

■ Revues générales

Pathologies de la surface oculaire chez l'enfant

RÉSUMÉ : Les pathologies de la surface oculaire chez l'enfant constituent un enjeu majeur pour les ophtalmologistes, étant donné leur impact significatif sur la qualité de vie et le développement visuel des jeunes patients. La prise en charge de ces troubles commence par la compréhension des différences physiologiques entre enfants et adultes au niveau de la surface oculaire. Cela permettra de mener un interrogatoire et un examen clinique de l'œil et de ses annexes, adapté à la consultation pédiatrique, différant surtout par la collaboration enfant-parent/entourage-médecin. En effet, pour nos tout petits patients, le défi de la consultation réside dans l'absence d'un recueil direct de la symptomatologie en raison d'un âge préverbal ou par opposition du patient lors de l'examen rendant la recherche de signes cliniques plus complexes.



G. MORTEMOUSQUE
CHRU Bretonneau, TOURS.

■ Approche clinique

Le motif de consultation le plus fréquent pour les troubles de la surface oculaire de l'enfant est la rougeur oculaire. Elle peut s'accompagner, comme chez l'adulte, de larmoiements, de sécrétions de différentes origines et couleurs, d'un chémosis, d'un œdème palpébral ou, encore, de sensation de grain de sable allant jusqu'à la douleur oculaire. Cette même douleur oculaire est souvent inaperçue ou peu évoquée par les enfants [1].

L'interrogatoire doit être structuré, comme chez l'adulte, avec pour seule réelle différence l'origine des réponses provenant des accompagnants de l'enfant. Il doit donc rechercher les symptômes ressentis ou perçus, les circonstances, modes et périodicité de survenue, l'existence de facteurs aggravants ou améliorants, la durée et l'ancienneté des troubles, les antécédents personnels, familiaux (et obstétricaux pour les nouveau-nés), le développement général de l'enfant, les traitements locaux et généraux actuels ou suivis préalablement à la consultation ainsi que le port de lentilles chez les plus grands.

L'examen clinique commence par une mesure de l'acuité visuelle. Cette évaluation permet de déterminer l'impact fonctionnel de l'atteinte, de mesurer la gravité de la pathologie et de déterminer la rapidité de la prise en charge nécessaire.

L'approche de l'examen de la surface oculaire débute par l'analyse de la peau périorbitaire, en recherchant des lésions érythémateuses, vésiculeuses, squameuses ou autres, pouvant orienter vers des diagnostics tels que l'eczéma atopique, la rosacée oculaire ou une infection à VZV. Ensuite, l'examen se concentre sur les paupières, qui doivent être évaluées à la fois sur le plan anatomique (ectropion, entropion, colobome palpébral, perméabilité des méats lacrymaux) et dynamique, par l'observation de la qualité de l'occlusion palpébrale et du nombre de clignements. À noter que le nouveau-né cligne environ trois fois par minute, contre douze à vingt fois pour l'adulte [2].

L'analyse du bord libre et des cils est également cruciale pour détecter des signes cliniques tels que la madarose, une blépharite antérieure et/ou postérieure, ou

un dysfonctionnement meibomien après pression des glandes de Meibomius (lorsque l'enfant le permet), ainsi que la présence éventuelle de phtiriase.

La troisième étape porte sur l'évaluation de la conjonctive, de la cornée et du film lacrymal, initialement sans colorant. La conjonctive bulbaire et tarsale doit être examinée pour détecter toute inflammation (hyperhémie, chémosis, sécrétions), ainsi que la présence de follicules et de papilles. L'éversion palpébrale peut représenter un défi chez les enfants, nécessitant une bonne communication et la participation des proches, afin de rechercher un corps étranger éventuel.

Le limbe, à la jonction de la conjonctive et de la cornée, peut montrer des signes inflammatoires tels que les grains de Horner-Trantas dans le cadre d'une kérato-conjonctivite vernale. L'examen de l'état cornéen est une étape cruciale, souvent associée à une atteinte plus grave de la pathologie de surface. Un aspect dépoli de la cornée peut indiquer une kératite ; et la recherche d'opacifications, d'infiltrats ou de néovascularisation – dont la localisation peut orienter le diagnostic – est essentielle. L'utilisation de la fluorescéine 0,5 % en collyre permet de détecter des kératites ponctuées superficielles, des abrasions cornéennes linéaires ou, encore, des ulcères de cornée. Le film lacrymal est plus facilement analysé avec la fluorescéine, permettant de mesurer la hauteur de la rivière lacrymale et le temps de rupture du film lacrymal (*break-up time* [BUT]), dont la normalité est supérieure à 15 secondes [2]. L'écoulement de la fluorescéine par le nez peut également rassurer sur la perméabilité des voies lacrymales.

En cas de suspicion d'atteinte grave de la surface oculaire et si l'examen est trop compliqué, l'inhalation de MÉOPA (mélange équimoléculaire d'oxygène et de protoxyde d'azote) est une solution pour surmonter cette difficulté. Sinon, un examen sous anesthésie générale peut s'imposer.

