

# Ophthalmopédiatrie : des situations fréquentes

Compte rendu rédigé par le Dr A. ROUSSEAU

Le système visuel de l'enfance, immature à la naissance, a besoin pour son développement d'une base anatomique et d'un apprentissage progressif par interaction avec les autres sens. Le développement visuel a deux caractéristiques : une fragilité qui peut conduire à l'installation de l'amblyopie, et une grande plasticité qui lui permet d'être réversible jusqu'à un certain âge. Le dépistage précoce est donc essentiel pour détecter les amétropies, les malformations et les malpositions du globe, les anomalies du fond d'œil mais aussi les problèmes neuro-ophtalmologiques, ou la connexion des yeux avec le cerveau peut être mise à mal. C'est dans le cadre des 16<sup>es</sup> JIRP qu'un symposium, organisé avec le soutien des laboratoires Théa, a réuni de très nombreux pédiatres autour de trois experts en ophthalmopédiatrie qui ont débattu de problématiques très fréquentes : pourquoi et quand consulter, l'œil rouge et l'œil purulent.

## Pourquoi et quand consulter ces petits yeux ?

D'après la communication du Dr A. Clément (Paris).

### >>> L'intérêt du dépistage visuel

Le dépistage des troubles visuels, dès les premiers mois de la vie, permet de repérer très tôt les situations à risque d'**amblyopie** (cf. **encadré**), cause la plus fréquente de baisse de vision unilatérale chez l'enfant. La plupart des anomalies sont réversibles sous traitement, à condition qu'il soit mis en route rapidement...

Dans certains cas, heureusement exceptionnels, le dépistage visuel peut révéler des pathologies mettant en jeu le pronostic vital (comme la leucocorie révélant un rétinoblastome).

Chez l'enfant plus grand, le dépistage des anomalies visuelles reste de première importance, en raison surtout de la prévalence élevée des **troubles de la réfraction** (20 %). Ces derniers peuvent être responsables de difficultés

### L'amblyopie

L'**amblyopie** est une insuffisance uni- ou bilatérale de certaines aptitudes visuelles, principalement l'acuité visuelle, non améliorable par une correction optique. L'amblyopie entraîne chez l'enfant un trouble de la maturation du cortex visuel irréversible en l'absence de traitement. Pour être efficace, le traitement de l'amblyopie doit être réalisé avant l'âge de 6 ans.

scolaires et de gênes dans la vie courante ([http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage\\_des\\_troubles\\_visuels\\_chez\\_l\\_enfant.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_visuels_chez_l_enfant.pdf); document consulté le 10 juin 2015).

### >>> Qui doit réaliser le dépistage ophtalmologique ?

Les recommandations actuelles font appel à la compétence de l'ensemble des professionnels de santé au contact de l'enfant.

Des repères figurent à cet effet dans le **carnet de santé**.

La Société Française de Pédiatrie a également mis en ligne un guide pratique des dépistages des troubles visuels chez l'enfant ([http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage\\_des\\_troubles\\_visuels\\_chez\\_l\\_enfant.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depistage_des_troubles_visuels_chez_l_enfant.pdf); document consulté le 10 juin 2015). En pratique, le dépistage visuel de l'enfant peut être réalisé par les pédiatres et les ophtalmologistes bien sûr, mais aussi par les médecins généralistes, les médecins scolaires et les centres de PMI. Les orthoptistes pourraient être amenés à pratiquer le dépistage visuel.

### >>> Quelles sont les situations pour lesquelles la consultation d'ophtalmologie est indispensable ?

Lorsque l'examen par le pédiatre révèle une anomalie, et dans certaines situations à risque, un examen ophtal-

## SYMPOSIUM THÉA

Anomalie décelée par le pédiatre, le généraliste ou le médecin scolaire.
Prématurité : naissance avant 32SA et/ou poids de naissance < 1500 g.
Souffrance cérébrale néonatale ou séjour en réanimation.
Anomalies génétiques/chromosomiques
Embryofœtopathies (toxoplasmose, varicelle, CMV...).
Surdité.
Exposition <i>in utero</i> à des toxiques (alcool, cocaïne...).
Pathologies neurologiques.
Antécédents familiaux de troubles de la réfraction précoces et importants, de strabisme, d'amblyopie ou de maladie héréditaire.

