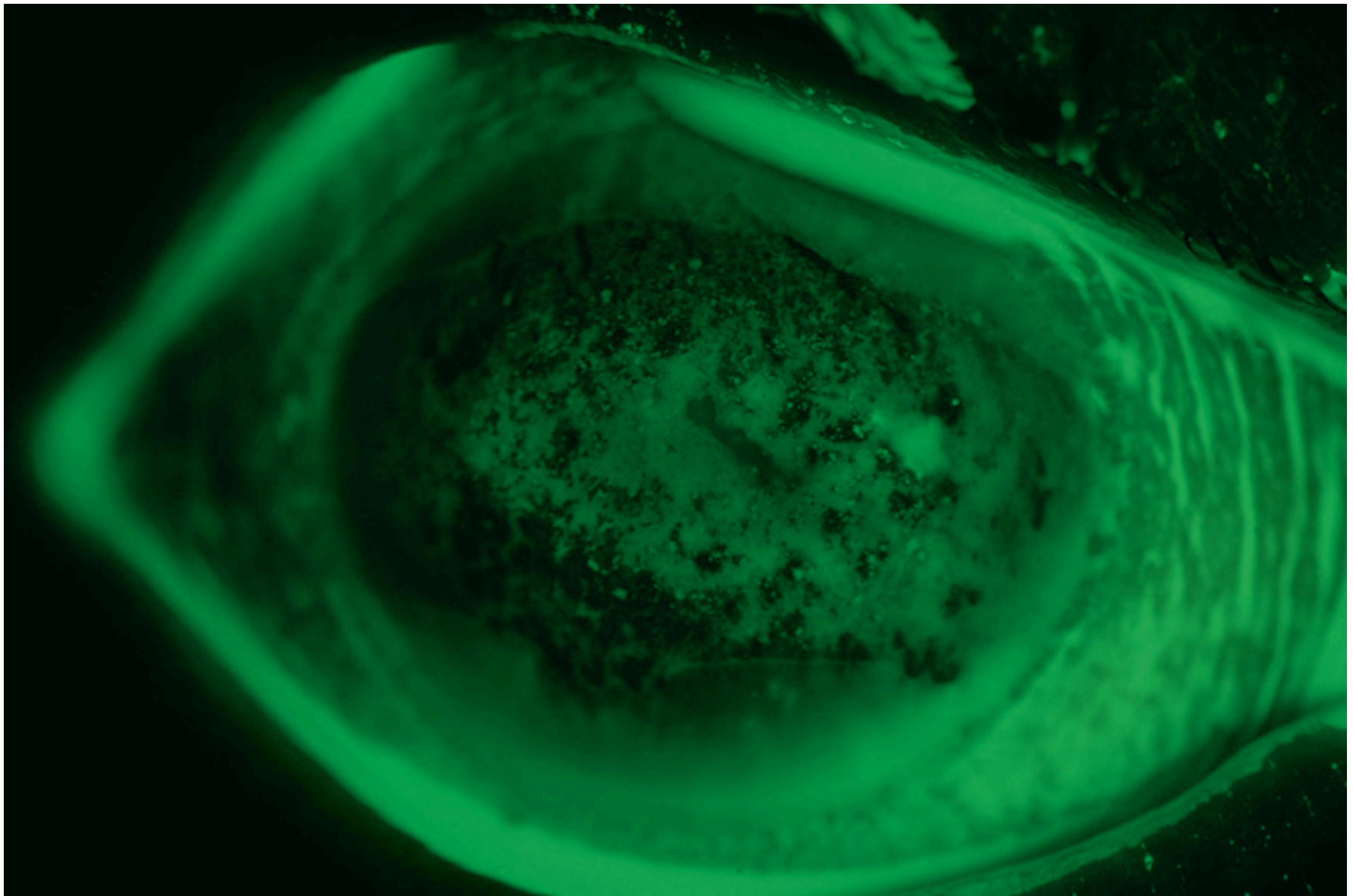


FIG. 6.55 Kératite épithéliale à adénovirus à sa phase initiale.

131 L'évolution est souvent favorable, mais les lésions initiales peuvent laisser place à des opacités stromales antérieures ([fig. 6.56](#)) et s'accompagner d'une baisse d'acuité visuelle durable en cas d'opacités cicatricielles centrales.

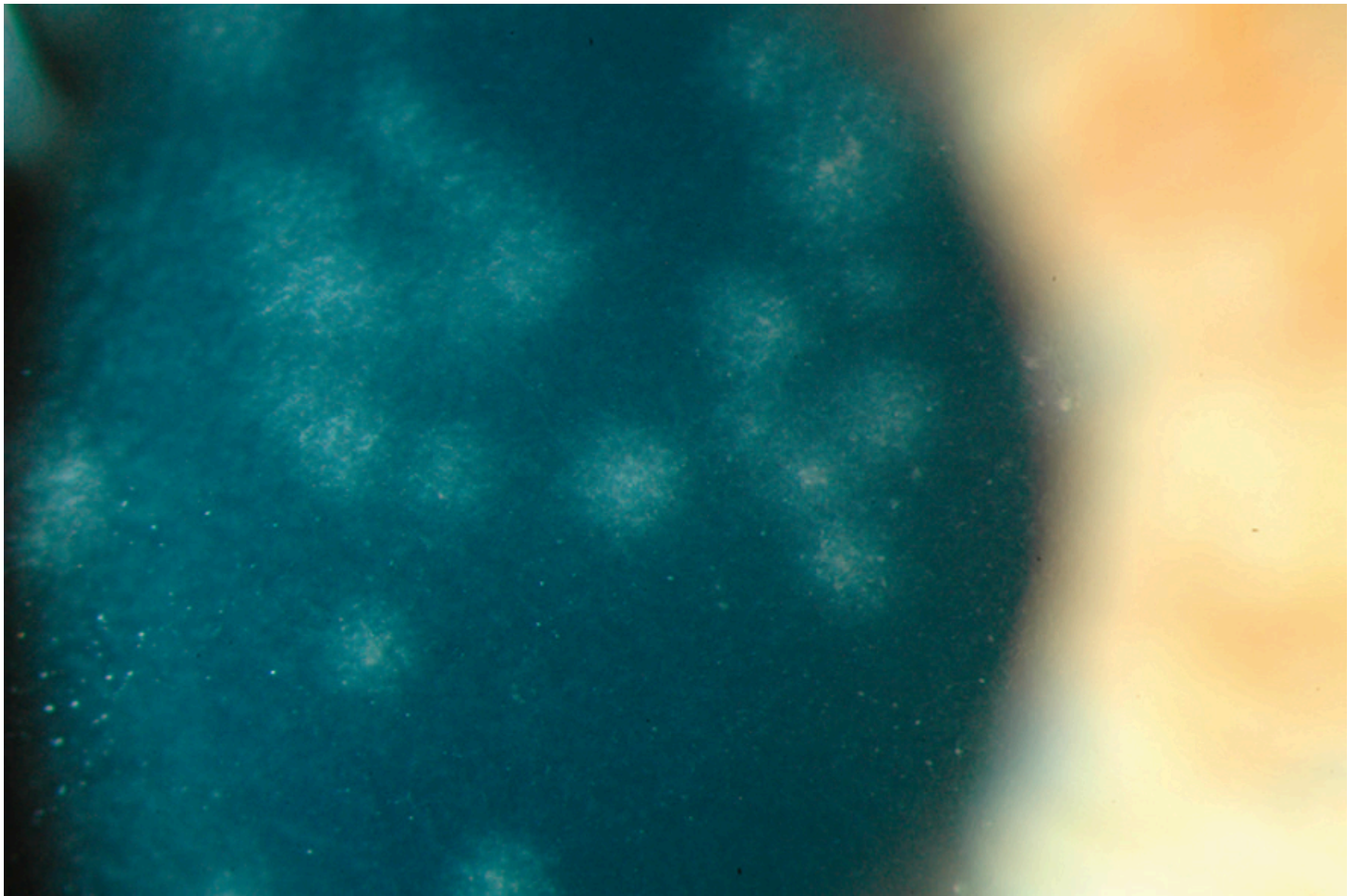
A

FIG. 6.56 Opacités de la kératite à adénovirus dans sa phase inflammatoire.

B

Le traitement de base est le même que pour la conjonctivite à adénovirus. Une cortico-thérapie locale lentement dégressive est souvent proposée pour aider à dissiper des opacités centrales symptomatiques.

b Kératite herpétique

A

Une kératite herpétique se présente classiquement sous la forme d'une ulcération cor-néenne unilatérale d'aspect typique, de forme arborescente dite « en feuille de fougère » qui ^ correspond à l'ulcère herpétique dendritique (**fig. 6.57**, **fig. 6.58** et e-fig. 6.59), ou est parfois plus étendue et moins spécifique avec des angulations néanmoins évocatrices d'une infection herpétique dites « en carte de géographie » (**fig. 6.60** et e-fig. 6.61).

A

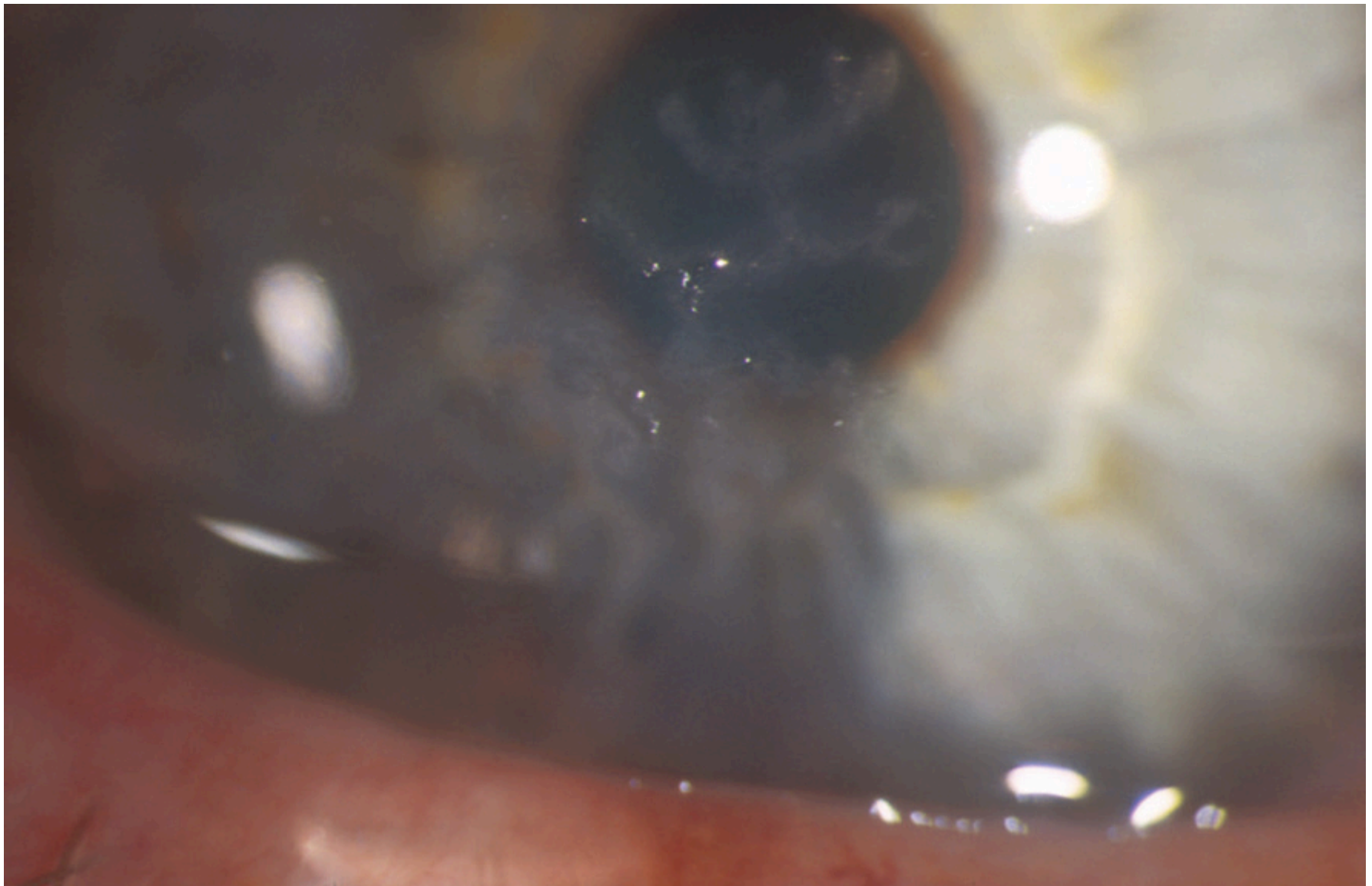


FIG. 6.57 Kératite herpétique : ulcère dendritique.

A

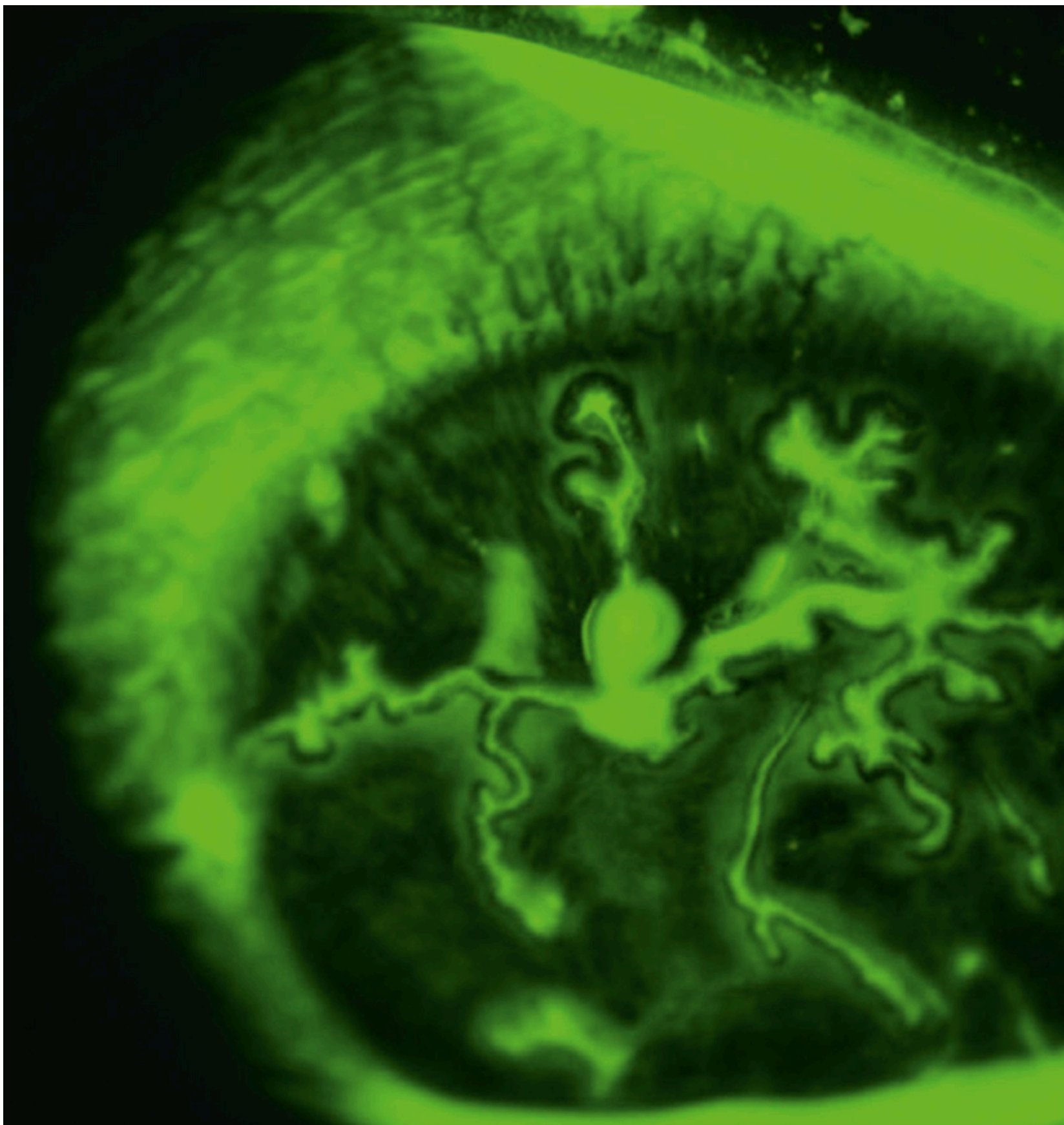


FIG. 6.58 Ulcère dendritique après instillation de fluorescéine (lumière bleue + filtre jaune).

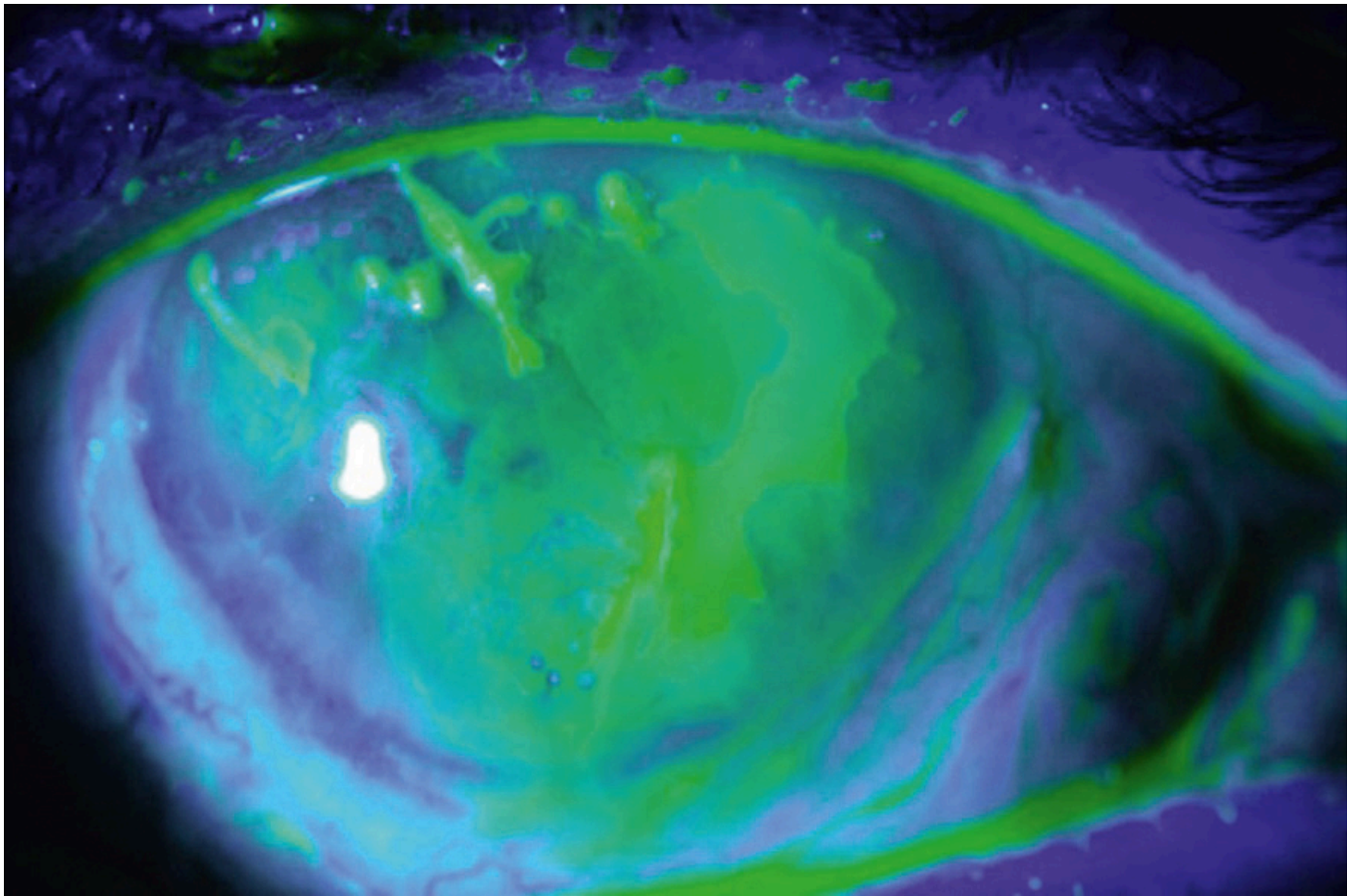
A

FIG. 6.60 Ulcère géographique herpétique (fluorescéine + lumière bleue).

B

Un prélèvement pour détection virologique moléculaire peut s'avérer nécessaire dans les formes atypiques ou en cas de résistance thérapeutique avérée.

Le traitement réside dans la prise d'antiviraux par voie générale (valaciclovir ou aciclovir) pendant 7 à 10 jours, associée ou non au débridement initial de la lésion virale. L'alternative consiste, en fonction des situations, en une application locale de même durée d'antiviraux en pommade (aciclovir), en gel (ganciclovir) ou en collyre (trifluridine).

A

Les kératites herpétiques sont susceptibles de s'aggraver de façon majeure sous l'effet d'une corticothérapie locale inappropriée, pour aboutir dans le pire des cas à une perforation cornéenne. Il faut donc systématiquement écarter le diagnostic de kératite herpétique active (et de façon plus générale celui de kératite infectieuse) avant de débiter une corticothérapie locale sur un œil inflammatoire.

Sous traitement adéquat, la kératite herpétique évolue favorablement dans la majorité des cas. Il existe néanmoins un risque non négligeable

B

d'une part de récurrences virales motivant alors une prophylaxie antiherpétique orale, **A** et d'autre part d'évolution vers une kératite plus

B

profonde avec atteinte stromale inflammatoire disciforme (**fig. 6.62**) requérant cette fois l'application de corticoïdes locaux sous peine d'opacification cornéenne aux conséquences optiques définitives (voir **chapitre 10**).

