

À PROPOS DES AUTEURS

Jamie Bhamra, M.D.

Le Dr Jamie Bhamra est un ophtalmologue ayant à son actif une formation poussée en chirurgie de la cataracte et de la cornée, notamment la chirurgie réfractive, la réticulation du collagène cornéen, les maladies externes, la maladie de la surface oculaire et la sécheresse oculaire. Originaire de Fernie, en Colombie-Britannique, Calgary a été un choix facile pour poursuivre sa formation postsecondaire. Il a obtenu son diplôme de premier cycle et son doctorat en médecine à l'Université de Calgary. Il a ensuite effectué sa formation de 3^e cycle en ophtalmologie au Canada et aux États-Unis. Il a accompli son programme de résidence en ophtalmologie à l'Institut de l'œil de la prestigieuse Université d'Ottawa. Le Dr Bhamra a eu le bonheur d'obtenir son stage postdoctoral dans la mondialement connue Fondation Proctor et à l'Université de Californie, à San Francisco. Sa formation de sous-spécialité porte sur la cornée, les maladies externes, la chirurgie réfractive et l'uvéïte.

Affiliations de l'auteur :

Université de Calgary, division d'ophtalmologie, département de chirurgie, Calgary, AB



Antoine Sylvestre-Bouchard, M.D.

Le Dr Antoine Sylvestre-Bouchard est le chef des résidents en ophtalmologie à l'Université de Calgary. Il est titulaire d'un doctorat en médecine et d'une maîtrise en sciences de l'Université de Montréal, où il a mené des recherches sur la biocompatibilité d'un nouveau implant cornéen biosynthétique conçu pour remplacer les allogreffes dans les maladies inflammatoires complexes. Auparavant, il a occupé le poste de directeur de la recherche. Il est actuellement directeur de la communication du Conseil des résidents canadiens en ophtalmologie. Outre la formation médicale, la chirurgie avancée du segment antérieur et la réadaptation visuelle, il s'investit fortement dans l'application de l'IA et de la réalité virtuelle à la santé visuelle.

Affiliations de l'auteur :

Université de Calgary, division d'ophtalmologie, département de chirurgie, Calgary, AB



PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT DES ROUGEURS OCULAIRES DANS LE CADRE DES SOINS PRIMAIRES

Introduction

Dans le cadre des soins primaires, les patients se plaignent fréquemment de rougeurs oculaires, qui ont une multitude de causes et d'implications. Certaines étiologies sont bénignes et disparaissent d'elles-mêmes, tandis que d'autres affectent la vue et nécessitent d'adresser le patient en urgence à un ophtalmologue. Il est donc important que les médecins de première ligne soient en mesure d'effectuer un examen oculaire minutieux, de

reconnaître les signes et les symptômes des différents types de rougeurs oculaires, de commencer une prise en charge et un traitement appropriés, et d'adresser le patient à un ophtalmologue si nécessaire.¹⁻⁵

Considérations importantes dans les soins primaires/entités communes

Généralement, l'œil devient rouge (hyperémie, injection) en raison d'une l'augmentation du flux sanguin dans les

vaisseaux de la conjonctive, de l'épislère ou de la sclère (à la suite d'un traumatisme, de brûlures chimiques ou de réactions immunitaires), en raison d'infections (par des bactéries, des virus, des parasites ou des champignons) ou à cause de l'impact à long terme de maladies systémiques (comme le syndrome de Sjögren) sur la tunique externe de l'œil.⁶

Étiologies

Dans le cadre des soins primaires, les causes les plus fréquentes de rougeur oculaire sont la conjonctivite, le syndrome de l'œil sec, la blépharite, l'épislérite et l'hémorragie sous-conjonctivale.^{1,2} Ces affections sont généralement bénignes et peuvent être traitées grâce à

des médicaments topiques, des lubrifiants et des mesures d'hygiène. Toutefois, certaines de ces affections peuvent être récidivantes ou sont associées à des maladies systémiques, par exemple le diabète sucré de type 2, la polyarthrite rhumatoïde, d'autres syndromes auto-immuns ou des infections, et nécessiter une orientation vers un ophtalmologue pour un examen plus approfondi et un traitement.³

Les causes les plus graves de rougeurs oculaires, qui constituent une urgence ophtalmologique ou nécessitent une hospitalisation sont le glaucome aigu par fermeture de l'angle, l'hyphéma, la présence de corps étrangers, les abrasions cornéennes, les ulcères, la sclérite, l'uvéïte, l'endophtalmie, la cellulite orbitaire et le traumatisme à

