

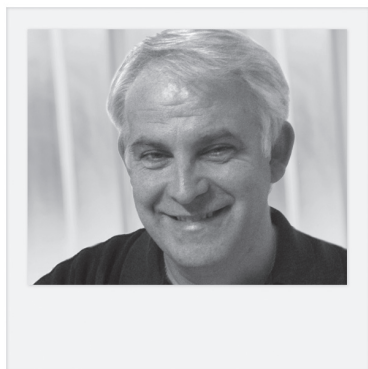
REVUES GÉNÉRALES

Surface oculaire

Analyse de la surface oculaire de l'enfant

RÉSUMÉ : Les pathologies de la surface oculaire de l'enfant représente un motif fréquent de consultation. Les étiologies responsables sont nombreuses et exigent un interrogatoire et un examen clinique méthodique et détaillé. Cet examen, pas toujours facile chez l'enfant, pourra nécessiter une anesthésie générale.

Tous ces éléments ainsi regroupés permettront de définir un tableau clinique susceptible d'orienter vers une étiologie de l'atteinte de la surface oculaire. Il faut toujours garder à l'esprit que le traitement de la cause est souvent plus efficace que le traitement symptomatique seul.



→ **B. MORTEMOUSQUE**
Service d'Ophtalmologie,
CHU RENNES.

L'ensemble des pathologies de la surface oculaire constituent l'un des principaux motifs de consultation. Les symptômes motivant cette consultation ne sont pas toujours très spécifiques, et ne dispensent pas d'un interrogatoire et d'un examen détaillé de l'œil et de ses annexes, voire du sujet dans son intégralité. Cela est vrai chez l'adulte comme chez l'enfant – avec certaines différences notables chez nos petits patients – en particulier par le défaut de recueil direct de symptômes chez les enfants en âge préverbal ou par l'opposition d'examen, ou encore par des variations de normalité liées à l'âge. Le déroulement de la consultation sera, malgré tout, identique à celui d'une consultation adulte.

Interrogatoire

Il ne diffère que peu de celui de l'adulte, en dehors du fait qu'il s'appuie souvent davantage sur les réponses de l'entourage que sur celles du patient. Les éléments à rechercher sont les mêmes, à savoir : motif de la consultation, symptômes ressentis ou perçus comme tels par l'enfant ou l'entourage, signes

visibles d'appel (prurit, larmoiements, sécrétions, chémosis, rougeur...), circonstances et modes de survenue, l'existence des facteurs aggravants ou améliorants, durée et ancienneté des signes et symptômes, antécédents personnels et familiaux, ophtalmologiques et généraux, médecins visités, examens complémentaires pratiqués et leurs résultats, traitements locaux et généraux actuels ou suivis préalablement à la consultation, port de lentilles.

Examen clinique

Comme pour tout examen ophtalmologique, la mesure de l'acuité visuelle est un temps capital de l'examen clinique des pathologies de surface de l'enfance. Elle permet d'en apprécier la répercussion fonctionnelle, d'en juger la gravité et conditionne la rapidité de prise en charge ainsi que la mise en place de certains traitements. Quant au reste de l'examen clinique, force est de constater qu'il n'est pas toujours facile à réaliser chez le tout-petit. Tout ce qui pourra être fait avec l'enfant éveillé sera fait. Cependant, si l'état ophtalmologique apparaît comme inquiétant, le recours

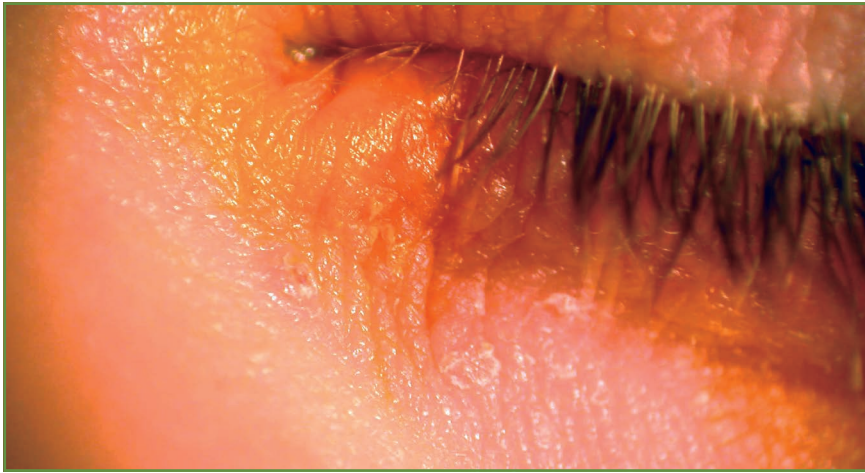


FIG. 1 : Eczéma du *canthus* interne.