A

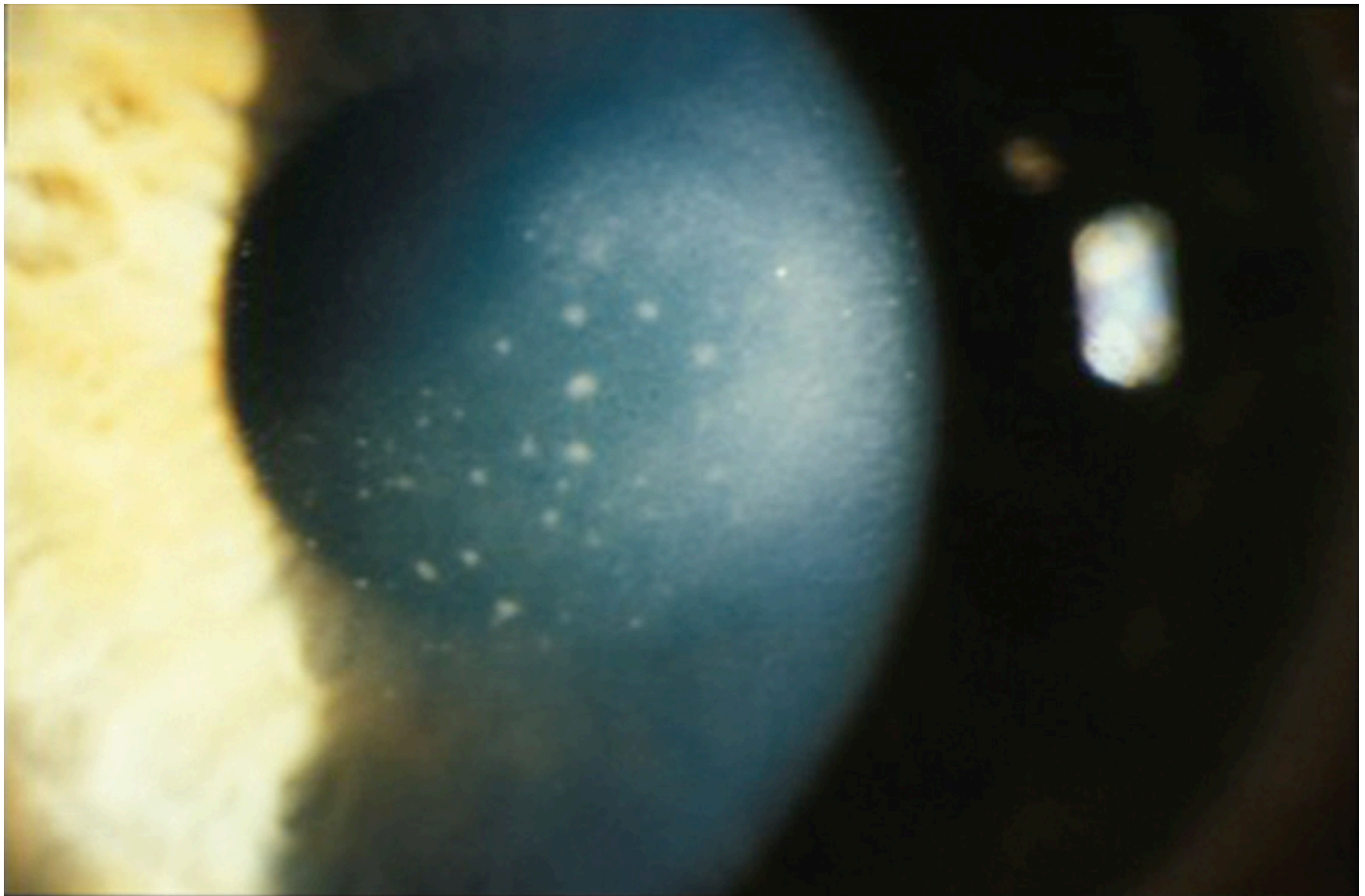


FIG. 6.62 Kératite stromale disciforme avec précipités rétrocornéens donnant un tableau de kérato-uvéite.

c **132** **133** **Kératite zostérienne**

A

Le zona ophtalmique (**fig. 6.63**) peut également provoquer des lésions cornéennes :



FIG. 6.63 Zona ophtalmique.

- à type de kératites superficielles dendritiformes (aussi appelées plaques virales), contemporaines de l'épisode aigu du zona, directement liées à l'atteinte virale et répondant à son traitement;
- à type de kératite neurotrophique (aussi appelée kératite neuroparalytique), plus à distance de l'éruption zostérienne, secondaire à

l'anesthésie cornéenne séquellaire **B** et de traitement plus délicat.

Instauré précocement dans les trois premiers jours du zona ophtalmique, un traitement par vala-ciclovir (Zelitrex® ou générique) à la posologie de 3 fois 1 g/j permet non seulement le traitement de l'infection virale, mais aussi la réduction de fréquence et de durée des douleurs zostériennes. Un traitement protecteur cornéen local par substituts lacrymaux est systématiquement associé.

A

Comme dans l'herpès, des complications inflammatoires stromales post-zostériennes sont possibles.

d Kératites bactériennes, mycosiques et parasitaires

Ces kératites infectieuses surviennent le plus souvent sur un terrain fragilisé par un port inadapté d'une lentille de contact, un traumatisme épithélial cornéen récent (coup d'ongle, branche d'arbre, corps étranger), des troubles de l'anatomie palpébrale (entropion, ectropion, exposition cornéenne paralytique) ou des modifications immunologiques locales d'origine **134** iatrogène (corticothérapie prolongée, immunosuppression) qui vont alors réduire l'efficacité des moyens de défense de la surface oculaire.

La situation pratique la plus fréquemment rencontrée est celle d'une infection cornéenne sur défaut évident de port ou d'entretien d'une lentille souple.

Les kératites infectieuses à pyogènes sont caractérisées par la présence d'une plage blanchâtre d'infiltration cornéenne donnant un tableau d'abcès de cornée. Une ulcération est retrouvée à son contact et se colore après instillation de fluorescéine. Elle est parfois aussi accompagnée d'un hypopion réactionnel, témoin d'une inflammation intraoculaire de contiguïté (**fig. 6.64**, e-fig. 6.65 à e-fig. 6.70).

A

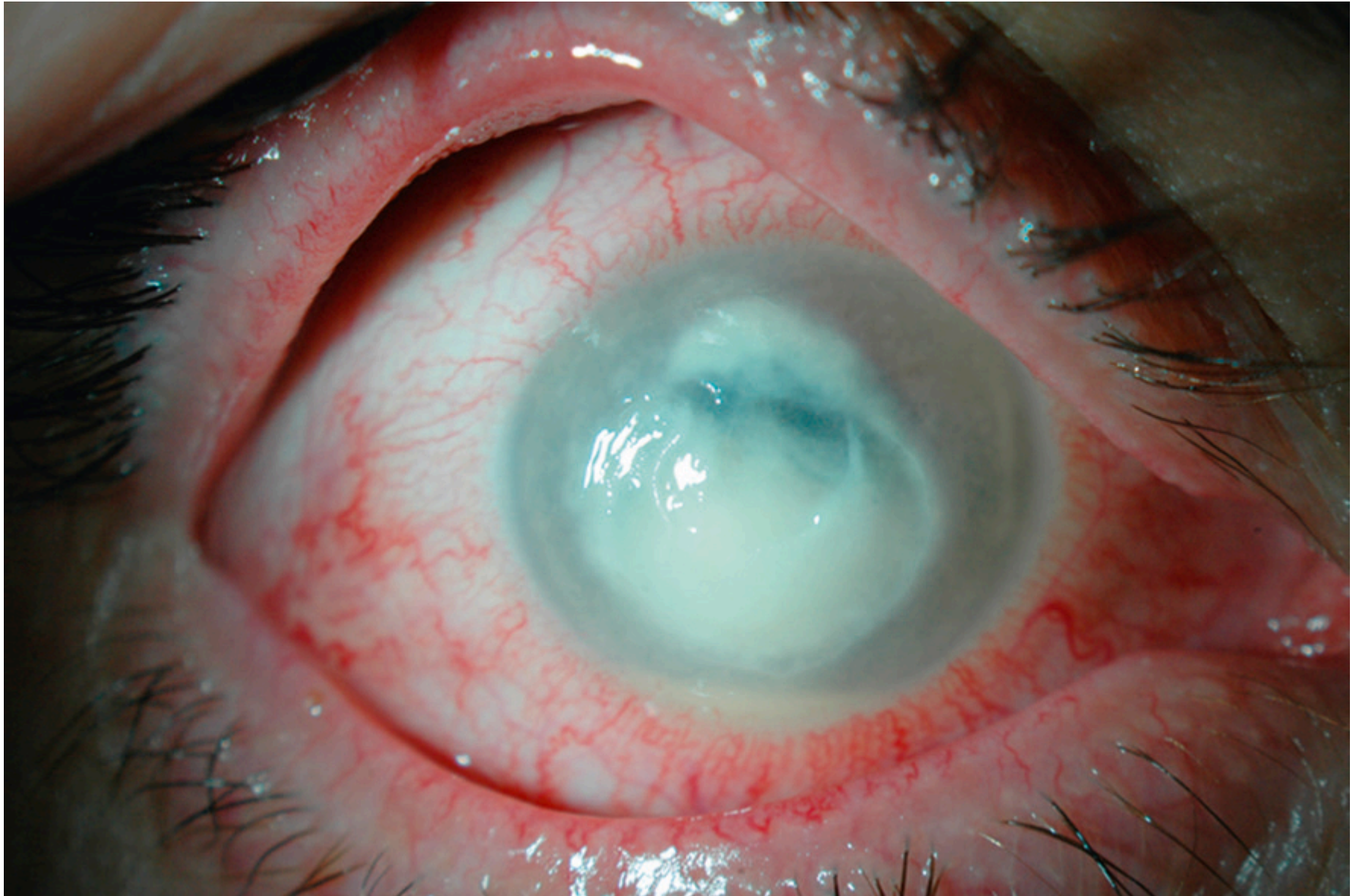


FIG. 6.64 Ulcère infectieux infiltré associé à un hypopion.

B

Un prélèvement est effectué au niveau de l'abcès ([fig. 6.71](#) et e-fig. 6.72 ) pour examen direct, mise en culture et réalisation d'un antibiogramme ou d'un antifongogramme. Une recherche du pathogène en biologie moléculaire peut compléter les analyses conventionnelles.



FIG. 6.71 Prélèvement à l'écouvillon d'un abcès cornéen.

A

Parmi les infections bactériennes sous lentilles, le bacille pyocyanique est prépondérant et donne souvent des lésions symptomatiques et destructrices. Les habituels cocci à Gram positif (staphylocoques, streptocoques) sont aussi fréquemment impliqués.

Dans tous les cas, le traitement doit être instauré précocement. Il est initialement empirique, puis secondairement adapté aux résultats microbiologiques si nécessaire. Des antibiotiques topiques commercialisés administrés plusieurs fois par jour sont souvent suffisants dans les formes précoces et peu sévères (ciprofloxacine, tobramycine, rifamycine, azithromycine). Pour les abcès importants (en surface, en profondeur ou centraux), il est préférable d'hospitaliser le patient pour instaurer un traitement intensif et régulier (au mieux horaire) avec des collyres aux principes actifs et à concentrations choisis appelés « collyres fortifiés » (vancomycine, gen-tamycine ou amikacine, ceftazidime ou ticarcilline). Une antibiothérapie par voie systémique est associée en cas de risque de diffusion infectieuse.

Les infections fongiques à *Fusarium*, *Candida* et *Aspergillus* sont plus rares, mais volontiers sévères car elles infiltrant la cornée de proche en proche en surface et en profondeur. La conduite thérapeutique est similaire, mais nécessite cette fois un traitement antifongique spécifique intense et prolongé (amphotéricine B, voriconazole).

La kératite amibienne est également l'apanage des porteurs de lentilles. D'installation insidieuse, elle donne d'abord de simples infiltrations épithéliales linéaires (**fig. 6.73**) régressives sous traitement antiseptique intensif, mais peut aussi se transformer en la redoutable scléro-kératite annulaire (**fig. 6.74**) de traitement plus complexe. L'évolution des kératites infectieuses peut être défavorable :

A

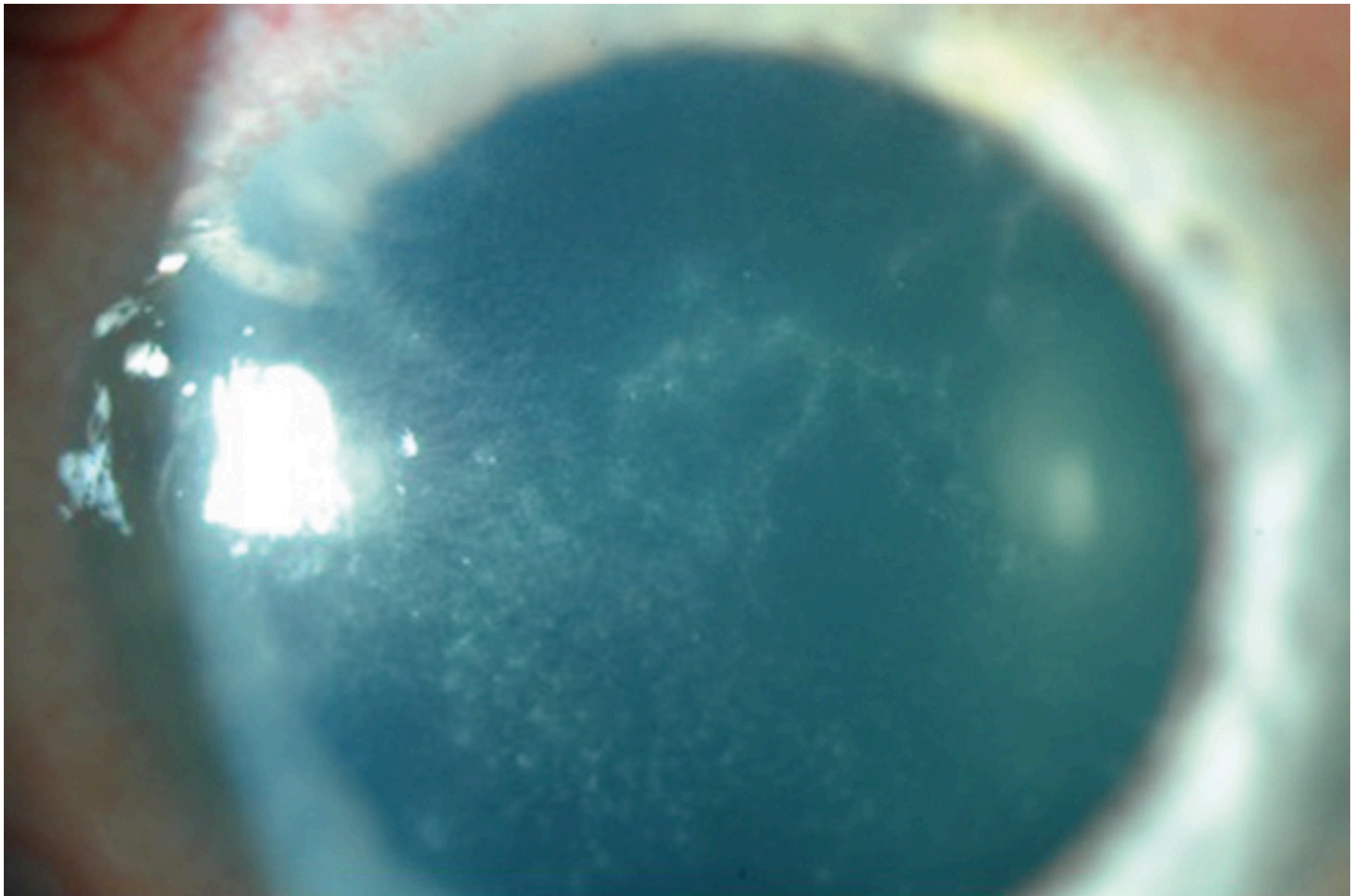


FIG. 6.73 Atteinte épithéliale linéaire de la kératite amibienne.

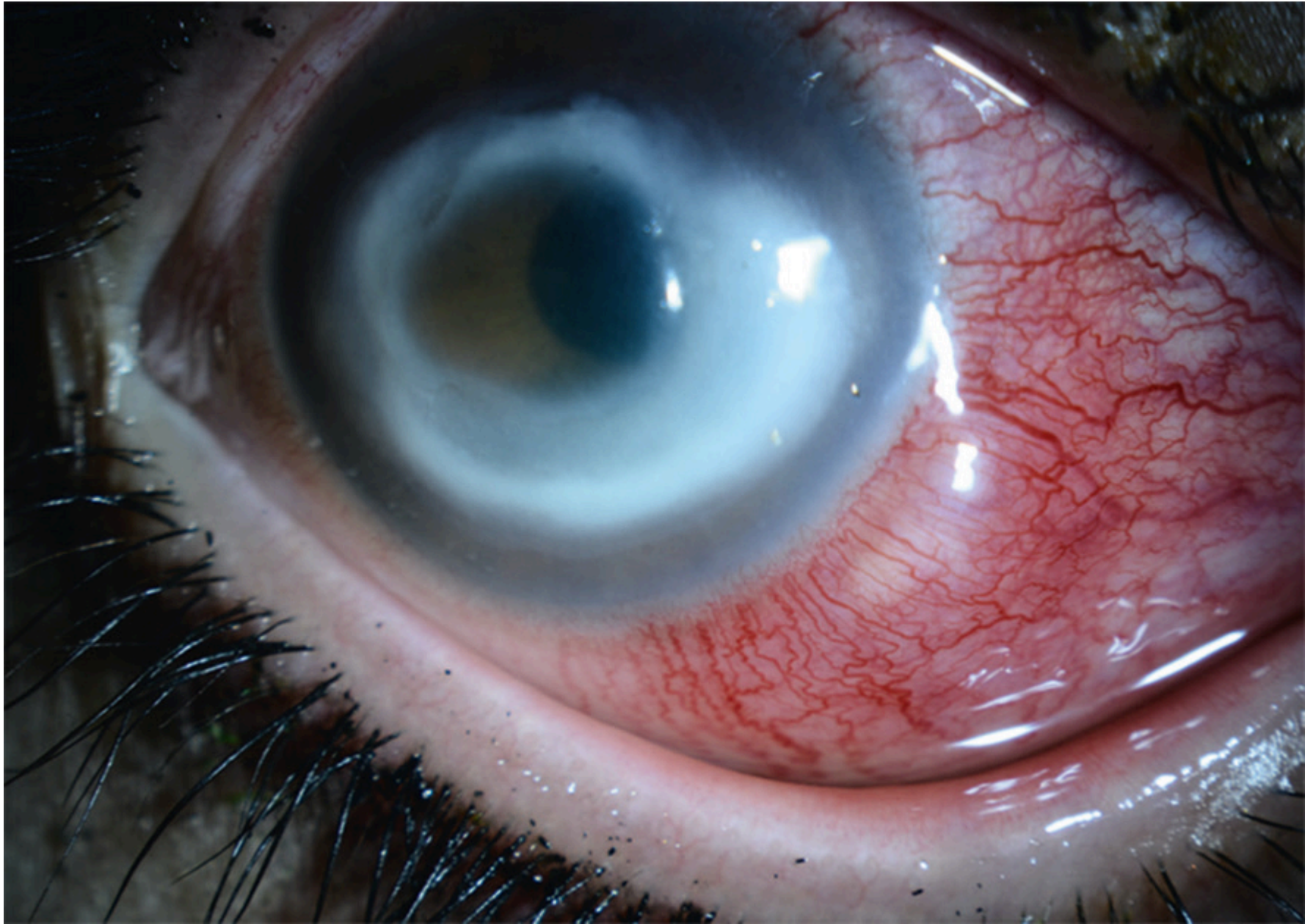


FIG. 6.74 Sclérokératite annulaire amibienne.

- soit à la phase aiguë :
 - par l’extension postérieure de l’infection aboutissant à un tableau d’endophtalmie,
 - ou par une perforation cornéenne (indication éventuelle de greffe de cornée « à chaud »);
- 135 soit à distance avec une taie cicatricielle responsable d’une baisse d’acuité visuelle définitive lorsqu’elle siège dans l’axe visuel (indication éventuelle de greffe de cornée « à froid »).

2 Kératites non infectieuses

a Infiltrats inflammatoires non infectieux

De siège préférentiellement périphérique, d’aspect blanchâtre et souvent ulcérés en surface, les infiltrats inflammatoires non infectieux ([fig. 6.75](#)) constituent le principal diagnostic 136 différentiel des abcès de cornée et sont plus souvent la conséquence de phénomènes inflammatoires locaux (dans un contexte de rosacée oculaire notamment) que le reflet d’une maladie systémique associée.



FIG. 6.75 Infiltrats cornéens périphériques multiples.

b Kératite sur syndrome sec

Comme nous l'avons vu plus haut, le syndrome sec oculaire peut entraîner l'apparition d'une KPS, voire d'un ulcère de cornée alors susceptible de se surinfecter secondairement.

c Kératite d'exposition

Lors d'une paralysie faciale, la mauvaise occlusion palpébrale est responsable d'une exposition cornéenne induisant une altération épithéliale dans l'aire de la fente palpébrale.

B

Le traitement réside dans les protecteurs cornéens qui seront d'ailleurs prescrits en prévention dans toutes les situations d'inocclusion. Ces kératites peuvent nécessiter une tarsorrhaphie (affrontement des deux bords libres par mise en place de sutures verticales pour réduire l'étendue de la fente palpébrale), permettant d'assurer la protection de l'épithélium cornéen par la conjonctive palpébrale.

