



Cette revue est produite en collaboration avec
l'Organisation mondiale de la Santé

Volume 3 | Numéro 1 | Janvier 2006

Rédactrice en chef

Victoria Francis

Comité de rédaction

Professeur Allen Foster
Dr Clare Gilbert
Dr Murray McGavin
Dr Ian Murdoch
Dr Daksha Patel
Dr Richard Wormald
Dr David Yorston

Consultants pour l'édition française

Dr A. D. Négrel et toute l'équipe de l'Organisation
pour la prévention de la cécité (OPC)

Traduction

Dr Paddy Ricard
Dr A. D. Négrel

Conseillers

Dr Liz Barnett (Enseignement et Apprentissage)
Catherine Cross (Infrastructure et Technologie)
Sue Stevens (Soins oculaires et Ressources
pédagogiques)

Administration

Ann Naughton (Directrice administrative)
Anita Shah (Secrétaire de rédaction)

Bureau de la rédaction

Revue de Santé Oculaire Communautaire
International Centre for Eye Health
London School of Hygiene and Tropical Medicine,
Keppel Street, London WC1E 7HT, Royaume-Uni.
Tél : +44 207 612 7964/72
Fax : +44 207 958 8317
Courriel : Anita.Shah@Lshmt.ac.uk

Service de renseignements

Sue Stevens
Courriel : Sue.Stevens@Lshmt.ac.uk
Tél : +44 207 958 8168

Publication en ligne (www.jceh.co.uk)

Sally Parsley
Courriel : admin@jceh.co.uk

La Revue de Santé Oculaire Communautaire est
publiée deux fois par an et **envoyée gratuitement
aux abonnés des pays en développement.**

Merci de bien vouloir faire parvenir votre nom, votre
profession et votre adresse postale à la Revue de
Santé Oculaire Communautaire, à l'adresse ci-dessus.
Pour les autres abonnés, les frais d'abonnement sont
les suivants : UK £ 28 / US \$ 45 pour un an ; UK £ 50 /
US \$ 80 pour deux ans. Règlement par carte bancaire
ou mandat international à l'ordre de London School of
Hygiene and Tropical Medicine, à l'adresse ci-dessus.

Site Internet

Les anciens numéros de la Revue sont disponibles
sur le site :

www.jceh.co.uk

Le contenu peut être téléchargé sous format HTML ou sous
format PDF.

© International Centre for Eye Health, London, UK. Les articles peuvent
être photocopiés, reproduits ou traduits, à condition de ne pas être
utilisés à des fins commerciales ou d'enrichissement personnel. Merci de
bien vouloir citer l(es) auteur(s) ainsi que la Revue de Santé Oculaire
Communautaire.

ISSN 0953-6833

Cette revue est produite en collaboration avec l'Organisation mondiale de la
Santé. Les auteurs sont seuls responsables de leurs articles et le contenu ne
réflète pas nécessairement la politique de l'Organisation mondiale de la
Santé. L'Organisation mondiale de la Santé ne peut se porter garante de
l'exactitude des informations contenues dans cette publication et ne peut en
aucun cas être tenue responsable des dommages éventuels résultant de son
utilisation. La mention des produits de certaines compagnies ou certains
fabricants n'implique pas que ceux-ci soient agréés par l'Organisation
mondiale de la Santé ou que celle-ci recommande leur utilisation plutôt que
celle d'autres produits de même nature qui ne sont pas cités dans cette revue.



Œil rouge – premiers soins à prodiguer au niveau primaire



Isaac Baba

Chirurgien de la cataracte, Bawku
Hospital, PO Box 45, Bawku, Ghana.

Dans la plupart des centres de soins oculaires des pays en développement, l'œil rouge représente une importante proportion des consultations. Dans le service de soins oculaires du Bawku Hospital au Ghana, par exemple, 21 391 patients ont été traités en consultation externe en 2004. Plus de 40 % d'entre eux (soit 8 391 cas) présentaient un « œil rouge ».

Dans la majorité des cas, l'œil rouge est pris en charge dans les centres de santé communautaires où des infirmiers communautaires, des agents de santé oculaire primaire et des infirmiers spécialisés en ophtalmologie sont responsables du diagnostic et du traitement. De ce fait, il faut donc accorder suffisamment d'attention à la prévention, au diagnostic précoce et aux premiers soins à administrer dans le cas d'un œil rouge.

