



Chapitre 11

Œil douloureux

R. RICARD

Points essentiels

- La douleur est le signe prédominant pour les atteintes de la surface cornéenne et dans le glaucome aigu par fermeture de l'angle.
- Toute douleur oculaire dans les jours et/ou mois qui suivent une intervention chirurgicale est une endophtalmie jusqu'à preuve du contraire et justifie d'une hospitalisation en urgence en milieu spécialisé.
- Pour distinguer une douleur oculaire superficielle d'une douleur profonde, on applique un anesthésique local, qui soulage nettement et rapidement les douleurs cornéennes et conjonctivales.
- Face à une douleur orbitaire ou une céphalée, rechercher une hémianopsie latérale homonyme, une mydriase aréactive, une paralysie du VI, un syndrome de Claude Bernard Horner.
- L'association d'une diminution de la sensibilité, d'une douleur, d'une ophtalmoplégie et d'une baisse de l'acuité visuelle évoque un syndrome de l'apex orbitaire.
- L'aboutissement correct du diagnostic différentiel lors de douleurs oculaires dépend de l'exactitude de l'interprétation des symptômes d'accompagnement et de la prise en compte complète des différentes affections possibles.

Correspondance : R. Ricard – Praticien Hospitalier Urgentiste SAMU 40
Responsable UF Ophtalmologie Médicale
C.H. Layne, avenue Cronstadt, 40024 Mont-de-Marsan cedex
Tél. : 06 87 50 49 09 – Fax : 05 58 05 10 02
E-mail : rachel.ricard@ch-mt-marsan.fr

- Les signes objectifs en rapport avec la symptomatologie ne peuvent souvent être mis en évidence que par des examens spécialisés (biomicroscopie), dans le doute les patients doivent donc être adressés à l'ophtalmologue.
- L'importance de la douleur ne correspond pas toujours à la gravité de l'affection en cause ni à l'étendue de la lésion tissulaire. Par exemple une érosion cornéenne peu étendue s'accompagne volontiers d'une douleur intense, alors qu'en cas de menace de rupture d'anévrisme intracrânien, la douleur orbitaire est souvent discrète.
- Certaines maladies oculaires dangereuses et curables telles que le glaucome chronique, le mélanome de la choroïde ou le décollement de rétine ne provoquent en général pas d'état douloureux.
- Penser à la SEP pour toute douleur oculaire chez la femme.

Objectifs :

- Définir une algie oculaire et sa prévalence dans les structures d'urgences.
- Préciser la physiopathologie des algies intrinsèques ou extrinsèques.
- Identifier les critères de gravité en structures d'urgence.
- Rappeler les éléments de régulation médicale.
- Préciser la sémiologie, les examens paracliniques, les stratégies diagnostiques, thérapeutiques et les indications de recours aux spécialistes.

1. Définition

Le praticien doit être attentif à une douleur oculaire, pour soulager et rassurer le patient, mais aussi pour prévenir une perte visuelle.

Lors d'affections de l'orbite ou de l'œil, les symptômes clés sont la douleur, la rougeur, le larmoiement et les troubles de la vision.

La douleur et les troubles de la vision représentent pour le patient les principaux signes d'alarme.

Souvent le patient associe la douleur oculaire à un corps étranger alors que le lien de causalité n'existe pas.

La plupart des manifestations douloureuses oculaires ou périoculaires ne sont pas pathognomoniques d'une pathologie oculaire.

Par exemple un syndrome de Horner (ptosis, myosis, énoptalmie) associé à un larmoiement et des céphalées périoculaires unilatérales intenses signant une dissection de la carotide interne.

La raison en est la complexité de l'innervation sensible au niveau du visage ainsi que la proximité immédiate de nombreuses structures nerveuses et vasculaires.

2. Anatomie, physiopathologie : innervation sensible de l'œil

2.1. La douleur oculaire et orbitaire

La totalité de la sensibilité oculaire dépend du nerf trijumeau.

La voie sensitive essentielle de l'œil, de l'orbite et des annexes de l'œil est la branche ophtalmique V1 du nerf Trijumeau, ainsi que la branche maxillaire V2 qui innerve la plus grande partie de la paupière inférieure et le bord temporal de l'orbite.