E Uvéite

A

Le terme d'uvéite se décline de façon anatomique en fonction de la localisation principale ou première du phénomène inflammatoire intraoculaire en cours. Quand le processus touche de manière sensiblement homogène les différents segments du globe oculaire, on parle alors de

B

panuvéite. Quels qu'en soient les types anatomiques, les uvéites sont ensuite classiquement séparées en deux grands groupes étiologiques : les uvéites infectieuses et les uvéites non infectieuses, qui diffèrent à la fois dans leurs approches diagnostiques et dans leurs prises en charge thérapeutiques. Enfin, certains diagnostics relèvent d'entités ophtalmologiques définies par un cortège d'éléments cliniques et paracliniques.

1 Uvéites antérieures

A

Les uvéites antérieures sont les formes les plus fréquentes d'uvéites. Elles sont également appelées iridocyclites parce qu'elles touchent la partie antérieure de l'uvée composée de l'iris (iritis) et du corps ciliaire (cyclite).

137 Au cours d'une uvéite antérieure aiguë, le patient présente un œil rouge associé à une baisse d'acuité visuelle variable et à des douleurs profondes d'intensité modérée qui irradient vers la région sus-orbitaire.

L'atteinte peut être uni- ou bilatérale, parfois récidivante et à bascule.

L'examen à la lampe à fente retrouve (**fig. 6.76**) :

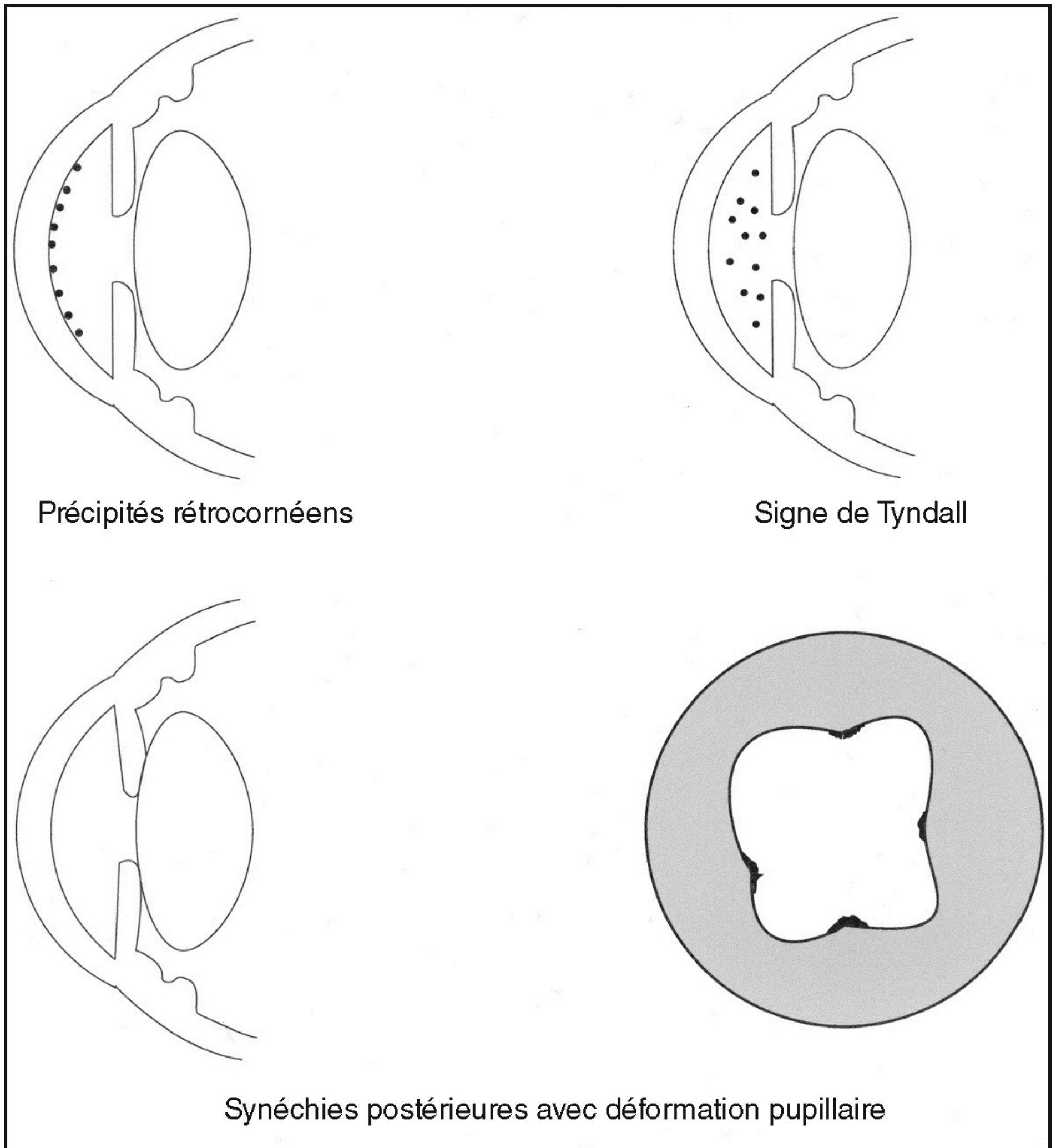


FIG. 6.76 Représentation schématique des signes d'uvéite antérieure.

- une injection ciliaire périkeratique (e-fig. 6.77);
- une transparence cornéenne normale;
- une pupille en myosis relatif;
- parfois des adhérences inflammatoires entre la face postérieure de l'iris et la capsule antérieure du cristallin (« synéchies iridocristalliniennes ou synéchies postérieures) responsables d'une déformation pupillaire qui se dévoile surtout à la dilatation ([fig. 6.78](#));

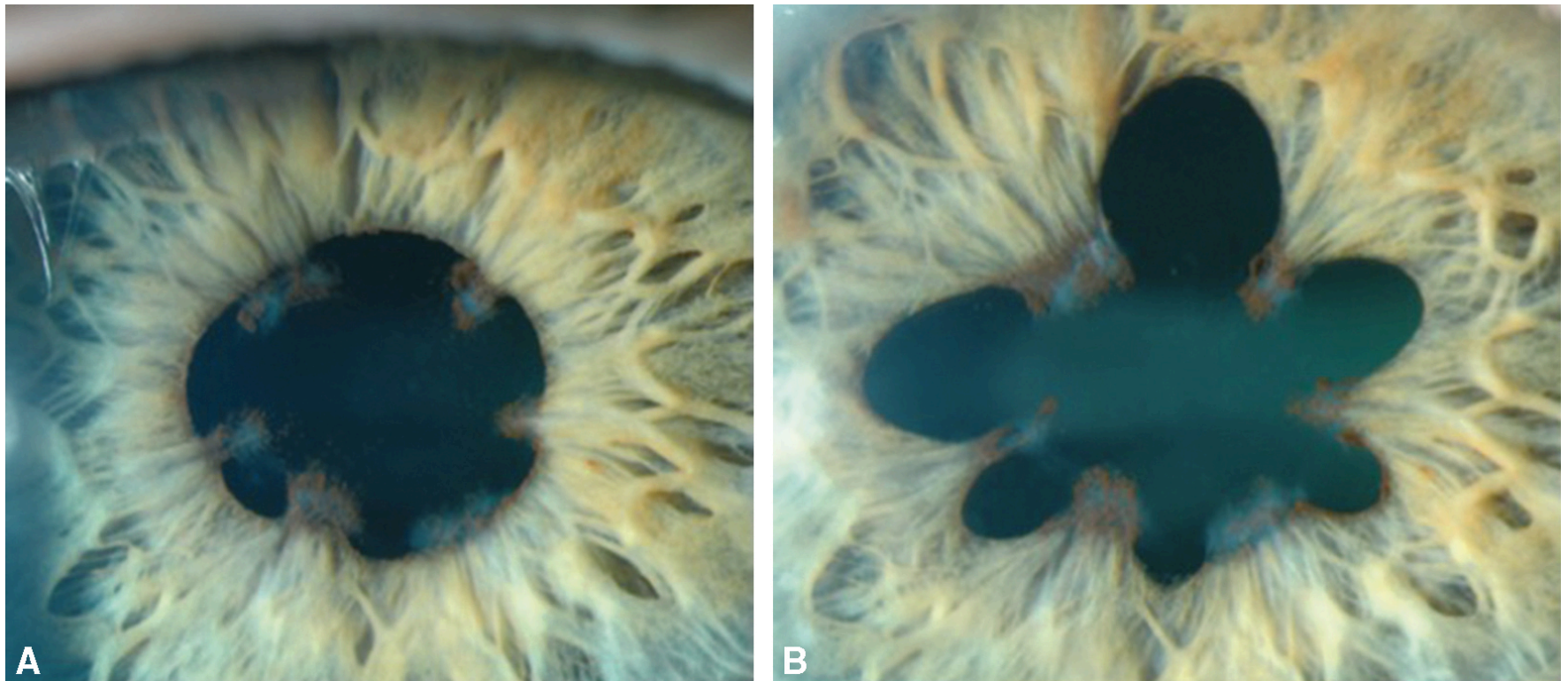


FIG. 6.78 Séquelles d'uvéite antérieure avec synéchies iridocristalliniennes avant (A) et après (B) dilatation.

- parfois des adhérences inflammatoires entre face antérieure de l'iris et face postérieure de la cornée visibles en gonioscopie (synéchies iridocornéennes ou synéchies antérieures);
- un phénomène de Tyndall : présence de protéines et de cellules inflammatoires circulant dans l'humeur aqueuse donnant un aspect de phare dans le brouillard à la projection d'un faisceau lumineux de la lampe à fente au travers de la chambre antérieure;
- des dépôts de cellules inflammatoires sur la face postérieure de la cornée : précipités rétro-cornéens (ou rétrodescemétiques) dont l'aspect morphologique fin (**fig. 6.79**) ou granulo-mateux (**fig. 6.80**) permet d'orienter le diagnostic étiologique de l'uvéite.

A

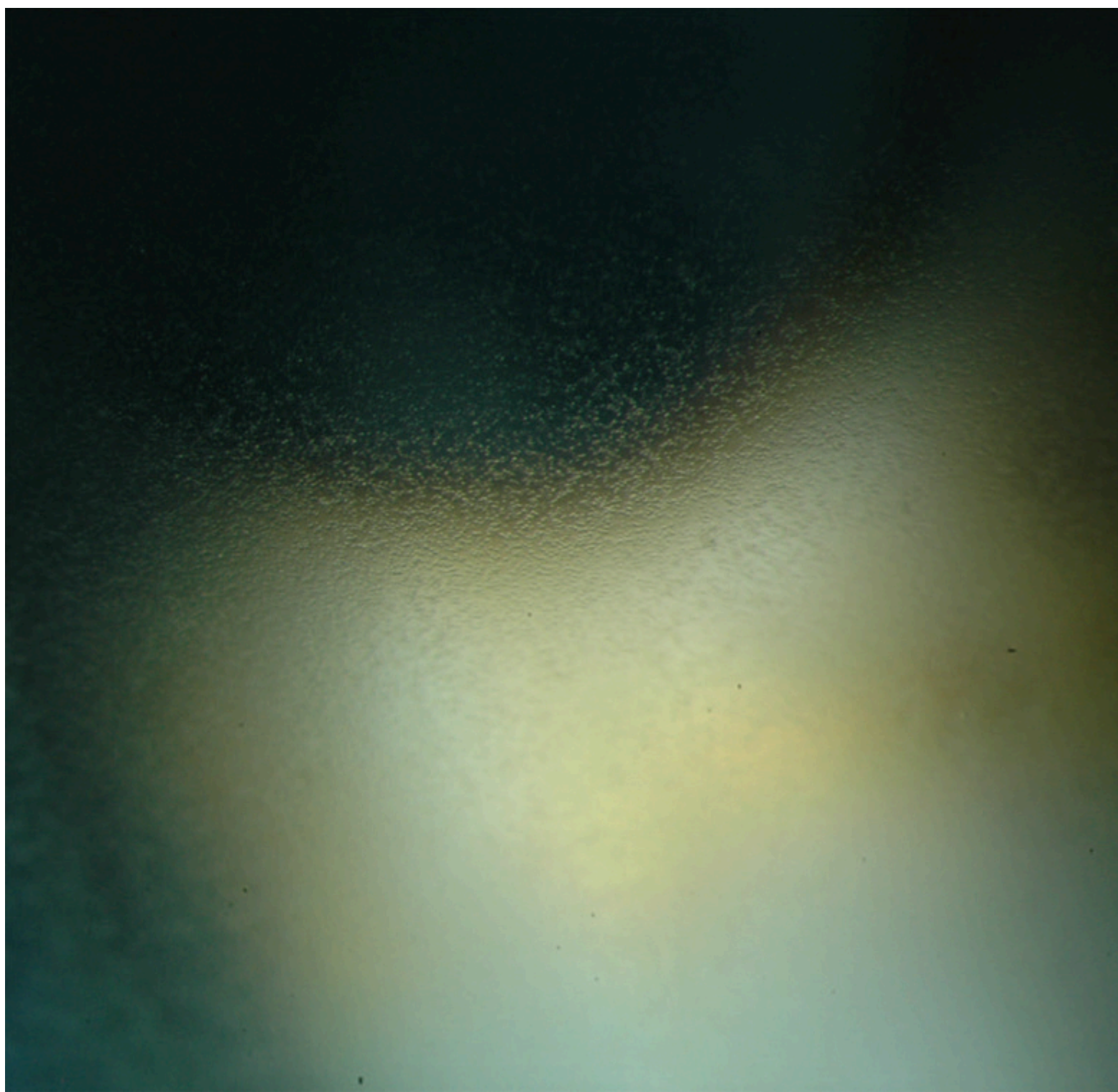


FIG. 6.79 Uvéite antérieure : précipités rétrocornéens (ou rétrodescémétiques) dits fins.

A

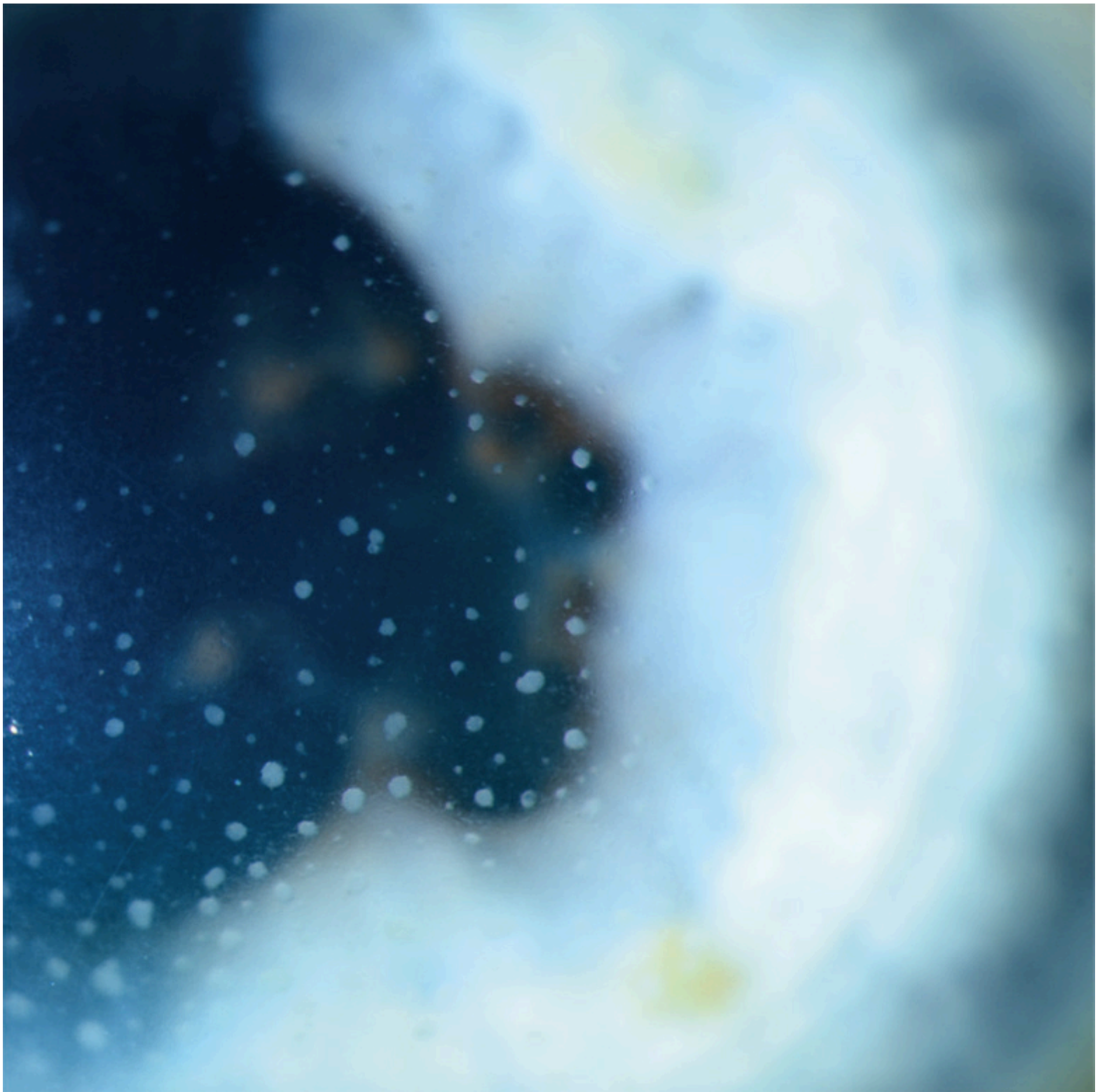


FIG. 6.80 Uvéite antérieure : précipités rétrocornéens dits granulomateux.

138 **139** L'examen du segment postérieur comprenant l'étude du vitré et l'analyse du fond d'œil doit être systématique à la recherche d'une atteinte inflammatoire vitréenne (hyalite), rétinienne ou choroïdienne qui signe l'existence d'une uvéite postérieure.

B L'enquête étiologique est indispensable, même si elle reste fréquemment négative (un tiers à la moitié des cas). Les principales causes d'uvéites antérieures et leurs archétypes cliniques sont mentionnés ci-après.

- Uvéites non infectieuses associées à des maladies générales :
 - terrain HLA-B27 et spondylarthrite ankylosante ou autre maladie inflammatoire liée au même terrain génétique (MICI, psoriasis, syndrome de Reiter) donnant une uvéite antérieure aiguë unilatérale, d'aspect plastique et synéchiant, souvent à hypopion (**fig. 6.81** et e-fig. 6.82), de caractère récidivant et fréquemment à bascule;

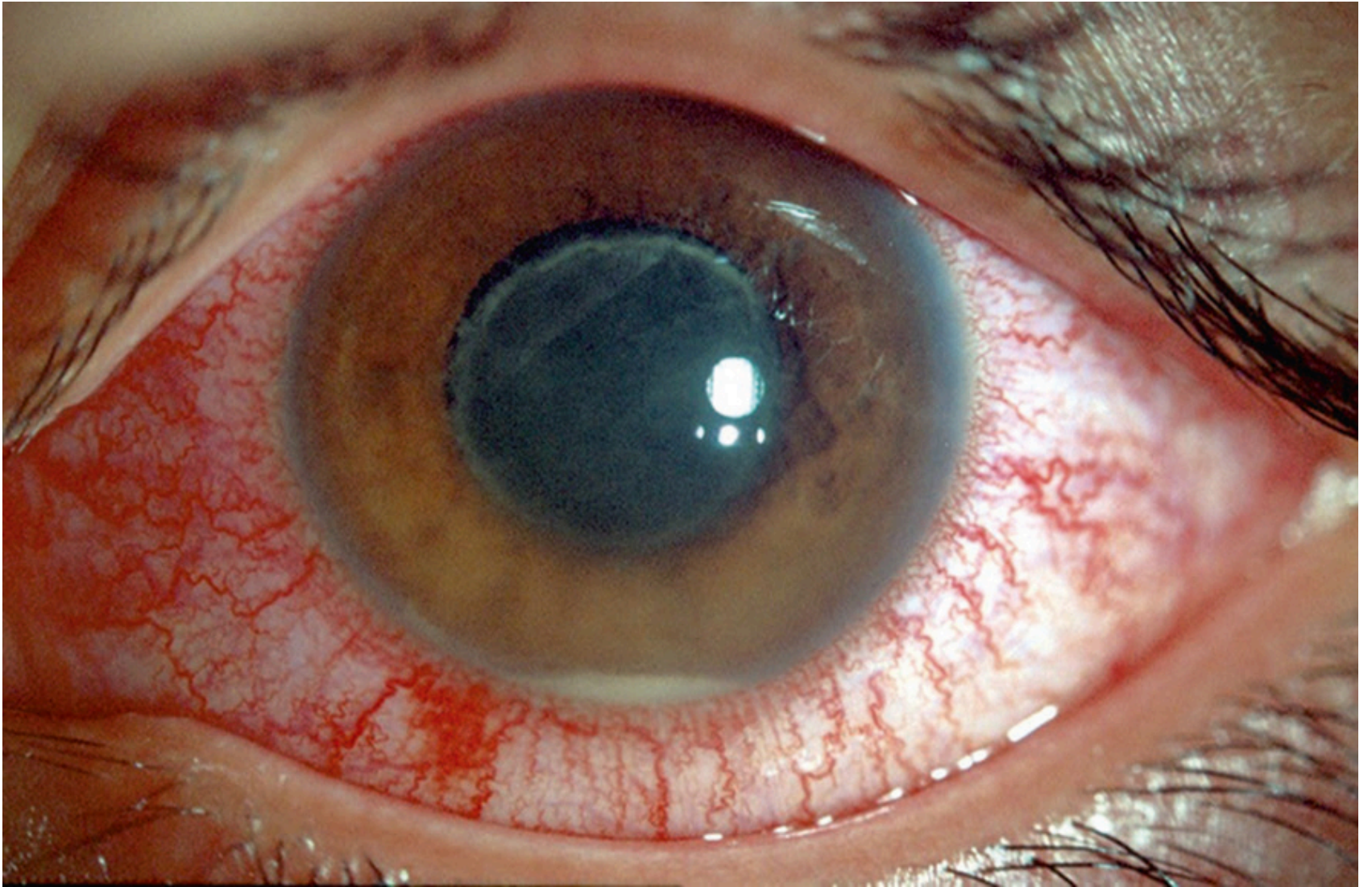
A

FIG. 6.81 Uvéite antérieure à hypopion avec bouchon cyclitique au cours d'une spondylarthrite ankylosante.

