Le dossier – Herpès et zona oculaire

Atteintes oculaires de la varicelle

RÉSUMÉ : La varicelle peut toucher les yeux, avec le plus souvent une atteinte des paupières. L'atteinte conjonctivale est bénigne, et se présente sous forme de vésicules ou de conjonctivite. La kératite doit être surveillée car elle peut évoluer de façon chronique et menacer la vision. L'uvéite antérieure semble fréquente dans certaines études. Tout œil rouge ou photophobie au cours d'une varicelle doit donc amener à un examen ophtalmologique complet.

S. DOAN
Hôpital Bichat et Fondation A. de Rothschild, PARIS.

La varicelle est une maladie infantile contagieuse liée au varicelle-zona virus (VZV), touchant surtout les enfants avant 10 ans. Si elle peut être asymptomatique, elle se manifeste typiquement par une éruption cutanée vésiculeuse généralisée et s'accompagne d'une fébricule avec asthénie. L'éruption est faite de vésicules cutanées pouvant devenir pustuleuses, qui évoluent vers des croûtes. Des vésicules ou érosions muqueuses sont classiques. La contagiosité est importante 2 jours avant l'éruption jusqu'à la phase de croûtes. Cette maladie bénigne peut être sévère chez le nouveau-né ou l'immunodéprimé, avec des atteintes pulmonaires, cérébrales, hépatiques ou cardiaques. Elle est rarement mortelle. La vaccination (non obligatoire) permet de prévenir la maladie.

L'atteinte oculaire au cours de la varicelle n'est pas si rare, de l'ordre de 4 % et allant jusqu'à 25 % [1].

L'atteinte palpébrale

L'atteinte palpébrale est l'atteinte la plus fréquente et la plus visible, concernant entre 40 et 60 % des enfants avec atteinte oculaire [2, 3]. Les vésicules palpébrales cutanées n'ont pas de particularité par rapport aux autres localisations, mais peuvent entraîner un œdème palpébral important. Elles peuvent aussi intéresser le bord libre. À la différence de l'herpès, elles ne sont en général pas en bouquet. Elles cicatrisent en 1 à 2 semaines, sans laisser de cicatrice. Elles peuvent par contrer se surinfecter, en général à staphylocoque.

L'atteinte conjonctivale

L'atteinte conjonctivale est moins fréquente que l'atteinte palpébrale, représentant 1/3 des atteintes oculaires. Elle se présente sous forme de vésicules conjonctivales, paralimbiques ou limbiques, sur base érythémateuse, plus ou moins en relief, sans tendance à l'ulcération. Les vésocules apparaissent quelques jours après le rash cutané, et cicatrisent en 2 semaines. La conjonctivite semble moins fréquente, de type folliculaire, avec hyperhémie conjonctivale diffuse.

La kératite

La kératite est peu fréquente (< 10 %) et peut prendre plusieurs formes :
– une kératite ponctuée superficielle, rapidement régressive ;
– une kératite épithéliale dendritiforme, qui cicatrise rapidement sous traitement ;
– une kératite stromale antérieure avec infiltrats nummulaires. Elle disparaît le plus souvent spontanément ou sous traitement sans cicatrice. Dans de rares

Fig. 1 : Kératite stromale antérieure nummulaire.

Fig. 2 : Kératite stromale disciforme avec anneaux de Wessely.

cas, elle peut se chroniciser, rappelant les cas de kératite zostérienne chronique. Elle prend alors la forme soit d'une kératite nummulaire (***fig. 1***), soit d'une disciforme interstitielle, les deux étant en général unilatérales.

Le mécanisme de ces kératites chroniques est plus immunitaire qu'infectieux, lié à une réactivation des cellules de défense vis-à-vis d'antigènes viraux cornéens. Un anneau inflammatoire d'évolution concentrique autour du foyer (anneau de Wessely, ***fig. 2***) est caractéristique de cette kératite immunitaire, de même que la néovascularisation. Des précipités rétrocornéens peuvent être notés lors des récidives cornéennes. La kératite lipidique est cependant rare chez l'enfant. L'évolution peut se faire sur plusieurs années, nécessitant un traitement anti-inflammatoire et antiviral au long cours pour limiter les opacités cornéennes qui peuvent engager le pronostic visuel.

Nous avons récemment rapporté les cas de 7 enfants avec kératite stromale chronique post-varicelle [4]. Si 3 enfants ont pu arrêter les corticoïdes locaux après 2 à 8 mois, les 4 autres ont nécessité un traitement au long cours par collyres corticoïdes et ciclosporine, avec plusieurs récidives lors de la décroissance, et suivis plus de 3 ans. L'association avec un traitement antiviral oral n'a pas semblé modifier l'évolution de la maladie. Le pronostic visuel était en général favorable, sauf dans les cas de perte de suivi ou de compliance.

Uvéite antérieure

L'uvéite antérieure n'est pas si rare à la phase infectieuse, représentant 1/4 des atteintes oculaires dans une série [2]. L'uvéite est non granulomateuse, strictement antérieure, pas toujours symptomatique. Elle disparaît avec ou sans traitement en 2 semaines, sans laisser de séquelles. Des cas de mydriase séquellaire ont été décrits. Il n'y a cependant pas de récurrence en l'absence de kératite.

Autres atteintes rares

On peut citer, entre autres, des cas de sclérite/épisclérite, d'inflammation orbitaire, de sténose canaliculaire lacrymale, de paralysie oculomotrice, de neuropathie optique, de rétinopathie, de cataracte.

Traitement

Le traitement des atteintes oculaires dépend de leur sévérité et de leur évolution. Le traitement des kératites n'est pas codifié, mais les antiviraux sont logiques à la phase infectieuse, en privilégiant la voie orale à la voie locale. Les anti-inflammatoires sont à discuter secondairement si l'inflammation persiste ou se chronicise, en utilisant les corticoïdes locaux sous couverture antivirale, et la ciclosporine en collyre si chronicité.

Au total, les atteintes oculaires au cours de la varicelle sont variées et concernent essentiellement le segment antérieur. Elles doivent être dépistées en cas d'œil rouge. La kératite peut se chroniciser et nécessiter un traitement au long cours pour éviter les séquelles visuelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Griffin WP, Searle CWA. Ocular manifestations of varicella. *Lancet*, 1953: 11:168-9.
2. Jordan DR, Noel LP, Clarke WN. Ocular involvement in varicella. *Clin Pediatr (Phila)*, 1984;23:434-436.
3. Kachmer ML, Annable WL, DiMarco M. Iritis in children with varicella. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*, 1990;27: 221-222.
4. Denier M, Gabison E, Sahyoun M *et al.* Stromal Keratitis After Varicella in Children. *Cornea*, 2020;39:680-684.

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