**TABLEAU I :** Situations dans lesquelles la consultation d'ophtalmologie est systématique.

mologique systématique complet est indispensable (**tableau I**).

### >>> Quand réaliser le dépistage visuel ?

Le nouveau carnet de santé recommande un examen à la naissance, puis à 2, 4, 9, 24 mois et à 3, 4, 6, 8, 10 et 14 ans. On y trouve également un petit guide de dépistage des troubles visuels destiné aux professionnels de santé et des conseils pour les parents.

### >>> Le dépistage visuel selon l'âge de l'enfant

Les **tableaux II, III et IV** résument les principales étapes du dépistage visuel en fonction de l'âge des enfants.

À la naissance	Interrogatoire : facteurs de risque (prématurité, antécédents familiaux...) Examen oculaire externe : paupières (malformation, ptosis), taille et symétrie des globes oculaires, anomalies de la conjonctive (rougeur, sécrétions purulentes), de la cornée (opacité, grande taille dans le glaucome congénital), de l'iris (colobome) et des pupilles (leucocorie qui constitue toujours un signe d'alerte <b>tableau III</b> ).
Dans les premières semaines	Réflexe photomoteur et reflets pupillaires : tout strabisme constant est pathologique. La fixation et le clignement à l'éblouissement doivent être présents à 2 mois.
À 4 mois	La poursuite oculaire doit être présente. On l'analyse dans les différentes directions du regard, et on recherche un nystagmus. Les reflets pupillaires doivent être centrés : un strabisme, même intermittent, est pathologique après 4 mois. Apparition du réflexe de convergence.
Entre 9 et 15 mois	Dépistage de l'amblyopie +++ : occlusion alternée, signe de la toupie, tests stéréoscopiques (test de Lang).
Après 2 ans et demi	Acuité visuelle de près et de loin (échelle qui utilise des dessins) ( <b>tableau IV</b> ). Dépistage des troubles de la réfraction.
Vers 5-6 ans	Acuité visuelle de loin et de près testée avec des chiffres ou des lettres. Vers 6 ans : vision des couleurs.

**TABLEAU II :** Dépistage visuel en fonction de l'âge.

- Cataracte congénitale.
- Rétinoblastome.
- Fibroplasie rétrolentale (forme grave de rétinopathie des prématurés).
- Maladie de Coats (maladie vasculaire rétinienne rare et grave pouvant entraîner un décollement de rétine).

**TABLEAU III :** Principales causes de leucocories.

Naissance	• Acuité visuelle estimée à 1/30 <sup>e</sup> = fixe un doigt à 30 cm.
1 an	• Acuité visuelle 4/10.
3 ans	• Acuité visuelle 7/10.
5-6 ans	• Acuité visuelle 10/10.

**TABLEAU IV :** Acuité visuelle en fonction de l'âge.

## Œil rouge chez l'enfant (hors conjonctivites bactériennes) : que faire ?

D'après la communication du Dr S. Doan (Paris).

### >>> Le contexte

L'œil rouge est un motif de consultation fréquent en ophtalmopédiatrie.

La plupart des cas peuvent être gérés par le pédiatre ou le généraliste, mais certains signes d'appel doivent motiver une consultation spécialisée. On

distingue les tableaux aigus : ils sont dominés par les conjonctivites et kératoconjonctivites allergiques et infectieuses.

### >>> Les conjonctivites allergiques

Les conjonctivites allergiques sont très fréquentes chez l'enfant après 4 ans. Un terrain atopique personnel familial ainsi que le caractère saisonnier sont des bons arguments en leur faveur. Cliniquement, elles se manifestent par un prurit oculaire, un larmoiement avec des yeux collés le matin, un œdème des paupières et parfois de la conjonctive.