– arthrite juvénile idiopathique donnant une uvéite chronique chez l'enfant et de fréquentes complications (cataracte, kératite en bandelette aux dépôts calcifiés blanchâtres ou grisâtres – **fig. 6.83** – et glaucome);

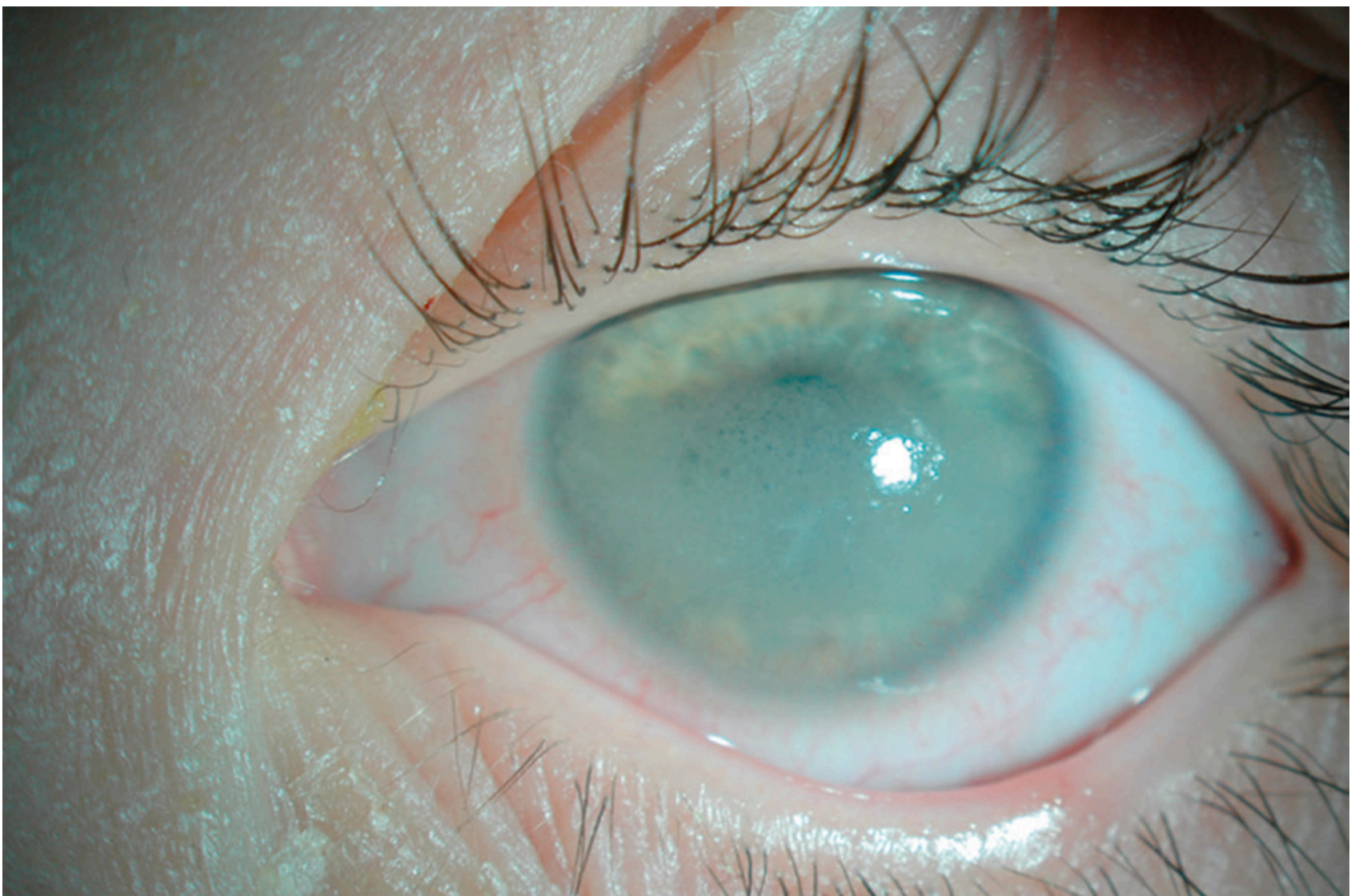
A

FIG. 6.83 Kératopathie en bandelette sur uvéite antérieure au cours d'une arthrite juvénile idiopathique.

- sarcoïdose donnant une uvéite dite granulomateuse (dépôts rétrodescémétiques granulo-lomateux et nodules iriens fréquents);
- maladie de Behçet donnant classiquement une uvéite antérieure à hypopion et souvent associée à une atteinte postérieure.
- Uvéites infectieuses :
 - uvéite herpétique donnant fréquemment une hypertonie et parfois une atrophie sectorielle de l'iris (**fig. 6.84**).

A

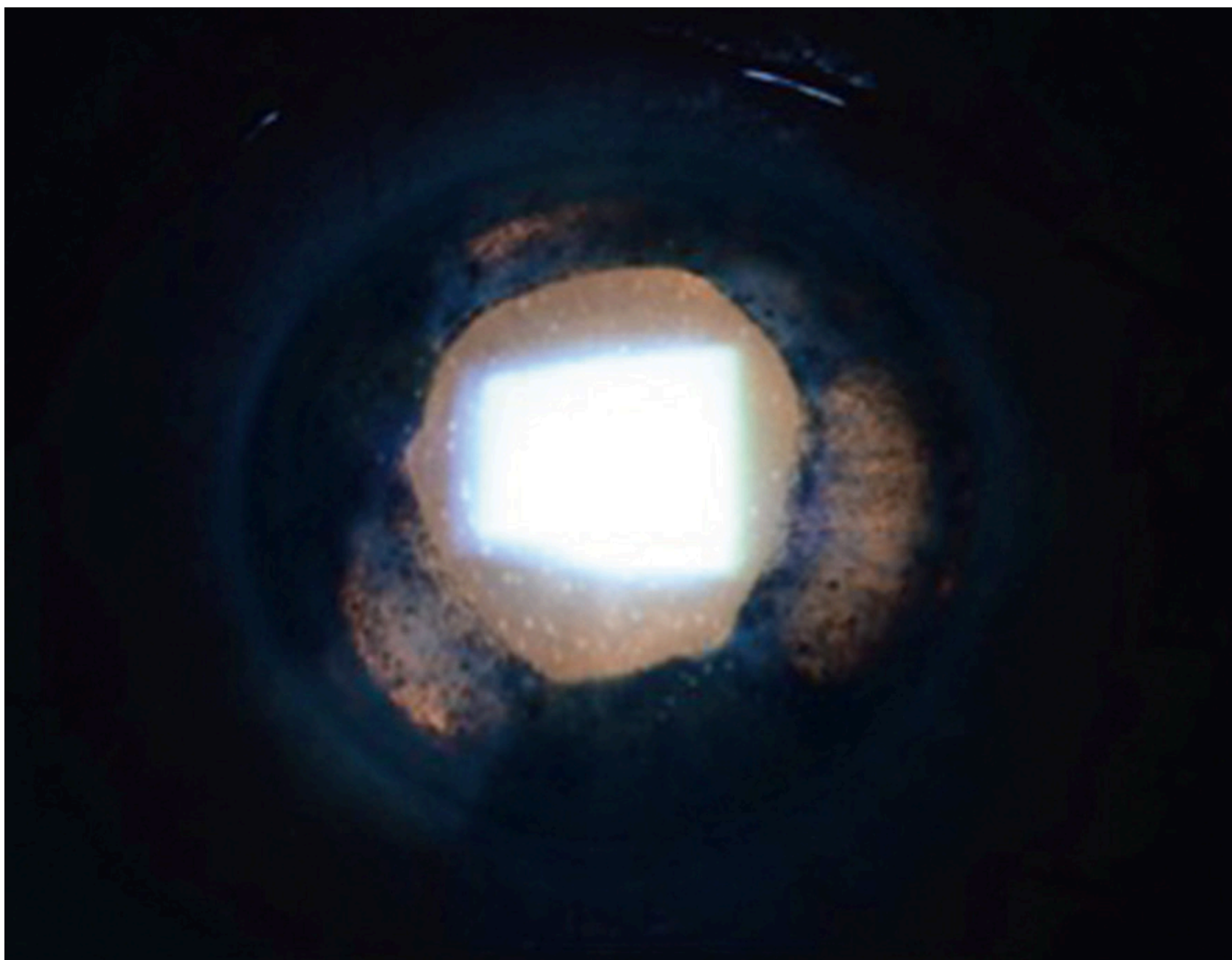


FIG. 6.84 Uvéite herpétique récurrente avec plusieurs zones d'atrophie irienne visibles en rétro-illumination.

La prise en charge de l'uvéite antérieure associe :

- **A** traitement local systématique par :
 - **B** mydriatiques ($\pm$ cycloplégiques), pour faire lâcher les synéchies postérieures ou dans le cadre de leur prévention primaire ou secondaire,
 - corticoïdes (dexaméthasone) en collyres, et souvent en pommade ajoutée pour la nuit;
- traitement d'une infection ou prise en charge globale de la maladie générale quand une étiologie est mise en évidence (précepte valable quel que soit le type d'uvéite).

2 140 Uvéites postérieures

A Les uvéites postérieures regroupent les atteintes inflammatoires et infectieuses touchant l'uvée postérieure ou choroïde (choroïdite), la rétine (rétinite) ou les deux tuniques ensemble (choriorétinite ou rétinochoroïdite). La gravité des uvéites postérieures réside initialement dans la possibilité d'une atteinte maculaire, vasculaire ou papillaire irrémédiable aux conséquences fonctionnelles définitives, puis dans la survenue de complications rétinienne inflammatoires (œdème maculaire cystoïde) ou mécaniques (détachement de rétine tractionnel ou rhégmato-gène) tout aussi redoutables.

En fonction des étiologies, l'œil atteint peut avoir un aspect extérieur normal ou présenter une rougeur marquée et des douleurs ciliaires comme au cours des uvéites antérieures. Les symptômes rapportés par le patient sont le plus souvent à type de myodésopsies (décrites comme des points noirs, des mouches volantes ou des corps flottants) ou de baisse d'acuité visuelle (progressive en cas de trouble des milieux ou plus brutale lorsqu'il s'agit d'une atteinte maculaire directe).

L'examen du fond d'œil après dilatation permet de confirmer le diagnostic d'uvéite postérieure, de faire l'inventaire des lésions et de préciser les

éventuelles complications. **B** La démarche étiologique peut alors débiter à partir du constat clinique en s'aidant des éléments retrouvés sur imagerie multimodale et parfois d'arguments biologiques pour arriver au diagnostic final.

141 Les causes d'uvéites postérieures infectieuses sont multiples : toxoplasmose (**fig. 6.85**), infections à herpès virus (**fig. 6.86**), dont la rétinite à cytomégalovirus chez l'immunodéprimé, syphilis (**fig. 6.87**), bartonellose ou encore tuberculose.

A

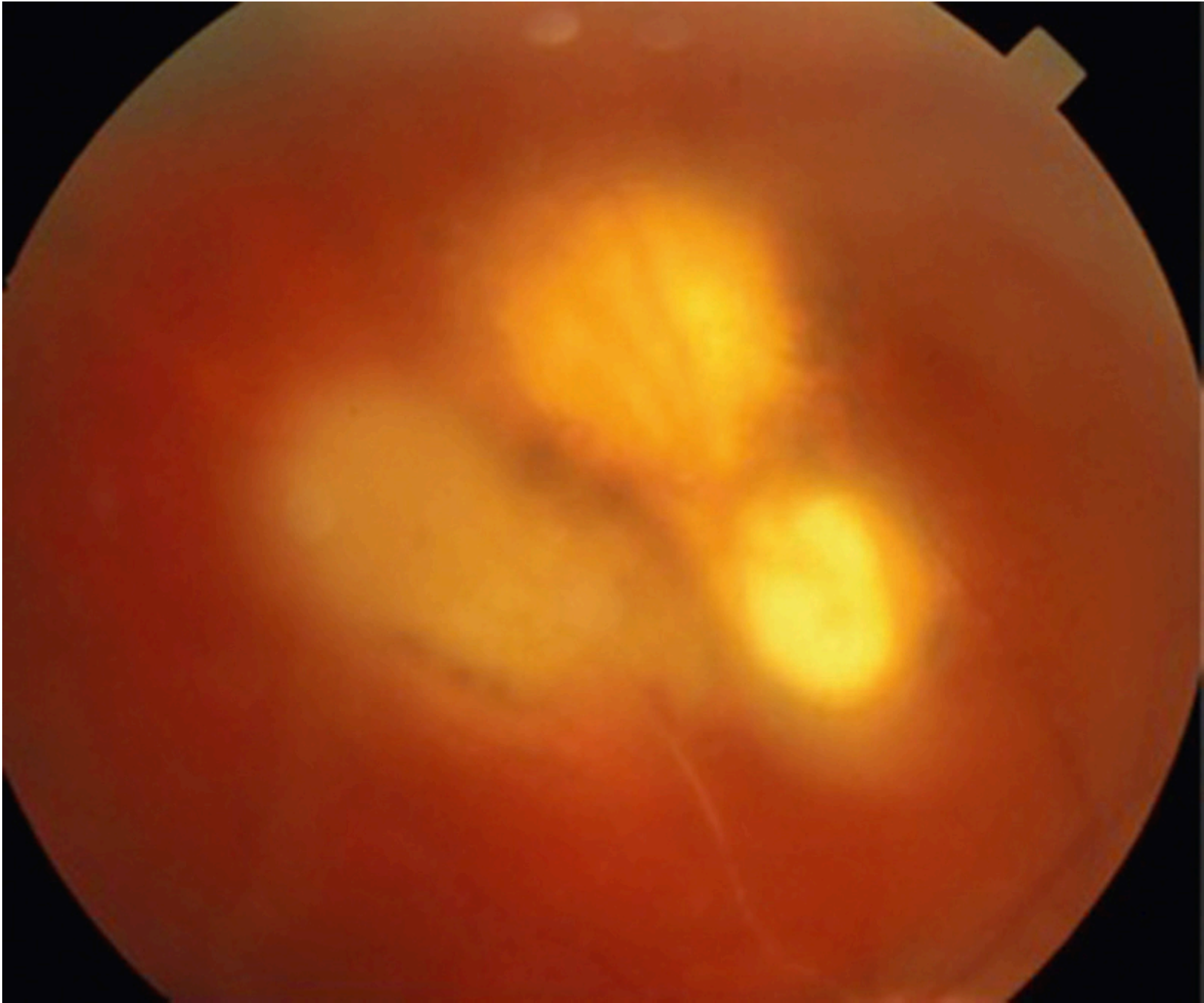


FIG. 6.85 Troisième récurrence de toxoplasmose oculaire compliquée d'une occlusion de branche artérielle rétinienne.

A



FIG. 6.86 Multiples foyers de nécrose rétinienne aiguë herpétique droite.

A



FIG. 6.87 Foyers de rétinite syphilitique périphérique.

Parmi les causes systémiques d'uvéites postérieures non infectieuses, nous mentionnerons la fréquence de la sarcoïdose ([fig. 6.88](#)) et le risque fonctionnel de la maladie de Behçet.

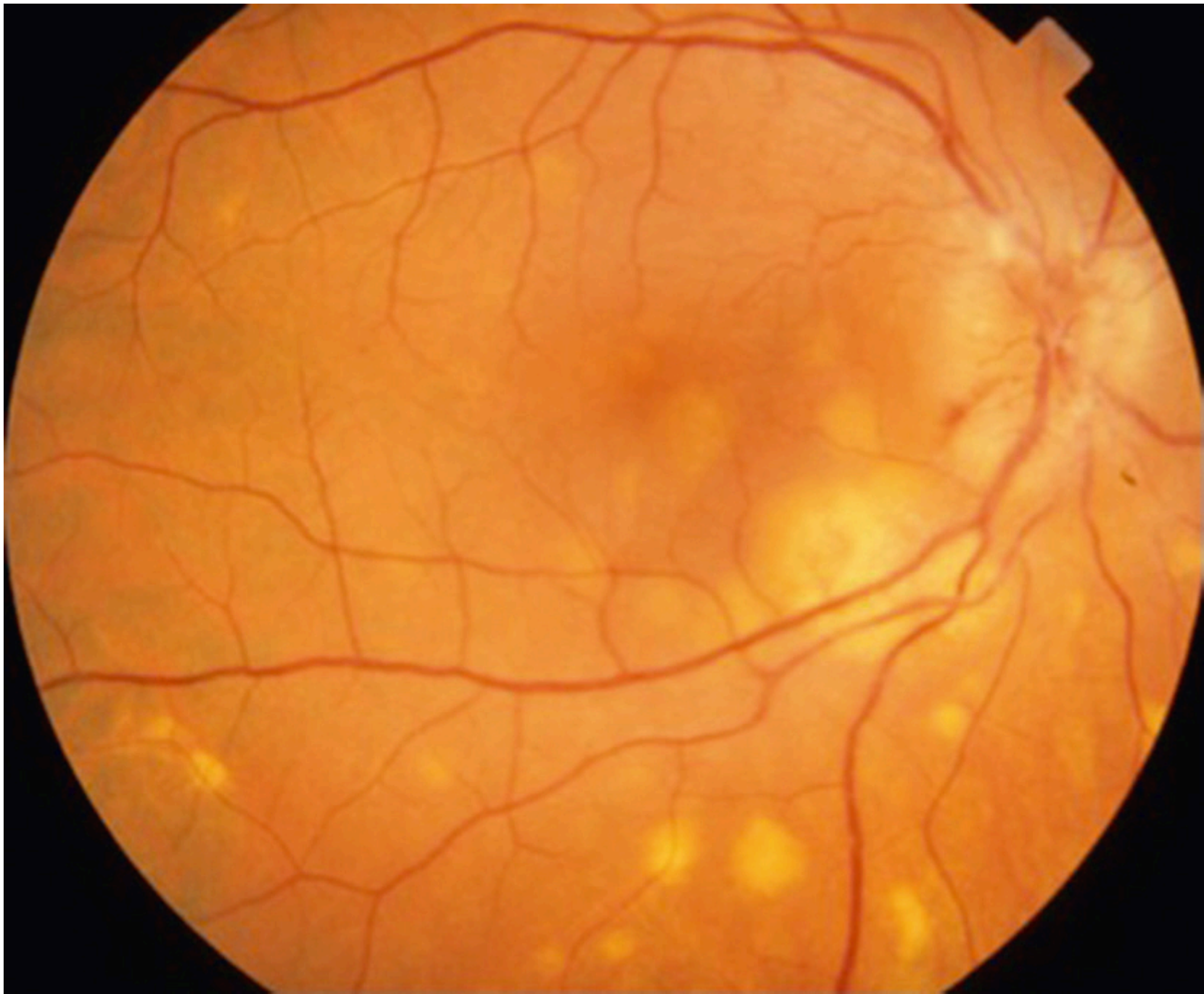
A

FIG. 6.88 Chorôidite (granulomes choroïdiens) et papillite sarcoïdosiques.

F 142 Infection (endophtalmie) postopératoire

A

Le contexte postopératoire permet d'évoquer une complication d'origine infectieuse. Elle survient le plus souvent quelques jours après une chirurgie de la cataracte, plus rarement après une chirurgie de la rétine ou plus à distance d'une chirurgie du glaucome (**fig. 6.89**), mais parfois aussi au décours d'une simple injection intravitréenne thérapeutique. Le patient ressent une douleur oculaire intense du côté opéré, qui irradie vers la région sus-orbitaire et s'accompagne d'une baisse visuelle habituellement conséquente. À l'examen, on peut noter l'existence d'un œdème palpébral, celle d'un hypopion ou d'une membrane cyclitique visibles avec la lampe à fente, celle enfin d'une hyalite signant l'inflammation du segment postérieur et qui, selon son importance, limite ou empêche la visualisation du fond d'œil. La réalisation d'une échographie oculaire est alors nécessaire pour obtenir des informations sur l'état du segment postérieur. Une atteinte de la totalité des tuniques oculaires signe la gravissime panophtalmie.



FIG. 6.89 Endophtalmie tardive sur bulle conjonctivale de chirurgie du glaucome (trabéculectomie).

B

Le traitement étiologique impose la réalisation urgente d'injections intravitréennes d'antibiotiques, associée ou non à une antibiothérapie systémique. Un prélèvement de liquide intraoculaire est effectué dans l'instant précédant l'injection intraoculaire des antibiotiques. Il est adressé rapidement au microbiologiste pour examen direct et culture, et complété d'analyses moléculaires quand les techniques sont disponibles. Une vitrectomie est discutée d'emblée dans les cas sévères, ou peut être proposée secondairement pour rétablir une transparence des milieux.

