

I Le dossier – Œil et pathologies infectieuses

Les conjonctivites du nouveau-né et de l'enfant

RÉSUMÉ : Parmi les conjonctivites de l'enfant, il faut distinguer d'une part les conjonctivites du nouveau-né (moins de 1 mois), principalement secondaires aux pathogènes responsables des maladies sexuellement transmissibles comme *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* ou *Herpes simplex virus*, qui sont rares mais potentiellement très sévères ; et d'autre part, les conjonctivites du nourrisson et du grand enfant, fréquentes et bénignes dans la plupart des cas.



D. DERHY, T. BOURCIER, A. SAUER
Service d'Ophtalmologie, Hôpitaux Universitaires,
STRASBOURG.

La conjonctivite de l'enfant est une affection bénigne, mais très fréquente. Elle représente en effet plus de la moitié des actes ophtalmologiques réalisés par les médecins généralistes et représente une incidence annuelle variant entre 10 et 50 cas pour 1 000 habitants. Les streptocoques et *Haemophilus influenzae* sont les bactéries les plus fréquemment en cause, à l'origine de 40 à 80 % des conjonctivites selon les séries [1].

Au contraire, les conjonctivites néonatales secondaires aux micro-organismes responsables des infections sexuellement transmissibles (IST) – *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* ou *Herpes simplex virus* – sont plus rares mais pourvoyeuses de complications redoutables, notamment des kératites. Ces pathogènes sont en général rencontrés lors du passage dans la voie génitale au décours de l'accouchement. À côté de ces formes particulières de conjonctivites, le nouveau-né peut aussi présenter une atteinte secondaire à des bactéries plus "classiques", souvent dans le cadre d'une infection nosocomiale, comme le staphylocoque, le pneumocoque ou *Haemophilus* [2].

Les kératoconjonctivites du nouveau-né (de la naissance à 1 mois)

Les conjonctivites du nouveau-né sont, le plus souvent, en rapport avec des infections sexuellement transmissibles ou une transmission nosocomiale.

1. Les kératoconjonctivites gonococciques

Les conjonctivites à *Neisseria gonorrhoeae* représentent les formes les plus graves des conjonctivites néonatales, exposant le nouveau-né au risque d'opacification ou perforation cornéenne. Elles débutent entre le 3^e et le 13^e jour après la naissance, sont hyper-aiguës en général au 4^e ou 5^e jour post-natal. Les signes cliniques sont un œdème palpébral important associé à des sécrétions purulentes à l'origine de membranes exposant au risque d'ulcération voire de perforation cornéenne. La prophylaxie classiquement réalisée par instillation de nitrate d'argent chez tous les nouveau-nés a été abandonnée au profit de l'usage des quinolones dans les formes à risque (infection sexuellement transmissible suspectée ou prou-

vée lors de la grossesse). Le traitement local repose sur les lavages fréquents, les quinolones et des larmes artificielles. Le traitement systémique doit être instauré en urgence et repose sur la ceftriaxone. Les parents doivent être dépistés et traités pour toutes les éventuelles infections sexuellement transmissibles [5].

2. Les kératoconjunctivites à *Chlamydia trachomatis*

Les symptômes commencent souvent au cours du premier mois de vie (5 à 15 jours d'incubation). La conjonctivite apparaît sous forme d'une conjonctivite pseudomembraneuse ou papillaire intense associée à un écoulement muqueux ou sanglant. Les atteintes cornéennes sont fréquentes et les séquelles sont des taies ou un micro-pannus. Le diagnostic sera confirmé par la mise en évidence de *Chlamydia* par PCR sur des cellules épithéliales conjonctivales obtenues par grattage. Une antibiothérapie par voie générale (macrolides (érythromycine) ou céphalosporines de 3^e génération (ceftriaxone)) est toujours prescrite car un portage naso-pharyngé est retrouvé chez 50 % de ces enfants et une pneumopathie chez 10 à 30 % de ces enfants. Il ne faut pas omettre de traiter les parents. Le traitement local fait appel aux macrolides ou aux quinolones toujours associés à une antibiothérapie par voie générale par macrolides (érythromycine) ou céphalosporines de 3^e génération (ceftriaxone) [6].

■ Les conjonctivites bactériennes du nourrisson

Les principales bactéries responsables de conjonctivites chez le nourrisson sont les cocci Gram + (Staphylocoques ou Streptocoques) et les bacilles Gram – dont *Pseudomonas aeruginosa* de transmission nosocomiale. Leur traitement chez le nourrisson repose sur l'antibiothérapie locale systématique. La rifamycine ou l'azithromycine constituent les traitements antibactériens de premier choix.

■ Les conjonctivites bactériennes de l'enfant (2 à 10 ans)

La conjonctivite bactérienne de l'enfant est très fréquente et le plus souvent d'évolution favorable. Sa présentation la plus fréquente est un œil rouge, avec sécrétions purulentes et sensation de grains de sable dans les yeux. Il n'y a pas de baisse d'acuité visuelle.

En cas d'atteinte bactérienne, les streptocoques et *Haemophilus influenzae* sont les plus souvent en cause. Le diagnostic de conjonctivite bactérienne est porté sur la présence de sécrétions purulentes abondantes, le plus souvent unilatérales parfois accompagnées d'un chémosis.