Le nerf ophtalmique innerve le front, la paupière supérieure, la cornée, l'iris et la peau du dos du nez. Il est responsable du réflexe sternutatoire, du réflexe cornéen, de la sécrétion réflexe des larmes ainsi que du réflexe oculocardiaque.

Une blessure, un corps étranger, une agression thermique ou chimique, les processus inflammatoires ainsi qu'une élévation de la pression intraoculaire provoquent une excitation directe du nerf ophtalmique au niveau de l'œil.

La sensibilité nociceptive de l'œil n'a aucun rapport avec l'innervation sensorielle au niveau de la rétine et du nerf optique et par conséquent avec la fonction visuelle. Ces structures oculaires responsables de la perception lumineuse sont dépourvues de récepteurs tactiles ou douloureux.

Inversement la cornée est la zone du corps humain la plus riche en terminaisons nociceptives (60 fois plus qu'une dent). Cette grande richesse sensitive permet l'initiation immédiate du réflexe palpébral qui va protéger l'œil.

La cornée est innervée par deux systèmes :

- une branche sensitive à partir des nerfs ciliaires longs, branches terminales de la branche nasale du trijumeau, responsable de la sensibilité douloureuse et non thermique. Elle entraîne le réflexe cornéo-palpébral et à distance déglutition, mandibulaire, respiratoire et oculocardiaque ;
- une branche sympathique à partir du ganglion cervical supérieur (4).

La photophobie peut être induite par une érosion cornéenne, une inflammation intraoculaire, voire même par un traumatisme occipital.

La conjonctive possède aussi de multiples terminaisons nerveuses générant une sensation douloureuse plus modérée en cas d'irritation.

L'uvée et l'iris contiennent aussi de nombreux récepteurs nociceptifs.

À l'intérieur de l'orbite, des terminaisons nociceptives présentes dans l'épaisseur des muscles extraoculaires, l'enveloppe dure-mérienne du nerf optique et la périorbite sont responsables d'une sensation douloureuse lorsqu'elles sont étirées. L'invasion tumorale d'une terminaison nerveuse est occasionnellement responsable de douleur périoculaire.

La capsule de Ténon autour de la partie postérieure du globe est à l'origine de douleurs intenses en cas d'inflammation.

2.2. La douleur projetée au niveau de l'orbite

Indépendamment du site de l'atteinte du nerf trijumeau le long de son trajet depuis la face jusqu'au cortex, la sensation produite sera interprétée par le patient comme venant des terminaisons nerveuses correspondantes.

Le nerf ophtalmique V1 chemine dans la paroi externe du sinus caverneux, se répartit en branches méningée et nasociliaire, frontale et lacrymale qui pénètrent dans l'orbite par la fente sphénoïdale.

La branche nasociliaire du V1 innerve le globe oculaire et reçoit des stimulations nociceptives depuis les sinus ethmoïdaux, la muqueuse nasale, la peau de la face dorsale du nez et de la partie médiane des paupières.

Le nerf frontal innerve le front, la partie médiane de la paupière supérieure et la muqueuse du sinus frontal.

La branche lacrymale reçoit la sensibilité du canthus externe et de la conjonctive temporale.

Les branches méningées du V1 innervent le sinus caverneux et les méninges l'entourant, incluant la tente cérébelleuse, la base du crâne, la lame criblée et le sinus sphénoïdal.

La branche maxillaire V2 innerve l'orbite et les structures périoculaires par l'intermédiaire des branches zygomatique et sous-orbitaire.

La branche zygomatique innerve le bord temporal des paupières et la peau de la tempe. Les fibres parasymphatiques suppléant la glande lacrymale accompagnent le nerf zygomatique dans son trajet du ganglion sphéno-palatin à la glande lacrymale. Une lésion du nerf zygomatique dans l'orbite entraîne une diminution du réflexe lacrymal.

La branche sous-orbitaire véhicule la sensibilité depuis la mâchoire supérieure, la muqueuse buccale et la peau depuis la lèvre supérieure jusqu'à la paupière inférieure.

Les branches intracrâniennes innervent la dure-mère au niveau de la fosse moyenne.

L'irritation d'une de ces branches, d'origine inflammatoire ou tumorale, peut conduire à une douleur ressentie au niveau du globe oculaire. Par exemple : névralgie zostérienne, tumeur sphéno-palatine, anévrysme du sinus caverneux, sinusite, tumeur des glandes lacrymales, céphalées tensionnelles.