143

Points clés

A

- œil rouge ± douloureux : principal signe d'appel des atteintes oculaires infectieuses ou inflammatoires.
- Tableau clinique variant en fonction du type d'atteinte anatomique.
- œil rouge sans baisse d'acuité visuelle :
 - sécrétions conjonctivales purulentes, paupières collées le matin au réveil = conjonctivite bactérienne,
 - peu de sécrétions, contexte évocateur = conjonctivite virale ou allergique,
 - flaque hématiche isolée = hémorragie sous-conjonctivale.
- œil rouge avec baisse d'acuité visuelle :
 - diminution de transparence cornéenne, cercle périkératique, ulcération fluorescente + = kératite; pas de corticoïdes locaux sans diagnostic précis,
 - myosis, cercle périkératique, cornée claire, synéchies iridocristalliniennes, précipités rétrodescémé-tiques = uvéite antérieure; traitement mydriatique et corticoïdes locaux + bilan étiologique,
 - cécité unilatérale, douleurs +++, syndrome digestif, mydriase, œdème cornéen, élévation +++ de la (pression intraoculaire = glaucome aigu; traitement de l'hypertonie.

B

- Dans tous les cas d'œil rouge, examen ophtalmologique spécialisé en l'absence d'amélioration rapide en quelques jours. Une inflammation postopératoire nécessite un examen et une prise en charge en urgence (suspicion d'endophtalmie postopératoire ++).
- Faire un fond d'œil pour toute uvéite antérieure à la recherche d'une atteinte postérieure.
- Myodésopsies ± baisse d'acuité visuelle : rechercher une uvéite postérieure.

► Compléments en ligne

A

QRU 1

Quel diagnostic proposez-vous en première intention devant la survenue brutale d’une rougeur oculaire unilatérale localisée et isolée à type de flaque hématique ?

- A Conjonctivite virale
- B Tumeur conjonctivale
- C Sclérite
- D Hémorragie sous-conjonctivale
- E Conjonctivite allergique

A *QRM 2*

Parmi les éléments cliniques suivant, quels sont ceux faisant évoquer le diagnostic de kératite ?

- A Baisse d’acuité visuelle
- B Sécrétions
- C Larmolement
- D Blépharospasme
- E Injection périkératique

A *QROC 3*

Devant un tableau d’œil rouge unilatéral, quel symptôme clinique vous orientera particulièrement vers le diagnostic de sclérite ?

B *QROC 4*

Quel diagnostic évoquez-vous en première intention chez un patient de 70 ans présentant un œil droit rouge et douloureux avec baisse d’acuité visuelle 4 jours après une chirurgie de cataracte homolatérale ?

144 **A** *QROC 5*

Vous examinez une lésion cornéenne à la lampe à fente en lumière bleue après instillation de fluorescéine aqueuse. Quels sont les deux types d’ulcération épithéliale permettant de proposer une origine herpétique ?

A *QRM 6*

Le port de lentilles de contact souples favorise la survenue de certaines infections cornéennes, lesquelles ?

- A Kératite herpétique
- B kératite cornéenne au bacille pyocyanique
- C Kératoconjonctivite à adénovirus
- D Kératite amibienne
- E Kératite fongique

► **Réponses**

QRU 1

Réponse : D.

QRM 2

Réponse : A, C, D, E.

QROC 3

Réponse : l’existence d’une douleur importante irradiant au-dessus de l’orbite, souvent majorée le matin au réveil et parfois insomniente.

QROC 4

Réponse : une endophtalmie postopératoire.

QROC 5

Réponse : l’ulcération dendritique et l’ulcération géographique.

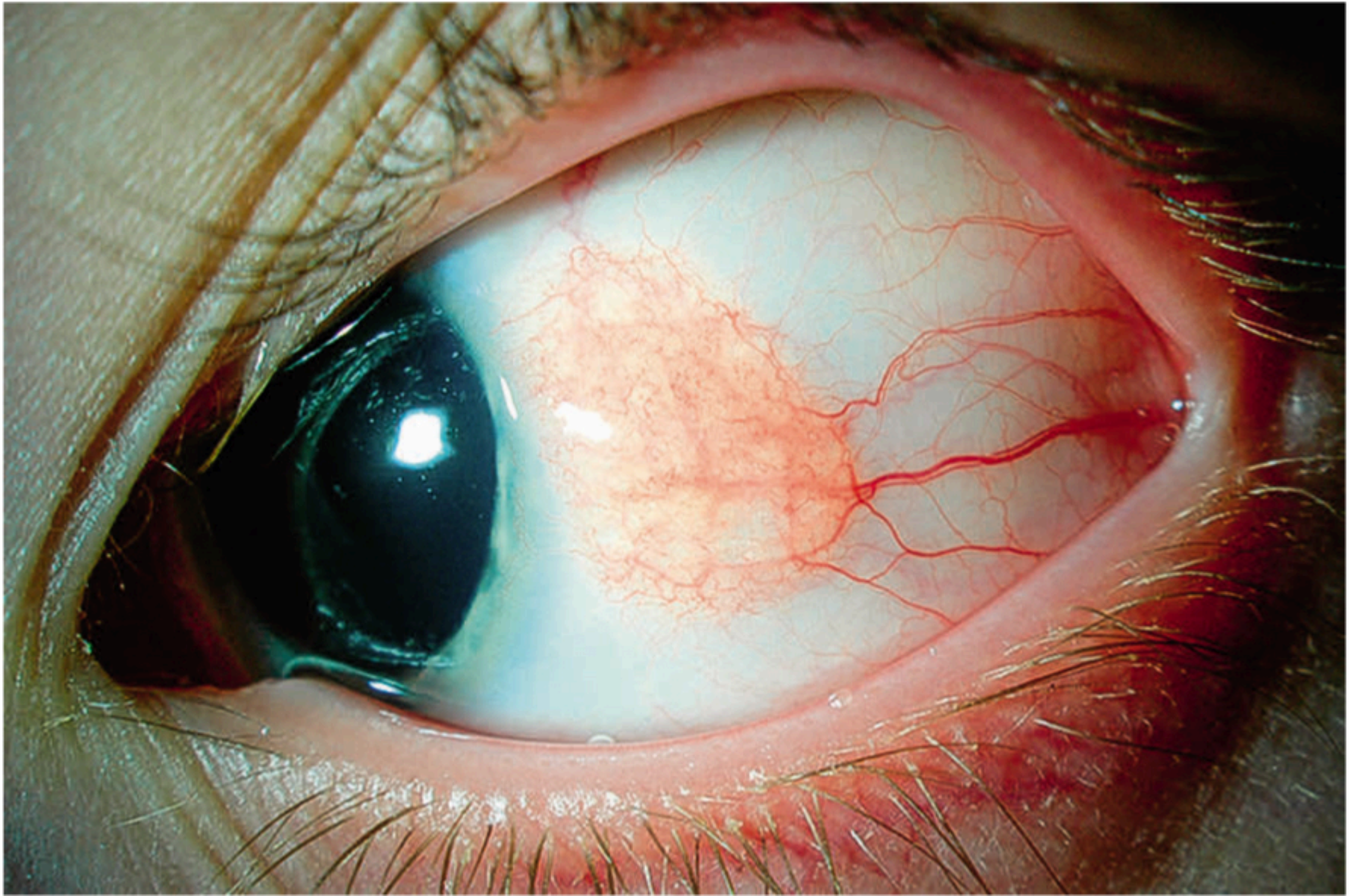
QRM 6

Réponse : B, D, E.

► **Compléments en ligne**

Des compléments numériques sont associés à ce chapitre. Ils sont indiqués dans le texte par un picto. Pour voir ces compléments, connectez-vous sur [http://www.em-consulte.com/](http://www.em-consulte.com/e-complements/478662) e-complements/478662 et suivez les instructions.

- **Zones à pointer**
- **e-Figures**



E-FIG. 6.1 Rougeur oculaire localisée liée à une tumeur conjonctivale bénigne (nævus achrome).

A

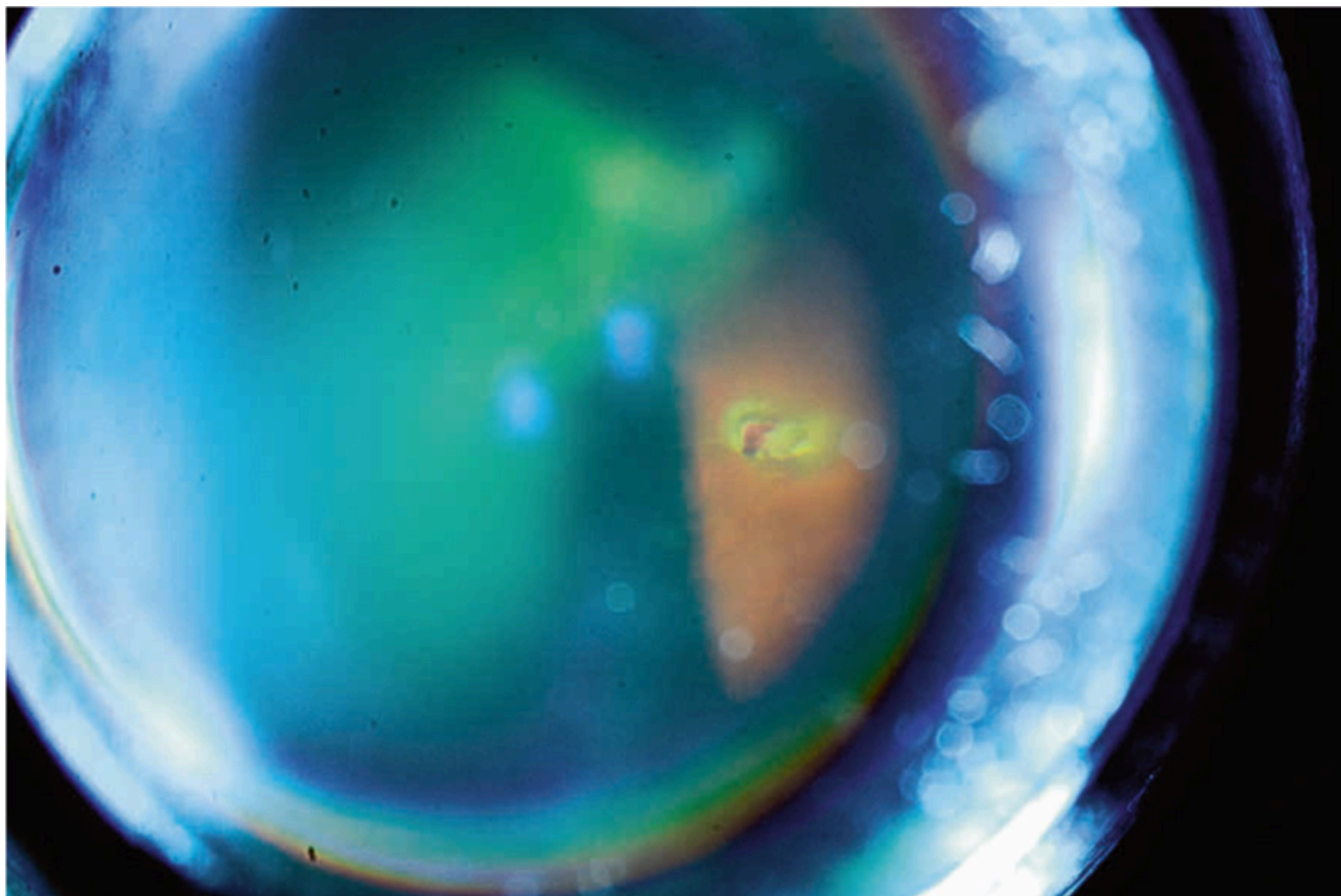


E-FIG. 6.3 Hémorragie sous-conjonctivale.



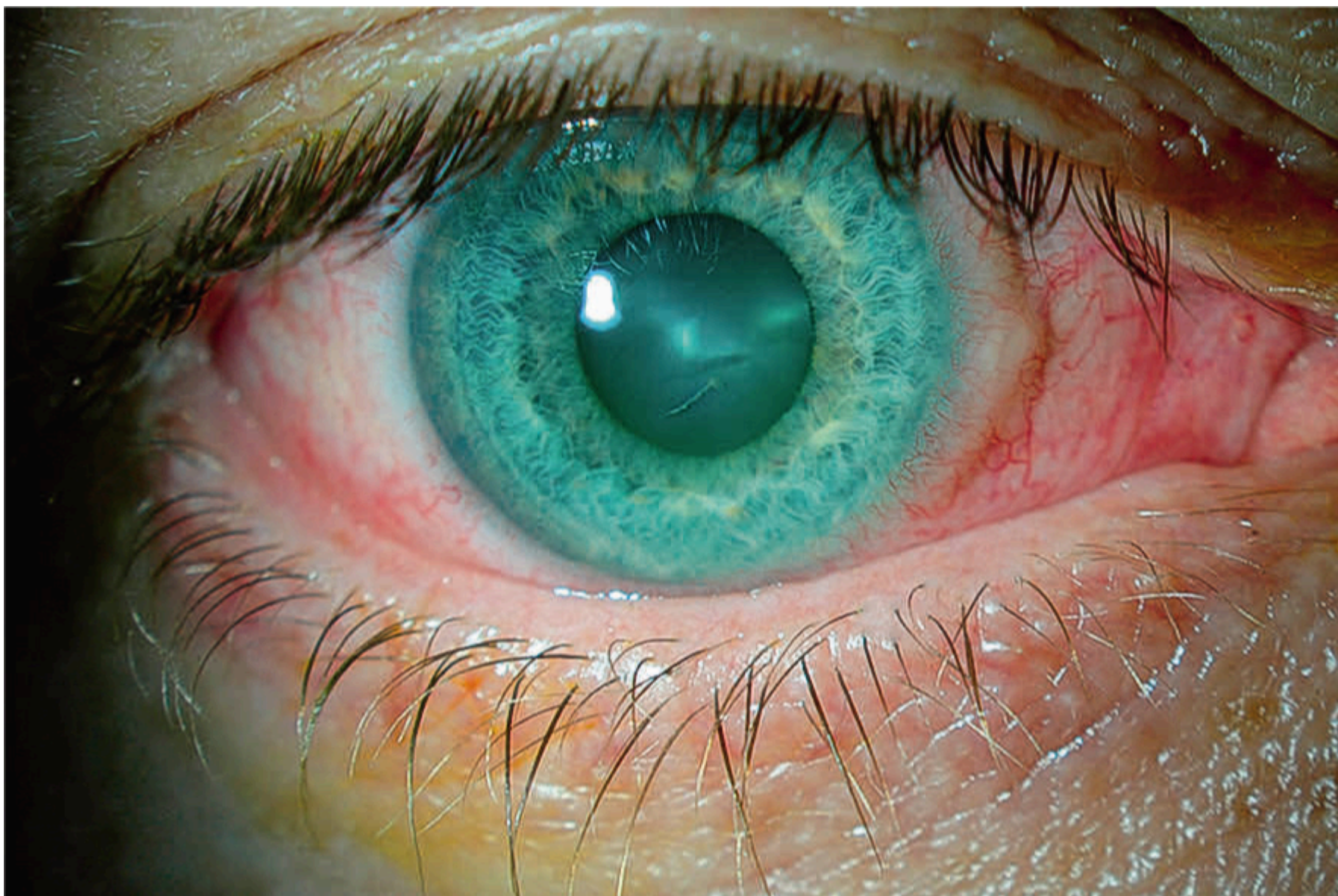
E-FIG. 6.6 A Endophtalmie par corps étranger intraoculaire.

A



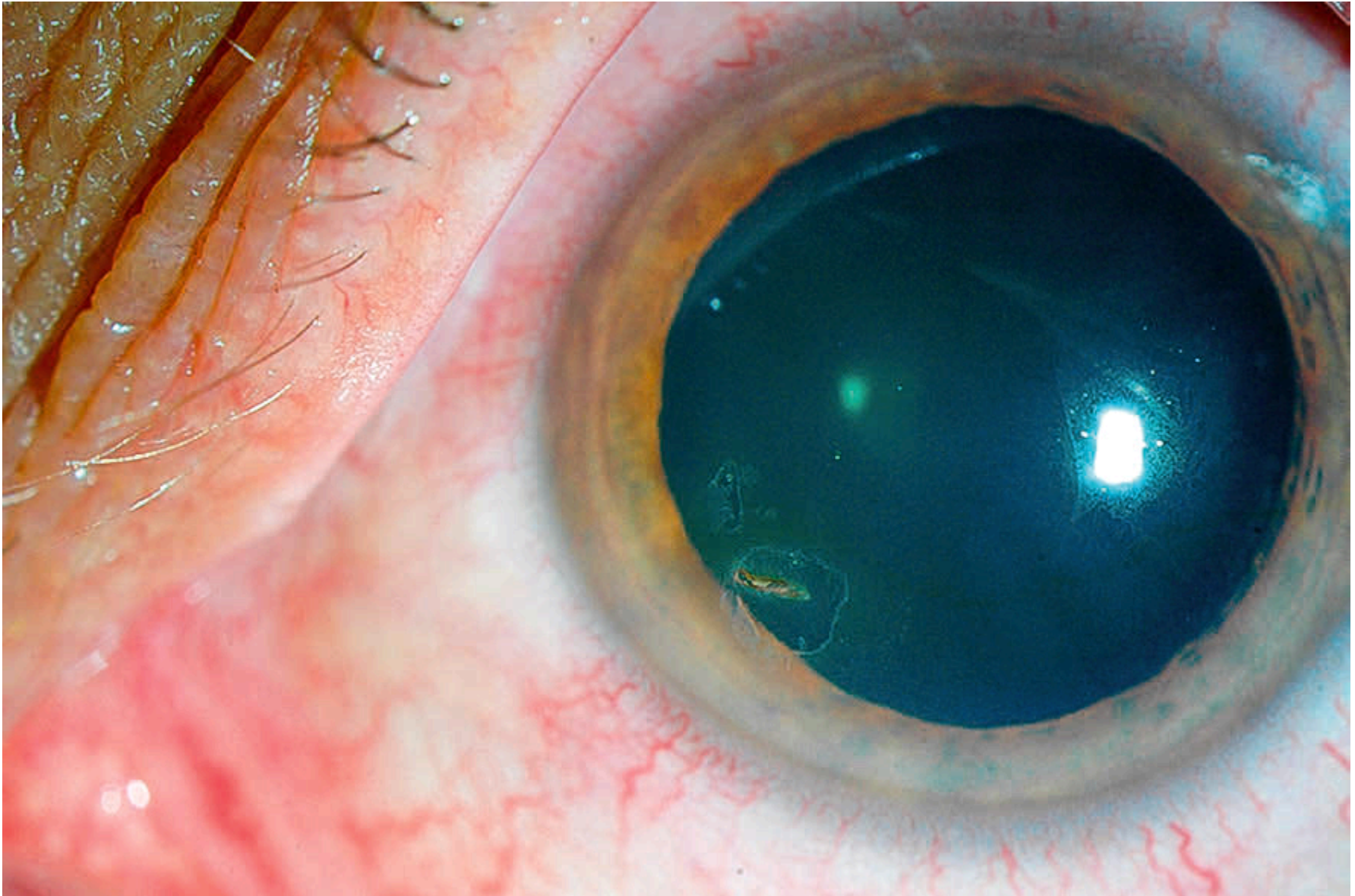
E-FIG. 6.7 Corps étranger intraoculaire postérieur fiché dans la rétine.

A



E-FIG. 6.8 œil rouge traumatique avec plaie de cornée étanche avec cataracte traumatique.

A



E-FIG. 6.13 Corps étranger métallique intracornéen.

A



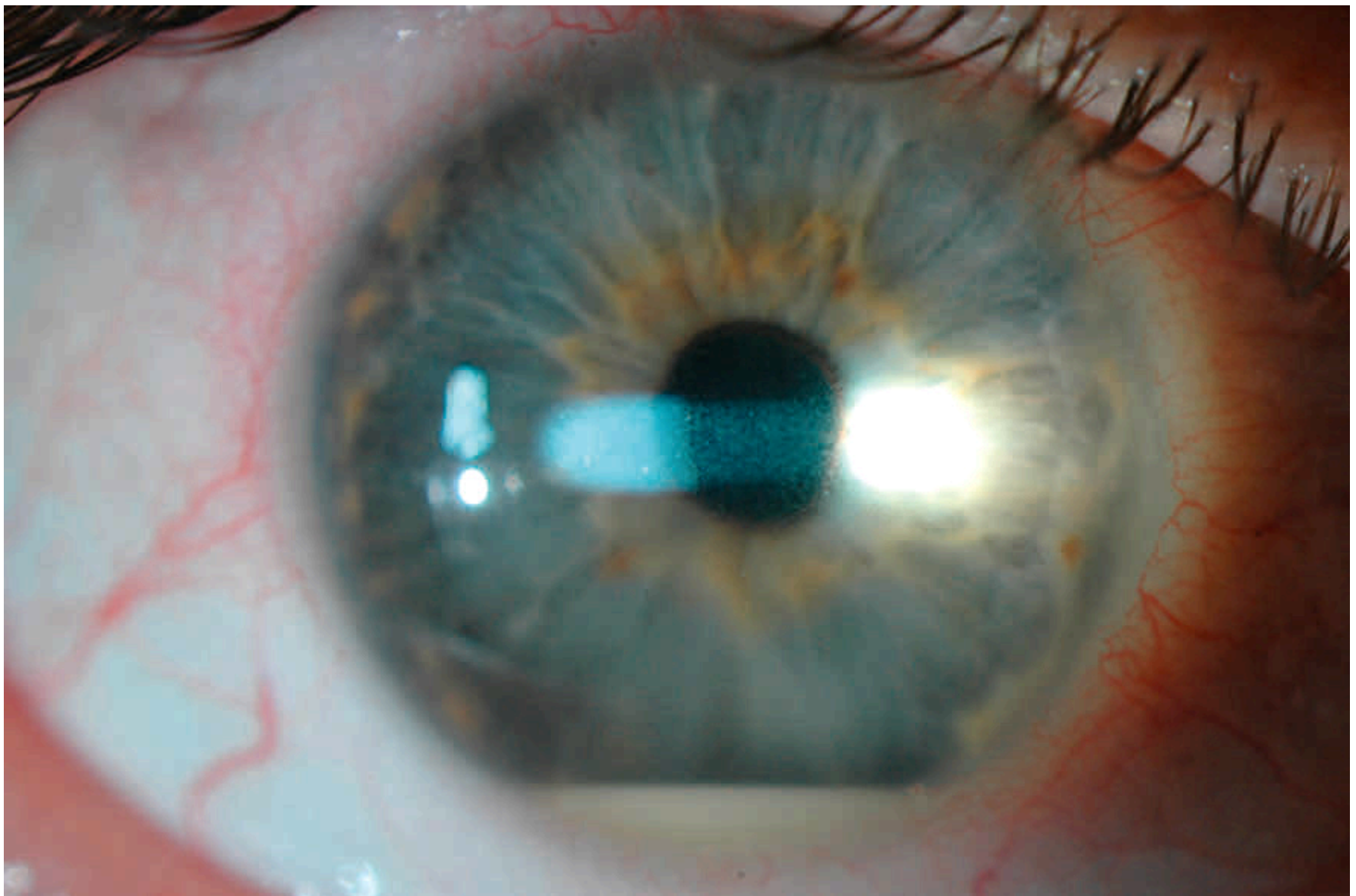
E-FIG. 6.15 Conjonctivite infectieuse folliculaire.