Maladie	Observations typiques (en plus de la rougeur oculaire)	Prise en charge (équivalent de classe)
Fermeture de l'angle	PIO élevée, chambre antérieure peu profonde, œdème cornéen, douleur, nausées ou vomissements	Acétazolamide 500 mg, administré une fois par voie orale ou en IV, gouttes toutes les 15 min x 3 doses : Timolol 0,5 %, brimonidine 0,1 %, brinzolamide 1 %, latanoprost 0,005 %
Abrasion, ulcère de la cornée ou corps étranger (CE) dans la cornée	Opacité cornéenne, infiltration, perte épithéliale, CE dans la cornée, coloration à la fluorescéine, larmoiement, photophobie	Moxifloxacine 0,5 % instillée en gouttes toutes les heures Dendrites : instaurer également un traitement par valaciclovir 500 mg, administré 3 f.p.j. par voie orale
Hyphéma	Accumulation de sang dans la chambre antérieure, traumatisme récent, cellules dans la chambre antérieure, photophobie	Prednisolone 1 % instillée en gouttes toutes les 2 heures, cyclopentolate 1 % instillé en gouttes 3 f.p.j., pommade à base de dexaméthasone 0,1 % chaque soir avant le couché
Uvéïte	Cellules dans la chambre antérieure, douleur, photophobie	Prednisolone 1 % instillée en gouttes toutes les 2 heures, cyclopentolate 1 % instillé en gouttes 3 f.p.j., pommade à base de dexaméthasone 0,1 % chaque soir avant le couché
Sclérite ou sclérite nécrosante	Douleur intense et profonde à l'arrière de l'œil ou de la tête, douleur à la palpation de l'œil, amincissement de la sclère (teinte violette)	Ibuprofène 400 à 600 mg administré trois à quatre fois par jour par voie orale pendant 5 jours
Endophtalmie	Hypopion, douleur, cellules dans la chambre antérieure, chirurgie récente/traumatisme oculaire	Moxifloxacine 0,5 %, instillée en gouttes toutes les heures, moxifloxacine 400 mg, administrée par voie orale ou en IV chaque jour et céfazoline 1 g, administrée en IV toutes les 8 heures
Cellulite orbitaire	Diplopie, douleur lors des mouvements extraoculaires, œdème des paupières, exophtalmie	TDM de l'orbite avec produit de contraste, traiter avec la ceftriaxone en IV et Flagyl.
Traumatisme à globe ouvert	Iris en pointe, hémorragie sous-conjonctivale, œdème conjonctival, positivité du signe de Seidel, traumatisme récent	Protection des yeux, antalgiques et antiémétiques, ne pas essayer de retirer le CE, ne pas placer de pansement sur les yeux.

Tableau 1. Urgences oculaires, observations et prise en charge précoce; avec l'aimable autorisation de Jamie Bhamra, M.D.

globe ouvert.⁷ Si elles ne sont pas traitées rapidement, ces affections peuvent provoquer des douleurs intenses, une perte de vision et des lésions permanentes de l'œil. Il est donc essentiel que les médecins de première ligne soient en mesure d'identifier les signes évocateurs d'une urgence potentielle. Voici quelques exemples :⁷⁻⁹

- Les antécédents récents de traumatisme ou de chirurgie intraoculaire
- Les symptômes suivants, qu'ils soient **aigus ou subaigus** :
 - Douleur ou céphalée d'origine oculaire/périoculaire/rétro-orbitaire sévère
 - Nausée ou vomissements
 - Diminution de l'acuité visuelle ou perte de champ visuel
 - Photophobie
 - Larmoiement constant
 - Diplopie
- Les signes suivants, qu'ils soient **aigus ou subaigus** :
 - Exophtalmie ou gonflement des paupières
 - Importante hémorragie sous-conjonctivale à la suite d'un traumatisme
 - Teinte bleue/pourpre à certains endroits de la sclère (sclérite)
 - Chémosis (gonflement de la conjonctive)
 - Opacité cornéenne, infiltration, ulcération, abrasion, œdème
 - Hypopion ou hyphéma
 - Iris en pointe ou positivité du signe de Seidel
 - Déficit pupillaire afférent relatif
 - Corps étranger dans la conjonctive/sclère, la cornée ou à l'intérieur du globe oculaire

En cas de doute sur la nature et l'étendue de la pathologie, il est plus prudent de placer un cache

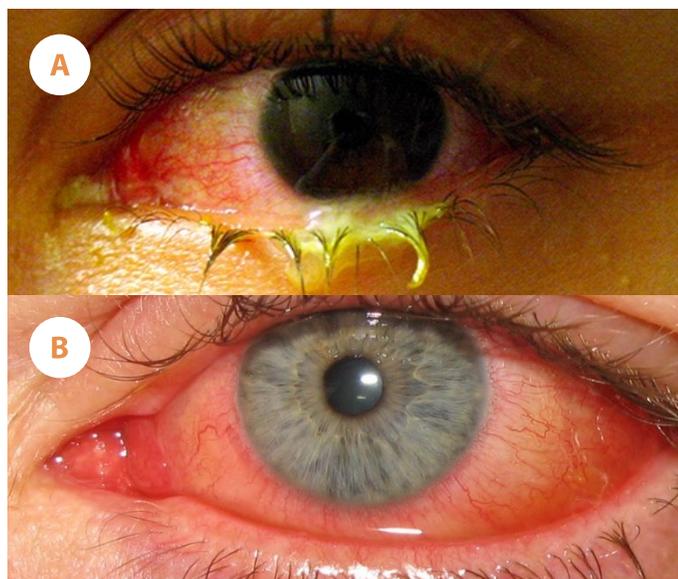


Figure 1 : (A) Œil gauche présentant une conjunctivite d'origine bactérienne. (B) Œil gauche présentant une conjunctivite d'origine virale. Notez l'absence d'écoulement purulent significatif dans le cas viral; A : d'après CNX OpenStax, CC BY 4.0; B : d'après Marco Mayer, CC BY-SA 4.0.

transparent sur l'œil affecté, sans utiliser de pansement oculaire, car toute pression sur le globe oculaire peut entraîner l'extrusion du contenu interne de l'œil. Idéalement, les patients qui consultent pour un traumatisme à globe ouvert devraient entrer dans votre cabinet ou l'hôpital avec un cache protecteur placé sur l'œil.⁸

Le **Tableau 1** présente les principales observations de ces urgences oculaires et la prise en charge initiale qu'un médecin de première ligne peut mettre en place avant d'adresser le patient le jour même à un ophtalmologue de garde. Si un ophtalmologue doit voir le patient rapidement, reportez l'administration d'antibiotiques, car des cultures peuvent être nécessaires. Assurez-vous de vérifier les allergies aux médicaments.^{7,8,10-12}

Comprendre les pathologies ophtalmologiques fréquemment observées dans les cliniques de soins de santé primaires, leur traitement et le moment auquel les patients doivent être adressés à un ophtalmologue

Les sections suivantes décrivent brièvement les pathologies ophtalmologiques fréquentes qui se manifestent par une rougeur oculaire, ainsi que leurs caractéristiques cliniques, leur diagnostic, leur prise en charge et les critères d'orientation.