Le noyau caudal du nerf trijumeau s'étend jusqu'aux racines cervicales supérieures. Une stimulation nociceptive provenant des régions C1 et C2 peut induire une douleur de la région orbitaire. Une importante névralgie occipitale, un spasme du muscle trapèze, une arthrose cervicale peuvent provoquer des douleurs projetées dans la région oculaire et périoculaire.

3. Symptômes et signes de la douleur

3.1. La sensation dite de sable dans les yeux, l'irritation conjonctivale

Simple picotement, irritation, sans blépharospasme. Provient en général d'une atteinte de la conjonctive. L'irritation conjonctivale est présente lors de nombreuses affections oculaires infectieuses, allergiques, chimiques.

3.2. La sensation de corps étranger

Elle provient aussi d'une interruption de la surface épithéliale cornéenne et de la stimulation mécanique des plexus nerveux sous-épithéliaux par exemple lors de l'abrasion par un traumatisme. La sensation est souvent ressentie sous la paupière supérieure, car à chaque fois que le patient cligne de l'œil, la cornée se déplace sous la paupière supérieure. Elle est en général associée à un blépharospasme.

3.3. La douleur oculaire intense aiguë

L'origine la plus fréquente est le tractus uvéal, en particulier l'iris. La douleur est liée à une traction ou un étirement provenant d'une augmentation de la pression intraoculaire ou de phénomènes inflammatoires (uvéite antérieure) avec souvent secondairement un spasme irritatif des muscles intraoculaires.

La douleur peut se projeter à d'autres parties homolatérales de la face, en particulier au niveau des dents.

Des symptômes généraux peuvent s'associer, causés en partie par une stimulation du réflexe vagal : vomissements, nausées, syndrome abdominal, réflexe oculogastrique, prostration, masquant parfois la pathologie oculaire. (Glaucome Aigu par Fermeture de l'Angle – GAFA)

Ce type de douleur indique une pathologie sous-jacente nécessitant une prise en charge rapide afin de préserver la fonction visuelle.

3.4. La douleur oculaire liée à la fonction visuelle

Appelée asthénopie, il s'agit de douleurs oculaires, voire céphalées et sensations de vision floue, liées à des troubles de la réfraction ou de la vision binoculaire. Tout effort visuel nécessite de façon permanente des mouvements et un alignement oculaire par les muscles extra-oculaires couplés à une contraction ou un relâchement du muscle ciliaire pour permettre la mise au point. Ces muscles possèdent dans la plupart des cas une force contractile bien supérieure à celle demandée et peuvent se contracter activement durant de longues périodes sans aucun signe de fatigue.

Ces céphalées induites par l'accommodation permanente, surtout en cas d'hypermétropie sont orbitaires, bilatérales, maximales en fin de journée.

3.5. Les signes et symptômes liés à la douleur oculaire

La photophobie augmente la symptomatologie douloureuse dans les érosions cornéennes et les douleurs aiguës provoquées par une inflammation intraoculaire.

Les patients seront soulagés par un pansement occlusif ou le port de verres teintés. On peut réduire la photophobie associée à l'inflammation intraoculaire en bloquant le muscle ciliaire par l'instillation d'agents cycloplégiques tels que l'Atropine.

4. Critères de gravité

Jusqu'à preuve du contraire : œil rouge + douleur + baisse d'acuité visuelle = affection oculaire grave.

Postopératoire = endophtalmie = hospitalisation en urgence

Signes de gravité :

- douleur (à distinguer de l'inconfort) ;
- baisse d'Acuité Visuelle < 5/10 ;
- cercle périkeratique : injection ciliaire qui se manifeste par une rougeur tout autour du limbe scléro-cornéen ;
- augmentation de la Pression Intraoculaire ;
- test à la fluorescéine positif.

5. Éléments de régulation médicale

Une analyse de 209 dossiers de régulation du SAMU 40 a été faite, comprenant le motif d'appel, le type de médecin régulateur (urgentiste ou généraliste) ayant géré l'affaire, l'appel ou non au spécialiste pour un avis, le diagnostic éventuel, le type de décision prise.

