

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE CONJONCTIVITE DE L'ENFANT

Rédigé avec l'aide de Liza Vera, Emmanuel Bui Quoc, Danièle Denis, Solange Milazzo, validé par l'Association Francophone de Strabologie et d'Ophthalmologie Pédiatrique (AFSOP). Mai 2017

1- Cas du nouveau-né (<1 mois)

1 1 Prophylaxie de la conjonctivite néonatale

La prophylaxie de la conjonctivite néonatale n'est plus systématiquement recommandée.

Elle demeure en revanche recommandée pour les nouveau-nés de parents à risque d'infections sexuellement transmissibles ou après une grossesse mal suivie. Par ailleurs, les traumatismes obstétricaux lors de l'accouchement, la rupture prématurée de la poche des eaux ou un travail prolongé exposent le nouveau-né aux germes de la mère et augmentent également le risque de contracter une conjonctivite lors du passage dans la filière génitale.

Quels collyres utiliser ?

Le nitrate d'argent n'est plus utilisé.

Il est recommandé d'instiller une goutte de rifamycine en collyre (en utilisant bien un flacon par patient), ou une goutte d'azithromycine en collyre, dans les 24 premières heures de vie.

Traitement systémique

Si une infection est découverte chez la mère lors de l'accouchement, le nouveau-né doit également recevoir une injection unique de ceftriaxone (50 mg/kg, maximum 125 mg) ou de cefotaxime (100 mg/kg).

2 2 Traitement de la conjonctivite néonatale selon les formes cliniques

2 2 1 Infections à germes banals

Les infections « nosocomiales » (terme utilisé ici car infections contractées au cours de l'hospitalisation post-natale du nouveau-né, par contamination externe) sont les plus fréquentes (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia Coli*) mais aussi les plus bénignes. Elles touchent jusqu'à 5% des nouveau-nés. Leur traitement est simple et l'azithromycine en collyre

matin et soir pendant 3 jours ou la rifamycine en collyre 4 à 5 fois par jour pendant 7 jours peuvent être utilisés.

2 2 2 Infections à germes sexuellement transmissibles

Les germes impliqués dans les **infections sexuellement transmissibles** (gonocoques, *Chlamydiae*) sont responsables d'atteintes plus graves.

Une conjonctivite à *gonocoque* (*Neisseria gonorrhoeae*) est suspectée devant une incubation de 2 à 5 jours, un chémosis, un œdème palpébral, des sécrétions séro-sanglantes puis purulentes, et elle peut conduire à une perforation cornéenne. Elle concerne 0,4/1000 naissances. Le traitement instauré en urgence comprend un antibiotique local (macrolides ou rifamycine horaire) et général (injection unique de ceftriaxone 25 à 50 mg/kg avec un maximum de 125 mg/kg/j ou cefotaxime 100 mg/kg/j pendant 7 jours en hospitalisation).

Les conjonctivites à *Chlamydia trachomatis* sont plus fréquentes que les conjonctivites à gonocoque (1 à 2 pour 1000 naissances). Le délai d'apparition est de 5 à 14 jours. Elles sont souvent unilatérales au départ, et s'accompagnent de sécrétions muqueuses ou purulentes. Une antibiothérapie locale par quinolones (ciprofloxacine par exemple) et générale par macrolides en ambulatoire doit être prescrite (érythromycine 50 mg/kg/jour en 4 prises pendant 14 jours). Un bilan à la recherche d'autres localisations (pulmonaire en particulier) doit être réalisé.

Il faut avoir à l'esprit une possible co-infection à la fois à gonocoque et à *Chlamydia*. Les parents doivent être dépistés et traités pour toutes les infections sexuellement transmissibles.

2 2 3 Conjonctivite herpétique

La conjonctivite herpétique est plus rare (1/7500 naissances) depuis le suivi des grossesses. Elle apparaît plus tardivement (après 15 jours de vie), et s'accompagne souvent d'une éruption cutanée (vésicules). Elle est liée à l'*Herpès Simplex Virus* de type 2 dans 70% des cas. Elle est souvent unilatérale, peu sécrétante, non purulente, séro-hémorragique, avec une KPS ou une atteinte cornéenne limbique (microdendrites). Le traitement antiviral est général (aciclovir IV 60 mg/kg/jour pendant 14 jours); le traitement local est discuté et discutable car avec une toxicité propre des excipients et conservateurs des collyres et pommades antivirales. Le traitement préventif consiste en la surveillance des femmes porteuses d'herpès génital et le recours à la césarienne en cas d'herpès évolutif.