En général, une aggravation sévère ou des symptômes persistants (notamment une baisse de la vision) ne répondant pas au traitement, ainsi qu'un diagnostic ou une prise en charge incertains, doivent inciter à adresser le patient à un ophtalmologue pour les manifestations cliniques suivantes.

Conjonctivite

La conjonctivite est une inflammation de la conjonctive, une fine membrane recouvrant la partie blanche (sclère) de l'œil et la surface interne des paupières. Elle peut être

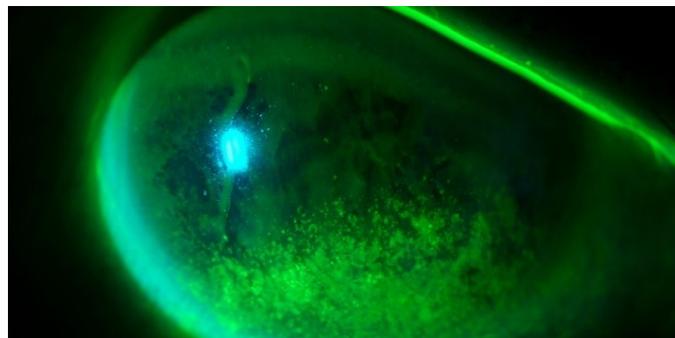


Figure 2 : Cornée présentant des érosions épithéliales ponctuelles. Ces érosions représentent des zones de perte de cellules épithéliales et se colorent donc positivement à la fluorescéine. Les érosions épithéliales ponctuelles témoignent de la sécheresse de la surface oculaire. La répartition des érosions permet de déterminer l'étiologie sous-jacente. Les érosions épithéliales ponctuelles inférieures, comme illustrées ci-dessus, peuvent être secondaires à une exposition, à une blépharite chronique ou à un trichiasis. Ce patient a subi de multiples opérations des paupières qui ont entraîné une kératopathie d'exposition; d'après Stefani Karakas, CC BY-NC-ND 3.0.

provoquée par divers agents (bactéries, virus, allergènes ou irritants).¹³ Les principaux symptômes sont la rougeur, l'écoulement, le larmoiement, les démangeaisons, la sensation de brûlure et de corps étrangers.⁸

La **Figure 1** décrit une méthode courante pour reconnaître les différents types de conjonctivite aiguë et leur prise en charge respective.¹⁴

La prise en charge de la conjonctivite dépend du type d'affection et de sa gravité. En cas de conjonctivite bactérienne, un prélèvement est généralement effectué pour confirmer l'organisme responsable (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* ou *Moraxella catarrhalis*) et la conjonctivite est traitée de manière empirique à l'aide des antibiotiques topiques généralement disponibles. Les conjonctivites à gonocoque (suraiguës) ou à *Chlamydia* (chroniques) sont considérées et traitées comme des infections sexuellement transmissibles qui doivent être signalées. Les conjonctivites virales dues aux virus du rhume disparaissent en général spontanément. Elles ne nécessitent pas de traitement spécifique, mais les précautions suivantes sont recommandées : isolement pendant une durée maximale de deux semaines ou jusqu'à disparition des symptômes, lavage fréquent des mains, essuyage des surfaces fréquemment utilisées, éviter de se toucher les yeux ou partager serviettes et taies d'oreiller. Les infections herpétiques (VZV, HSV1, HSV2) peuvent nécessiter des antiviraux oraux (ou topiques), comme l'acyclovir ou le valaciclovir. Les traitements topiques à base de stéroïdes et/ou d'antibiotiques ne sont généralement pas recommandés en cas de

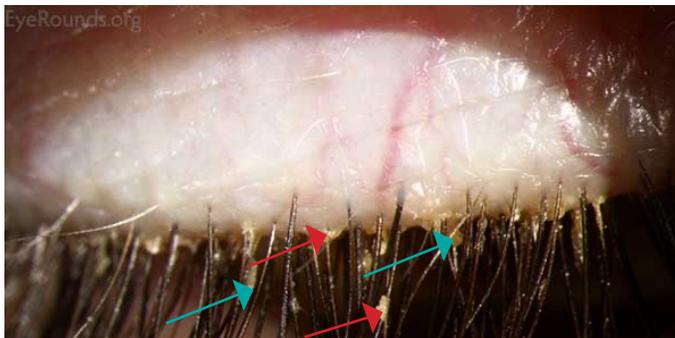


Figure 3 : Paupière supérieure présentant une blépharite antérieure. Les squames des paupières (flèches rouges), typiques de la blépharite séborrhéique, ont une consistance huileuse ou grasse. Les manchons ciliaires (flèches vertes), appelés pellicules cylindriques, sont typiques de la démodicose. D'après Cindy Montague, CC BY-NC-ND 3.0. Flèches ajoutées pour plus de clarté

conjonctivite virale. La conjonctivite allergique se traite à l'aide de compresses froides, de substituts lacrymaux réfrigérés, d'antihistaminiques topiques (et oraux, en cas d'atteinte grave), d'associations thérapeutiques à base d'antihistaminiques/de stabilisateurs des mastocytes ou de corticostéroïdes (en cas d'atteinte grave), comme l'olopatadine, le kétotifène ou le lotéprednol, pendant

deux à quatre semaines. Les vasoconstricteurs ne sont jamais recommandés pour la conjonctivite.^{8,14,15}

En plus des critères généraux d'orientation cités ci-dessus, les patients présentant une conjonctivite doivent être immédiatement adressés à un ophtalmologue dans les cas suivants :^{8,9}

- Suspicion d'infection à gonocoque, d'herpès simplex (HSV) ou de zona (VZV)
- Maladie des yeux ou immunodépression préexistante
- Conjonctivite néonatale