Les appels au SAMU 40 (110 000 affaires par an) pour des urgences ophtalmologiques représentent 1 % des affaires enregistrées. La douleur représente 15 % des motifs d'appel, les yeux rouges et les conjonctivites déjà diagnostiquées totalisent 28 %, 35 % des appels relèvent de traumatologie, corps étrangers et projections diverses dans les yeux.

5.1. Rôle de l'Assistant de Régulation Médicale

Déterminer le motif de l'appel.

Chercher la notion de traumatisme et la nature du traumatisme.

Faire rincer l'œil abondamment à l'eau en maintenant les paupières écartées en cas de brûlure chimique ou thermique.

5.2. Rôle du Médecin Régulateur

Rechercher des critères de gravité justifiant d'une consultation spécialisée dans un délai de 3 heures : cécité brutale partielle ou totale, plaie oculaire, glaucome aigu.

5.3. Interrogatoire téléphonique

Un interrogatoire type a été enregistré dans le logiciel du SAMU 40, comprenant tous les éléments nécessaires au spécialiste qui pourrait être contacté par le médecin régulateur pour un avis téléphonique.

Les patients sont, de façon surprenante, extrêmement compliants et précis lorsqu'on les guide bien, contrairement à d'autres motifs d'appel. Ils semblent même rassurés par la précision des questions.

Les éléments de l'interrogatoire comprennent en fait les bases de l'examen sans matériel spécialisé.

Début des signes

Mode d'installation : brutal ou progressif

Douleur : douleur/céphalées ou sensation de corps étranger, de sable ?

Baisse d'acuité visuelle ? Demander si la personne voit juste flou avec une simple gêne à la lecture, si c'est le noir total, s'il a juste une perception lumineuse ou voit bouger une main à 1 m devant lui.

Œil rouge ou blanc ? Expliquer aux gens avec des mots simples si la partie normalement blanche de l'œil (conjonctive) est très rouge avec des vaisseaux dilatés (hyperhémie conjonctivale) ou comme une plaque rouge (hémorragie sous conjonctivale) ou comme un cercle rouge autour de la cornée (cercle périkératique) ou reste blanche.

Photophobie ? « La lumière vous fait-elle mal aux yeux ? »

Blépharospasme ? « Est-ce que vous pouvez facilement garder les yeux ouverts ? »

Comment sont les paupières ? Gonflées ou avec des sécrétions ou des croûtes ?

Champ Visuel ?

Pupilles ? Le faire se regarder dans une glace ou faire regarder par un tiers « le rond noir au milieu de l'œil est-il bien rond ? Les 2 sont-ils symétriques ? Est-ce que le rond se rétrécit si vous éclairez avec une lumière ? »

Phosphènes ? « Voyez-vous des éclairs lumineux fixes ? »

Myodésopsies ? « Voyez-vous des mouches volantes ? »

Diplopie ? « Voyez-vous double ? si oui, cela persiste-t-il en fermant un œil ou l'autre ? Voyez-vous double dans toutes les directions du regard ? »

Larmolement ? « Avez-vous les yeux qui coulent ? Quand ? Sont-ils collés le matin ? »

Signes généraux ?

Antécédents ophtalmologiques et généraux ?

Traitements ophtalmologiques et généraux ?

Pour un appel au spécialiste provenant du SAU ou d'un médecin généraliste figurent en plus le soulagement ou non par un anesthésique local et la prise de fluorescéine sur la cornée.

Conseils téléphoniques

- Transport en voiture particulière possible.
- Rinçage abondant des brûlures.
- Pas de collyre sans certitude diagnostique.
- Vérifier les conditions de conservation et la date de péremption des collyres.

6. Sémiologie. Examens paracliniques. Stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Recours au spécialiste

6.1. Les pathologies oculaires douloureuses

Dans la plupart des cas la douleur se situe dans l'œil lui-même. Elle est alors provoquée par une irritation de la conjonctive ou de la cornée lors de blessure ou de processus inflammatoire. Le corps ciliaire réagit par la douleur lors d'excitation par une pression (crise de glaucome aigu) ou par une inflammation (irido-cyclite/uvéite).

La douleur à l'accommodation est un signe important d'irido-cyclite, liée à un réflexe axonique : l'excitation des fibres du trijumeau qui innervent le corps ciliaire et la cornée provoque un réflexe rétrograde résultant en une vasodilatation avec tuméfaction douloureuse consécutive du corps ciliaire. Les uvéites postérieures qui n'atteignent pas le corps ciliaire ne sont pas douloureuses.