Les principales **formes cliniques** d'allergie oculaire sont :

- la conjonctivite saisonnière, liée le plus souvent à des pollens;
- la conjonctivite perannuelle, liée à des allergènes domestiques;
- la kératoconjonctivite vernale (cf. infra);
- l'eczéma de contact des paupières, secondaire à l'instillation de collyre ou de crème.

Lorsque la conjonctivite allergique est invalidante, un **bilan allergologique** est nécessaire. Souvent négatif avant l'âge de 4 ans, il pourra être répété tous les 2-3 ans si les symptômes persistent et que l'allergène n'a pas été identifié.

Les traitements sont présentés dans la **figure 1**.

#### • **Le cas particulier de la kératoconjonctivite vernale**

La kératoconjonctivite vernale est une forme particulièrement sévère de conjonctivite allergique. Elle touche plus fréquemment les jeunes garçons, avec un terrain atopique retrouvé dans la moitié des cas. Les poussées évolutives ont lieu le plus souvent au cours de l'été. Elles s'accompagnent d'un larmoiement et d'une photophobie intense. Elles peuvent occasionner des ulcères de cornée qui laissent parfois des cicatrices opaques altérant la vision. Le bilan allergologique est généralement négatif. Le traitement fait appel aux mêmes principes que les

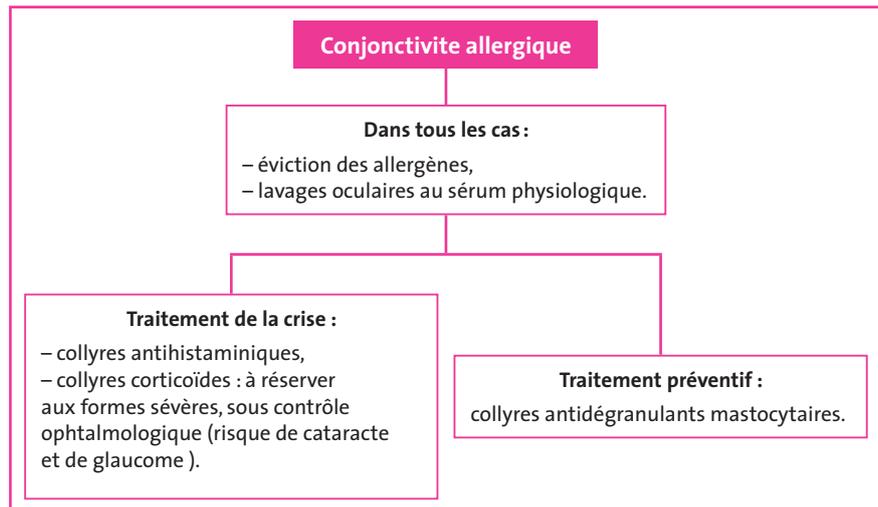


Fig. 1.

autres forme d'allergie, mais les collyres corticoïdes et les collyres à la ciclosporine, **dans le cadre d'un suivi ophtalmologique spécialisé régulier**, sont nécessaires pour contrôler les poussées évolutives. Les antihistaminiques *per os* sont également utiles, de même que les lunettes de protection solaire contre la photophobie. Heureusement, les poussées de kératoconjonctivite vernale s'estompent et disparaissent après la puberté.

### >>> Les kératoconjonctivites virales

#### • **Les conjonctivites et kérato-conjonctivites épidémiques**

Elles sont le plus souvent liées à l'adénovirus et accompagnent volontiers une infection des voies aériennes supérieures (pharyngite, rhinite). La conjonctivite est uni ou bilatérale, avec des sécrétions. On peut retrouver des adénopathies prétragariennes ou sous-angulo-mandibulaires. La particularité de ces conjonctivites est leur contagiosité: en effet, l'adénovirus reste infectant jusqu'à 35 jours sur une surface inerte. En plus des traitements locaux par lavages au sérum physiologique, il faudra expliquer à l'enfant et à son entourage de bien se laver les mains

et d'éviter le plus possible les contacts. Les conjonctivites à adénovirus peuvent se compliquer de kératite: en cas de photophobie et/ou de baisse de vision, une consultation ophtalmologique est indispensable.