Syndrome de l'œil sec

Le syndrome de l'œil sec est une affection due à des larmes en quantité insuffisante ou de mauvaise qualité ne permettant pas de lubrifier et de protéger la surface de l'œil.¹⁶ Deux formes principales sont décrites (l'évaporation et l'insuffisance aqueuse) et peuvent être causées par de nombreux facteurs, comme le vieillissement, les changements hormonaux, la perte de cellules excrétrices des glandes produisant le film lacrymal, l'intensification du travail nécessitant de la concentration (écrans, livres, conduite, etc.), les médicaments, les maladies systémiques, les conditions environnementales ou des

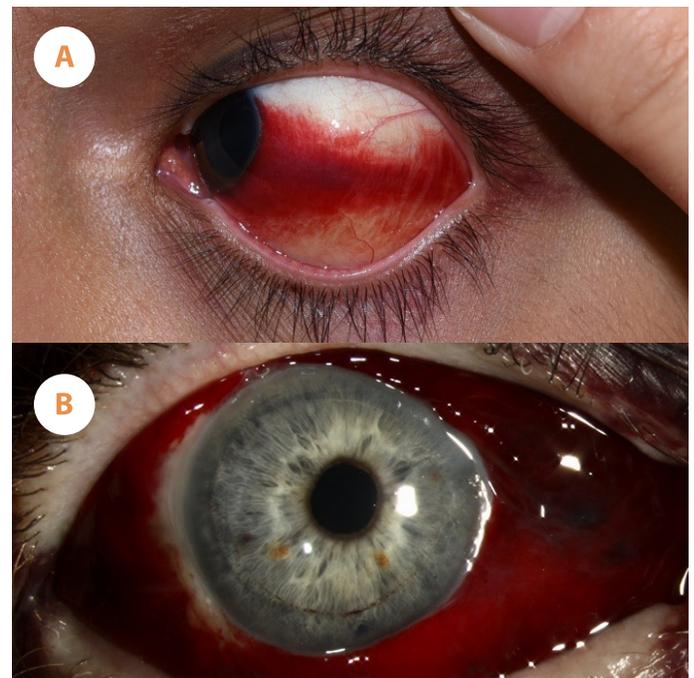


Figure 4 : Les hémorragies sous-conjonctivales peuvent se présenter comme (A) petites et localisées ou (B) grandes et diffuses. La quantité et la répartition du sang n'ont généralement pas d'incidence sur la prise en charge, qui sera conservatrice et de soutien; A : d'après Audrey C. Ko, MD, CC BY-NC-ND 3.0; B : d'après Toni Venckus, CC BY-NC-ND 3.0.

anomalies des paupières.¹⁷ Les principaux symptômes du syndrome de l'œil sec, qui s'aggrave généralement en fin de journée, sont les suivants : fatigue, rougeur, sensation (parfois soudaine) de brûlure, d'avoir du sable dans l'œil, de corps étrangers, larmoiement, sensibilité à la

lumière, vision floue et baisse de l'acuité visuelle.⁸

Le traitement consiste en général à traiter la ou les causes sous-jacentes, à suppléer le film lacrymal, à prévenir la perte de film lacrymal et à protéger la surface de l'œil. Les méthodes couramment utilisées pour traiter le syndrome de l'œil sec comprennent principalement l'hygiène des paupières, les compresses chaudes, les massages des paupières et les clignements d'yeux fréquents (en particulier pendant un travail nécessitant de la concentration). Les larmes artificielles sont utiles en cas de symptômes aigus; elles ne doivent pas contenir de conservateur si elles sont utilisées plus de quatre fois par jour.^{9,18}

En plus des informations précédentes, les patients présentant une sécheresse oculaire doivent être adressés à un ophtalmologue dans les cas suivants :

- Suspicion d'association avec une maladie systémique (par exemple, syndrome de Sjögren)
- Gêne constante
- Exacerbation des symptômes.



Figure 5 : (A) Œil droit présentant une épisclérite sectorielle. L'inflammation épisclérale est superficielle et blanchit typiquement avec l'application de phényléphrine topique à 2,5 %. (B) Œil gauche atteint de sclérite chez un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde. Contrairement à l'épisclérite, l'inflammation sclérale est plus profonde et présente typiquement une teinte violacée à la lumière naturelle, ce qui suggère un amincissement de la sclérotique ; A : d'après Asagan, CC BY-SA 3.0; B : d'après Cindy Montague, CC BY-NC-ND 3.0.

Blépharite

La blépharite est une inflammation du bord des paupières et peut être antérieure, postérieure ou mixte.¹⁹ Elle touche principalement la base des cils et est causée par

des infections bactériennes (staphylocoques) ou une dermatite séborrhéique. La blépharite postérieure, qui touche principalement les glandes de Meibomius, est essentiellement causée par un dysfonctionnement de

