

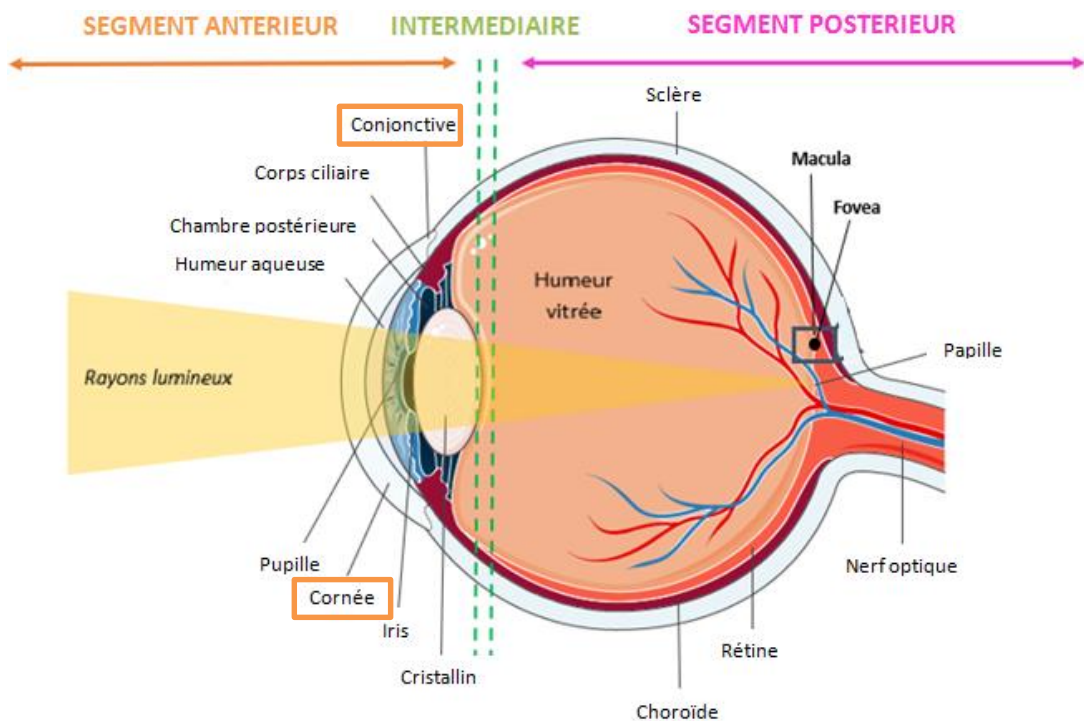


PATHOLOGIES OPHTALMOLOGIQUES INFLAMMATOIRES AIGUES BENIGNES EN MEDECINE GENERALE

En France, l'accès direct spécifique permet de consulter l'ophtalmologiste sans passer par le médecin traitant. Cependant, les pathologies ophtalmologiques restent un motif courant de consultation de médecine générale du fait de leur fréquence et des difficultés d'accès au spécialiste, notamment pour les plus bénignes.

Cette lettre vous propose de revenir sur la réalisation de l'examen clinique ophtalmologique en médecine générale, les signes d'alertes devant amener à prendre un avis et les situations les plus couramment rencontrées au cabinet.

Rappels anatomiques



Structures accessibles au médecin non ophtalmologiste : **Segment antérieur**

Cornée ET **Conjonctive**

Note:  et * vous invitent à suivre un lien

EXAMEN CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE EN MEDECINE GENERALE

Interrogatoire

Repérer les signes d'alerte

- **Douleurs** (douleurs intenses avec photophobie +/- blépharospasme* (≠ gêne type « grain de sable »))
- **Traumatisme** (coups, perforation, chimique/caustique)
- **Baisse d'Acuité Visuelle (BAV)**
- ATCD : lentilles, **chirurgie récente**, traitements locaux...
- Mode d'installation et évolution

Inspection

Cornée – Conjonctive – Paupière

- Rougeur
- Œdème
- Eruption (vésicules périorbitaires, nodule paupière..)
- Corps étranger
- Asymétrie pupillaire

