

I Revues générales

Conjonctivites infectieuses du nouveau-né et de l'enfant : spécificités et conduite à tenir

RÉSUMÉ : Au sein des conjonctivites de l'enfant, deux situations cliniques doivent être distinguées : d'une part, les conjonctivites du nourrisson et de l'enfant, fréquentes et bénignes dans la plupart des cas et, d'autre part, les conjonctivites du nouveau-né, rares mais potentiellement graves, liées à des pathogènes responsables d'infections sexuellement transmissibles comme *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* ou *Herpes simplex virus*.



G. GOMART, A. SAUER
Service d'Ophtalmologie,
Hôpitaux Universitaires de
STRASBOURG.

Le diagnostic de conjonctivite infectieuse est clinique. Il repose sur la présence d'un œil rouge, associé à la présence d'une gêne (sensation de corps étranger, brûlure, prurit) et d'un larmoiement. Le diagnostic étiologique de conjonctivite infectieuse est fait après exclusion des autres causes (allergiques, rosacée, toxiques). Chez l'enfant, la conjonctivite bactérienne est très fréquente, elle touche 1 enfant d'âge scolaire sur 8.

À l'inverse, les conjonctivites néonatales, liées à des germes transmis lors du passage dans la filière génitale, sont beaucoup plus rares. Les germes en cause sont soit des germes sexuellement transmissibles (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* ou *Herpes simplex virus*), soit des germes plus classiques (staphylocoque, pneumocoque, *Haemophilus*) [1]. Le pronostic potentiellement redoutable des formes néonatales de conjonctivite est conditionné par la rapidité diagnostique et la connaissance de cette pathologie. Cet article propose une revue des principales causes de kératoconjonctivites chez l'enfant selon l'âge et le pathogène.

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

Les étiologies les plus fréquentes chez l'enfant sont les causes bactériennes avec *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* et *Staphylococcus aureus* [2]. Une infection ORL est souvent présente chez l'enfant, chez qui l'association otite-conjonctivite est classique avec *Haemophilus* et pneumocoque. La durée d'incubation et la contagiosité varient entre 1 et 7 jours. Le prélèvement n'est conseillé qu'en cas de facteur de gravité ou de récurrence malgré un traitement bien conduit. Le SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline) est de plus en plus fréquemment retrouvé [3].

Le traitement de la conjonctivite de l'enfant repose sur la présence de facteurs de risque et/ou de critères de gravité, qui font craindre une évolution péjorative de la conjonctive. Les facteurs de risque sont liés au terrain (monophtalme, porteur de lentilles de contact) et à la présence d'une immunodépression (diabète, corticothérapie locale en cours, chirurgie oculaire récente). Les critères

de gravité sont les suivants : sécrétions très purulentes, œdème palpébral, chémosis et signes de kératite.

En l'absence de facteurs de risque et de critères de gravité, le traitement repose sur un lavage abondant au sérum physiologique et un traitement anti-septique local. En présence de facteurs de risque et de critères de gravité, le traitement repose sur un lavage oculaire abondant associé à un antibiotique. Les trois possibilités sont l'azithromycine (1 goutte matin et soir pendant 3 jours), la tobramycine (1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours) et la rifamycine collyre (1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours).

Les conjonctivites du nourrisson (1 mois à 2 ans)

Elles se manifestent par une rougeur conjonctivale, associée à des larmoiements et des sécrétions abondantes (fig. 1). Une antibiothérapie locale doit être mise en place [4].

Le caractère récidivant d'une conjonctivite doit faire rechercher une imperforation des voies lacrymales. Cliniquement, elle se traduit par un larmoiement clair puis progressivement sale, uni ou bilatéral, débutant 1 mois après la naissance, avec sécrétions muco-purulentes. Un reflux peut être visualisé à la pression



Fig. 1 : Conjonctivite aiguë à *Staphylococcus aureus* chez un nourrisson de 3 mois.

du sac. Dans 95 % des cas, l'évolution est spontanément favorable avec disparition du larmoiement chronique avant un an. La prise en charge est donc conditionnée par l'âge de l'enfant.

Avant un an, il est indiqué de laver l'œil au sérum physiologique, de réaliser des massages en regard des canalicules, les antibiotiques étant réservés aux vrais épisodes infectieux. Après un an, la guérison spontanée est plus rare, un geste thérapeutique est nécessaire avec sondage sous anesthésie générale et mise en place d'une sonde dans le canal qui sera retirée 3 à 6 semaines plus tard.

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

Trois facteurs favorisent la survenue des conjonctivites néonatales : une infection génitale non traitée de la mère, les traumatismes obstétricaux au cours de l'accouchement et l'exposition du nouveau-né aux pathogènes de la mère (rupture précoce des membranes, travail prolongé).