2- Cas du nourrisson (1 mois à 2 ans) présentant une conjonctivite chronique

En cas de conjonctivite à répétition et de larmolement clair il faut penser à une **imperforation des voies lacrymales**. En l'absence de complication (dacryocystite), une surveillance avec massage

appuyé du sac lacrymal est préconisée, ainsi que des lavages répétés au sérum physiologique afin de limiter la prolifération des germes par stase lacrymale.

3- Cas du nourrisson et de l'enfant

3 1 Conjonctivites bactériennes

Les conjonctivites de l'enfant sont le plus souvent bactériennes, les **streptocoques** (20 à 30%) et **Haemophilus influenzae** (45 à 60%) étant le plus souvent en cause. Ces germes sont retrouvés dans le nez et les voies aérodigestives supérieures. Ces conjonctivites sont souvent purulentes, bilatérales et symétriques et se répandent en collectivité.

Les antibiotiques locaux à utiliser en 1^{ère} intention sont la tobramycine, la rifamycine, l'azithromycine. La rifamycine est le traitement de choix car son spectre est le plus adapté aux germes en cause. La durée de prescription est limitée à 7-10 jours en raison du risque de résistance. Les aminosides (tobramycine par exemple) ou la rifamycine sont prescrits à raison de 1 goutte 4 fois/j pendant une durée de 7 à 10 jours (traitement par pommade possible). L'azithromycine en collyre doit être instillé matin et soir durant 3 jours. Une antibiothérapie orale (amoxicilline-acide clavulanique) est nécessaire en cas de signes systémiques comme un syndrome otite-conjonctivite à *Haemophilus influenzae*. **Les antibiotiques raccourcissent la durée des symptômes mais leur effet à 8 jours n'est pas supérieur à celui d'un placebo (1)**. Les antibiotiques permettent une guérison et un soulagement plus rapide du patient et diminuent sa contagiosité. Pour des raisons de résistances bactériennes, leur prescription doit être réservée aux cas sévères.

L'ANSM (anciennement AFSSAPS) a publié en 2004 la liste des **critères de gravité** devant conduire à la prescription d'antibiotiques en topique: présence de sécrétions purulentes importantes, chémosis, œdème palpébral, larmolement important, photophobie, baisse d'acuité visuelle (2).

3 2 Conjonctivites virales

3 2 1 Formes cliniques

Les conjonctivites virales se présentent généralement par un larmolement abondant avec sécrétions aqueuses, un prurit et une sensation de corps étrangers importants alors que lorsque la cause est bactérienne, les sécrétions sont souvent mucopurulentes et les signes fonctionnels sont moins marqués.

L'adénovirus est le plus fréquemment impliqué dans les conjonctivites virales. Les épidémies ont lieu en été et en hiver. La contagiosité est élevée. L'anamnèse retrouve souvent un fébricule, une atteinte des voies respiratoires ou des troubles gastro-intestinaux les jours précédents. L'atteinte est rapidement bilatérale, avec une conjonctivite folliculaire accompagnée de sécrétions claires ou muqueuses et parfois des hémorragies sous-conjonctivales. La présence d'une adénopathie prétragienne est inconstante. Les formes inflammatoires se compliquent de pseudomembranes et de symblépharons. L'atteinte cornéenne (infiltrats nodulaires sous épithéliaux) fait toute la gravité de cette pathologie. Elle survient après 2 ou 3 semaines d'évolution, en phase immunologique, et peut durer plusieurs mois. Il peut en résulter une baisse de vision, par opacité dans l'axe optique ou par astigmatisme irrégulier. Le risque d'amblyopie devra être évalué chez l'enfant de moins de 6 ans.

L'entérovirus a une durée d'incubation très courte (24 heures) et est responsable d'une conjonctivite souvent bilatérale d'emblée, avec un larmoiement, un chémosis, et un œdème palpébral d'apparition brutale. On retrouve des follicules au niveau du tarse, et des hémorragies au niveau de la conjonctive bulbaire supérieure. Les signes fonctionnels sont marqués, avec une sensation de corps étranger, de brûlure ou de photophobie. L'évolution est cependant le plus souvent rapidement favorable, en moins de 10 jours.

Les infections virales telles que la **varicelle**, les **oreillons** ou la **rougeole** peuvent s'associer à une conjonctivite folliculaire ou papillaire. Au cours de la varicelle on peut retrouver des vésicules limbiques ou conjonctivales, et il faut également rechercher une uvéite antérieure ou postérieure. La rougeole est souvent associée à une kératite nummulaire. Le virus des oreillons peut provoquer un chémosis ou des hémorragies sous-conjonctivales, mais également dans les formes sévères une sclérite, une uvéite antérieure ou une dacryoadénite.

