



La plaie de la conjonctive

Charles Trojman

Les plaies de la conjonctive bulbaire représentent seulement 0,4% des traumatismes oculaires alors que les plaies pénétrantes sont de l'ordre de 1,4%. Il est donc capital de bien examiner une plaie conjonctivale, car elle peut être profonde et s'avérer être une plaie pénétrante du globe oculaire.

L'anamnèse doit rechercher le mécanisme du traumatisme, la nature de l'élément responsable de la plaie (végétale, métallique), la vitesse du traumatisme et l'état vaccinal antitétanique du patient.

L'examen clinique se fera après l'instillation d'une goutte de collyre anesthésiant. Il s'agit d'identifier la gaine de Tenon, de s'assurer de l'intégrité de la sclère à l'aide d'un bâtonnet ou d'une fléchette stérile et de rechercher d'éventuels corps étrangers. Afin de nous orienter vers une plaie sclérale, on recherchera un signe de Seidel conjonctival en instillant une goutte de fluorescéine, et une hypotonie en mesurant délicatement la tension intra-oculaire. L'examen du fond d'œil est systématique, à la recherche de lésions associées du segment postérieur.

Si la sclère présente une plaie, un chémosis hémorragique étendu (*figure 1*), un signe de Seidel conjonctival (*figure 2*), ou en cas de doute du diagnostic sur une atteinte

profonde, une exploration en urgence au bloc opératoire est impérative. Il faudra au préalable avoir réalisé un scanner orbitaire en urgence à la recherche d'un corps étranger intraoculaire, ou de signes indirects évocateurs de perforation du globe (perte du volume du globe oculaire, hémorragie intravitréenne, décollement choroïdien).

Une échographie n'est pas préconisée initialement car elle risque d'aggraver l'hypotonie du globe en cas de perforation sclérale, mais elle pourra être effectuée à distance du traumatisme, pour établir le bilan lésionnel du pôle postérieur.

Si une plaie sclérale est découverte au bloc opératoire (*figure 3*), il faudra réaliser une suture sclérale étanche, par des points séparés enfouis (soie 8.0), par des points en croix enfouis ou encore par un surjet. La conjonctive sera repositionnée par des points séparés de Vicryl® 8/0 et une antibioprofylaxie locale et systémique sera prescrite.



Figure 1. Examen à la lampe à fente : œil gauche présentant un chémosis hémorragique sur 360 degrés, ainsi qu'une athalémie.

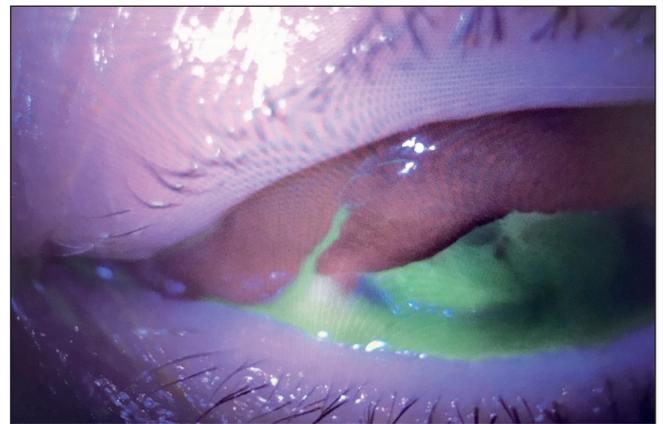


Figure 2. Examen à la lampe à fente après instillation de fluoresceine œil gauche présentant un signe de Seidel conjonctival : forte suspicion de plaie pénétrante du globe oculaire.

La plaie qui dérange

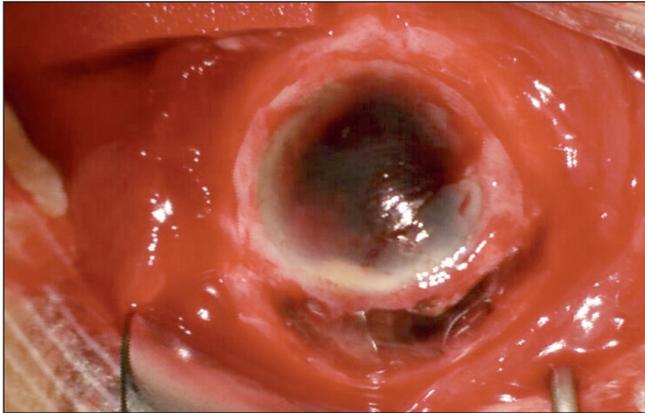


Figure 3. Exploration de la plaie au bloc opératoire : mise en évidence d'une large plaie sclérolimnique supérieure masquée initialement par le chémosis hémorragique.

S'il existe une plaie conjonctivale isolée la prise en charge dépendra de sa localisation et de sa taille. Une plaie conjonctivale protégée par la paupière, ou de taille inférieure à 10 mm, ne nécessitera pas de suture, contrairement à une plaie de conjonctive exposée, ou supérieure à 10 mm, qui nécessitera des points séparés de Vicryl® 8/0 ou l'utilisation d'une colle biologique. Dans ces 2 cas, une antibioprophylaxie locale à large spectre sera prescrite (rifamycine).

Pour en savoir plus

Saïb N. Plaies du globe. Dans : Bourges JL, ed. Urgences en ophtalmologie. Rapport de la SFO. Paris : Elsevier Masson, 2018:(chap 5.1.2)228-38.