Pour distinguer une douleur oculaire superficielle d'une douleur profonde, on applique un anesthésique local. Ce dernier soulage nettement et rapidement les douleurs cornéennes et conjonctivales.

Attention : douleurs superficielles et profondes peuvent être associées (kératite bulleuse dans le glaucome secondaire avancé avec forte élévation de la pression oculaire).

6.1.1. Œil rouge douloureux + BAV

Éliminer systématiquement :

- kératite aiguë ;
- uvéite Antérieure Aiguë ;
- glaucome Aigu par Fermeture de l'Angle ;
- endophtalmie.

Ces pathologies justifient d'une consultation spécialisée en urgence.

En cas de traumatisme penser avant tout à une érosion cornéenne, mais aussi à une contusion bulbaire voire à une rupture du bulbe. Éliminer un corps étranger cornéen, conjonctival et sous le tarse. Une érosion résiduelle après extraction restera douloureuse. Les érosions récidivantes posttraumatiques de la cornée surviennent 4 mois après parfois minimales et réalisent des crises oculaires douloureuses intenses le matin au réveil avec blépharospasme, photophobie, larmoiement qui durent quelques heures. Les crises peuvent être quotidiennes pendant 10 à 15 jours.

En cas de forte exposition à la lumière penser à la kératite photoélectrique (ophtalmie des neiges), chez les soudeurs non protégés à la kératite aux UV.

Les projections chimiques provoquent des corrosions de l'œil, peu douloureuses si graves par destruction des terminaisons nerveuses sensibles.

Les lentilles de contact sont une cause fréquente de douleurs oculaires du fait de sécheresse, d'érosion cornéenne ou d'abcès. En cas d'infection s'accompagnant de douleur intense, penser à la kératite amibienne, surtout chez les porteurs de lentilles de contact non rigides.

6.1.2. Œil rouge douloureux sans BAV

- Épisclérite.
- Sclérite nodulaire ou diffuse.

6.1.3. Œil douloureux et blanc

Sans notion de traumatisme

- Anomalie de la Réfraction, strabisme latent.
- Les troubles asthénopiques se présentent comme des « yeux fatigués », avec une douleur modérée, mais parfois comme des douleurs orbitaires et frontales profondes avec brûlures des yeux, vision floue et diplopie. Ils surviennent souvent après des travaux de précision, une lecture soutenue et plutôt le soir.
- Le spasme d'accommodation : il peut accompagner un traumatisme crânien mais est le plus souvent d'origine fonctionnelle. Le patient se présente avec une myopie accommodative causée par la contracture du muscle ciliaire, un myosis et un strabisme. Le traitement consiste en l'instillation d'un cycloplégique afin

de relâcher la contracture musculaire et la prescription de verres correcteurs positifs.

- Syndrome sec.
- Petite crise de glaucome aigu à angle fermé spontanément résolutive.

Avec notion de traumatisme

Penser au corps étranger intraoculaire : faire une radiographie de l'orbite en urgence, et prévoir une consultation spécialisée dans les 3 heures.

6.2. La douleur d'origine orbitaire et périorbitaire

La gaine du nerf optique, la capsule de Ténon autour du globe oculaire, la périorbite et les gaines des muscles oculomoteurs ont des terminaisons nerveuses nociceptives, et donnent une douleur orbitaire en cas d'inflammation.

La douleur à la mobilisation oculaire indique un tiraillement sur une structure enflammée qui va de pair avec une irritation de la gaine du nerf optique ou des gaines des muscles oculomoteurs extraoculaires.

Sinusite antérieure.

Penser à la Névrite Optique Rétrobulbaire, où une baisse d'acuité visuelle peut être associée, et donc à la SEP et prévoir une consultation spécialisée dans les 24 heures.

Myosite (infection grippale).

La douleur orbitaire profonde

Liée à une pathologie orbitaire, peu fréquente mais parfois sévère, insomniate, localisée juste derrière le globe, souvent associée à un ptosis ou une diplopie. Il s'agit le plus souvent de tumeurs ou pseudotumeurs inflammatoires de l'orbite (carcinome de la glande lacrymale).

L'inflammation peut inhiber l'action des nerfs crâniens III, VI et IV, entraînant une ophtalmoplégie.