FIG. 2 : *Molluscum contagiosum*.

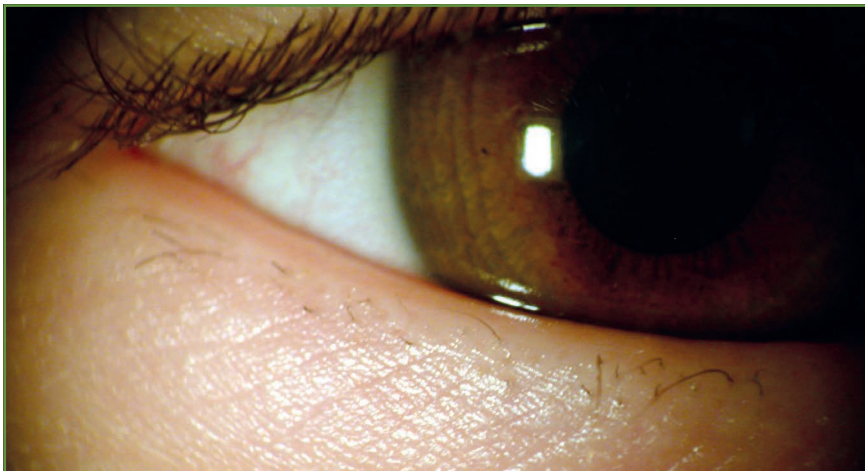


FIG. 3 : Madarose de la paupière inférieure.

à l'examen sous anesthésie générale s'imposera.

Les symptômes liés à une atteinte de la surface oculaire restent classiques : on retrouve une photophobie d'apparition variable selon l'intensité lumineuse, un larmoiement, des douleurs oculaires variables (allant de la sensation de corps étranger à la douleur de type ciliaire) et une baisse d'acuité visuelle dont l'importance dépend de la localisation et de l'étendue des lésions. Un blépharospasme pourra être présent, ne facilitant pas l'examen. Les signes sont aussi banaux ; une rougeur oculaire peut être le premier et le seul signe clinique évident et le motif de consultation. Elle peut être localisée (fente palpébrale, supérieure...), diffuse, ou périkeratique. Cette rougeur pourra être isolée ou associée à des sécrétions : par exemple un larmoiement, un chémosis.

L'examen clinique débute avec celui de la peau, avant même que l'enfant ne soit installé à la lampe à fente, et doit se faire en ambiance photopique (l'idéal étant à celle de la lumière du jour). Cet examen recherchera des lésions cutanées pouvant orienter vers un diagnostic, comme une sécheresse cutanée majeure, une ichtyose, un eczéma (**fig. 1**) (attention, les localisations de l'eczéma atopique diffèrent souvent avec l'âge du patient), une rosacée cutanée, ou une atteinte virale (*molluscum contagiosum*, **fig. 2**), etc. L'état tégumentaire pris en compte, et plus particulièrement celui des paupières, l'examen doit se poursuivre sur l'aspect et la statique palpébrale.

Ainsi, l'examen devra rechercher l'existence de colobome palpébral, d'entropion ou d'ectropion, d'anomalie de la statique et/ou de la dynamique palpébrale (euryblépharon, inoclusion totale ou partielle des paupières...), mais aussi des anomalies du bord libre et des cils comme une madarose (**fig. 3**), une blépharite antérieure (**fig. 4**) et/ou