Examen de la cornée

Recherche d'une diminution de transparence cornéenne

- Localisée (ex : abcès cornéen)
- Diffuse (ex : œdème cornéen)



Examen à la fluorescéine :

L'instillation d'une goutte de collyre à la fluorescéine permet de mieux visualiser une ulcération cornéenne

Lumière
bleue



+



Fluorescéine

Avec un ophtalmoscope ou à défaut un smartphone émettant de la lumière bleue et une loupe, l'ulcération apparaît en vert à la lumière bleue



Examen conjonctival

Examen avec un grossissement (loupe, ophtalmoscope...)

- Rougeur (diffuse ou localisée, en cercle, en nappe, intense...)
- Sécrétions
- Œdème
- Corps étranger (retourner la paupière supérieure)

Examen de la conjonctive palpébrale supérieure



Examen du cul-de-sac conjonctival inférieur



Comme toujours en médecine, examen **bilatéral et comparatif**
Hygiène des mains ++ avant tout examen clinique

EXAMEN CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE EN MEDECINE GENERALE

Champ visuel

En confrontation directe

- Le patient fixe l'œil ou le nez de l'examineur
- L'examineur présente son doigt de la périphérie du champ visuel vers le centre de chacun des 4 quadrants de vision et demande au patient d'alerter quand le doigt est visible

⇒ **Evaluation œil par œil**

En cas d'anomalie ⇒
Orientation ophtalmologiste



 [Examen grossier par confrontation au doigt](#)

Acuité visuelle

- Avec correction optique
- De loin (Monoyer) et de près (Parinaud)

⇒ **Meilleure acuité visuelle corrigée**

BAV dans un contexte aigu = Signe de gravité ⇒ **Orientation ophtalmologiste**



Mesure de l'AV de loin et de près avec une correction optique



Signes d'alerte généraux

Douleur intense

BAV, Anomalie du Champ visuel

Diplopie

Anomalie pupillaire

Chirurgie récente

Ces signes, d'apparition récente, doivent orienter vers le spécialiste en urgence

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE DEVANT UN ŒIL ROUGE (NON TRAUMATIQUE)

ŒIL ROUGE NON TRAUMATIQUE

Acuité visuelle



Œil rouge avec BAV : Avis ophtalmologique
Urgence ++

ŒIL DOULOUREUX

ŒIL PEU OU PAS DOULOUREUX

Glaucome aigu par fermeture de l'angle

⇒ Douleur ++, semi mydriase, **HYPERTONIE**, buée épithéliale, céphalées et nausées, œdème cornéen

Kératite aiguë

⇒ Douleur, **photophobie**, larmoiement et **blépharospasme**.
⇒ Lésions visibles en **lumière bleue** après instillation de **fluorescéine**

Uvéite

⇒ Douleur, **effet Tyndall*** en chambre antérieure, **antécédents** et cornée claire

Glaucome néovasculaire*

⇒ Patient diabétique ou polyvasculaire

Endophtalmie*

⇒ Contexte post-**opératoire**

Sclérite*

Douleur **insomnante**
Rougeur diffuse
Polyarthrite Rhumatoïde (PR) en 1^{er} lieu
⇒ Avis ophtalmo

Episclérite*

Douleur légère
Idiopathique
Rougeur sectorielle

Conjonctivite

- Bactérienne
- Virale
- Allergique

Hémorragie sous conjonctivale

Eliminer :

- Poussée HTA
- Corps étranger (contexte)



AVIS OPHTALMOLOGIQUE EN URGENCE

⇒ BAV

⇒ Œil rouge + traumatisme

⇒ Œil rouge et/ou douloureux post chirurgie ophtalmique

⇒ Œil rouge + lentilles

⇒ Œil rouge + douleurs ++

Dans tous les cas d'œil rouge, **examen ophtalmologique spécialisé en l'absence d'amélioration** en quelques jours.

