Le dossier
Les urgences en ophtalmologie pédiatrique

# L'œil rouge chez l'enfant

**RÉSUMÉ : L'œil rouge chez l'enfant est un motif de consultation fréquent. Correspondant le plus souvent à des pathologies bénignes, ce symptôme peut cependant révéler une atteinte menaçant le pronostic visuel. Le pronostic de ces affections demeure très variable, nécessitant une certitude diagnostique et un traitement adapté, afin de ne pas perturber le développement visuel de l'enfant. Cependant, l'examen clinique n'est pas toujours aisé devant un enfant pas toujours compliant.**

→ **A. SAUER**
Service d'Ophtalmologie,
Centre hospitalier universitaire
de STRASBOURG.

L'œil rouge chez l'enfant est un motif de consultation fréquent. Correspondant le plus souvent à des pathologies bénignes, ce symptôme peut parfois traduire une atteinte menaçant le pronostic visuel, voire vital. Trois types de rougeur sont classiquement décrits : la rougeur diffuse, la rougeur localisée et le cercle périkératique. Un interrogatoire orienté ainsi qu'un examen clinique simple sont, dans la plupart des cas, suffisants pour orienter la démarche diagnostique initiale. Celle-ci doit en premier lieu permettre de différencier les véritables urgences : kératites, uvéites, glaucomes aigu ou secondaire notamment à une tumeur, pathologies infectieuses de contiguïté, des simples conjonctivites.

## Pathologies conjonctivales

Les conjonctivites constituent les causes les plus fréquentes d'œil rouge chez l'enfant. La symptomatologie fonctionnelle est dominée par une irritation oculaire (ressentie comme des "grains de sable" chez l'enfant en âge de verbaliser, des picotements, des brûlures ou un prurit), accompagnée d'une hyperhémie conjonctivale diffuse, d'intensité très variable pouvant aller jusqu'au chémosis (œdème sous-conjonctival). Un œdème palpébral est fréquemment associé. Une conjonctivite ne s'accompagne jamais de douleurs intenses ni de baisse d'acuité visuelle. Si tel est le cas, il conviendra d'éliminer une kératite par un test à la fluorescéine. Les étiologies des conjonctivites de l'enfant sont infectieuses (sécrétions oculaires associées), allergiques (prurit), traumatiques, toxiques, ou plus rarement liées à un syndrome sec (contexte évocateur) [1].

Parmi les **conjonctivites infectieuses**, il convient de distinguer les conjonctivites du nouveau-né de celles de l'enfant [1].

### 1. Conjonctivite du nouveau-né

La survenue d'une conjonctivite du nouveau-né est influencée par la présence d'une infection génitale chez la mère (qu'il conviendra de traiter), un traumatisme obstétrical ou une rupture prématurée des membranes. Les principaux germes décrits sont *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhœæ*, des bactéries banales (staphylocoques *et Hæmophilus*), ou *Herpes simplex virus*.

>>> La **conjonctivite à *Chlamydia*** a une durée d'incubation de 3 jours à 3 semaines, les sécrétions sont abondantes et purulentes, pouvant aboutir à la formation de fausses membranes. Grâce à un traitement local et général

(pneumopathie parfois associée), leur pronostic reste bon.

>>> Les **conjonctivites gonococciques** sont plus rares mais de pronostic bien plus sévère, évoluant volontiers vers une kératite voire une perforation cornéenne. Ces conjonctivites nécessitent un diagnostic et une prise en charge précoces. Le prélèvement microbiologique, par frottis conjonctival, est toujours indiqué chez le nouveau-né. En cas d'infection gonococcique, un traitement par céphalosporines de troisième génération par voie veineuse est indiqué.

>>> Les **conjonctivites bactériennes banales** sont relativement fréquentes chez le nouveau-né et le nourrisson. Cependant, l'existence de nombreuses récidives, *a fortiori* si elles sont unilatérales et s'accompagnent d'un larmoiement entre les épisodes infectieux, doit faire rechercher une imperforation ou une sténose du canal lacrymo-nasal.

>>> Les **conjonctivites herpétiques** surviennent en moyenne vers le 10e jour de vie. Elles sont peu bruyantes et souvent limitées à quelques vésicules palpébrales. Le traitement repose sur l'aciclovir en cas de forme sévère.

**2. Conjonctivites de l'enfant**

Les conjonctivites de l'enfant réalisent des tableaux proches de ceux de l'adulte dont elles partagent les étiologies. Certaines causes sont spécifiques à l'enfant, comme les associations aux maladies éruptives de l'enfant ou aux vaccins. Elles peuvent être concomitantes d'une infection ORL (rhinopharyngite).