REVUES GÉNÉRALES

Surface oculaire

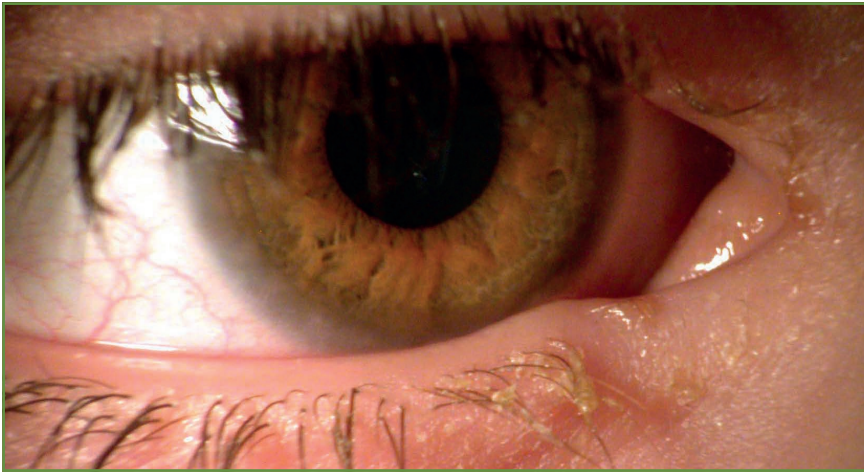


FIG. 4 : Blépharite antérieure.

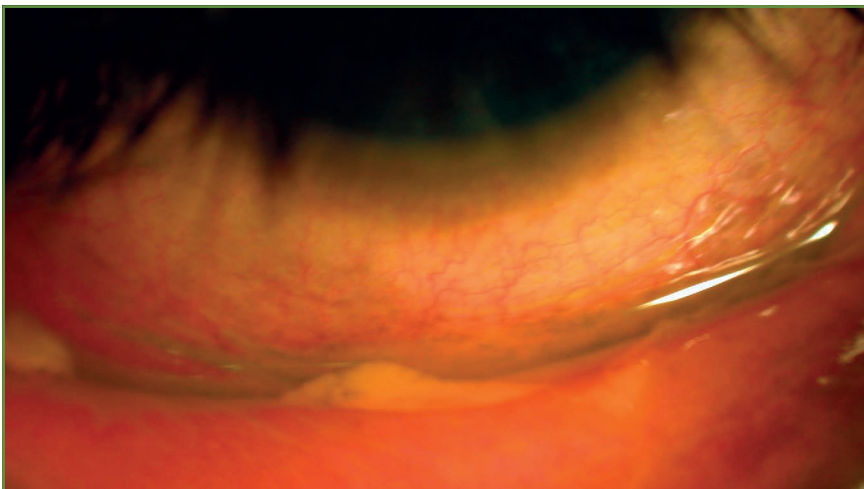


FIG. 5 : Sécrétions muqueuses.

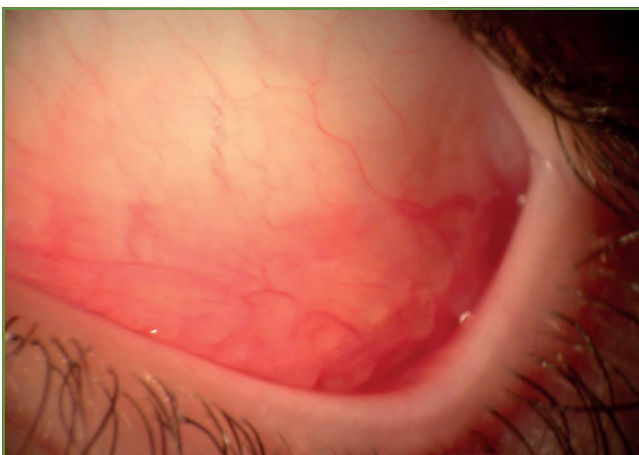


FIG. 6 : Follicules dans le cul-de-sac inférieur.

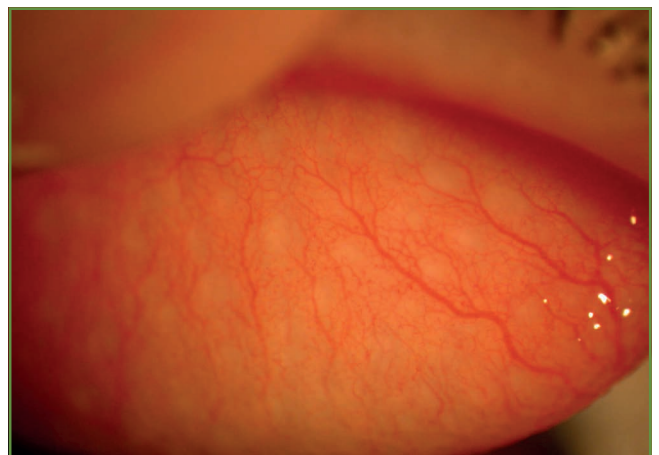


FIG. 7 : Follicules sur la conjonctive tarsale supérieure.

postérieure (les antécédents de chalazion ou d'orgelet sont de bons signes d'appel d'une blépharite), l'existence d'une phtiriasse. Enfin, la perméabilité des voies lacrymales sera à prendre en compte.