1. La kératoconjonctivite gonococcique

L'agent pathogène en cause est *Neisseria gonorrhoeae*. Les conjonctivites gonococciques touchent 0,4 nouveau-né pour 1 000 naissances. Elles se développent dans les 5 premiers jours de vie sous la forme d'une conjonctivite inflammatoire, purulente, avec membrane séro-hémorragique. L'atteinte est bilatérale classiquement. L'évolution est rapide et sévère, avec opacification cornéenne, voire perforation cornéenne. Le diagnostic microbiologique est réalisé par PCR sur prélèvement par frottis conjonctival.

Le traitement de la conjonctivite gonococcique est une urgence, il repose sur l'administration d'une céphalosporine de 3^e génération (céfotaxime ou ceftriaxone) par voie générale, associée à

un traitement local par lavages fréquents, quinolones et larmes artificielles. Une recherche d'atteinte systémique à gonocoque est nécessaire chez l'enfant, un bilan maternel global infectieux (recherche d'infection sexuellement transmissible) et sa prise en charge sont également indiqués.

Le traitement préventif repose sur l'administration d'une goutte de rifamycine à la naissance en cas de facteurs de risque [5].

2. La kératoconjonctivite à *Chlamydia*

Elle est due à *Chlamydia trachomatis* et touche 1,1 à 1,4 nouveau-né pour 1 000 naissances. Elle débute entre le 5^e et le 14^e jour de vie. Elle est suspectée devant une conjonctivite purulente avec fausses membranes, une tuméfaction palpébrale, un aspect framboisé sanglant de la conjonctive. Son pronostic est meilleur que la conjonctivite gonococcique mais des taies peuvent persister, ainsi qu'une néovascularisation cornéenne. Le diagnostic microbiologique est fait par PCR sur grattage conjonctival.

La prise en charge thérapeutique est une urgence, un traitement systémique par érythromycine pendant 14 jours est indiqué, associé à un traitement local par quinolones. Comme pour la conjonctivite gonococcique, le bilan et le traitement parental ne doivent pas être oubliés [6].

3. Les autres conjonctivites et kératoconjonctivites bactériennes

Elles surviennent généralement dans des conditions locales prédisposantes (traumatisme, port de lentille de contact) ou générales (fièvre éruptive, rougeole, varicelle-zona, carence en vitamine A). Le principal facteur de risque des abcès de cornée chez le nouveau-né et le petit enfant est le traumatisme oculaire.

Les bactéries en cause sont les cocci Gram positif (staphylocoques et

I Revues générales

streptocoques) et les bacilles Gram négatif (*Pseudomonas aeruginosa*). La conjonctivite à *Haemophilus influenzae* peut être associée à une fièvre, une otite moyenne aiguë, une épiglottite, une pneumopathie, une péricardite, une méningite. Elle est en recul grâce à la vaccination systématique en France.

La prise en charge thérapeutique repose sur l'identification du pathogène en cause après grattage cornéen sous anesthésie générale. Le traitement antibiotique, probabiliste initialement puis secondairement adapté à l'antibiogramme, est double, local et général. L'arsenal thérapeutique comporte, localement, la rifamycine, antibiotique de choix chez l'enfant du fait de son large spectre. L'azythromycine est pratique d'utilisation grâce à une fréquence d'instillation réduite (1 goutte matin et soir pendant 3 jours), notamment pour les enfants en collectivité. Les aminosides peuvent également être utilisés mais les pneumocoques, fréquents chez l'enfant, y sont constamment résistants.

Rifamycine et aminosides sont prescrits 1 goutte 4 fois par jour pendant 7 à 10 jours. Les quinolones peuvent aussi être utilisées en deuxième ligne après échec des autres traitements. Le traitement antibiotique général du pneumocoque et de l'*Haemophilus* repose sur l'amoxicilline associé à l'acide clavulanique pendant 7 à 10 jours.

Les mesures d'hygiène classiques (lavage des mains, usage de compresses stériles, utilisation de gants de toilette à usage personnel) sont à associer de manière systématique.

4. L'herpès néonatal

L'herpès néonatal est aujourd'hui rare dans les pays développés (1 à 5 cas pour 10 000 grossesses). L'atteinte oculaire apparaît 6 à 15 jours après la naissance et se manifeste par des vésicules herpétiques au bord palpébral. La conjonctivite est uni- ou bilatérale,

peu sécrétante, séro-hémorragique. Une atteinte cornéenne est possible, avec micro-dendrites plutôt limbiques ou sous la forme d'une kératite ponctuée superficielle. Le pronostic est bon dans la forme cutanéomuqueuse, il est beaucoup plus sombre en cas d'atteinte générale avec méningoencéphalite (mortalité élevée autour de 50 %, séquelles neurologiques).