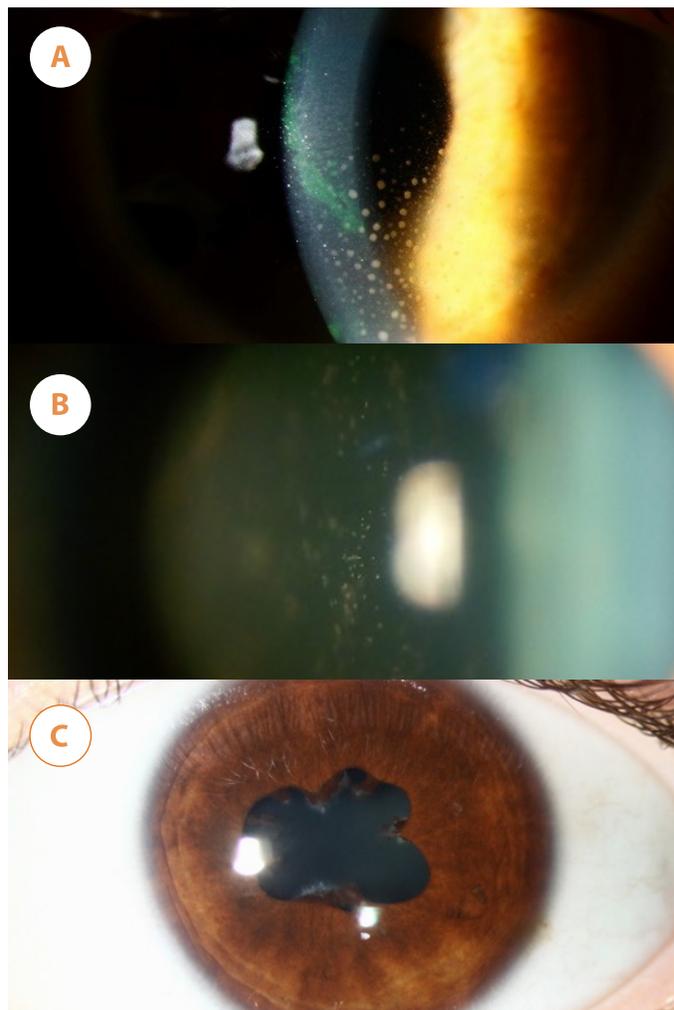


Figure 6 : Trois observations typiques de l'uvéite antérieure, de l'avant vers l'arrière : (A) précipités kératiques sur l'endothélium cornéen, (B) globules blancs dans la chambre antérieure et (C) pupille irrégulière, peu réactive, due à l'adhésion postérieure (synéchies) de l'iris à la capsule du cristallin. A : d'après Stefani Karakas, CC BY-NC-ND 3.0; B : d'après Imrankabirhossain, CC BY-SA 4.0; C : d'après Toni Venckus, CC BY-NC-ND 3.0.

ces glandes.⁹ Les principaux symptômes de la blépharite, présents dès le réveil contrairement à la sécheresse oculaire (voir ci-dessus) sont la rougeur, la desquamation, la formation de croûtes, les démangeaisons et la sensation de brûlure au niveau des paupières.⁸

Le traitement de la blépharite vise à réduire la charge bactérienne, à éliminer les squames et les croûtes, à améliorer le fonctionnement des glandes de Meibomius et à contrôler l'inflammation et la symptomatologie. Les mesures prises habituellement pour traiter la blépharite comprennent le nettoyage des paupières et des cils, l'application de compresses chaudes (pendant 5 à 10 min) une à deux fois par jour et de larmes artificielles

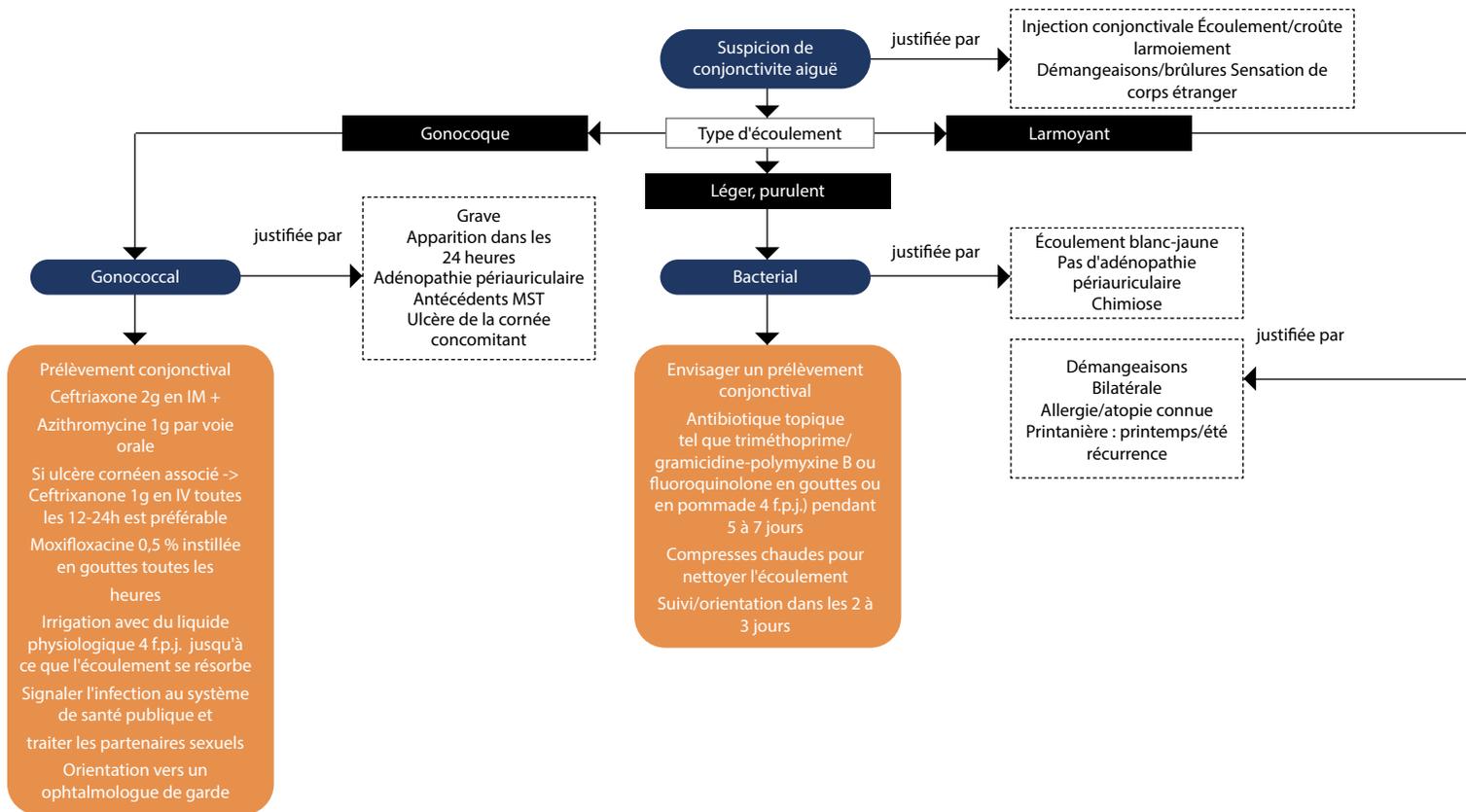


Figure 1. Algorithme pour la prise en charge de la conjunctivite ; avec l'aimable autorisation de Jamie Bhamra, M.D.