#### • **Les conjonctivites et kérato-conjonctivites non épidémiques**

Elles peuvent être satellites d'une infection virale systémique (varicelle, mononucléose infectieuse, rougeole, oreillons, rubéole, grippe) ou être une manifestation oculaire du virus de l'herpès de type 1. **Les kératites herpétiques** sont rares chez l'enfant, mais généralement sévères. Elles sont unilatérales dans 80 % des cas et se manifestent par un œil rouge avec une photophobie et une baisse visuelle. **Il faut alors adresser l'enfant à l'ophtalmologiste en urgence. Les kératites herpétiques superficielles (épithéliales) sont une contre-indication à l'emploi des collyres corticoïdes.** Au moment de la crise, les traitements antiviraux peuvent être prescrits de manière topique ou systémique. En cas de récurrences fréquentes, il est nécessaire d'instaurer un traitement préventif au long cours par aciclovir ou valaciclovir par voie orale.

## SYMPOSIUM THÉA

- **Les conjonctivites et blépharite liée au molluscum contagiosum**

Les *molluscum contagiosum* forment de petites verrues ombiliquées sur les paupières, et peuvent s'accompagner de conjonctivites chroniques résistantes aux traitements habituels.

En l'absence de traitement antiviral spécifique, il faut traiter tous les *molluscum* palpébraux (laser argon) et demander un **examen dermatologique** pour rechercher et traiter d'autres lésions à distance.

>>> **Chalazions et rosacées oculaires de l'enfant :**

- **Qu'est ce qu'un chalazion ?**

Les glandes de Meibomius dont les *acini* se trouvent dans le tarse et les orifices d'excrétion au niveau du

rebord palpébral, sécrètent le meibum, qui stabilise le film lacrymal et en limite l'évaporation. Leur obstruction entraîne **une tuméfaction inflammatoire douloureuse de la paupière : le chalazion. Il ne faut pas le confondre avec l'orgelet, moins fréquent, qui est une infection du follicule pileux d'un cil.** Chez l'enfant, les chalazions peuvent témoigner d'un trouble de la réfraction non corrigé, ou d'une inflammation chronique du rebord palpébral (blépharite) dans le cadre d'une rosacée oculaire (cf. infra). Les chalazions se traitent avec une pommade antibiotico-corticoïde appliquée dans le cul-de-sac conjonctival et éventuellement sur la paupière, associée à des cataplasmes chauds suivis de massage des paupières. Les indications d'excision chirurgicale sont très limitées : les chalazions disparaissent spontanément dans une très grande majorité des cas.

- **Les rosacées oculaires de l'enfant : un diagnostic trompeur...**

En cas de chalazions récidivants, associés à une photophobie et un œil rouge chronique, il faut craindre la kératoconjonctivite phlycténulaire sur rosacée oculaire.

#### Les soins de paupière

Ils ont pour but de rétablir un bon fonctionnement des glandes de Meibomius. Ils sont indiqués en cas de chalazions récidivants ou de rosacée palpébrale. Le patient applique un linge chaud/humide sur les paupières quelques minutes, suivi d'un massage des paupières et d'un rinçage des yeux au sérum physiologique. Des gels émollients ou des lingettes nettoyantes peuvent faciliter le massage.

## L'œil purulent chez les enfants : quelle conduite à tenir ?

D'après la communication du Pr C. Speeg-Schatz (Strasbourg).

>>> **Les conjonctivites du nouveau-né**

Les conjonctivites sont souvent bactériennes et peuvent être associées à une imperforation des voies lacrymales ou rentrer dans le cadre d'une infection plus générale (otite, pneumonie).

Sur le plan physiopathologique, l'infection conjonctivale est le plus souvent transmise par la mère lors du passage d'une filière génitale infectée.

Les principales bactéries en cause sont *Neisseria gonorrhœæ* et *Chlamydia trachomatis*, mais d'autres bactéries Gram+ ou - (staphylocoque doré, pneumocoque, *Hæmophilus*, streptocoque, entérobactéries...) peuvent être retrouvées. Le virus de l'herpès de type 2 peut être responsable de

conjonctivites dans le cadre d'infections néonatales systémiques.