Les corticoïdes n'ont pas leur place dans le traitement des conjonctivites infectieuses (aggravation par immunodépression locale). Selon les recommandations de l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) émises en juillet 2006 [2], le traitement antibiotique s'impose chez le nourrisson et en cas de signes de gravité (sécrétions purulentes abondantes, chémosis, œdème palpébral, larmoiement, baisse d'acuité visuelle même minime et photophobie). Chez l'enfant, les bactéries le plus souvent en cause étant le streptocoque, le staphylocoque et *Hæmophilus influenzæ,* la prescription de première intention d'un traitement local par rifamycine (1 goutte × 4/j) reste toujours d'actualité en cas de signe de gravité. En l'absence de ces signes précédemment cités, la prescription de lavages oculaires à l'aide de solutions antiseptiques (Stéridose lavage x 3/j) est souhaitable [2]. Une conjonctivite bien traitée régresse habituellement en 1 semaine ; au-delà de ce délai, le recours à l'ophtalmologiste est nécessaire.

>>> La **conjonctivite allergique** est fréquente chez l'enfant, notamment en cas de terrain atopique. L'existence d'une rhinite associée à un prurit oculaire, la recrudescence saisonnière des symptômes, une notion d'eczéma sont très évocateurs de l'étiologie allergique. Un bilan allergologique comprenant des tests cutanés est utile. Le traitement de la conjonctivite allergique repose sur l'éviction du (des) allergène(s), la prescription de sérum physiologique et d'antiallergiques topiques (antihistaminiques, antidégranulants mastocytaires, ou systémiques), voire d'une corticothérapie topique [3].

>>> Parmi les **autres atteintes de la conjonctive** figurent les **causes traumatiques** (hémorragie sous-conjonctivale régressant spontanément en 2 à 3 semaines) ou plus rarement la sécheresse oculaire (souvent iatrogène), ou associée à des pathologies dysimmunitaires (syndromes de Lyell et de Stevens-Johnson), vasculaires (hémangiome, ataxie-télangiectasie, syndrome de Sturge-Weber) ou tumorales [1].

Parmi les diagnostics différentiels des conjonctivites, il convient d'évoquer les sclérites et les épisclérites. Elles se manifestent par une rougeur localisée dans le secteur de la paroi du globe oculaire et une gêne (épisclérite), voire une douleur (sclérite). Leur incidence est très faible chez l'enfant. Chez l'enfant, les conjonctives traînantes et récidivantes doivent faire réaliser un examen de la réfraction sous-cycloplégique (collyre atropine ou cyclopentolate) à la recherche d'une amétropie latente.

## Pathologies cornéennes

L'examen d'un œil rouge s'attache à vérifier l'absence d'atteinte cornéenne. Une telle atteinte peut être suspectée devant l'existence d'une photophobie, d'une douleur importante, d'un larmoiement et d'une baisse d'acuité visuelle variable. Elle doit être confirmée par le test à la fluorescéine. Un examen à la lampe à fente est ainsi indispensable devant toute suspicion de kératite.

>>> Les **causes traumatiques** sont fréquentes et de diagnostic aisé à l'interrogatoire. Un examen ophtalmologique s'impose dans tous les cas pour éliminer une contusion grave ou une perforation du globe.

>>> Les **causes virales** peuvent se rencontrer dans un contexte épidémique (adénovirus notamment) avec notion de contage et associations à une symptomatologie ORL (rhinopharyngite, fièvre, ganglion prétragien). L'herpès cornéen ou des atteintes liées au virus VZV (virus varicelle-zona) ne sont pas exceptionnels chez l'enfant. Ils se présentent sous la forme de kératite dendritique ou stromale. Un traitement antiviral local (ganciclovir, trifluorothymidine ou aciclovir) et général doit être prescrit.

>>> Les **kératites allergiques** sont aussi fréquentes. Le contexte est le même que lors d'une conjonctivite allergique (atopie, rythme saisonnier, prurit, rhinite…). Le recours aux corticoïdes topiques est

# Le dossier
# Les urgences en ophtalmologie pédiatrique

bien souvent nécessaire afin d'éviter les séquelles visuelles dues à une perte de transparence cornéenne. Au long cours, la ciclosporine permettra une épargne cortisonique.