Le poxvirus est responsable du ***Molluscum contagiosum***. Il se propage par le biais de mains contaminées par le grattage des lésions cutanées. Ces lésions prennent la forme d'une petite tuméfaction de 1 à 2 mm de diamètre, avec un centre ombiliqué. La conjonctivite est souvent peu marquée, chronique, folliculaire. Le traitement des lésions palpébrales se fait par curetage de la lésion ou destruction par laser argon.

La conjonctivite herpétique prend la forme d'une conjonctivite folliculaire. Il faut rechercher des signes plus spécifiques comme une kératite ou une ulcération de l'épithélium conjonctival. L'herpès est souvent méconnu malgré sa fréquence. Chez l'enfant la conjonctivite herpétique (HSV1) est souvent bilatérale et associée à une blépharite vésiculaire. Les corticoïdes doivent donc être contre-indiqués devant une conjonctivite folliculaire non compliquée, en raison du risque d'aggravation d'un herpès (3).

3 2 2 Traitement

Face à une conjonctivite d'allure virale et en l'absence de signes de gravité, le traitement repose avant tout sur un lavage oculaire abondant et éventuellement un antiseptique local (de préférence un antiseptique majeur, par exemple de la famille des biguanides comme le chlorhydrate de picloxydine = Vitabact®). Il est également préventif avec le respect des règles d'hygiène, le lavage des mains fréquent, et l'utilisation d'un linge de toilette à usage personnel. En l'absence de surinfection bactérienne, en pratique rare, les antibiotiques ne sont pas conseillés. Ils exposent par ailleurs au risque d'allergie et de toxicité.

En présence d'une conjonctivite folliculaire, les corticoïdes ne sont indiqués qu'en cas de forme hyperinflammatoire, compliquée de pseudomembranes ou de symblépharons.

4- Quand prélever en cas de conjonctivite ?

Le prélèvement est systématique chez le nouveau-né. Ensuite, il est utile en cas de persistance de la conjonctivite après 8 jours d'un traitement probabiliste, ou en cas de récurrence précoce ou chez un patient monophthalme ou immunodéprimé. Le prélèvement est réalisé par écouvillonnage dans le cul de sac inférieur, de dehors en dedans, sans instillation préalable d'anesthésique local. Le *Chlamydia* est difficile à détecter par les techniques classiques et nécessite des grattages conjonctivaux.

5- Les conjonctivites allergiques

Les formes cliniques rencontrées chez l'enfant sont les conjonctivites saisonnières, les conjonctivites perannuelles et les kératoconjonctivites vernaes. Les deux premières ont des manifestations cliniques similaires et se différencient par le rythme de survenue (crises survenant chaque année à la même période pour l'allergie saisonnière, persistant pour l'allergie perannuelle).

5 1 Conjonctivite saisonnière et conjonctivite perannuelle

Le tableau clinique est bruyant lors de la crise, associant un prurit intense de localisation caronculaire, un larmoiement, un œdème palpébral, et un chémosis parfois important. L'interrogatoire recherche un terrain atopique (rhinite, asthme, eczéma) personnel ou familial. En dehors des crises aiguës, les signes cliniques peuvent être plus discrets (hyperhémie conjonctivale modérée, petites papilles tarsales, sensation de corps étranger ou d'œil sec). La prise en charge s'effectuera au mieux en coopération avec l'allergologue. L'éviction de l'allergène est indispensable dans la mesure du possible. Le lavage oculaire pluriquotidien au sérum physiologique glacé permet de soulager les symptômes et d'éliminer l'allergène et médiateurs de l'inflammation. On conseille également de laver les vêtements et de prendre une douche afin d'éliminer les allergènes portés. En cas d'efficacité insuffisante de ces premières mesures, on prescrira des antihistaminiques-H1 par voie

générale (en cas de rhinite associée) et/ou par voie locale en collyre (levocabastine, azélastine...), et des antidégranulants mastocytaires (cromoglycate de sodium, acide N-acétyl-aspartyl-glutamique ou NAAGA, lodoxamide, nédocromil). Les collyres à double action (kétotifène, épinastine, olopatadine) combinent l'effet antihistaminique et antidégranulant.