Première Mondiale
en Photocoagulation :
Cavité Laser à Fibre 577nm

Quantel medical

easYret

MonoSpot MultiSpot Mode SubLimal™

NOUVEAU

- LONGUEUR D'ONDE PURE JAUNE
- RÉPARTITION HOMOGÈNE DE L'IMPACT LASER
- DURÉE DE VIE PROLONGÉE

5 ANS GARANTIE CAVITÉ LASER

Venez nous rendre visite à **OPHTATLANTIC**
16 et 17 Juin 2017, La Baule

Siège social : Tél : +33 (0)4 73 745 745
info@quantel-medical.fr
www.quantel-medical.fr

Quantel medical

Le laser EASYRET est un laser pour applications ophtalmologiques et est un dispositif médical de classe IIb fabriqué par QUANTEL MEDICAL et dont l'évaluation de conformité a été réalisée par l'organisme LNE/G-MED « CE 0459 ». Il est destiné aux professionnels de santé dans le cadre du traitement de certaines affections oculaires. Lire attentivement la notice d'utilisation. Pour le bon usage de ce produit, il est recommandé de suivre les indications et contre-indications détaillées dans la notice d'utilisation du produit. Document publicitaire à destination des professionnels de santé.

16/07/QUANTEMED/PM/003

Date de réalisation : JUILLET 2016

■ Le dossier – Œil et pathologies infectieuses

Selon les recommandations de l'ANSM émises en 2004, un traitement antibiotique n'est indiqué qu'en cas de critères de gravité. Les critères de gravité d'une conjonctivite bactérienne sont : la présence de sécrétions purulentes importantes, un chémosis, un œdème palpébral, un larmolement important, une photophobie ou une baisse de l'acuité visuelle, même modérée. Le traitement des conjonctivites bactériennes doit comprendre avant tout un lavage oculaire par du sérum physiologique associé à un antiseptique. La rifamycine ou l'azithromycine sont les traitements de premier choix, comme chez le nourrisson.

■ Les conjonctivites virales

Les conjonctivites virales constituent le principal diagnostic différentiel des conjonctivites bactériennes. Les causes virales sont les plus fréquentes et se manifestent en général de manière bilatérale. Un ganglion prétragien est généralement retrouvé. Dans les jours précédents, on peut retrouver la notion d'un contagement viral. Elles sont dominées par l'adénovirus, mais toutes les maladies virales de l'enfant peuvent potentiellement se compliquer d'une kératoconjonctivite. La principale crainte face à une conjonctivite virale est son extrême contagiosité, durant de 3 à 14 jours, nécessitant des mesures d'éviction. Le traitement est surtout préventif par respect des règles d'hygiène, lavage des mains, linge personnel et instillation pluriquotidienne de sérum

physiologique, d'antiseptiques locaux à la phase aiguë [2].

Les corticoïdes sont utiles en cas d'infiltrats cornéens, mais doivent être maniés avec prudence en raison de la dépendance et des complications hypertoniques ou cristalliniennes chez l'enfant. Ils sont volontiers remplacés par la ciclosporine 2 % lorsqu'il existe des opacités séquellaires.

■ Les conjonctivites herpétiques

Les kératoconjonctivites herpétiques du nouveau-né concernent dans la majorité des cas l'HSV2, avec une notion de contagement fœto-maternel lors de l'accouchement (que l'atteinte maternelle soit symptomatique ou non). Le tableau s'installe en moyenne 15 jours après la naissance par quelques vésicules herpétiques au bord palpébral, une petite conjonctivite uni ou bilatérale peu sécrétante, non purulente, parfois séro-sanglante, compliquée d'une kératite ponctuée superficielle ou dendritique. Une opacité cristallinienne est possible.

Les kératoconjonctivites herpétiques de l'enfant après 2 ans sont essentiellement liées au virus HSV1. Elles se traduisent comme chez l'adulte par une kératite épithéliale dendritique, géographique, une kératite stromale ou encore une endothélite. Un traitement par voie générale par aciclovir est efficace sur l'atteinte oculaire. En cas de récurrences des kératito-conjonctivites, un traitement oral prolongé est à discuter.

■ Conclusion

Les kératoconjonctivites du nouveau-né sont rares mais potentiellement très sévères, principalement secondaires aux pathogènes responsables des maladies sexuellement transmissibles. Chez le nourrisson, l'usage des antibiotiques est systématique face à une conjonctivite. Chez le grand enfant, les conjonctivites sont fréquentes et d'évolution favorable dans la plupart des cas ; l'usage des antibiotiques n'est pas systématique.

BIBLIOGRAPHIE

1. TEOH DL, REYNOLDS S. Diagnosis and management of pediatric conjunctivitis. *Pediatr Emerg Care*, 2003;19:48-55.
2. SAUER A, SPEEG-SCHATZ C, BOURCIER T. Red eye in children. *Rev Prat*, 2008;58:353-357.
3. AFSSAPS. Collyres et autres topiques antibiotiques dans les infections oculaires superficielles. Recommandations, 2004.
4. KAPADIA MK, FREITAG SK, WOOG JJ. Evaluation and management of congenital nasolacrimal duct obstruction. *Otolaryngol Clin North Am*, 2006;39:959-977.
5. MACDONALD N, MAILMAN T, DESAI S. Gonococcal infections in newborns and in adolescents. *AdvExpMed Biol*, 2008;609:108-130.
6. DARVILLE T. Chlamydia trachomatis infections in neonates and young children. *Semin Pediatr Infect Dis*, 2005;16:235-244.

Le Professeur Tristan Bourcier a déclaré des liens d'intérêts avec les laboratoires Alcon, Novartis, Allergan, Elsevier, Horus, Santen et Théa.

Le Professeur Arnaud Sauer a déclaré des liens d'intérêts avec les laboratoires Horus et Théa.