A



E-FIG. 6.17 Conjonctivite allergique papillaire tarsale supérieure.

A



E-FIG. 6.21 Effet Tyndall et hypopion au cours d'une uvéite antérieure aiguë.

A



E-FIG. 6.24 Conjunctivite virale.

A



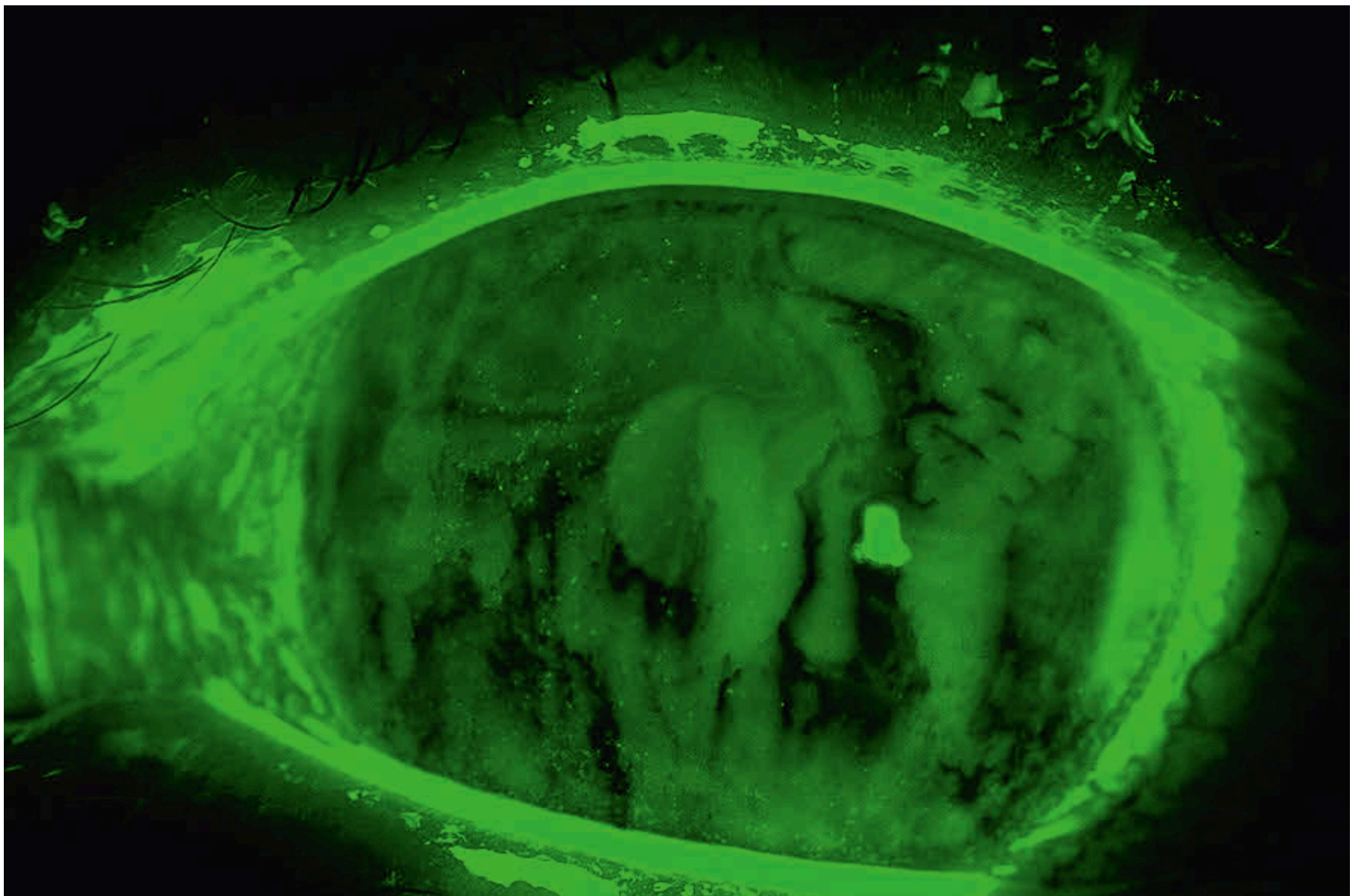
E-FIG. 6.25 Conjunctivite.

A



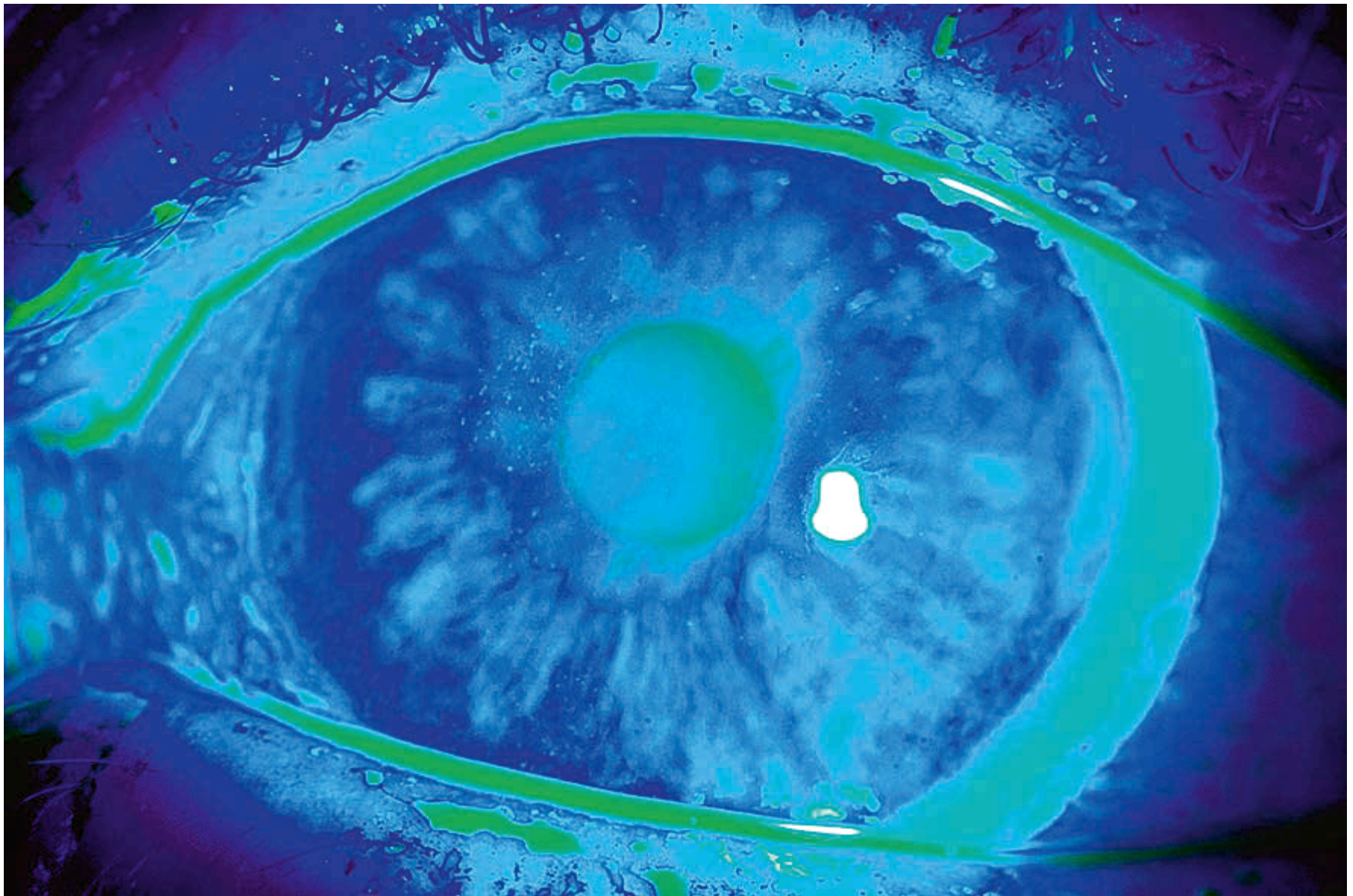
E-FIG. 6.30 Kératoconjonctivite virale sévère avec pseudomembrane colorée à la fluorescéine.

A



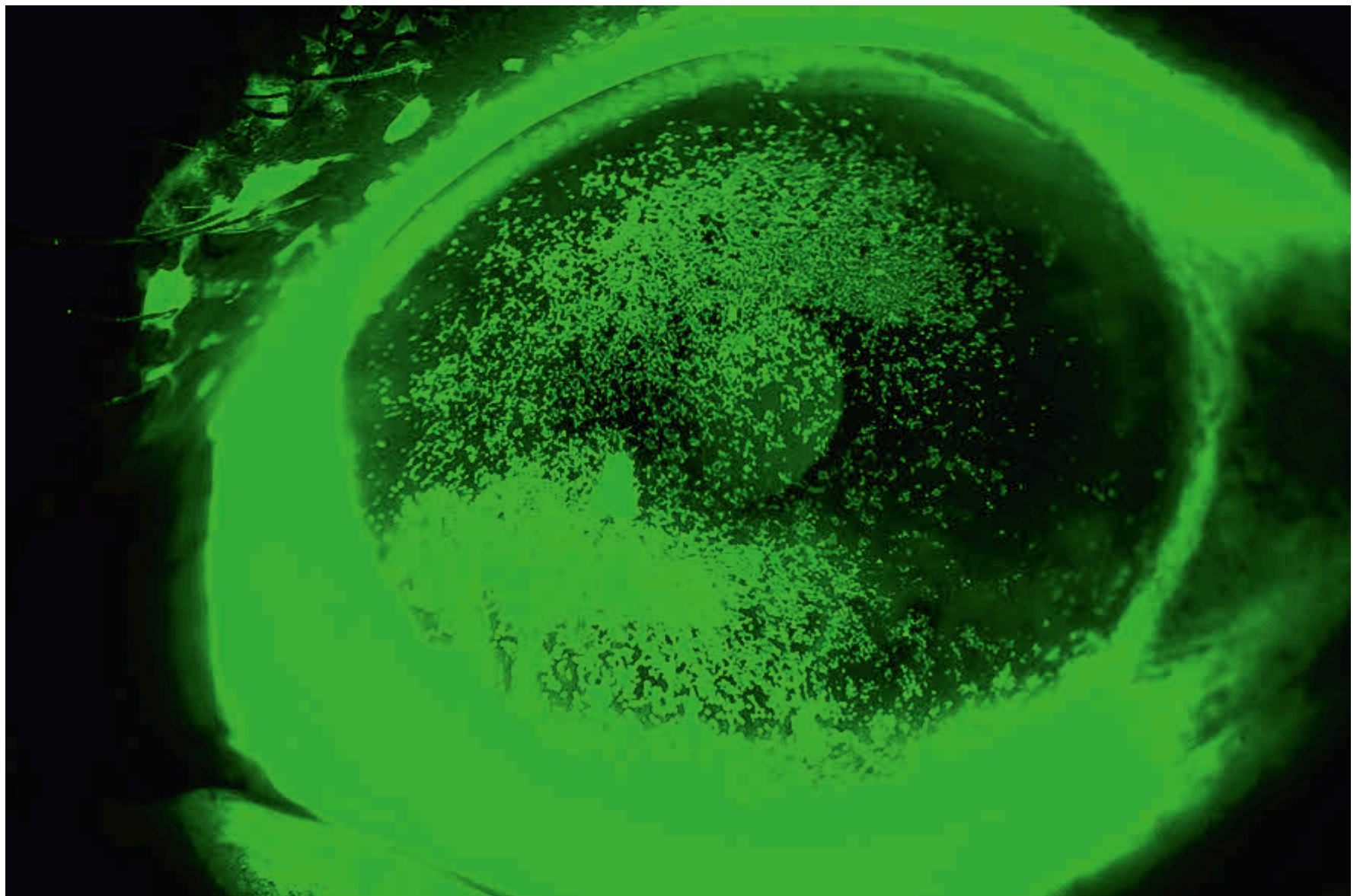
E-FIG. 6.38 Sécheresse oculaire (rupture du film lacrymal et kératopathie ponctuée épithéliale).

A



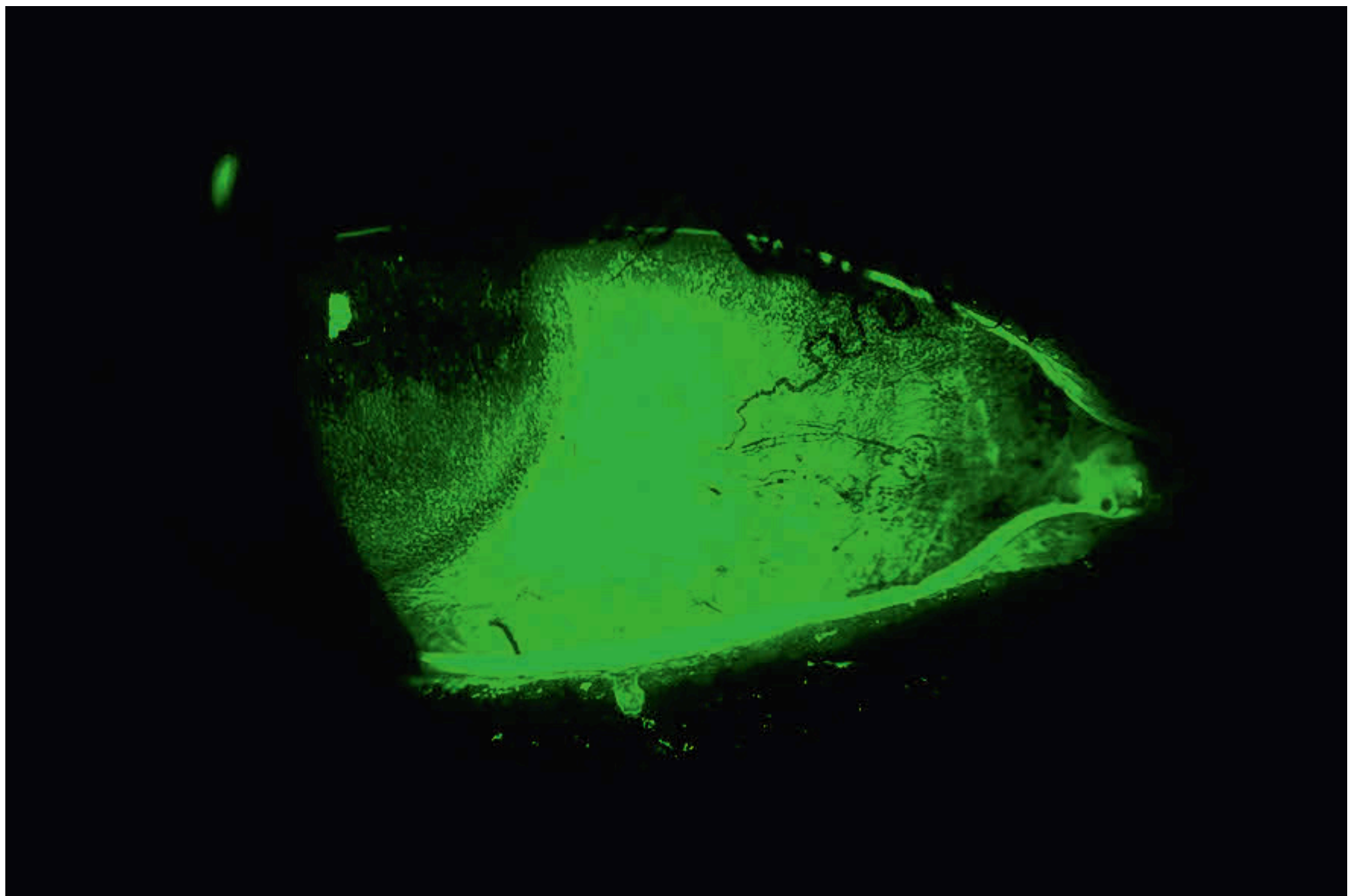
E-FIG. 6.39 Sécheresse oculaire (rupture du film lacrymal et kératopathie ponctuée superficielle).

A



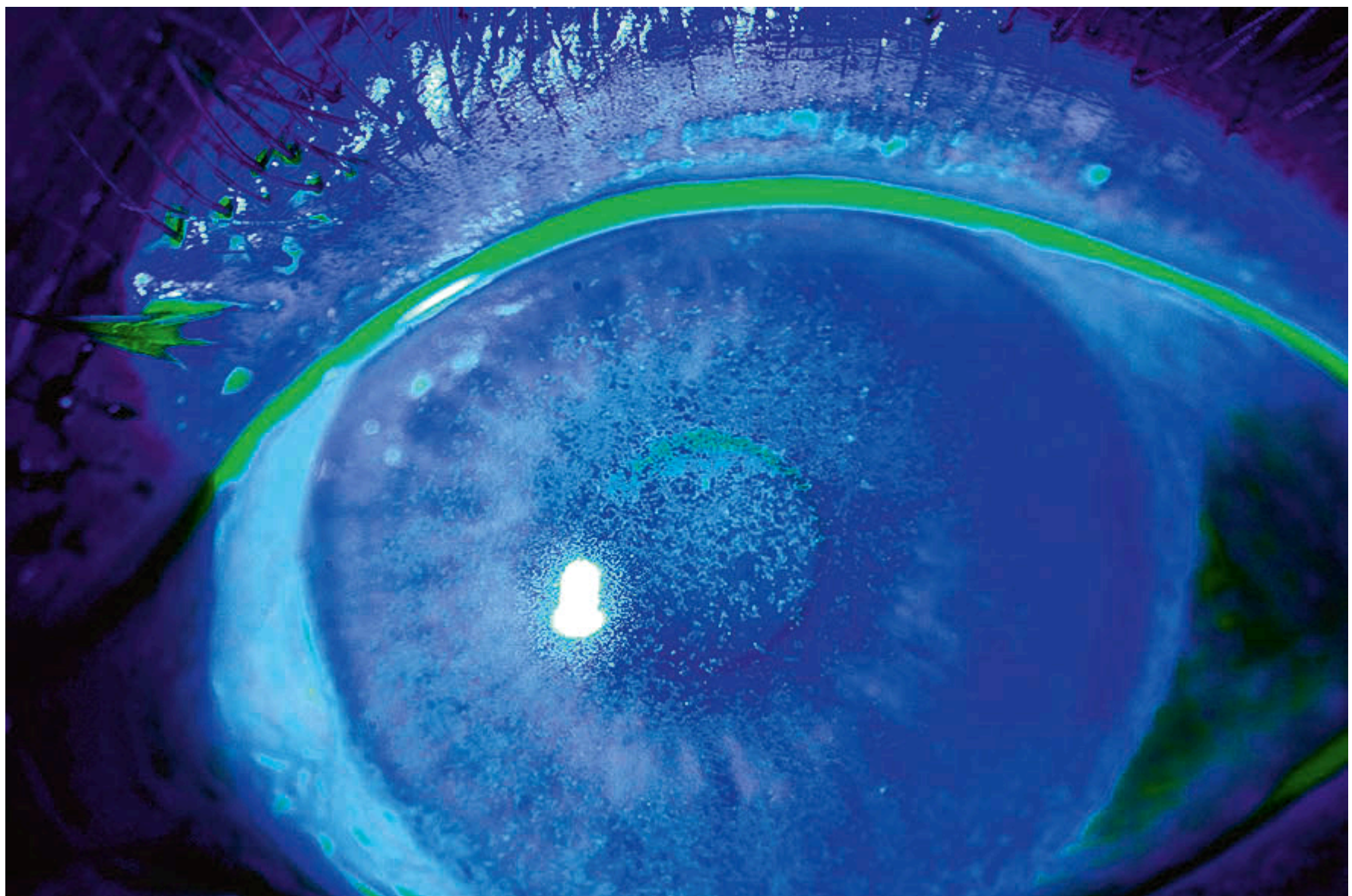
E-FIG. 6.41 Kératoconjonctivite sèche de l'espace interpalpebral.