Dans un premier temps, notre "exploration" doit se poursuivre par une évaluation de l'état cornéoconjonctival et du film lacrymal, sans utilisation de colorant vital. L'état inflammatoire de la conjonctive bulbaire et tarsale doit être apprécié (hyperhémie, chémosis, aspect et abondance des sécrétions) (fig. 5), tout comme la présence de follicules (fig. 6 et 7), de papilles (fig. 8 et 9) dont la taille sera mesurée, ou de phlyctènes cornéoconjonctivales. La présence d'une limbite associée à des grains de Trantas pourra être observée.

L'examen de la conjonctive comprend impérativement l'éversion de la paupière supérieure. Cette opération capitale est de loin l'une des étapes les moins faciles à franchir chez le jeune enfant. La présence de corps étranger pourra alors être mise en évidence lors d'un tableau de conjonctivite chronique unilatérale. L'état cornéen est à évaluer avec attention en raison des risques pour la fonction visuelle. L'examineur appréciera, en plus de l'acuité visuelle, l'existence d'une

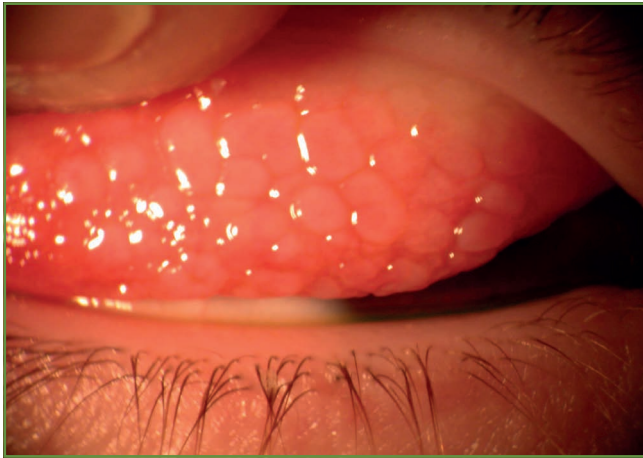


FIG. 8 : Papilles géantes sur kératoconjonctivite vernale.



FIG. 9 : Papilles sur la conjonctive tarsale supérieure.

photophobie, d'un blépharospasme. Un aspect dépoli du reflet cornéen devra faire suspecter une kératite. À la lampe à fente, l'examineur recherchera la présence d'opacifications, d'infiltrats, de néovascularisation dont la localisation pourra être informative quant à l'étiologie. L'utilisation des colorants vitaux est un temps capital de l'examen. Ils permettent d'explorer la structure et la fonction de l'épithélium. En effet, certains colorent les

espaces intracellulaires, d'autres les cellules mortes ou en voie de desquamation. Ils permettent la visualisation des kératites ponctuées superficielles (fig. 10), ou ulcérées, avec plus de facilité. De plus, la répartition de la fixation des colorants permet d'obtenir des indices précieux sur la cause de l'altération de la surface. La prise de colorant par la conjonctive pourra aussi être observée et quantifiée (le recours au vert de lissamine n'est pas toujours

nécessaire). L'état du film lacrymal est alors facilité. La hauteur de la rivière lacrymale est à mesurer, tout comme le temps de rupture du film lacrymal (*break-up time* [BUT]) dont la normalité chez l'enfant est plus proche des 20 secondes que des 10 secondes de l'adulte. À noter l'apparition d'un écoulement de fluorescéine par le nez sera rassurant sur la perméabilité des voies lacrymales. Un test de Schirmer pourra s'avérer nécessaire en cas de sécheresse oculaire. Pas toujours facile à réaliser chez l'enfant, la sensibilité cornéenne est aussi à évaluer. Enfin, la mesure de la pression intraoculaire, de la réfraction, l'examen du segment antérieur et du fond d'œil sont, bien évidemment, à réaliser de façon systématique.