Le syndrome de l'apex orbitaire : atteinte de la division frontale et/ou nasociliaire du nerf trijumeau, entraînant une douleur se projetant à la face ou à l'œil.

L'association d'une diminution de la sensibilité, d'une douleur, d'une ophtalmoplégie et d'une baisse de l'acuité visuelle évoque un syndrome de l'apex orbitaire.

Penser à l'hémorragie orbitaire aiguë ou rétrobulbaire, le plus souvent traumatique, mais parfois spontanée en cas de troubles de la crase sanguine, HTA, athérosclérose, accouchement.

La cellulite orbitaire secondaire en général à une sinusite contiguë se manifeste par un pseudo-ptosis, douleur, chémosis et ophtalmoplégie.

Le zona ophtalmique est une maladie infectieuse qui se manifeste à la peau périorbitaire. Les efflorescences cutanées papulo-vésiculeuses occupent une surface circonscrite au territoire du nerf ophtalmique. L'éruption cutanée est souvent précédée de dysesthésies et de sensations de brûlure. On trouvera des douleurs au niveau de l'œil lui-même en cas de kératite dendritique associée, d'uvéite antérieure ou de glaucome secondaire. Le danger d'une participation oculaire existe surtout en cas d'atteinte du nerf nasociliaire et lorsque des efflorescences cutanées se manifestent sur la pointe du nez (signe de Hutchinson).

La sensibilité orbitaire à la palpation

Outre la fracture du cadre orbitaire, une inflammation de la sclère ou du sac lacrymal sont souvent en cause : épisclérite, sclérite, dacryoadénite.

La douleur projetée

C'est l'étiologie la plus courante et souvent décrite comme « autour » de l'orbite, habituellement modérée, peut être associée à des douleurs cervicales.

Le syndrome de l'articulation temporo-mandibulaire, artérite à cellules géantes, sinusite et douleur dentaire peuvent se manifester par une douleur périorbitaire.

6.3. La céphalée

Plainte douloureuse la plus commune pour laquelle les yeux sont souvent mis en cause, mais dont le lien direct est finalement peu fréquent.

Les étiologies de céphalées présentant des manifestations oculaires sont la maladie de Horton, l'hypertension intracrânienne, l'herpès, la migraine ophtalmique.

De façon générale, la céphalée sans symptôme oculaire ou orbitaire associé, n'est jamais causée par une pathologie oculaire.

La migraine ophtalmique se présente comme une céphalée unilatérale, souvent associée à des nausées et des vomissements, cédant après quelques heures ou jours. La crise douloureuse est précédée d'une aura brève à dominante visuelle qui peut prendre la forme d'une hémianopsie scintillante, souvent colorée pendant 20 minutes ou plus, voire d'une diplopie ou d'une perte complète de vision. Une photophobie est souvent associée pendant la période douloureuse.

La migraine rétinienne est exceptionnelle. Elle associe des phénomènes visuels monoculaires positifs (scintillement) ou négatifs (scotome, amaurose) totalement régressifs, à une céphalée avec critères de migraine pendant le phénomène visuel ou le suivant au maximum de 60 min. L'examen ophtalmologique est normal.

La migraine ophtalmoplégique : ophtalmoplégique de 1 ou plusieurs nerfs oculomoteurs III, IV, VI avec céphalée de type migraineuse contemporaine ou dans les 4 jours et prolongée. L'IRM montre parfois une prise de contraste du nerf oculomoteur concerné.

La migraine basilaire associe dysarthrie, vertiges, acouphènes, hypoacousie, diplopie, ataxie, paresthésies bilatérales, troubles de la vigilance.

L'algie vasculaire de la face et la névralgie du Trijumeau sont accompagnées de signes d'atteinte du système oculosympathique : larmoiement, parésie oculosympathique avec ptosis, myosis, syndrome sec.

La dissection carotidienne peut se présenter comme une céphalée unilatérale, douleur périorbitaire, ptosis et myosis dans le cadre du syndrome de Claude Bernard Horner.

La thrombophlébite cérébrale associe ophtalmoplégie et hypertension intracrânienne, avec exophtalmie et chémosis en cas de thrombose du sinus caverneux.