L'examen retrouve des sécrétions purulentes ou muco-purulentes uni ou bilatérales avec hyperhémie conjonctivale, œdème des paupières et des conjonctives (chémosis).

- **Les conjonctivites à gonocoques**

Elles touchent 4 nouveau-nés pour 10 000 naissances. Le tableau est le plus souvent bilatéral, avec des atteintes cornéennes fréquentes et sévères (ulcérations voire perforations) qui en font toute la gravité.

En effet, ces dernières sont responsables d'opacités cornéennes séquelaires qui entraîneront une baisse

visuelle parfois profonde. Le traitement doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation en urgence.

- **Les conjonctivites à Chlamydia :**

*Chlamydia trachomatis* est le germe le plus fréquemment en cause dans les conjonctivites néonatales. Il représente 25 à 50 % des conjonctivites néonatales, soit 1,1 à 1,4 nouveau-né sur 1 000 naissances. En cas d'infection maternelle à *Chlamydia*, le risque de conjonctivite chez le nouveau-né s'élève à 40 %. Le tableau débute par un larmoiement clair à séreux à la naissance, qui évolue vers le 5-7<sup>e</sup> jour vers une conjonctivite hémorragique et/ou pseudomembraneuse. Une atteinte pulmonaire concomitante est présente dans 50 à 60 % des cas. Le

traitement comporte un traitement oral par érythromycine pendant 14 jours associé à un collyre à l'azithromycine. La mère et ses partenaires doivent également être traités.

#### • **Les traitements préventifs de la conjonctivite néonatale**

Selon les recommandations de l'Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de 2010 ([http://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/\(offset\)6](http://ansm.sante.fr/Dossiers/Antibiotiques/(offset)6)), il n'existe pas de données pour recommander une antibioprophylaxie conjonctivale systématique. Toutefois, un traitement antibiotique préventif est recommandé en cas d'antécédents et/ou de facteurs de risque d'infections sexuellement transmissibles (IST) chez les parents. Les grossesses non ou mal suivies sont considérées comme un facteur de risque d'IST.

Il est bien sûr indispensable de traiter les infections génitales de la femme enceinte. Dans ces situations à risque, on peut instiller une goutte de collyre antibiotique à la rifamycine ou aux quinolones dans chaque œil du nouveau-né à la naissance. L'instillation de collyre au nitrate d'argent (méthode de Crédé) n'est plus recommandée en France.

#### >>> **L'imperforation des voies lacrymales**

##### • **Le contexte et les signes cliniques**

Les imperforations du canal lacrymo-nasal sont présentes chez 9 % des nourrissons. En règle générale, elles évoluent spontanément de manière favorable dans les premières semaines de vie.

Le plus souvent, l'obstacle siège au niveau du sac lacrymal ou du conduit lacrymo-nasal, entraînant une sta-

gnation des larmes qui provoque un larmolement et des conjonctivites purulentes.

##### • **Les traitements**

70 à 80 % des enfants guérissent spontanément dans les 3 premiers mois, et 90 % dans la première année<sup>1</sup>. En revanche, la probabilité de guérison spontanée diminue avec l'âge, et seulement 10 % des enfants qui ont un larmolement après 8 mois seront guéris à l'âge de 1 an. Dans tous les cas, on conseille aux parents de réaliser des massages de l'angle interne, et on traite les surinfections. Si la gêne est trop importante ou les conjonctivites trop fréquentes, le sondage des voies lacrymales peut être envisagé.

Il faut savoir que l'efficacité des sondages diminue avec l'âge, passant de 90 à 98 % avant 6 mois à 60-90 % de 6 à 12 mois<sup>1</sup>. Par conséquent, le sondage trouve sa place entre 6 et 9 mois.

En pratique, le sondage peut être réalisé sous anesthésie générale (selon le contexte), et pourra être répété en cas d'échec. En dernier recours, le traitement chirurgical par intubation mono-canaliculo-nasale ou par dacryocysto-rhinostomie peut être proposé.