Conclusion

Tous ces éléments regroupés vont permettre de définir un tableau clinique susceptible d'orienter vers une étiologie de l'atteinte de la surface oculaire présentée par le patient. Malgré cela, si tous les éléments recueillis ne nous permettent pas de trancher en faveur d'un diagnostic, comme pour l'adulte, le recours à d'autres spécialistes (allergologues, neuropédiatres, internistes...) sera alors nécessaire.

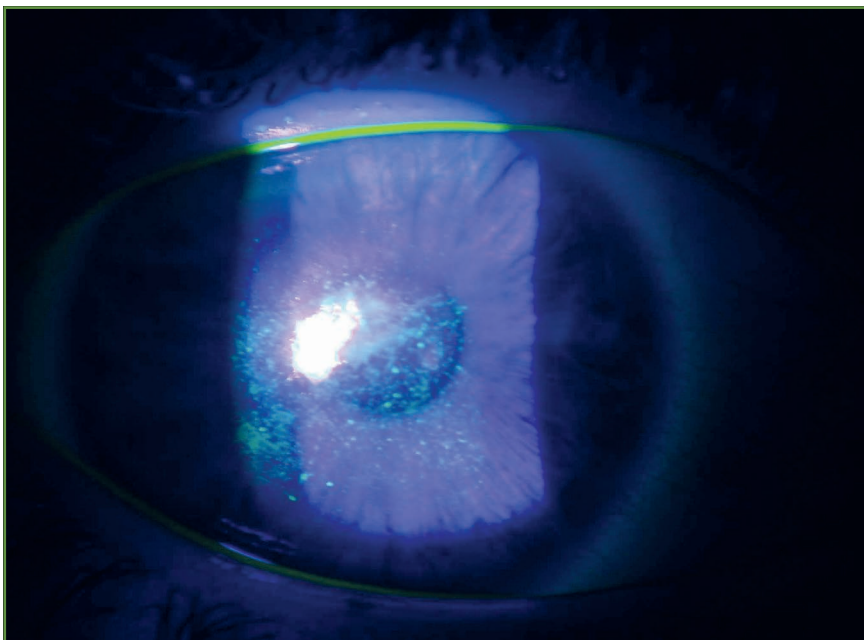


FIG. 10 : Kératite ponctuée superficielle (KPS) dans la fente palpébrale.

REVUES GÉNÉRALES

Surface oculaire

POINTS FORTS

- ➞ Il faut savoir prendre son temps pour que l'examen clinique soit méthodique et détaillé.
- ➞ Un interrogatoire poussé est capital.
- ➞ L'examen clinique doit être rigoureux et systématique.
- ➞ Chez l'enfant, l'acuité visuelle est un indicateur de gravité de l'atteinte de la surface, et conditionne le recours à la corticothérapie.
- ➞ Le traitement de la cause est souvent plus efficace que le traitement symptomatique seul.

Pour en savoir plus

- PUTZ C, DELBOSC B. Kératites ponctuées superficielles. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) *Ophthalmologie*, 21-200-D-10,2007, 9p.
- DE LAAGE DE MEUX P. Ophthalmologie pédiatrique. Masson Éditeur. 2003
- PISELLA PJ, FAUQUERT JL. L'allergie oculaire. *Bull Soc Ophtal Fr*, 2007;CVII:1-328.
- HOANG-XUAN T. Inflammation chronique de la conjonctive. *Bull Soc Ophtal Fr*, 1998; XCVIII:1-300.

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

MACULART meeting
PARIS - 2017

IMAGING & MANAGING
MACULAR DISEASES

2 – 4 JULY 2017 PARIS, FRANCE

www.maculart-meeting.com
#maculart2017

Traduction simultanée en Français

The scientific program will include clinical case sessions, poster sessions, free paper sessions, and 14 faculty sessions dedicated to exudative AMD, vein occlusion, diabetic maculopathy, myopic maculopathy, uveitis, and much more. MaculArt 2017 will also give the opportunity to highlight innovations, hot topics and new imaging such as OCT. We are also pleased to host a panel of international experts which will provide a forum for retina thought leaders to present data and engage in a lively discussion.

ABSTRACT SUBMISSION DEADLINE: **27 FEBRUARY 2017** • EARLY REGISTRATION DEADLINE: **15 APRIL 2017**

For more information contact Ms. Julie Bauwens - jbauwens@kenes.com