>>> Les **sécheresses oculaires** sont rares chez l'enfant, et sont le plus souvent liées à des inocclusions palpébrales, des paralysies congénitales des nerfs facial ou trijumeau ou du système nerveux autonome, des chimiothérapies ou greffes de moelle (syndrome du greffon contre l'hôte), ou encore à des malformations des glandes lacrymales. La confirmation sera apportée par le test de Schirmer, qui pourra être réalisé de manière fiable dès l'âge de 4-5 ans. Ces enfants doivent bénéficier de traitements substitutifs lacrymaux.

## Blépharites

Des atteintes palpébrales peuvent aussi être responsables d'un œil rouge chez l'enfant. Le chalazion est très fréquent. Le traitement prescrit est l'application de corticoïdes en pommade associés à des compresses d'eau tiède. L'exérèse chirurgicale est parfois nécessaire à distance de l'épisode aigu.

Le principal diagnostic différentiel du chalazion est l'orgelet (furoncle de la racine d'un cil). L'orgelet est traité par ablation du cil et pommade antibiotique active sur le staphylocoque (acide fusidique).

Enfin, les blépharites de l'enfant peuvent s'intégrer dans une dysfonction des glandes de Meibomius ou une rosacée de l'enfant. Un suivi régulier et approfondi est alors nécessaire devant les risques de complications cornéennes. Le traitement associe des compresses chaudes, des larmes artificielles et des anti-inflammatoires locaux. Les macrolides par voie topique (azithromycine) ou systémique (érythromycine) sont indiqués en cas de menace cornéenne.

## Uvéites

Les uvéites sont peu fréquentes chez l'enfant, mais imposent un bilan étiologique détaillé et une bonne coopération interdisciplinaire. Les uvéites antérieures et mixtes sont responsables d'un œil rouge (avec cercle périkératique) et douloureux, s'accompagnant d'une baisse d'acuité variable. La pupille est préférentiellement en myosis. Les uvéites se compliquent volontiers de synéchies iridocristaliniennes, de glaucomes, de cataractes, ou d'œdème maculaire. Leurs étiologies sont multiples : inflammatoires, infectieuses, tumorales… [4].

Chez l'enfant – il convient notamment de rechercher en collaboration avec les pédiatres rhumatologues – il existe parmi les **causes inflammatoires** : une arthrite juvénile idiopathique (70 % des uvéites antérieures) ou une arthrite systémique (maladie de Still), une maladie inflammatoire chronique des intestins (MICI : Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique) ou une uvéite hétérochromique de Fuchs (hétérochromie irienne). De nombreuses uvéites restent cependant sans étiologie malgré un bilan exhaustif.

Les panuvéites doivent faire rechercher une **cause infectieuse** notamment la toxoplasmose, la tuberculose, la maladie de Lyme ou certains virus (HSV, VZV, EBV, rougeole, VIH, CMV) ; elles nécessitent toutes un traitement anti-infectieux spécifique et un maniement extrêmement prudent des corticoïdes collyres ou des autres immunosuppresseurs. En outre, une panuvéite peut s'intégrer dans une **maladie de système** (Behçet, sarcoïdose). Les uvéites postérieures isolées, sans participation antérieure (vascularites rétiniennes, rétinochoroïdopathies), ne s'accompagnent pas d'œil rouge [5].

Certaines **tumeurs primitives ou secondaires** de l'uvée peuvent être révélées par un œil rouge (*masquerade syndrome*) : rétinoblastome, mélanome, mais surtout les leucémies dont les atteintes oculaires ne sont pas rares et qui représentent un facteur pronostique très péjoratif.

## Conclusions

L'œil rouge est un signe d'appel dans de très nombreuses pathologies. Le pronostic de ces affections est très variable, nécessitant une certitude diagnostique et un traitement adapté, afin de ne pas perturber le développement visuel de l'enfant. Cependant, l'examen clinique n'est pas toujours aisé devant un enfant pas toujours compliant. En cas de doute, de pathologies récidivantes ou résistantes au traitement, d'affections graves, le recours à l'ophtalmologiste doit être rapide et systématique.

### Bibliographie


1. Sauer A, Speeg-Schatz C, Bourcier T. Red eye in children. *Rev Prat,* 2008;58:353-357.
2. AFSSAPS. Recommandations pour le traitement des conjonctivites de l'enfant. Juillet 2006.
3. Greenberg M, Pollard Z. The red eye in childhood. *Pediatr Clin North Am,* 2003;50:105-124.
4. Tabbara K. Ocular complications of vernal keratoconjunctivitis. *Can J Ophthalmol,* 1999;34:88-92.
5. Edelsten C. Reconsidering treatment options in childhood uveitis. *Br J Ophthalmol,* 2007; 91:133-134.


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