4 f.p.j. Si les signes et les symptômes persistent, il convient d'envisager l'administration d'antibiotiques topiques (appliquer une pommade à l'érythromycine tous les soirs sur les cils) pendant deux semaines, puis d'antibiotiques par voie orale (doxycycline 100 mg 2 f.p.j.) pendant quatre à six semaines.²⁰

En plus des critères généraux d'orientation cités ci-dessus, les patients présentant une blépharite doivent être adressés à un ophtalmologue dans les cas suivants :

- Complications, par exemple un chalazion ou un orgelet ne répondant pas à des mesures conservatrices
- Anomalie de la position des paupières
- Suspicion de tumeur maligne ou d'autres lésions des paupières
- Vascularisation ou infiltrations marginales de la cornée

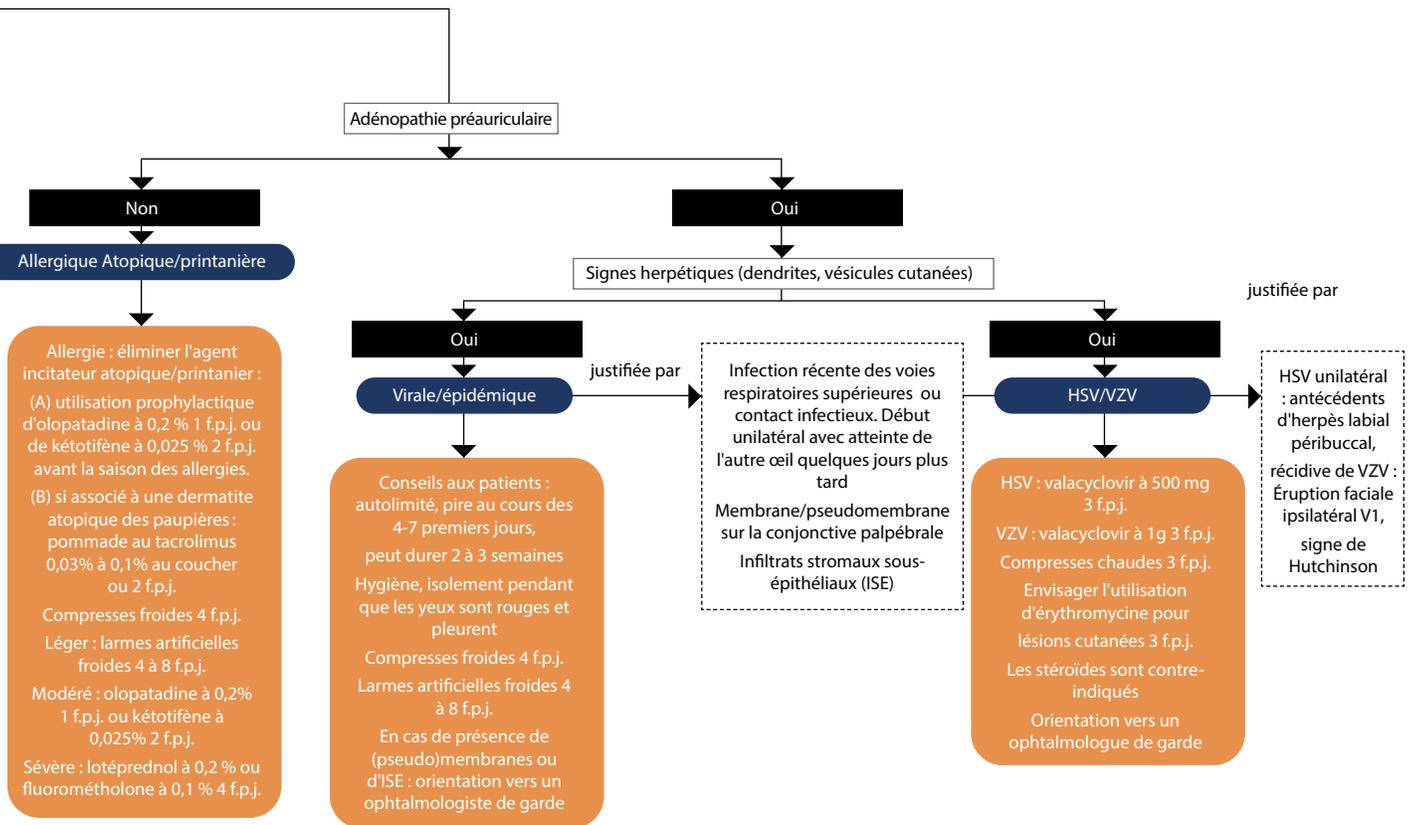
Hémorragie sous-conjonctivale

L'hémorragie sous-conjonctivale est un saignement qui s'accumule sous la conjonctive. Elle peut être causée par de nombreux facteurs, par exemple un traumatisme, une toux, des éternuements, un effort, de l'hypertension, des troubles hémostatiques ou l'utilisation

d'anticoagulants.²¹⁻²³ L'hémorragie sous-conjonctivale se caractérise principalement par une plage rouge vif localisée sur le blanc de l'œil, qui est généralement indolore et n'affecte pas la vision. Une légère sensibilité peut apparaître et disparaître dans un délai d'un à deux jours.