A



E-FIG. 6.42 Marquage épithélial important de kératoconjonctivite sèche de l'espace interpalpebral.

A



E-FIG. 6.43 Kératoconjonctivite sèche.

A



E-FIG. 6.44 Épisclérite localisée nodulaire.

A



E-FIG. 6.45 Épisclérite nasale.

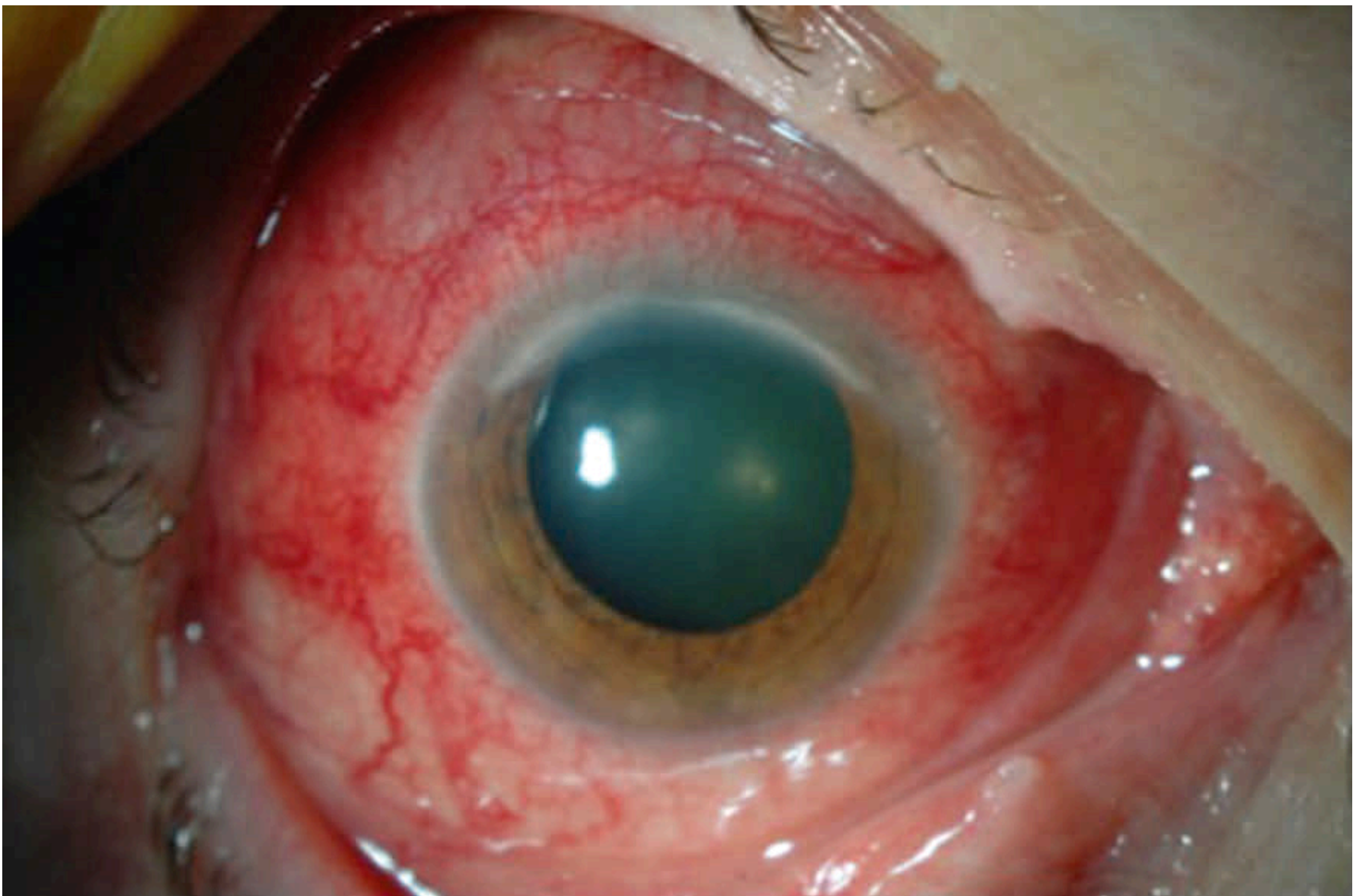
A



E-FIG. 6.46 Épisclérite nasale gauche.

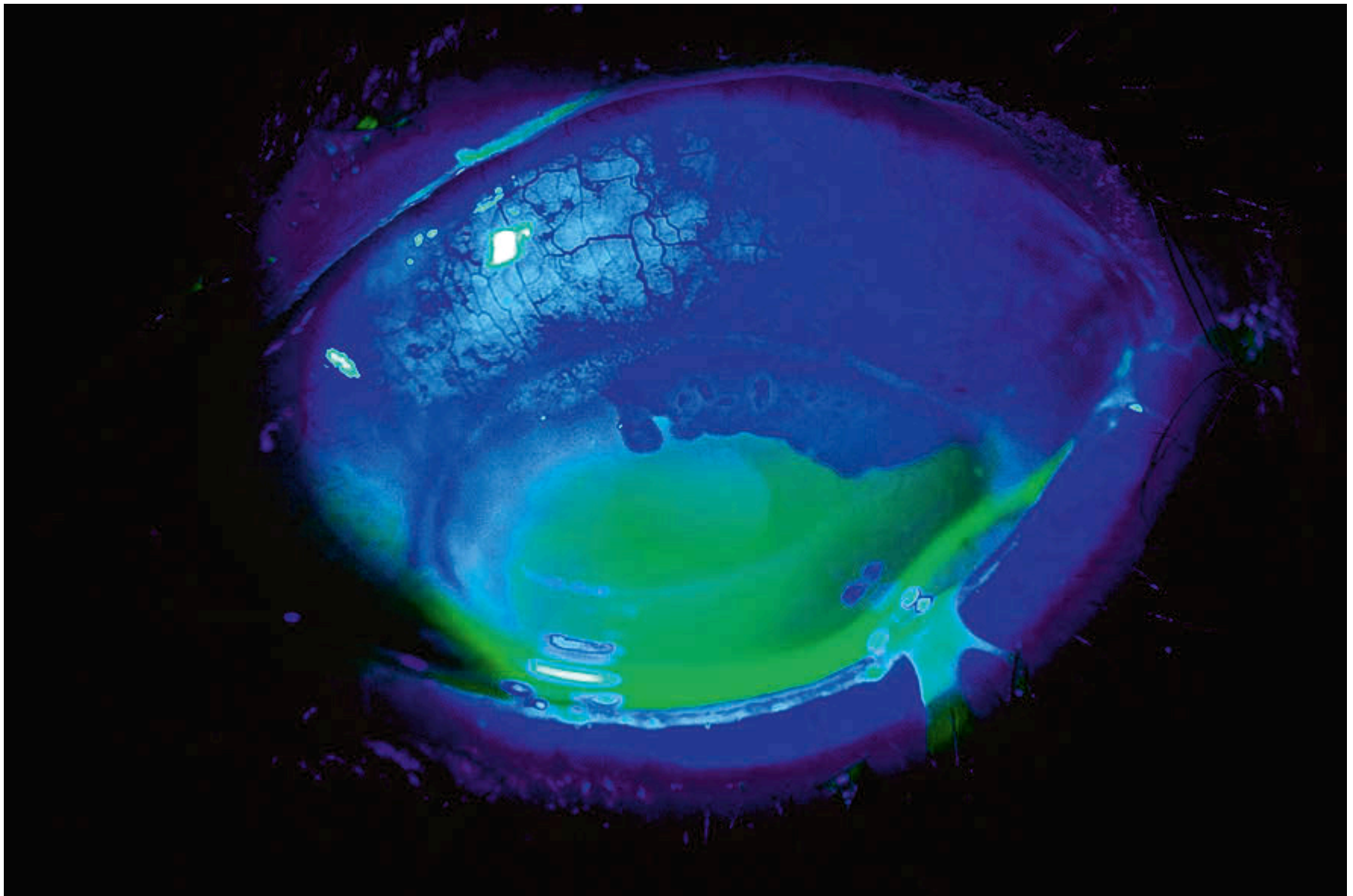
Sclérite nodulaire inférieure droite.

A



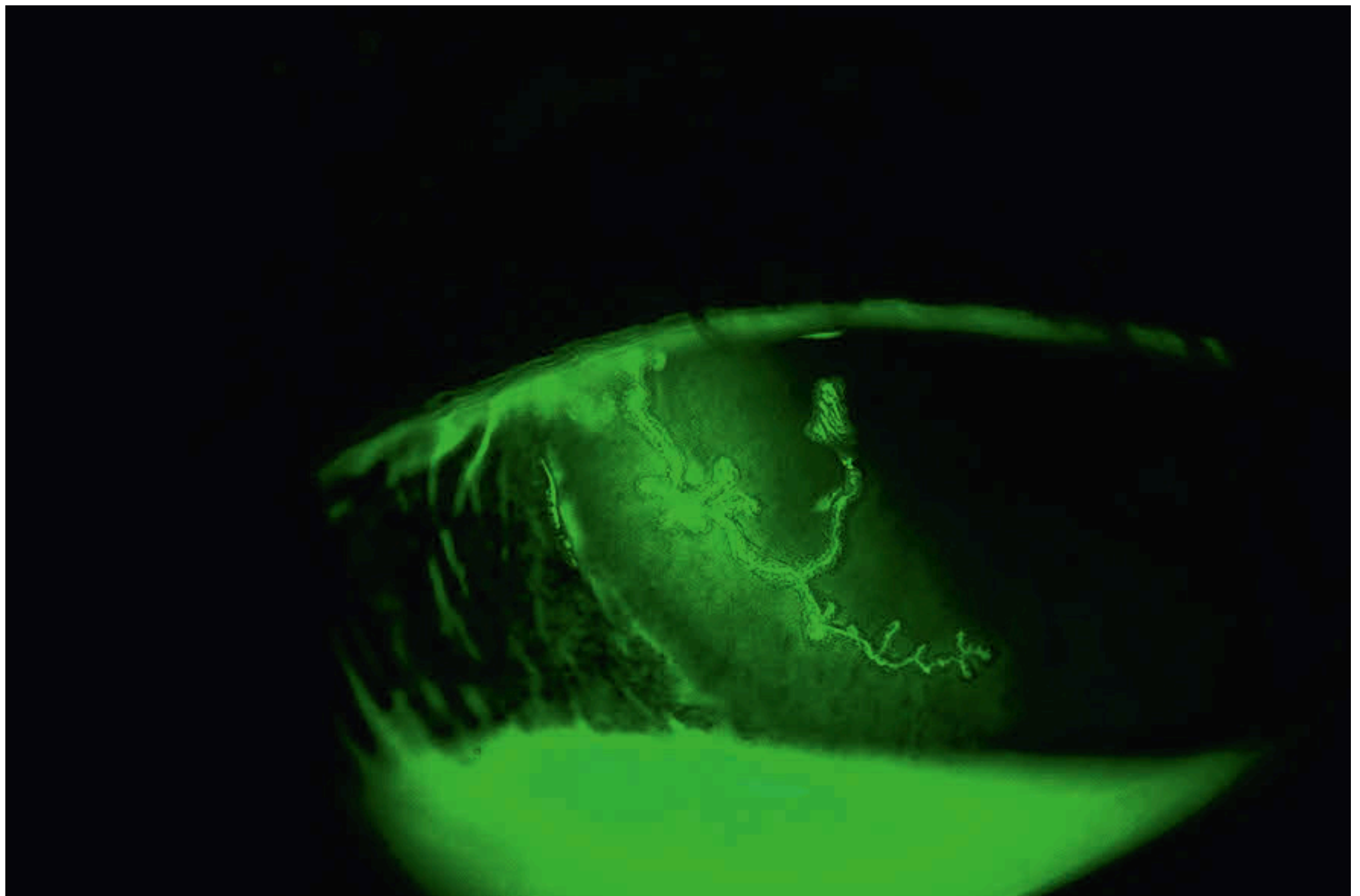
E-FIG. 6.48 Sclérite supérieure droite avec kératite périphérique ulcéreuse.

A



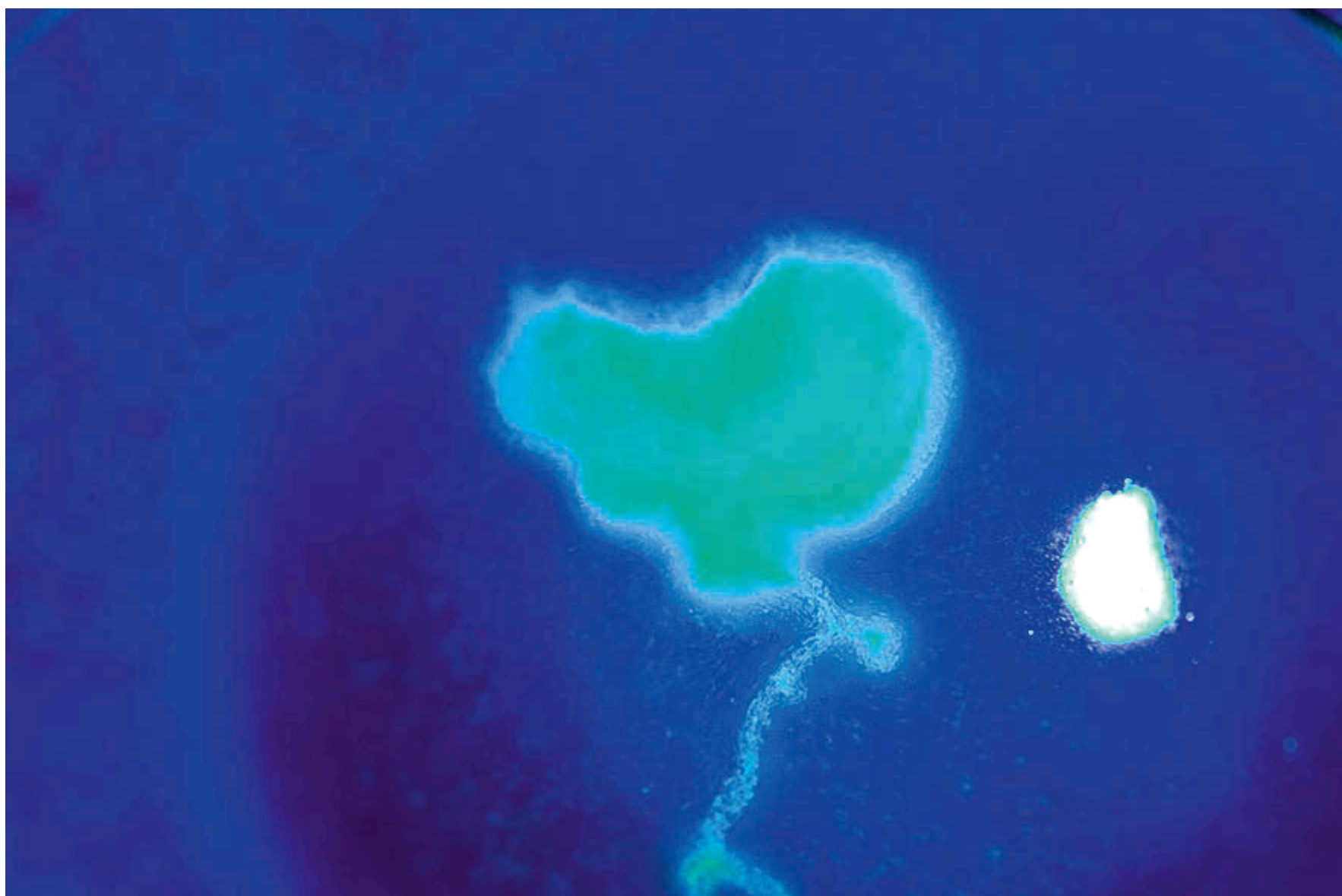
E-FIG. 6.52 Brûlure chimique avec chémosis et ulcération cornéenne avec fluorescéine en lumière bleue.

A



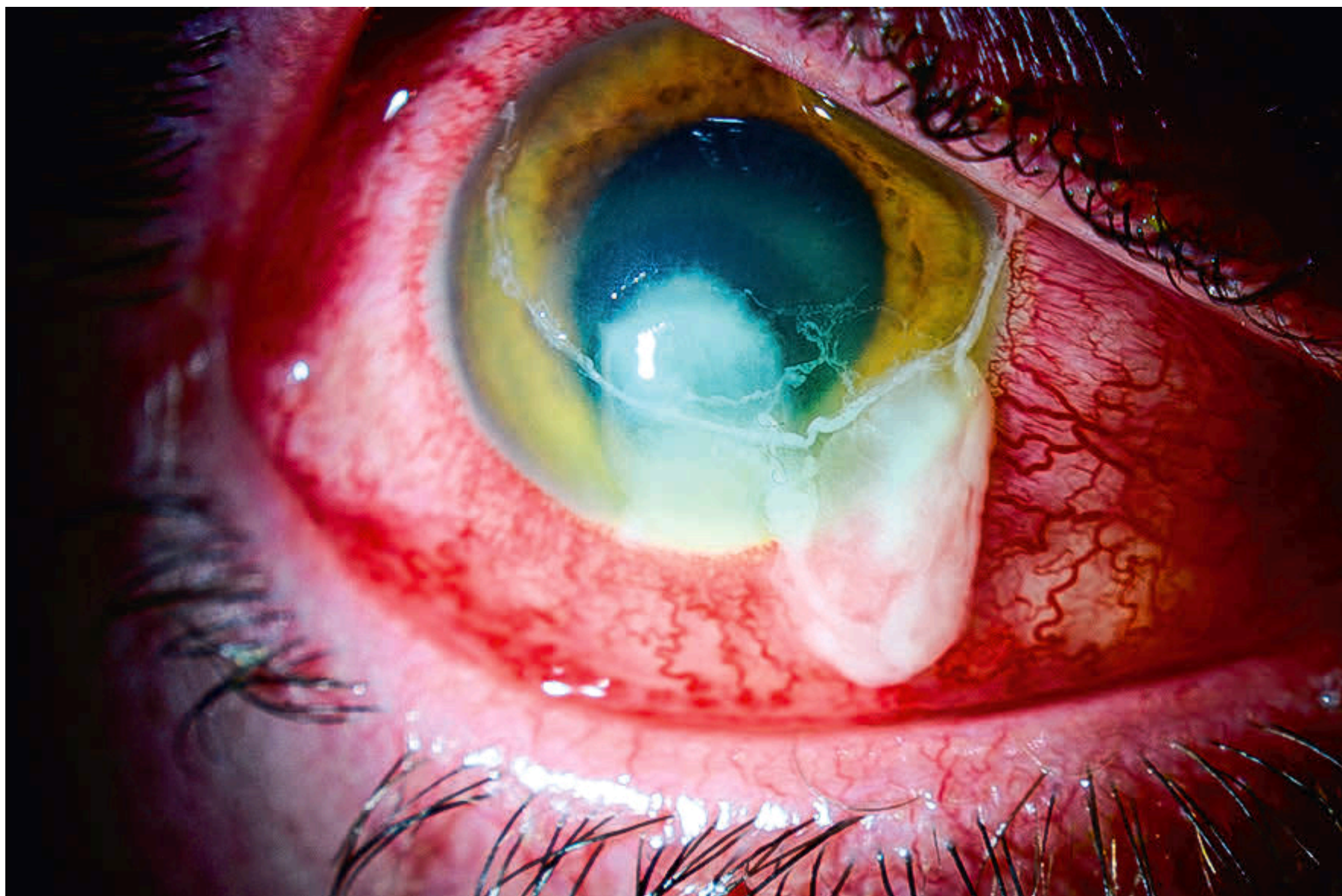
E-FIG. 6.59 Kératite herpétique dendritique.

A



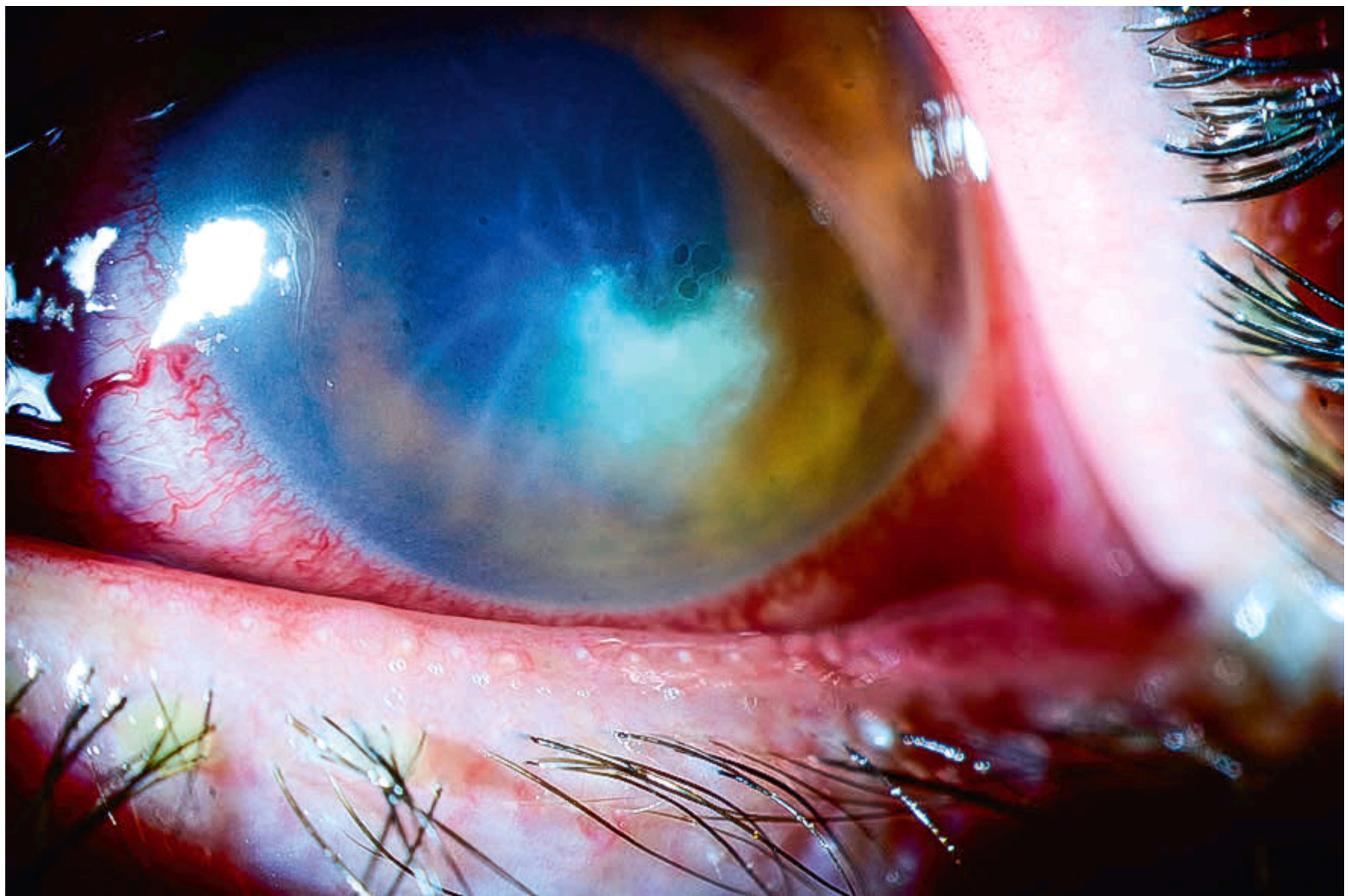
E-FIG. 6.61 Kératite herpétique d'aspect géographique et dendritique.