Approche pratique synthétique, volontairement simplifiée. Garder à l'esprit les contextes et présentations particulières exceptionnelles toujours possibles

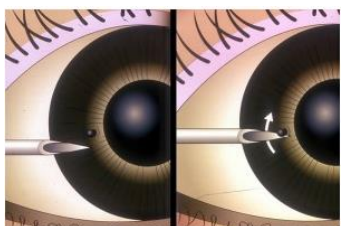
TRAUMATISMES OCULAIRES

Recherche d'une circonstance et d'un mécanisme de traumatisme pouvant faire suspecter la présence d'un **corps étranger intraoculaire devant entraîner un avis ophtalmo.**

Ablation de corps étrangers superficiels

Il faut bien distinguer les corps étrangers superficiels et les corps étrangers intraoculaires de pronostic tout à fait différent: anamnèse + corps étranger souvent visible, cornéen superficiel ou conjonctival

Penser à retourner la paupière supérieure pour rechercher un corps étranger sous palpébral



- 1) **Lavage oculaire** (peut suffire à éliminer le corps étranger)
- 2) Le patient regarde droit devant sans bouger
- 3) Maintenir la paupière supérieure avec une main : une **compresse** peut permettre d'éliminer le CE.
- 4) Si non, instiller un collyre anesthésiant (consigne de ne pas frotter pour ne pas se blesser compte tenu de la perte de sensibilité) utiliser une **spatule stérile** ou une **aiguille de gros calibre stérile** et s'approcher lentement et de façon parallèle au bord de la cornée
- 5) Soulever délicatement le corps étranger pour l'enlever de la surface
- 6) Instiller une goutte de collyre **antiseptique**
- 7) Prescription de **collyre antibiotique**, agent mouillant et de pommade cicatrisante (**vitamine A**) et **réévaluation** à 48h. Adresser à un ophtalmologiste si **non amélioration** ou si extraction **CE ferreux** afin de ne pas méconnaître un résidu de rouille.

Dans quel contexte orienter vers les urgences ophtalmologiques ?

Traumatisme perforant

Contexte : AVP, accident domestique, bricolage, agression...

Corps étranger intra oculaire (avéré ou suspecté):

Contexte : explosion, exposition à un mécanisme de contact métal-métal...

Brûlure caustique et/ou physique

après lavage oculaire précoce et prolongé ++

Signes d'alertes après **contusion du globe oculaire** : BAV, [myodesopsies*](#), érosion de cornée, mydriase, déformation pupillaire, [hyphéma*](#), hémorragie sous-conjonctivale.

Un test à la fluorescéine doit être réalisé, il renseigne sur un ulcère de cornée voire sur une plaie perforante ([signe de Seidel*](#)). Recherche attentive d'un corps étranger sous palpébral si griffures cornéennes.

BACTERIENNES

CONJONCTIVITES

VIRALES

Le plus souvent Cocci Gram +
(*Staphylocoques*, *Streptocoques*)



Essentiellement adénovirus, forte contagiosité (épidémique), environ 80 % des conjonctivites

Sémiologie classique

Atteinte uni ou bilatérale, ou en deux temps

- **Rougeur conjonctivale** diffuse prédominant dans le cul-de-sac conjonctival inférieur
- Sécrétions **muco-purulentes** collant la paupière le matin au réveil
- Irritation et sensation de corps étranger



Cas particulier : [Conjonctivite à inclusion](#)

Traitement

- Hygiène des mains et lavage oculaire : acide borique + borate de sodium, 4 fois/j
- Collyre antiseptique 4 à 6 fois/j pendant 10j



ATB non systématiques
sauf si signes de gravité

Sémiologie classique

Atteinte unilatérale puis bilatéralisation rapide (+/- contexte familial)

- **Hyperémie** conjonctivale franche
- Sécrétions **claires**
- **Adénopathie prétragienne** sensible à la palpation

Traitement

- Hygiène des mains et lavage oculaire : acide borique + borate de sodium, 4 fois/j
- Collyre antiseptique 4 à 6 fois/j pendant 10j

Penser à la KERATOCONJONCTIVITE SECHE

Hyposécrétion lacrymale ou **évaporation** rapide (maladies inflammatoires, médicaments, âge...)