Un œil rouge aigu est généralement causé par une conjonctivite, un trachome, un ulcère cornéen, une iritis aiguë, un glaucome aigu ou un traumatisme. L'utilisation de remèdes traditionnels nocifs pour d'autres problèmes oculaires peut également provoquer un œil rouge. Cet article traite des premiers soins à prodiguer au niveau primaire, dans le cas d'un œil rouge non traumatique.

Conjonctivite

Conjonctivite à tout âge

C'est l'étiologie la plus fréquente d'un œil rouge. Généralement, une conjonctivite n'est pas douloureuse et se caractérise par des sécrétions claires ou purulentes. Il existe différents types de conjonctivite : les conjonctivites bactériennes, causées par des bactéries, gonocoque ou staphylocoque par exemple ; les conjonctivites virales, causées par des virus, par exemple le virus de l'herpès ; et les conjonctivites allergiques, provoquées par une allergie à la fumée, aux cosmétiques, aux médicaments, etc. Les signes d'une conjonctivite varient en fonction de sa cause, mais ils comprennent des paupières enflées, une rougeur de la conjonctive et des sécrétions claires ou purulentes. La cornée et la pupille ne sont généralement pas affectées.

Prise en charge

Les conjonctivites n'affectent normalement pas la vue et sont faciles à traiter. Pour traiter une conjonctivite bactérienne, nettoyer les yeux et appliquer un antibiotique quelconque sous forme de collyre ou de pommade oculaire. En l'absence de tout antibiotique, un simple nettoyage régulier pour éliminer les sécrétions permet aux yeux de se stabiliser en quelques jours.

Une conjonctivite virale ne requiert généralement aucun traitement, mais l'application d'une pommade antibiotique peut rassurer le patient. On observe parfois des épidémies de conjonctivite virale, affectant de nombreuses personnes pendant une même période. Par exemple, un seul écolier présentant une conjonctivite virale peut infecter en une journée la moitié de l'école. Dans ce cas, il est préférable de fermer l'école pendant deux ou trois jours pour éviter la conta-

gion. Ce type de conjonctivite épidémique est communément appelé « conjonctivite Apollo » en Afrique occidentale. Le vrai danger est ici l'utilisation de remèdes traditionnels nocifs qui peuvent aggraver l'état de l'œil.

Dans le cas d'une conjonctivite allergique (également connue sous le nom de limbo-conjonctivite tropicale ou LCET ou parfois (kérato-)conjonctivite printanière ou vernal), le patient ressent généralement depuis longtemps de très fortes démangeaisons des deux yeux. Une LCET donne un aspect brun foncé aux yeux d'un enfant. Dans les cas les plus graves, un spécialiste doit prescrire à ces enfants des stéroïdes en application locale. Les préparations oculaires à base de stéroïdes peuvent être dangereuses et doivent uniquement être prescrites par un ophtalmologiste.

Conjonctivite du nouveau-né

On désigne sous le nom de conjonctivite néonatale ou ophtalmie des nouveaux-nés toute infection oculaire survenant durant les 28 premiers jours de vie. Si elle est due à un gonocoque, l'infection est vraiment grave. Les paupières sont gonflées et laissent sourdre du pus, la conjonctive est rouge et peut présenter un aspect hémorragique. La cornée est généralement transparente, mais si elle présente une tache blanche, il peut s'agir d'un ulcère ; dans ce cas d'une extrême gravité, il faut orienter immédiatement le nouveau-né vers un service spécialisé.

Prise en charge

Nettoyer les yeux délicatement avec de l'eau propre ou du sérum physiologique et appliquer toutes les heures une pommade à la tétracycline. Si la cornée est atteinte, envoyer immédiatement le nourrisson dans un centre de soins oculaires où il recevra un traitement intensif par collyre antibiotique et parfois une antibiothérapie générale.

Prévention

Il faut nettoyer les yeux des nourrissons immédiatement après la naissance et appliquer une pommade à la tétracycline. En consultation prénatale, il faut traiter toutes les mères présentant une infection vaginale. Dans la mesure où il s'agit souvent d'une infection sexuellement transmissible, il faut sensibiliser les sages-femmes traditionnelles, les agents de santé communautaires et les parents des deux sexes.