A



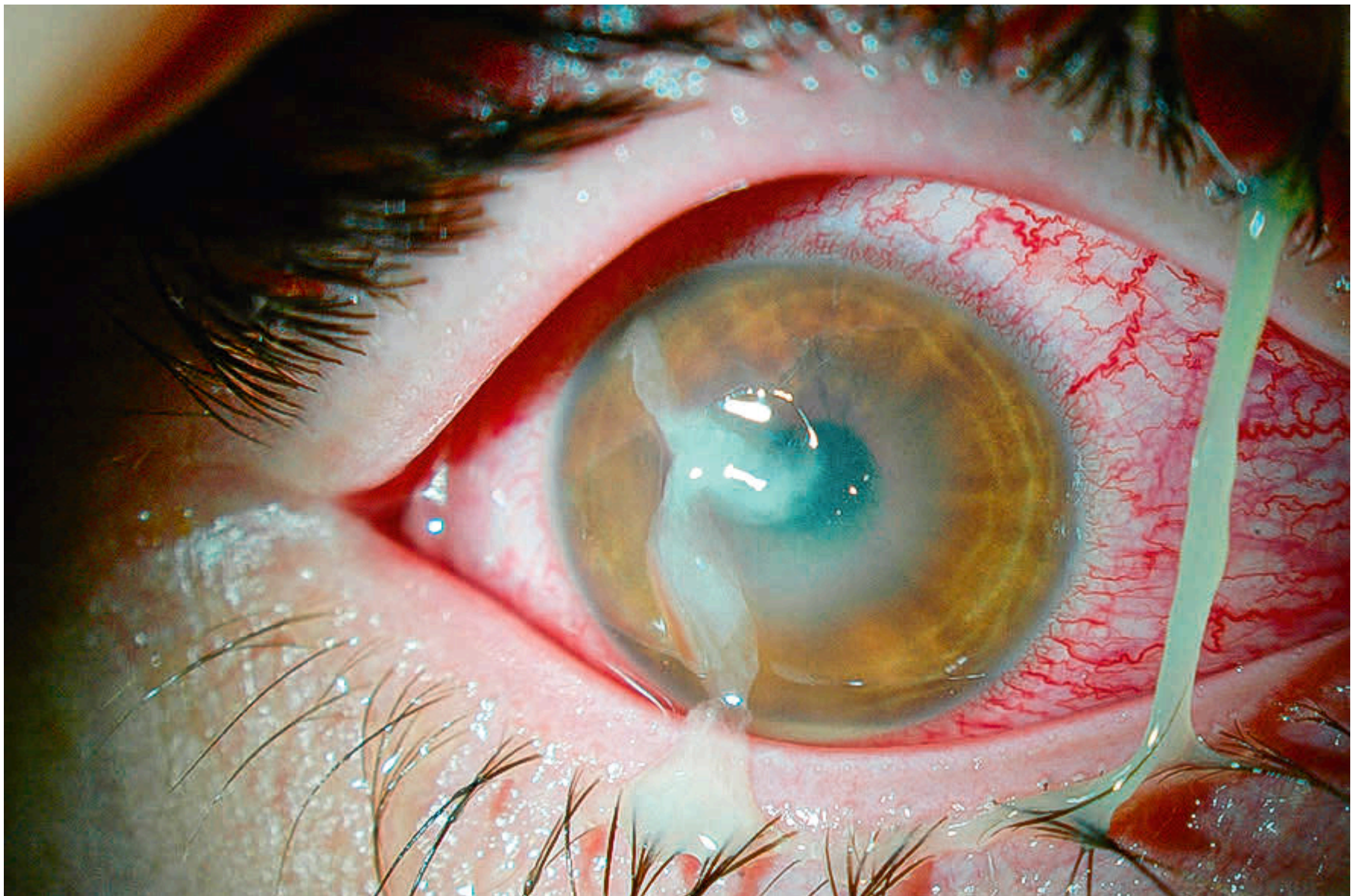
E-FIG. 6.65 Abscès cornéen bactérien et sécrétions.

A



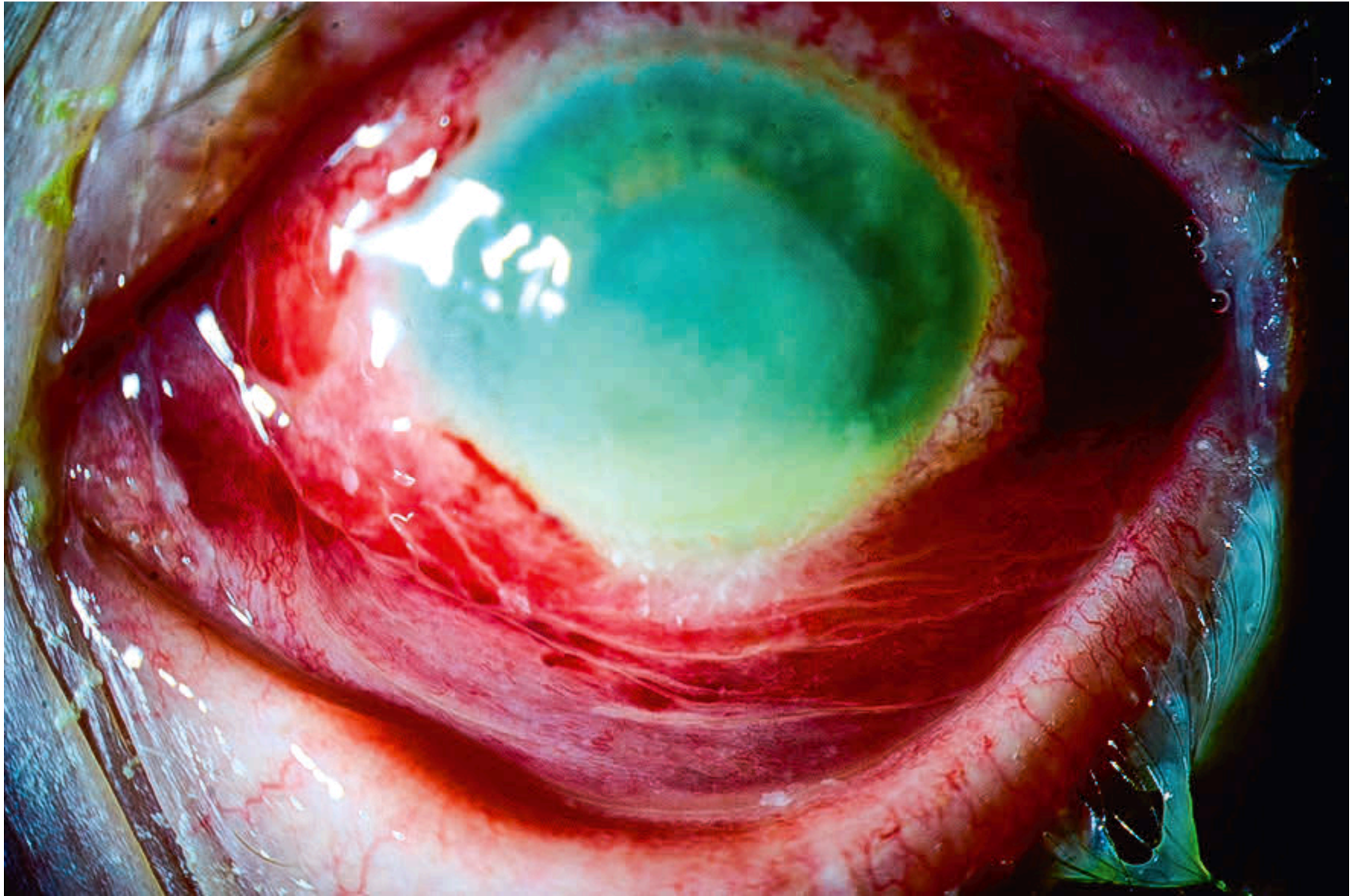
E-FIG. 6.66 Abcès cornéen fongique (kératomycose).

A



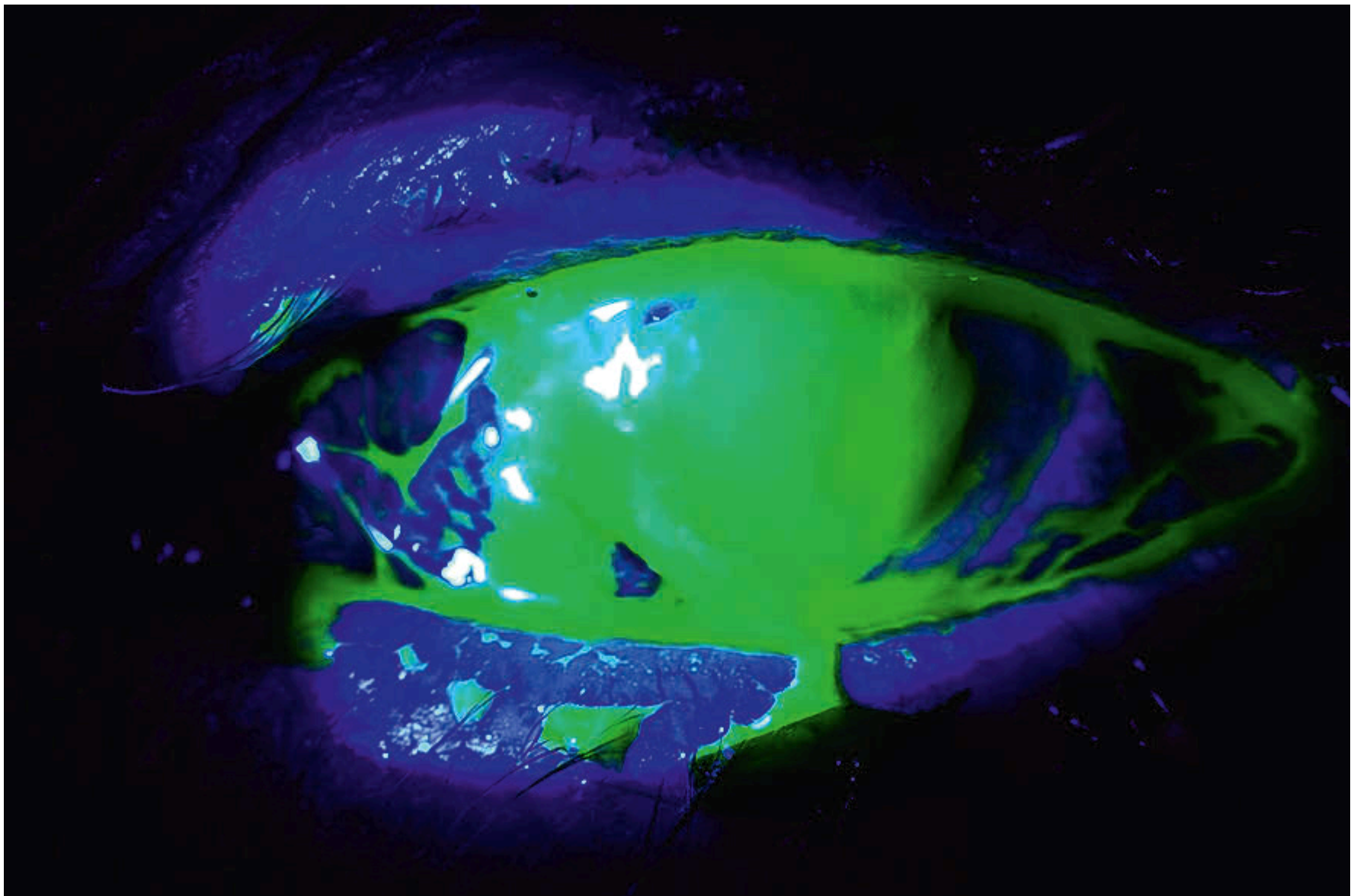
E-FIG. 6.67 Abcès de cornée bactérien avec sécrétions purulentes.

A



E-FIG. 6.68 Abcès cornéen bactérien avec sécrétions.

A



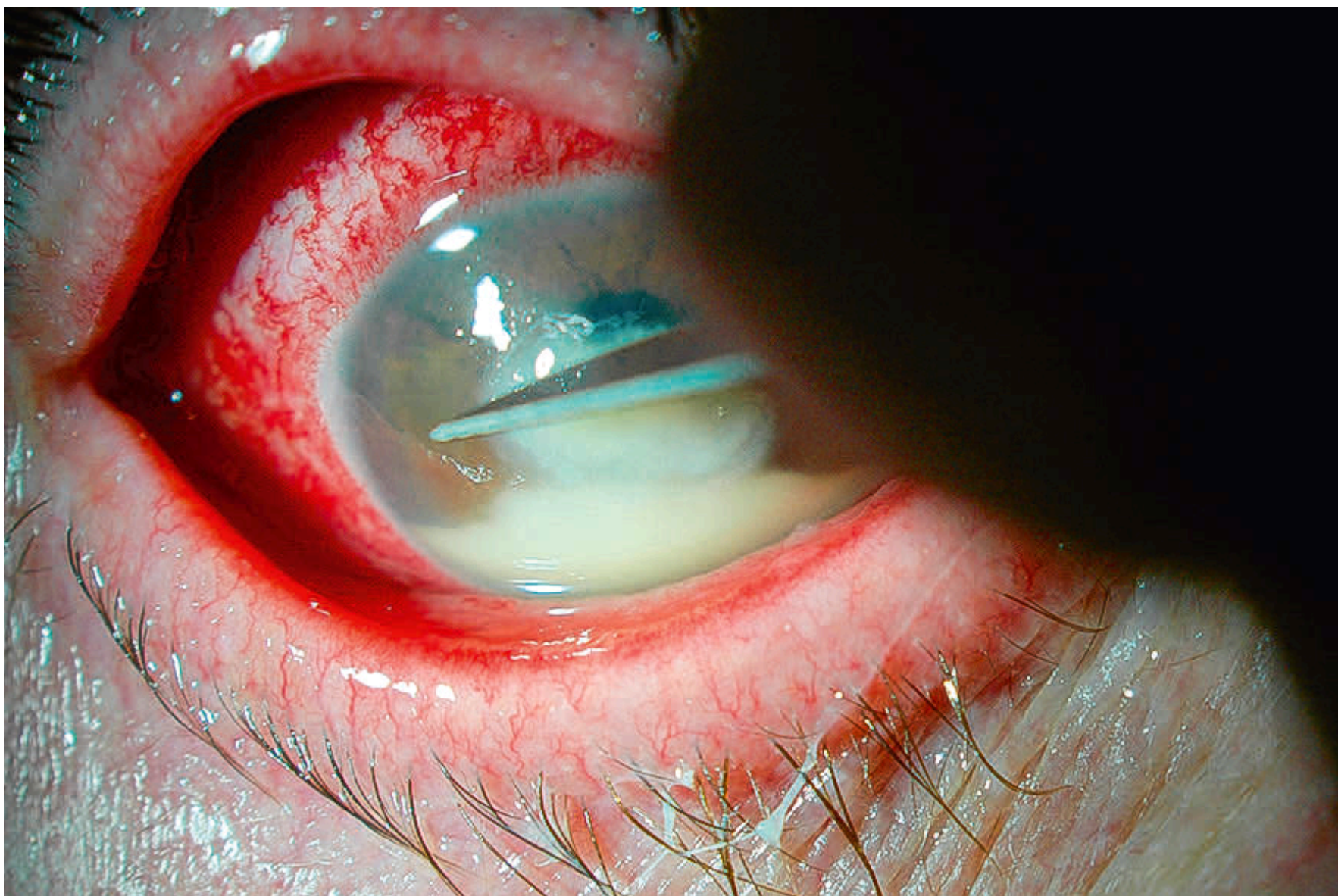
E-FIG. 6.69 Abcès cornéen bactérien et sécrétions.

A



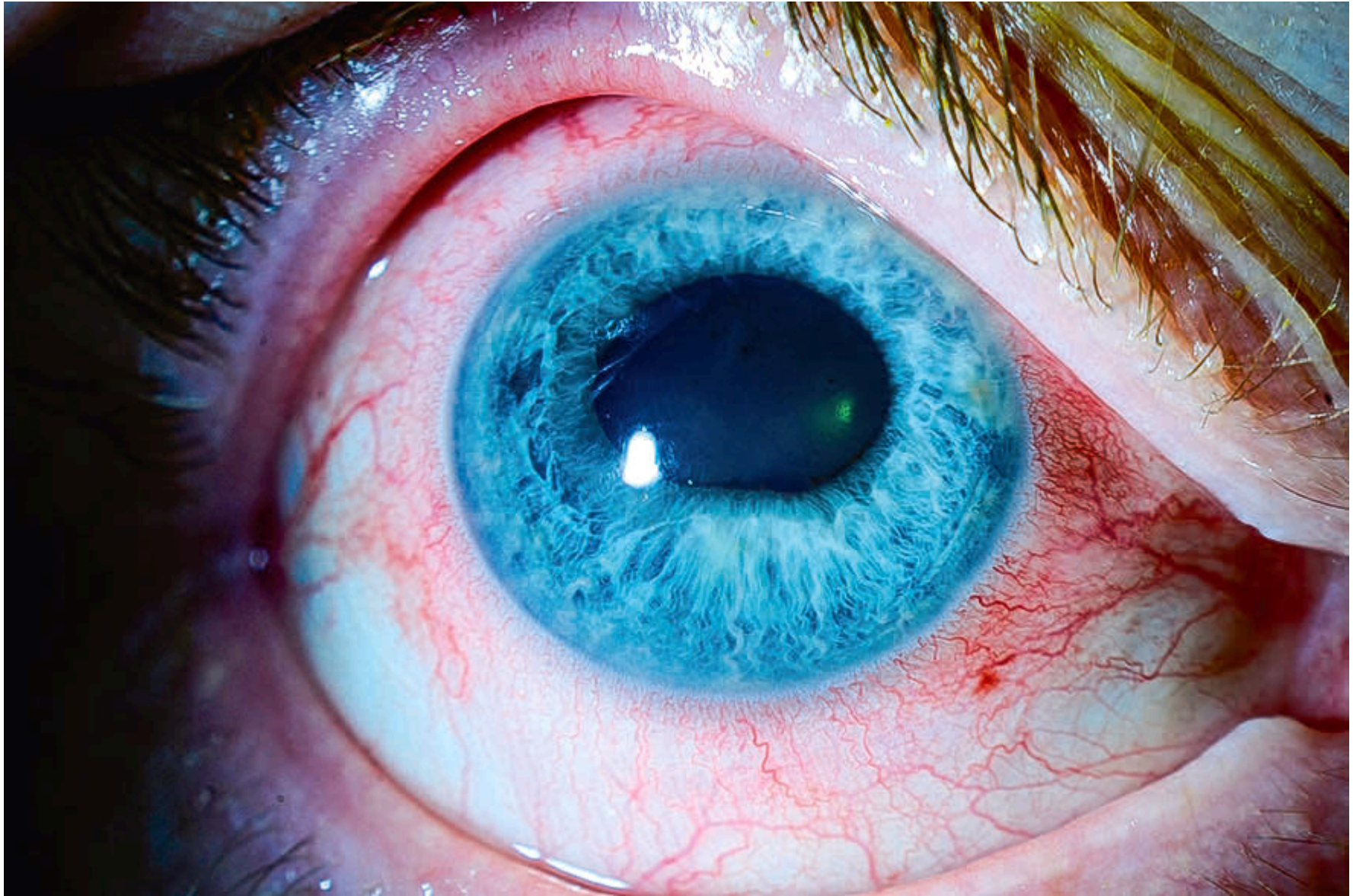
E-FIG. 6.70 œdème palpébral sur abcès cornéen.

A



E-FIG. 6.72 Prélèvement sur abcès cornéen à la lame.

A



E-FIG. 6.77 Injection ciliaire sur uvéite antérieure avec synéchies postérieures déformant la pupille.

A



E-FIG. 6.82 Uvéite antérieure aiguë avec membrane cyclitique et hypopion.