6.4. Le syndrome parasellaire

Lésions évoluant au niveau du sinus caverneux contre la selle turcique qui peuvent être accompagnées de douleur, d'ophtalmoplégie et de perte de sensibilité dans le territoire du nerf trijumeau : adénomes pituitaires avec expansion latérale, anévrysmes intracaverneux, carcinomes nasopharyngiens, thrombose du sinus caverneux.

Le syndrome de Tolosa-Hunt : douleur fronto-orbitaire brutale violente, rapidement suivie d'une ophtalmoplégie homolatérale. Les signes régressent en quelques semaines spontanément ou sous-corticoïdes, avec une tendance à la récurrence. Il serait dû à un granulome non spécifique du sinus caverneux.

6.5. La pathologie cervicale

Une pathologie cervicale (inflammation, arthrose, compression nerveuse) peut entraîner des douleurs projetées au niveau de l'orbite, pouvant être exacerbées par la palpation de la région occipitale. Les poussées sont le plus souvent nocturnes et s'associent parfois à un larmoiement, un vertige et une obstruction des voies nasales homolatérales.

6.6. La douleur d'origine psychogène

Quand aucune étiologie ne peut être retrouvée, on peut prendre en compte les facteurs émotionnels et psychologiques. Hypochondrie, syndrome de conversion, hystérie peuvent être évoqués.

6.7. La douleur oculaire fugace

La douleur oculaire ou périoculaire fulgurante fugace, comme un coup de poignard transperçant l'œil vers l'arrière de la tête, de 1 à 5 secondes est une plainte fréquente. S'il n'existe pas d'antécédents ophtalmologiques particuliers et si l'examen est normal, ce type de douleur n'est pas lié à une pathologie particulière.

7. Récapitulatif des causes les plus fréquentes de douleur oculaire

7.1. Excitation directe du nerf ophtalmique

Affection des segments antérieurs

- Paupières : blépharite (prurit, desquamation, rougeur du bord palpébral), trichiasse (frottement des cils sur la cornée, conjonctivite, érosion, kératite).
- Cornée : corps étranger, érosion, kératite, kérato-conjonctivite sèche (larmoiement, photophobie, sensation de corps étranger ou de sable dans les yeux).
- Conjonctive : conjonctivite : injection, sécrétions.
- Sclérotique : sclérite, épisclérite : injection épisclérale, douleur au toucher.

Causes intraoculaires

- Crise de glaucome aigu : bulbe oculaire dur comme de la pierre, injection ciliaire et conjonctivale, pupille moyenne ne réagissant pas à la lumière, diminution de l'acuité visuelle, halos colorés, signes généraux.
- Uvéite : rougeur de l'œil, douleur à l'accommodation, diminution de l'acuité visuelle, hypopion, myosis.

Appareil Lacrymal

- Dacryoadénite (douleur et tuméfaction des glandes lacrymales).
- Dacryocystite (douleur et tuméfaction de l'angle palpébral interne, pus).

Autres

- Trouble asthénopique : œil fatigué, sensation de brûlure.
- Zona ophtalmique : signes cutanés.

7.2. Irradiation douloureuse dans l'orbite due à une irritation du trijumeau ou de la région des noyaux. Maladies neuro-ophtalmologiques de l'orbite

- Migraine : photophobie, phénomènes visuels, amputations du champ visuel, ophtalmoplégie possibles.
- Névralgie du trijumeau : douleur fulminante, injection conjonctivale et syndrome de Horner possible.
- Névrite rétro-bulbaire : diminution de l'acuité visuelle, douleur à la mobilisation du bulbe.
- Ophtalmoplégie douloureuse : diplopie, possibilité de maladie cardiovasculaire.
- Pathologies du sinus caverneux : paralysie des muscles oculomoteurs, occlusion veineuse.

- Artérite à cellules géantes : amputation du champ visuel, céphalées temporales, œdème papillaire.
- Syndrome oculaire ischémique : affection sténosante de la carotide.
- Myosite : douleur à la mobilisation du bulbe.
- Phlegmon orbitaire : exophtalmie, diplopie, tuméfaction.
- Mucomyose : exophtalmie, diplopie, tuméfaction.
- Pseudo-tumeur de l'orbite : exophtalmie, diplopie, tuméfaction.