Diagnostic : [Test de Schirmer](#)* ou estimation du [temps de rupture du film lacrymal](#)* (par le spécialiste)

[Substituts lacrymaux](#) + éviction des facteurs irritants ou aggravants dont certains médicaments

ALLERGIQUES

Sémiologie classique

Atteinte bilatérale, terrain atopique/saisonnier
Association à une rhinite, des démangeaisons +/- œdème palpébral



Cas particulier: [Kératoconjonctivite vernale](#)*

Traitement

- Lavage oculaire : acide borique + borate de sodium, 4 fois/j pendant 15 jours
- Collyre antiallergique : cromogliclate de sodium, 3 fois/j pendant 15 jours
- Antihistaminique par voie générale



Corticoïdes locaux uniquement par le spécialiste si nécessaire



CONJONCTIVITES: SIGNES DE GRAVITE

Situations cliniques

sécrétions purulentes abondantes, larmoiement abondant, [chémosis](#)*, œdème palpébral

Terrains à risques

(Adresser facilement au spécialiste)
immunodépression, diabète, pathologie ophtalmologique sous-jacente, corticothérapie locale, prélèvement (par spécialiste) si porteur de lentilles, nouveau-né, patient monophthalme, formes chroniques, atteinte cornéenne...

⇒ **Antibiothérapie et surveillance ++**

Collyre ou gel ophtalmique (Aminoside, Quinolone ou Macrolide)

PATHOLOGIES DES PAUPIERES

ORGELET

Infection à *Staphylococcus aureus*

⇒ Furoncle douloureux du bord libre de la paupière

CHALAZION

Inflammation/occlusion non infectieuse de la glande de Meibomius (centre de la paupière)

Fréquent et récidivant

Diagnostic clinique

Nodule **douloureux** et **purulent**
Centré par un cil

± écoulement de pus

Evolution favorable sous traitement

1) **Inflammatoire** :

Nodule rouge, chaud, douloureux

2) **Enkysté** :

Nodule ferme et indolore

Evolution favorable sous traitement
mais **récidives fréquentes**

Traitement

Après **hygiène** soigneuse des mains

Règles d'**hygiène palpébrale**

Réchauffer les paupières (compresse d'eau tiède) + massages quotidiens

et

Pommade ATB locale :

RIFAMYCINE

1 application 2x/j pendant 7 j

Si enkystement ou résistance au traitement, adressage ophtalmologue pour incision



Règles d'**hygiène palpébrale**

Réchauffer les paupières (compresse d'eau tiède) + massages quotidiens

et

Pommade ATB-corticoïde locale :

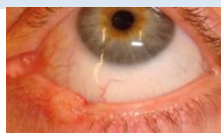
STERDEX

1 application 2x/j pendant 21 j

Si enkystement, adressage ophtalmologue pour incision



Diagnostic différentiel: Tumeurs palpébrales



Quelques topiques ophtalmiques (fiches DCI Vidal®)



Antiseptiques locaux :

- [Ammoniums quaternaires](#)
- [Autres antiseptiques](#)
- [Hexamidine](#)

Anesthésiques locaux (Liste I, collectivités) :

- [Oxybuprocaine](#)
- [Tétracaïne](#)



Antibiotiques locaux non associés :



- [Acide fusidique](#)
- [Aminosides](#)
- [Cyclines](#)
- [Fluoroquinolones](#)
- [Macrolides : azithromycine](#)
- [Rifamycine](#)

Solutions pour lavage oculaire :

- [Lavage oculaire](#)



Anti-allergiques locaux :

- [Acide spaglumique](#)
- [Antihistaminiques H1](#)
- [Cromones](#)

Toute l'équipe du **CRATB**[®] remercie vivement le Dr Sylvia GIRAUDET, ophtalmologiste à Angers, pour sa relecture attentive.