Ulcère cornéen

Les ulcères cornéens ont une étiologie multiple. Ils peuvent être causés par une infection (bactérie, champignon, virus, ou acanthamibe) ou par une malnutrition, comme dans le cas de la rougeole/d'une carence en vitamine A, qui survient principalement chez les enfants âgés de six mois à deux ans. Certaines étiologies sont principalement unilatérales alors que d'autres, comme l'avitaminose A, sont souvent bilatérales. Un ulcère cornéen peut entraîner une cicatrice de la cornée ou une atrophie du globe oculaire (phtisie du globe).

Une perforation de la cornée est appelée érosion ou ulcère de la cornée. Pour plus de simplicité, nous désignerons toutes ces lésions

Suite à la page 4 ➤

Diagnostic différentiel de l'œil rouge sans traumatisme

	CONJONCTIVITE	ULCÈRE CORNÉEN	IRITIS AIGÜE	GLAUCOME AIGU
Œil	Deux yeux atteints généralement	Un œil atteint généralement	Un œil atteint généralement	Un œil atteint généralement
Vision	Normale	Généralement réduite	Souvent réduite	Diminution nette
Douleur oculaire	Œil normal ou sensation de grains de sable	Œil généralement douloureux	Douleur modérée, photophobie	Douleur importante (maux de tête et nausées)
Sécrétions	Collantes ou claires	Peuvent être collantes	Larmolement	Larmolement
Conjonctive	Rougeur généralisée (variable)	Rougeur plus marquée autour de la cornée	Rougeur plus marquée autour de la cornée	Rougeur généralisée très nette
Cornée	Normale	Grise, tache blanche (coloration à la fluorescéine)	Généralement transparente (précipités rétrocornéens parfois visibles à la loupe)	Trouble (présence de liquide dans la cornée)
Chambre antérieure (CA)	Normale	Généralement normale (parfois hypopyon)	Cellules visibles à la loupe	Peu profonde ou plate
Taille de la pupille	Normale et ronde	Normale et ronde	Petite et irrégulière	Dilatée
Réaction de la pupille à la lumière	Bonne réaction	Bonne réaction	Réaction minimale car la pupille est déjà petite	Réaction minimale ou absence de réaction
Pression intraoculaire (PIO)	Normale (mais ne pas tenter de mesurer la PIO)	Normale (mais ne pas tenter de mesurer la PIO)	Normale	Élevée
Signes/Tests diagnostiques utiles	Sécrétions purulentes des deux yeux	Coloration de la cornée à la fluorescéine	Pupille irrégulière lorsqu'on la dilate avec un collyre	PIO élevée