5 2 Kératoconjonctivite vernale

La kératoconjonctivite vernale démarre le plus souvent avant 10 ans (en moyenne entre 8 et 12 ans), et touche plus souvent les garçons. Elle est le plus souvent résolutive à l'adolescence, mais peut évoluer vers la chronicisation et une forme atopique chez l'adulte. Elle évolue de mars à octobre, et se présente comme une kératoconjonctivite sévère avec des papilles tarsales géantes et/ou des bourrelets limbiques, une kératite ponctuée plus ou moins marquée, voire un ulcère vernal. La symptomatologie est marquée par une sensation de corps étranger, un larmoiement, une photophobie intense, un blépharospasme prédominant le matin avec difficultés d'ouverture des yeux. Le retentissement sur la scolarité peut être important (absences prolongées). Une allergie est souvent associée, et constitue un facteur aggravant. En saison, on préconise une protection solaire par verres filtrant les UV et casquette, le port de lunettes de piscine, l'éviction d'un allergène identifié, le lavage par sérum physiologique froid, l'instillation de larmes artificielles sans conservateur, des collyres antidégranulants et/ou antihistaminiques, ou des collyres à double action. Les collyres corticoïdes sont réservés aux formes compliquées (kératite dense, ulcère vernal). Un relai par collyre à la ciclosporine (1 à 2%) à raison de 1 à 4 gouttes/ jour sera initié en cas de corticodépendance, et poursuivi pendant la saison, avec un arrêt pendant l'hiver. En dehors des poussées, le traitement de fond varie selon l'inflammation de base.

6- Rosacée oculaire

Les signes cutanés en cas de rosacée sont rares chez l'enfant, et l'atteinte peut être uniquement à type de rosacée oculaire qui se présente comme une conjonctivite chronique, spécifique car non allergique banale mais liée à une hypersensibilité à des toxines bactériennes.

L'atopie est fréquente, ce qui égare le diagnostic vers une allergie chronique rebelle au traitement habituel. Le tableau clinique évolue par poussées, associant une hyperhémie conjonctivale souvent unilatérale, une photophobie, des chalazions récidivants. Le tableau de kératoconjonctivite phlycténulaire associe des phlyctènes conjonctivales et/ou cornéennes, des télangiectasies du bord libre, une kératite inférieure chronique, des néovaisseaux cornéens.

Le traitement débute par la correction d'une amétropie éventuellement associée. Le traitement local associe une hygiène des paupières, des cures courtes d'azithromycine pour traiter la

part infectieuse (4) et par de la ciclosporine en collyres au long cours pour traiter la part inflammatoire ; par ailleurs il faut utiliser des gels émoullissants pour éliminer les croûtes sur les cils.

L'azithromycine en collyre en cure de 3 jours est instillée à raison d'1 à 2 cures par mois durant 3 à 6 mois en cas de blépharite. En cas d'atteinte cornéenne, le traitement sera prolongé au moins 6 mois, en débutant par 3 cures mensuelles avec une diminution progressive. La ciclosporine locale (0.5 à 2%) peut être une alternative en cas d'intolérance ou d'efficacité insuffisante de l'azithromycine. Elle doit être introduite d'emblée dans les formes sévères (infiltrats cornéens, phlyctènes) et maintenue au moins 6 mois. Elle pourra être arrêtée après disparition des phlyctènes. La corticothérapie locale est indiquée en cas d'atteinte cornéenne sévère, en cure courte, à la posologie minimale efficace et rapidement dégressive. Les corticoïdes ne doivent pas être prescrits seuls, au risque d'une récurrence à l'arrêt. Les antibiotiques par voie orale ne sont plus indiqués en première intention (sauf en cas d'atteinte cutanée associée), mais en cas d'intolérance au traitement local. La protection solaire est indispensable.

Conclusion

Les conjonctivites de l'enfant sont fréquentes et peuvent parfois être invalidantes à l'origine d'une amblyopie. La plupart des conjonctivites infectieuses ne nécessitent qu'un traitement symptomatique chez l'enfant en l'absence de signes de gravité. Les antibiotiques doivent être réservés aux formes sévères.

Références

- 1- Sheikh A, Hurwitz B. Topical antibiotics for acute bacterial conjunctivitis : Cochrane systematic review and meta-analysis update. Br J Gen Pract, 2005 ;55 :962-4
- 2- Afssaps. Collyres et autres topiques antibiotiques dans les infections oculaires superficielles. 2004
- 3- Colin J. Pathologies de cornée et de la conjonctive. Atteintes herpétiques. Zona ophtalmique. In : « Offret H, Œil et virus » Masson, Paris, 2000 ;219-240.
- 4- Doan S, Gabison E, Chiambaretta F, Touati M, Cochereau I. Efficacy of azithromycin 1.5% eye drops in childhood ocular rosacea with phlyctenular blepharokeratoconjunctivitis. J Ophthalmic Inflamm Infect 2013 ;3 :38