La prise en charge de l'hémorragie sous-conjonctivale passe par des mesures conservatrices et de soutien, car l'affection disparaît d'elle-même et ne nécessite généralement pas de traitement spécifique. Les méthodes couramment utilisées en cas d'hémorragie sous-conjonctivale comprennent des larmes artificielles, des compresses froides et parfois des analgésiques, afin de soulager la gêne et de prévenir la sécheresse, l'exposition et l'irritation. L'hémorragie sous-conjonctivale disparaît généralement dans un délai d'une à deux semaines, le sang étant progressivement résorbé par l'organisme. Pour cette affection, l'arrêt des anticoagulants n'est généralement pas recommandé ou nécessaire.⁸

En plus des informations précédentes, les patients présentant une hémorragie sous-conjonctivale doivent



être adressés à un ophtalmologue dans les cas suivants :

- Suspicion ou antécédents récents de traumatisme oculaire ou orbitaire

Épisclérite

L'épisclérite est une affection qui entraîne une inflammation et une rougeur de l'épisclère, la couche la plus superficielle de la sclère, située sous la conjonctive. Elle touche généralement un œil, parfois les deux, peut se manifester sous la forme d'un nodule enflammé isolé et être localisée à une zone ou se propager de manière diffuse. L'épisclérite est bénigne et disparaît souvent d'elle-même sans traitement, mais elle a tendance à récidiver. Elle peut entraîner une gêne, un larmoiement et une sensibilité à la lumière. Elle est parfois associée à des problèmes de surface oculaire ou à des troubles auto-immuns, comme la polyarthrite rhumatoïde, le lupus ou la maladie de Crohn.²⁴ Il convient de faire une distinction claire entre l'épisclérite et la sclérite, une inflammation plus grave des couches profondes de la sclère susceptible d'occasionner des lésions oculaires permanentes en l'absence de traitement rapide.²⁴ La sclérite se caractérise par une douleur intense et pénible

ainsi que par une extrême sensibilité, même au moindre contact. En outre, comme la dilatation vasculaire de la sclère est plus importante, la rougeur oculaire ne disparaît pas après l'instillation de gouttes de phényléphrine et l'utilisation d'un écouvillon ne permet pas de faire bouger ces vaisseaux dilatés.^{8,9}

L'épisclérite est traitée avec des substituts lacrymaux réfrigérés, des compresses froides et des médicaments anti-inflammatoires, comme l'ibuprofène (400 à 600 mg trois à quatre fois par jour par voie orale pendant cinq jours) ou des collyres à base de corticostéroïdes (fluorométholone 0,1 % en gouttes quatre à six fois par jour). L'épisclérite disparaît généralement dans un délai d'une à deux semaines, mais une récurrence peut survenir.⁸

En plus des critères généraux d'orientation ci-dessus, les patients présentant une épisclérite doivent être adressés à un ophtalmologue dans les cas suivants :

- Épisclérite récidivante ou bilatérale
- Suspicion de sclérite
- Maladie ou infection systémique confirmée

Uvéite

Le terme « uvéite » désigne un groupe d'affections inflammatoires de l'uvée, qui correspond à la couche intermédiaire de l'œil composée de l'iris (antérieur), du corps ciliaire (intermédiaire) et de la choroïde (postérieur). Les étiologies de l'uvéite peuvent être infectieuses ou non infectieuses. L'uvéite infectieuse est provoquée par divers micro-organismes (bactéries, virus, champignons, parasites ou protozoaires, etc.) qui envahissent l'œil directement ou se propagent en raison d'une infection systémique. L'uvéite non infectieuse est associée à diverses affections systémiques ou oculaires, comme les maladies auto-immunes, les processus néoplasiques, les traumatismes ou la chirurgie. Dans de nombreux cas, la cause de l'uvéite est inconnue (uvéite idiopathique).²⁵

Les symptômes de l'uvéite varient selon le type et le foyer de l'inflammation. Ils comprennent : douleurs oculaires et photophobie (minime dans l'uvéite intermédiaire ou postérieure, mais pire dans le cas de l'uvéite antérieure), vision floue (légère à modérée dans l'uvéite antérieure, généralement plus grave dans le cas de l'uvéite postérieure) et corps flottants (agrégats de cellules vitréennes dans l'uvéite intermédiaire ou postérieure). L'uvéite antérieure, ou « iritis », est fréquente et provoque généralement une rougeur oculaire.⁸

Les cellules dans la chambre antérieure ou les dépôts blancs sur l'endothélium cornéen (précipités kératiques) à l'examen à la lampe à fente sont presque un signe pathognomonique d'uvéite antérieure. En l'absence de lampe à fente, des antécédents médicaux détaillés et un examen minutieux des systèmes sont nécessaires afin d'identifier les symptômes associés aux maladies systémiques à médiation immunitaire. Ces symptômes comprennent : fièvre, frissons, fatigue, malaise, toux, dyspnée, arthrite, diarrhée, sang dans les selles ou l'urine, éruptions cutanées et ulcères buccaux ou génitaux.⁸ Parfois, les précipités kératiques peuvent être visualisés sous l'éclairage direct d'une lampe-stylo ou dans un réflexe rouge à travers un ophtalmoscope direct. Les pupilles irrégulières et peu réactives sont également le signe d'éventuelles uvéites antérieures. Un autre signe révélateur est la photophobie consensuelle : chez les patients présentant une uvéite unilatérale, le fait d'éclairer l'œil non atteint avec une lumière vive provoque une douleur dans l'œil atteint.⁷