Premiers soins dans le cas d'un œil rouge sans traumatisme

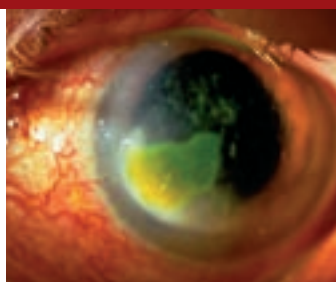


Conjonctivite

Sécrétions dans les deux yeux, cornée transparente et pupille normale

Traiter

Pommade antibiotique 3 fois par jour pendant 5 jours. Conseils d'hygiène

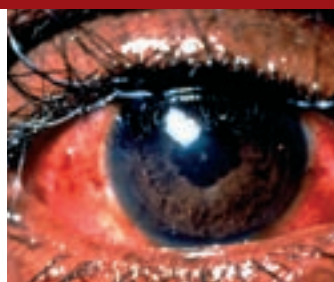


Ulcère cornéen

Tache blanche ou marque sur la cornée, pouvant être colorée à la fluorescéine

Adresser à un spécialiste

Collyre ou pommade antibiotique toutes les heures

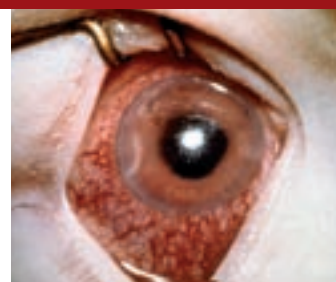


Iritis aiguë

Pupille de petite taille, qui devient irrégulière lorsqu'on la dilate

Adresser à un spécialiste

Dilater la pupille si possible



Glaucome aigu

Œil très douloureux, mauvaise vision et pupille dilatée

Adresser à un spécialiste

Diamox® (500 mg) par voie orale et collyre à la pilocarpine si possible

sous le nom d'ulcère. Il existe des ulcères superficiels et des ulcères profonds. Le patient se plaint d'un œil rouge et douloureux. Les paupières sont parfois enflées, la conjonctive est rouge autour de la cornée, la pupille est normale et l'acuité visuelle est souvent réduite. On observe souvent une marque ou tache grise sur la cornée. L'autre œil est généralement normal. Il existe un test spécifique permettant d'identifier un ulcère cornéen : lorsqu'on place une bandelette imbibée de fluorescéine sous la paupière inférieure, toute altération de l'épithélium se colore en vert. Se référer à la page 20 de ce numéro pour le mode d'emploi.

Prise en charge

Un ulcère cornéen est un problème oculaire grave. Il faut instiller fréquemment (toutes les heures) un collyre antibiotique, protéger l'œil par un pansement et adresser de toute urgence le patient à un service spécialisé. S'il s'agit d'un enfant âgé de un à dix ans, administrer également 200 000 UI de vitamine A par voie orale. Tout ulcère cornéen doit être traité par un ophtalmologiste car il peut facilement entraîner une cicatrice cornéenne et évoluer vers la cécité.

Le spécialiste fera le diagnostic de la cause et offrira le traitement qui convient. On traite un ulcère bactérien par des antibiotiques en application locale et en injections sous-conjonctivales. On utilise des antifongiques (natamycine par exemple) dans le cas d'un ulcère fongique, mais ce type d'ulcère est difficile à traiter. Un ulcère viral est traité par des anti-viraux (aciclovir par exemple). Un ulcère nutritionnel est généralement dû à une carence en vitamine A résultant d'une rougeole ou d'une malnutrition. Le traitement comprend l'administration de gélules de vitamine A (posologie en fonction de l'âge).

Iritis aiguë

L'étiologie d'une iritis aiguë reste souvent inconnue. Le patient se plaint d'un œil rouge et douloureux. Il n'y a pas de sécrétions mais l'acuité visuelle est réduite. La conjonctive est rouge mais la cornée est transparente. La pupille est généralement de petite dimension et peut être de forme irrégulière – cela devient plus apparent lorsque la pupille se dilate avec le traitement.

Prise en charge

Il s'agit d'un problème grave. Si c'est possible, dilater la pupille avec un collyre mydriatique à effet rapide, de type tropicamide. Adresser sans plus attendre le patient à un spécialiste.

Glaucome aigu

Cette maladie est rare chez les personnes d'origine africaine et plus courante chez les personnes d'origine asiatique. En cas de glaucome aigu, la pression intra-oculaire augmente très rapidement, ce qui se traduit par un œil rouge très douloureux et une acuité visuelle réduite. La cornée présente un aspect trouble en raison de l'œdème, la pupille est dilatée et ne réagit pas à la lumière.

Prise en charge

C'est une affection oculaire très grave et douloureuse. Il faut transférer de toute urgence le patient dans un service spécialisé. Si vous disposez de comprimés de Diamox® (dosé à 250 mg), administrez deux comprimés par voie orale au moment du diagnostic, puis un comprimé 4 fois par jour et adressez le patient à un spécialiste. Vous pouvez également administrer un collyre à la pilocarpine, si vous en avez à votre disposition, afin de réduire la taille de la pupille.

Médecine oculaire traditionnelle

La médecine traditionnelle existe depuis l'origine de l'humanité. Les guérisseurs traditionnels sont des membres respectés de leur communauté. En Afrique, un grand nombre des personnes qui se rendent à une consultation

de soins oculaires ont déjà traité leurs yeux par des herbes ou autre préparation traditionnelle, avant de se présenter au centre de soins. De telles pratiques peuvent s'avérer particulièrement dangereuses, surtout chez les enfants.

Les traitements oculaires traditionnels peuvent être nocifs ou inoffensifs. Les traitements oculaires inoffensifs comprennent des incantations par des guérisseurs traditionnels et l'utilisation de sérum physiologique, entre autres. Dans la catégorie des traitements nocifs, on peut classer l'alcool, la poudre de cauri, la bouse de vache et le crottin d'âne, les préparations à base d'herbes, la salive humaine, les excréments d'oiseaux et de lézard, l'urine, etc. Ces préparations traditionnelles varient d'une culture à l'autre et les agents de santé oculaire du monde entier pourraient sans doute ajouter d'autres remèdes à cette liste, en fonction de leur propre expérience. Les préparations que l'on applique directement dans l'œil peuvent provoquer un ulcère cornéen ou aggraver un ulcère existant, entraînant des cicatrices ou une perforation oculaire pouvant évoluer vers la cécité.