8. Prise en charge thérapeutique de la douleur

8.1. Anesthésiques et analgésiques locaux

Une ou 2 gouttes d'anesthésique topique insensibilise immédiatement la surface du globe oculaire pendant 15 minutes. Il peut persister une sensation douloureuse du fait d'un traumatisme mécanique, chimique ou d'un phototraumatisme de l'épithélium cornéen mais qui reste supportable. L'anesthésique topique doit juste servir ponctuellement à l'examen clinique mais ne doit pas être prescrit au patient. Ces collyres entraînent une destruction de l'épithélium cornéen par toxicité directe et sécheresse oculaire.

Les AINS topiques sont efficaces sur les ulcérations ou dans le cadre de la chirurgie cornéenne.

8.2. Le pansement compressif

Le clignement fréquent retarde la cicatrisation cornéenne et contribue à l'inconfort du patient. Le pansement occlusif immobilise les paupières. Il faut plusieurs compresses appliquées directement sur les paupières bien fermées et comprimées par de l'adhésif cutané partant du front jusqu'à l'angle buccal, empêchant toute ouverture palpébrale.

L'épithélium cornéen cicatrise en 48 heures en cas d'ulcère d'origine traumatique. La compression bien faite est le facteur essentiel permettant la cicatrisation et la disparition des douleurs. Il est nécessaire d'y associer l'instillation d'antibiotiques locaux afin d'empêcher la prolifération bactérienne.

La cornée peut aussi être recouverte d'une lentille thérapeutique, souple, simple ou en collagène, permettant la conservation d'une acuité visuelle, mieux tolérée en cas de traitement prolongé.

8.3. Collyres cycloplégiques

Les atteintes inflammatoires et traumatiques du segment antérieur du globe oculaire peuvent induire une contracture des muscles du corps ciliaire et de l'iris, provoquant des douleurs profondes. La pupille se met en myosis et une partie

importante de la face postérieure de l'iris entre en contact avec le cristallin entraînant l'apparition de synéchies postérieures permanentes.

L'instillation d'un cycloplégique inhibe la douleur due au spasme ciliaire et prévient la formation de synéchies.

8.4. Analgésiques

Dans la plupart des cas les traitements locaux sont suffisants. À court terme, les antalgiques de pallier 2 donnent de bons résultats, sauf s'il y a nausées ou vomissements qu'ils exacerbent.

Le cas échéant, des antalgiques de pallier 3 pourront être utilisés par voie parentérale.

8.5. Injection rétrobulbaire d'anesthésique

Un œil douloureux non voyant est le plus souvent traité par éviscération.

En cas de douleur chronique avec potentiel visuel, des injections rétrobulbaires d'anesthésiques et alcool peuvent être efficaces.

8.6. Infiltration de la fissure orbitaire supérieure

Permet un contrôle plus sélectif de la branche ophtalmique du nerf trijumeau qui pénètre dans l'orbite par la fissure orbitaire supérieure.

8.7. Chirurgie

Une douleur cornéenne peut être traitée par un recouvrement conjonctival, une blépharorrhaphie ou une greffe de cornée.

Le glaucome à angle fermé ou néovasculaire peut bénéficier d'une iridectomie périphérique, d'un laser ou d'une cryothérapie.

Une tumeur orbitaire ou un hématome peuvent nécessiter leur extraction pour traiter la douleur.

Une douleur oculaire chronique ou une névralgie du trijumeau peuvent répondre à une thermocoagulation du ganglion de Gasser.

Si un œil est perdu fonctionnellement et qu'il présente une douleur chronique l'éviscération est discutée.

8.8. Radiothérapie

La radiothérapie d'une tumeur ou pseudo-tumeur de l'orbite peut être utile si la douleur chronique causée par l'infiltration ne répond pas au traitement conventionnel.

Références

1. Pouliquen Y. Précis d'ophtalmologie. Éd. Masson. 1984.
2. Saglibene H. La douleur en ophtalmologie. Journal Français d'Ophtalmologie, vol. 23, n° 4, p. 381.
3. Bochmann F., Schipper I. L'œil douloureux. Forum Med Suisse, n° 37, 12 sept 2001.
4. Assouline M. Bases biologiques et pharmacologiques de la cicatrisation cornéenne. In : Chirurgie réfractive. Rapport de la SFO.(Saragoussi J.J., Arne J.L., Colin J. et al., eds), Paris : Masson, 2001 ; 53-73.
5. Boudet C. Plaies et contusions du segment antérieur de l'œil. Éd. Masson, 1979.