##### • **Les formes particulières et les complications**

La **dacryocystite aiguë** est une infection du sac lacrymal, qui se présente sous la forme d'une tuméfaction inflammatoire du canthus interne, avec un œdème palpébral. Le traitement repose sur une antibiothérapie locale et systémique.

Les **mucocèles congénitales** forment des tuméfactions présentes au niveau du canthus interne. La pression du sac

entraîne l'évacuation d'amnios). Les mucocèles sont traitées par sondage des voies lacrymales, voire marsupialisation en cas de dacryocèle endonasale (pouvant entraîner des épisodes d'apnées par obstruction de la filière nasale).

#### >>> **Conjonctivites bactériennes de l'enfant**

Elles se présentent sous la forme d'une conjonctivite aiguë mucopurulente, uni ou bilatérales avec œil rouge, œdème des paupières, yeux collés et sensation de grains de sable. Les autres causes de conjonctivites de l'enfant, (cf. supra) sont les conjonctivites virales, les conjonctivites allergiques et les kérato-conjonctivites dans le cadre des rosacées oculaires.

La contamination a le plus souvent lieu à partir de germes du nasopharynx ou manuportés, elles sont favorisées par l'existence d'un rétrécissement des voies lacrymales. Le frottis est le plus souvent inutile, sauf en cas de signes de gravité (cf. **encadré**).

#### Signes de gravité des conjonctivites bactériennes

- Sécrétions purulentes abondantes.
- Œdème des paupières ou de la conjonctive (chémosis).
- Présence de membranes ou de fausses membranes.
- Baisse de vision et/ou photophobie et/ou larmolement faisant craindre une kératite.
- Résistance au traitement.

Les germes responsables sont :  
 – *Hæmophilus influenzae*: 45 à 60 % des cas, surtout au printemps et en été, avec atteintes des voies aériennes supérieures ;  
 – *Streptococcus pneumoniae*: 20 à 30 % des cas, surtout en hiver, parfois associés à une pneumonie ;

<sup>1</sup> BERNARD JA, FAYET B, RUBAN JM *et al.* Le larmolement du petit enfant : Questions ? Réponses... *J Fr Ophthalmol*, 2000;23:945-949.

## SYMPOSIUM THÉA

– *Staphylococcus aureus*: 8 à 20 % des cas, à évoquer devant une atteinte des paupières;  
– *Moraxella catarrhalis*: 5 à 10 % des cas.

### • **La conjonctivite bactérienne hyperaiguë**

Il s'agit d'une forme très sévère de conjonctivite bactérienne. Il existe un chémosis et un œdème palpébral importants, les sécrétions sont abondantes, de même que les membranes. L'examen peut retrouver des adénopathies prétragiques ou sous angulo-mandibulaire. La gravité tient à l'atteinte cornéenne, qui peut aller de l'ulcération jusqu'à la perforation, surtout en cas d'atteinte à méningocoque ou à gonocoque. Dans ce dernier cas, il sera nécessaire de rechercher une urétrite associée, surtout chez les adolescents.

### • **Traitement des conjonctivites bactériennes**

Le traitement des conjonctivites bactériennes sans critères de gravité fait appel aux lavages oculaires au sérum physiologique associé à un collyre antiseptique pendant 5 à 7 jours dont l'effet mécanique est équivalent à un collyre antibiotique dans les formes modérées. Les règles d'hygiène habituelles doivent être expliquées à l'enfant et aux parents.

Le traitement par collyre antibiotique n'est justifié qu'en cas de critères de gravité. En plus du collyre à la rifamycine, nous avons désormais à notre disposition le collyre à l'azithromycine sans conservateur, efficace avec une durée de traitement courte, ce qui en simplifie l'administration. Un traitement antibiotique par voie orale n'est

justifié que dans les conjonctivites à *Hæmophilus* ou pneumocoques qui s'accompagnent d'atteintes systémiques et dans les conjonctivites à méningo- ou gonocoques.

---

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.