L'uvéite peut entraîner une morbidité oculaire et une perte de vision importantes, en particulier lorsqu'elle n'est pas diagnostiquée et traitée rapidement. Les médecins de première ligne doivent se concentrer sur l'identification de l'affection, l'instauration d'un traitement de première intention et l'orientation immédiate vers un ophtalmologue de garde. Il convient de prendre des mesures plus urgentes en cas de traitement tardif ou inadéquat, de récurrences fréquentes ou de problèmes

chroniques, d'atteinte des deux yeux, de panuvéite intermédiaire ou postérieure, d'association avec des maladies systémiques ou de comorbidités oculaires et d'apparition de complications comme la cataracte, le glaucome ou le décollement de la rétine.²⁵

Conclusion

Les rougeurs oculaires sont un problème fréquent et difficile à résoudre dans le cadre des soins primaires. Elles nécessitent une approche prudente, systématique et complète afin de poser un diagnostic précis et d'instaurer un traitement adéquat. Il est conseillé aux médecins de première ligne de se familiariser avec les affections ophtalmologiques courantes et graves qui se caractérisent par des rougeurs oculaires. En outre, les médecins de première ligne peuvent être les plus à même de déterminer si un patient présentant une rougeur oculaire doit consulter rapidement un ophtalmologue de garde. Nous espérons que les points clés abordés ci-dessus permettront à nos confrères des soins primaires de se sentir mieux armés et plus à l'aise pour prodiguer des soins adaptés aux patients présentant ces rougeurs oculaires fréquentes, qui doivent être traitées en urgence.

Correspondence:

Jamie Bhamra, M.D.

Courriel : jamiebhamra@gmail.com

Divulgence de renseignements financiers :

Aucune déclaration

Références :

1. Cronau H, Kankana RR, Mauger T. Diagnosis and management of red eye in primary care. *Am Fam Physician*. 2010 Jan 15;81(2):137–4.
2. Wirbelauer C. Management of the red eye for the primary care physician. *Am J Med*. 2006;119(4):302–6.
3. Alattas OA, Hamdi AA, Mudarba FMM, et al. Red eye diagnosis and management in primary health care. *Arch Pharm Pract* [Internet]. 2019 [cited 2024 Apr 17];10(3).
4. Kilduff C, Lois C. Red eyes and red-flags: improving ophthalmic assessment and referral in primary care. *BMJ Open Qual*. 2016;5(1):u211608-w4680.
5. Frings A, Geerling G, Schargus M. Red eye: A guide for non-specialists. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(17):302.
6. Singh RB, Liu L, Anchouche S, et al. Ocular redness – I: Etiology, pathogenesis, and assessment of conjunctival hyperemia. *Ocul Surf*. 2021 Jul;21:134–44.
7. Gilani CJ, Yang A, Yonkers M, et al. Differentiating urgent and emergent causes of acute red eye for the emergency physician. *West J Emerg Med*. 2017 Apr;18(3):509–17.
8. Gervasio K, Peck T, editors. The Wills Eye Manual: Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. 8th edition. *Wolters Kluwer Health*; 2021. 1350 p.
9. Feder R, Berdy G, Luorno J, et al. 2022-2023 Basic and clinical science course (BCSC): External Disease and Cornea. Vol. 8. *American Academy of Ophthalmology*; 2022.
10. Naradzay J, Barish RA. Approach to ophthalmologic emergencies. *Med Clin*. 2006 Mar 1;90(2):305–28.
11. Evans DD, Hoyt KS. Ophthalmologic emergencies: assessment and management. *Adv Emerg Nurs J*. 2023 Dec;45(4):E9.
12. Shah SM, Khanna CL. Ophthalmic emergencies for the clinician. *Mayo Clin Proc*. 2020 May 1;95(5):1050–8.
13. Azari AA, Barney NP. Conjunctivitis: a systematic review of diagnosis and treatment. *JAMA*. 2013 Oct 23;310(16):1721–30.

14. Bunya VY, López Montero MC, Prakalapakorn G. Conjunctivitis - *EyeWiki* [Internet]. [cited 2024 Apr 22]. Available from: <https://eyewiki.aao.org/Conjunctivitis>
15. Cheung AY, Choi DS, Ahmad S, et al. Conjunctivitis preferred practice pattern. *Ophthalmology*. 2024 Apr 1;131(4):P134–204.
16. Golden MI, Meyer JJ, Patel BC. Dry Eye Syndrome. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024 Apr 23]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470411/>
17. Clayton Janine A. Dry Eye. *N Engl J Med*. 2018 Jun 7;378(23):2212–23.
18. Amescua G, Ahmad S, Cheung A, et al. Dry Eye Syndrome Preferred Practice Pattern®. *Ophthalmology*. 2024 Apr 1;131(4):P1–49.
19. Fowler BT, Johnson J, Chang V, et al. Blepharitis - *EyeWiki* [Internet]. [cited 2024 Apr 24]. Available from: <https://eyewiki.aao.org/Blepharitis>
20. Amescua G, Akpek EK, Farid M, et al. Blepharitis Preferred Practice Pattern®. *Ophthalmology*. 2019 Jan 1;126(1):P56–93.
21. Doshi R, Noohani T. Subconjunctival hemorrhage. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): *StatPearls Publishing*; 2024 [cited 2024 Apr 24]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551666/>
22. Tarlan B, Kiratli H. Subconjunctival hemorrhage: risk factors and potential indicators. *Clin Ophthalmol Auckl NZ*. 2013;7:1163–70.
23. Subconjunctival Hemorrhage - EyeWiki [Internet]. [cited 2024 Apr 24]. Available from: https://eyewiki.aao.org/Subconjunctival_Hemorrhage
24. Jabs DA, Mudun A, Dunn JP, et al. Episcleritis and scleritis: clinical features and treatment results. *Am J Ophthalmol*. 2000 Oct 1;130(4):469–76.
25. Sen HN, Albini TA, Burkholder BM, et al. 2022-2023 Basic and clinical science course (BCSC): uveitis and ocular inflammation. Vol. 9. American Academy of Ophthalmology; 2022.