La prise en charge thérapeutique est fondée sur un traitement systémique par aciclovir, par voie orale ou par voie intraveineuse selon la gravité. Le traitement local repose sur un débridement et un antiviral local type aciclovir pommade, ganciclovir pommade ou trifluorotimidine.

Les kératoconjonctivites virales de l'enfant de 0 à 10 ans

Elles sont dominées chez l'enfant par les conjonctivites épidémiques à adénovirus. Les infections à *Molluscum contagiosum* ne sont pas rares dans cette population. De plus, de nombreuses infections virales systémiques de l'enfant peuvent s'accompagner d'une atteinte oculaire.

Les kératoconjonctivites épidémiques à adénovirus sont liées aux sérotypes 8, 19 et 37. Elles peuvent s'associer à des signes rhinopharyngés, de la fièvre et des symptômes gastro-intestinaux. L'atteinte

POINTS FORTS

- Les antibiotiques ne sont pas systématiques dans la conjonctivite de l'enfant de plus de 2 ans.
- Les conjonctivites néonatales (0 à 1 mois) sont potentiellement très graves et nécessitent une prise en charge adaptée.
- Savoir évoquer une imperforation des voies lacrymales devant une conjonctivite du nourrisson.

est uni- puis rapidement bilatérale. L'examen retrouve une conjonctivite folliculaire avec chémosis, œdème palpébral, hémorragies sous-conjonctivales. Une adénopathie prétragienne est parfois présente.

Des pseudomembranes peuvent se former, reflet d'une forme très inflammatoire pouvant évoluer vers une fibrose sous-conjonctivale et un symblépharon. L'atteinte cornéenne, lorsqu'elle existe, est de type ponctuée superficielle voire filamenteuse et peut se compliquer d'infiltrats cornéens nummulaires souvent persistants et potentiellement pourvoyeurs de baisse d'acuité visuelle. L'enfant est contagieux pendant 3 à 14 jours après le début des signes.

La prise en charge thérapeutique repose sur la prévention : explications aux parents et à l'enfant des règles d'hygiène simples (lavage des mains, linge personnel) et exclusion des collectivités. Le traitement est local par instillation pluri-quotidienne de sérum physiologique, d'antiseptiques locaux à la phase aiguë et pour certains d'antiviraux topiques.

L'utilisation des corticoïdes est très discutée, ils favoriseraient le portage chronique du virus ; ils sont indiqués à la phase aiguë en présence de pseudomembranes et de symblépharons et peuvent aider au contrôle des infiltrats cornéens. Ils doivent être utilisés avec prudence en raison de la dépendance et des complications cristalliniennes et

hypertoniques chez l'enfant. Ils seront remplacés par la ciclosporine 2 % devant des opacités séquelleaires.

L'infection à *Molluscum contagiosum* est liée à *poxvirus* et se manifeste par une conjonctivite folliculaire chronique unilatérale ou bilatérale très asymétrique avec sécrétions. Dans les formes évoluées, il peut exister une kératoconjonctivite phlycténulaire, une kératite ponctuée puis un pannus néovasculaire. Les molluscums cutanés sont à rechercher au niveau du versant cutané du bord libre des paupières. La prise en charge thérapeutique repose sur l'exérèse des molluscums par excision, curetage ou photodestruction au laser argon. Un bilan dermatologique est nécessaire.

■ Conclusion

Les conjonctivites de l'enfant sont fréquentes et d'évolution favorable dans la majorité des cas. L'utilisation des anti-

biotiques n'est pas systématique après 2 ans. Chez le nourrisson, la prescription d'antibiotiques est la règle. La survenue de récurrences infectieuses fera rechercher une imperforation des voies lacrymales.

Les kératoconjonctivites du nouveau-né sont rares mais potentiellement très sévères, principalement secondaires aux pathogènes responsables de maladie sexuellement transmissibles comme *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* ou *Herpes simplex virus*.

BIBLIOGRAPHIE

1. SAUER A, SPEEG-SCHATZ C, BOURCIER T. [Red eye in children]. *Rev Prat*, 2008;58:353-357.
2. LAMATTINA K, THOMPSON L. Pediatric conjunctivitis. *Dis Mon*, 2014;60:231-238.
3. PAK KY, KIM SI, LEE JS. Neonatal bacterial conjunctivitis in Korea in the 21st century. *Cornea*, 2017;36:415-418.
4. LEUNG AKC, HON KL, WONG AHC *et al*. Bacterial conjunctivitis in childhood:

etiology, clinical manifestations, diagnosis, and management. *Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov*, 2018;12:120-127.

5. MACDONALD N, MAILMAN T, DESAI S. Gonococcal infections in newborns and in adolescents. *Adv. Exp. Med. Biol*, 2008;609:108-130.
6. DARVILLE T. *Chlamydia trachomatis* infections in neonates and young children. *Semin Pediatr Infect Dis*, 2005;16:235-244.

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