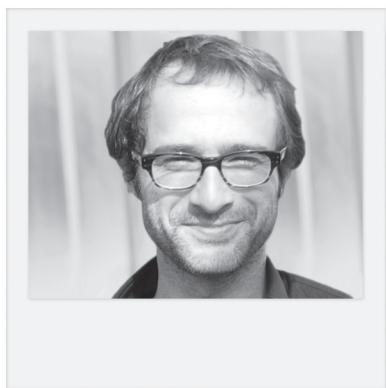


MISES AU POINT INTERACTIVES

Herpès et varicelle-zona chez l'enfant : quelles particularités ?



→ **A. ROUSSEAU,
M. LABETOULLE**
Service d'Ophtalmologie,
CHU Bicêtre, LE KREMLIN-BICÊTRE.

Particularité des kératites herpétiques chez l'enfant

Si les premières manifestations d'herpès cornéens ont le plus souvent lieu après l'âge de 20 ans, il n'est pas exceptionnel d'être confronté à une kératite herpétique chez l'enfant. Les tableaux cliniques et évolutifs ont certaines caractéristiques qu'il est bien utile de connaître.

Tous les types de kératites (épithéliales dendritiques ou géographiques, stromales, endothéliales, neurotrophiques) sont possibles chez l'enfant, mais les kératites stromales sont les plus fréquentes. En effet, elles représentent environ 60 % des cas (contre 20 % chez l'adulte) (**fig. 1**). Les formes bilatérales sont également plus fréquentes : exceptionnelles chez l'adulte, elles représentent 20 à 25 % des cas chez l'enfant.

Enfin, les kératites herpétiques récidivent plus souvent chez l'enfant. En effet, dans les 15 mois suivant la première atteinte, quasiment la moitié des enfants récidiveront.

Le terrain pédiatrique influence également la prise en charge. Avant l'âge de 6 ans, peut se poser le problème de l'amblyopie. Celle-ci peut être secondaire à l'opacité cornéenne dont le retentissement visuel n'est pas toujours exprimé par l'enfant, mais aussi à un astigmatisme irrégulier (parfois satellite d'une opacité minime) que seule une topographie permettra de déceler. Par ailleurs, les formes galéniques doivent être choisies judicieusement : les comprimés et les topiques ne sont pas toujours possibles et/ou autorisés chez l'enfant.

Au total, les formes pédiatriques de kératites herpétiques sont souvent sévères, et nous incitent à préconiser un traitement agressif et une surveillance très rapprochée.

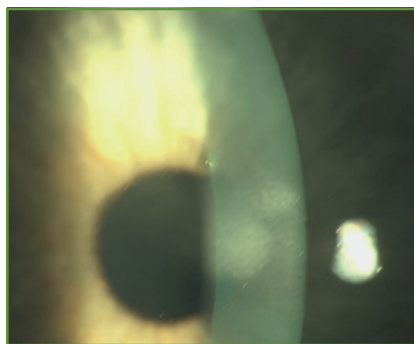


FIG. 1 : Kératite stromale chez une petite fille de 5 ans. Après un traitement par antiviraux et corticoïdes, la persistance d'une opacité paracentrale avec astigmatisme irrégulier nous a fait opter pour une adaptation en lentille rigide avec un excellent résultat visuel.

Concernant les antiviraux, le choix repose entre l'aciclovir et le valaciclovir. L'aciclovir est disponible en comprimés, en sirop dosé à 400 et 800 mg/10 mL et en pommade ophtalmique (réservée aux kératites épithéliales). Selon l'AMM, on peut prescrire l'aciclovir à partir de l'âge de 2 ans. En traitement d'attaque, pour un enfant pesant plus de 30 kg, il est habituel d'utiliser des doses "adultes", c'est-à-dire 800 mg 5 fois/jour. Pour les poids inférieurs, il s'agit d'adapter la posologie de manière empirique. Le valaciclovir n'est pas indiqué avant l'âge de 12 ans ; mais si ce médicament – qui présente une bien meilleure biodisponibilité que l'aciclovir – est jugé nécessaire, il peut être prescrit moyennant l'accord d'un pédiatre. Dans tous les cas, il n'est jamais utile d'associer les traitements systémiques et topiques : les toxicités des traitements s'additionnent, mais malheureusement pas leur efficacité. Pour les formes stromales, une corticothérapie topique adaptée à la sévérité est démarrée après 24-48 h d'antiviraux, et progressivement diminuée. Le sevrage devra toujours avoir lieu sous couverture antivirale.

En raison de la grande fréquence des récurrences, le traitement antiviral préventif au long cours est facilement mis en place après un épisode de kératite herpétique en contexte pédiatrique. L'aciclovir est alors prescrit à la dose de 400 mg matin et soir pour les enfants de plus de 30 kg et le valaciclovir à la dose habituelle d'un comprimé à 500 mg/jour. La durée minimale du traitement préventif est de 12 mois, ajustée en fonction de la sévérité de l'atteinte.

et du risque visuel. En raison des effets secondaires possibles des antiviraux au long cours, une surveillance biologique doit être organisée (fonction rénale, hépatique et numération tous les 3 à 6 mois).

Particularités des atteintes oculaires à varicelle zona virus (VZV) chez l'enfant

Chez l'enfant, les atteintes oculaires du VZV peuvent survenir dans le contexte d'une varicelle. En dehors des vésicules palpébrales, qui peuvent poser des problèmes d'irritation cornéenne mécanique ou de surinfection bactérienne, les manifestations oculaires sont le plus souvent de nature immunitaire et surviennent au décours de l'éruption cutanée. Des kératites stromales ou des uvéites sont donc possibles. Les rétinopathies à VZV sont possibles mais restent exceptionnelles.

Le zona de l'enfant est moins connu. Pourtant 5 à 10 % des zones surviennent avant 25 ans. Le risque de zona est cor-

rélié à l'âge de la varicelle : plus la varicelle a eu lieu tôt, plus grand est le risque de développement d'un zona dans l'enfance. Dans la population pédiatrique, la localisation ophtalmique du zona est moins fréquente que chez l'adulte (5 % contre 13 %). Toutefois, en cas de zona ophtalmique, les complications oculaires sont plus fréquentes chez l'enfant, ou elles surviennent dans la moitié des cas. L'hypoesthésie cornéenne séquel- laire est très fréquente dans ces cas.

Les modalités de traitement des manifestations oculaires du VZV sont similaires à celles mise en œuvre dans les atteintes à HSV1. Le traitement antiviral est souvent poursuivi plusieurs semaines, mais il n'y a pas d'authentique stratégie préventive médicamenteuse comme dans les manifestations herpétiques. En revanche, des vaccins antivarielleux et antizostériens sont disponibles.

Les vaccins antivarielleux sont des vaccins vivants atténués indiqués chez les sujets immunocompétents âgés de plus de 12 mois. Leur prescription n'est

pas très répandue en France, même si des études ont prouvé qu'ils diminuaient le nombre d'hospitalisation varicelle pour varicelles graves et le coût de cette maladie. En contrepartie, dans une population où le vaccin est généralisé, l'immunité n'est pas stimulée au cours de la vie, et pour cette raison, les zones surviennent plus tôt dans la vie. La parade mise au point face à ce constat a été le développement d'un vaccin antizostérien (vaccin vivant atténué également) indiqué chez l'adulte immunocompétent après 50 ans, qui permet de diminuer l'incidence des zones et leur sévérité. Ce vaccin, disponible dans d'autres pays depuis 2006, a tout juste obtenu son AMM en France, où sa place reste à définir.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.