Les agents de santé oculaire primaire ont un rôle important à jouer dans la prévention de la cécité par l'utilisation de traitements oculaires traditionnels. Ils/elles sont souvent les premières personnes à être informées lorsque les traitements traditionnels tournent mal et ils sont suffisamment proches de la communauté pour déconseiller leur utilisation. La première étape de la prévention de la cécité par l'utilisation de traitements oculaires traditionnels est l'établissement d'un rapport de confiance et de respect entre les prestataires de soins de santé, les patients et les communautés.

Il est important de comprendre pourquoi certaines personnes ont recours à la médecine oculaire traditionnelle et de ne pas les juger. Beaucoup ignorent les dangers de l'automédication des problèmes oculaires. L'attitude négative de certains agents de santé décourage souvent les patients pauvres de se rendre dans des centres de santé. Les croyances socioculturelles telles que la croyance en des mauvais esprits ou la sorcellerie, conduisent certaines personnes à penser qu'il vaut mieux consulter un guérisseur qu'un médecin. Les médicaments oculaires sur ordonnance sont très chers pour beaucoup de patients. Enfin, l'éloignement des services de santé encourage les patients à demander de l'aide plus près de chez eux.

Prise en charge

La plupart des patients se rendent à l'hôpital lorsque leur œil est déjà lésé. Il faut d'abord rincer l'œil abondamment avec de l'eau, si le remède traditionnel a été appliqué récemment, puis instiller un collyre antibiotique toutes les heures.

Il faut mettre à profit toutes les opportunités de sensibiliser la population pour la décourager d'avoir recours à la médecine oculaire traditionnelle et utiliser pour cela différents moyens comme l'éducation sanitaire au niveau de la communauté, des écoles, des associations de femmes et des centres de santé. Il faut adresser tout patient présentant des complications oculaires à un service spécialisé.

Traumatisme oculaire

Les traumatismes oculaires représentent 10 % des cas d'œil rouge. Ces blessures peuvent causer des dommages irréversibles à l'œil et entraîner la cécité. Dans de nombreux cas, il faut adresser les patients à des services de soins oculaires secondaires ou tertiaires. Les traumatismes oculaires sont abordés dans la deuxième partie de ce numéro et ne sont donc pas développés dans cet article.

Sources

E. Sutter, A. Foster et V. Francis, *Hanyane : Bien voir et mieux vivre au village, Partie 2 : Notes de cours sur les affections courantes oculaires destinées aux personnels de santé*, London, International Centre for Eye Health, 1993.

Questions-Réponses sur l'œil rouge

Quel est le problème dans chacun des cas suivants ? Comment doit-il être pris en charge ?



1 Garçon âgé de 14 ans. Se plaint de démangeaisons dans les yeux depuis trois ans et de sécrétions claires et collantes. AV 10/10.



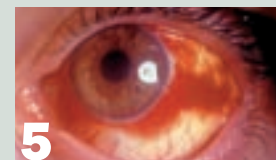
2 Femme âgée de 45 ans. Se plaint d'une douleur oculaire et d'une gêne en présence de lumière vive et de sécrétions claires. AV 5/10.



3 Fillette âgée de 5 ans. Douleur forte et perte de la vision depuis trois jours. A reçu un traitement oculaire traditionnel il y a une semaine. CLD.



4 Garçon âgé de 6 ans. Œil douloureux depuis dix jours. A contracté le paludisme il y a un mois. Durant l'examen, la sensibilité de la cornée s'avère réduite. AV 1/10.



5 Femme âgée de 25 ans. Absence de douleur ou de sécrétions. Se plaint d'une rougeur oculaire depuis ce matin. AV 10/10.



6 Homme âgé de 19 ans. Se plaint d'une sensation de grains de sable et de corps étranger et d'une douleur oculaire depuis trois jours, accompagnées de sécrétions épaisses et jaunâtres. AV 6/10.

Questions-réponses par David Yorston et Marcia Zondervan