Nous voilà donc parés pour aborder les différents troubles de la surface oculaire de l'enfant que nous abordons par mécanismes étiologiques.

■ Pathologies infectieuses

1. Origine bactérienne

Les infections de la surface oculaire seront la première raison de consultation en urgence en ophtalmologie pédiatrique. Majoritairement d'origine bactérienne, elles se présentent sous la forme d'une conjonctivite responsable d'une hyperhémie conjonctivale diffuse, associée avec des larmolements, des sécrétions muco-purulentes, des follicules/papilles conjonctivaux, un chémosis et un œdème palpébral. Les principales bactéries pourvoyeuses de conjonctivite chez l'enfant sont *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, and *Moraxella catarrhalis* [3]. Une atteinte cornéenne allant de la kératite ponctuée superficielle à l'ulcère de cornée appréciera la gravité de l'infection. La recherche d'un traumatisme cornéen, de corps étrangers sous-palpébraux ainsi que de signes ORL est à effectuer pour orienter la prise en charge. En effet, les conjonctivites à *Haemophilus influenzae* sont les plus fréquentes chez l'enfant avec une association avec otite moyenne aiguë et de la fièvre dans la plupart des cas. La prise en charge sera alors complétée par un traitement antibiotique par voie générale.

Concernant le nouveau-né et en raison du passage dans la filière génitale de la mère pouvant être infectée, les germes *Chlamydia trachomatis*, *Nesseiria gonorrhoeae* peuvent être responsable d'une conjonctivite avec un risque important d'ulcère cornéen pouvant aller jusqu'à la perforation. Le traitement instauré sera alors local et systémique, avec une surveillance rapprochée en plus d'un traitement pour la mère.

Dans le cas d'une conjonctivite bactérienne sans signes de gravité, un lavage

oculaire fréquent associé à des mesures d'hygiène suffit à la résolution de la maladie en sept à dix jours. L'antibiothérapie locale est à réserver aux formes à risque (port de lentilles, bactéries agressives) ou compliquées (ulcération), son utilisation dans les formes simples n'ayant pas démontré une durée de résolution plus courte [4].

Enfin, le prélèvement conjonctival doit être réalisé dans le cas de forme grave ou chronique pour aider à la prise en charge.

2. Origine virale

Les virus constituent un autre groupe de germes responsables d'infections. Souvent causée par une infection à adénovirus, cette pathologie se manifeste sous forme de conjonctivite folliculaire accompagnée de sécrétions aqueuses, de larmolements et de prurit. La recherche de pseudo-membranes et d'infiltrats nummulaires est cruciale pour évaluer la gravité de l'infection : les pseudo-membranes apparaissent au début de la phase infectieuse, tandis que les infiltrats nummulaires surviennent dans la phase immunologique après deux à trois semaines d'évolution. Une éviction avec des mesures d'hygiène strictes est nécessaire pour éviter la contagion.

Bien que rares chez l'enfant, les infections par HSV (virus herpès simplex) et VZV (virus varicelle-zona) doivent être prises en charge de manière similaire à celles des adultes, en fonction du type d'atteinte cornéenne. Ces virus peuvent provoquer des vésicules cutanées, une conjonctivite folliculaire (pouvant être bilatérale chez l'enfant), une kératite ponctuée superficielle ou encore des dendrites/pseudo-dendrites. Un traitement antiviral systémique, associé à des larmes artificielles, est suffisant dans la majorité des cas pour contrôler l'infection. À noter la possibilité de débridement cornéenne dans le cas d'atteinte épithéliale.

Enfin, dans le cadre d'une conjonctivite chronique folliculaire, l'examen

Revue générale



Fig. 1 : *Molluscum contagiosum*.



Fig. 2 : *Phtirius pubis* ciliaire.

s'efforcera à trouver un *molluscum contagiosum* (fig. 1) lié à une infection par un pox virus. Son traitement repose sur l'exérèse des molluscums par laser argon le plus souvent.

3. Origine parasitaire

La phtiriose ciliaire, un type d'infestation parasitaire, provoque un prurit et une inflammation du bord libre palpébral (fig. 2). Le traitement inclut l'application de pommade à la vitamine A et le retrait manuel des lentes au niveau des cils à l'aide d'une pince. Une enquête étiologique et sociale doit être menée dans l'entourage du patient pour identifier la source de contamination et prévenir les réinfestations.

Pathologies allergologiques

L'allergie est une source fréquente de troubles de la surface oculaire chez l'enfant, particulièrement en cas de terrain atopique. La recrudescence saisonnière des symptômes, l'existence d'une rhinite associée à un prurit oculaire

POINTS FORTS

- L'examen de la surface oculaire de l'enfant est primordial et présente quelques différences avec celles de l'adulte.
- La collaboration enfant-entourage/parent-médecin est primordiale dans l'enquête clinique et aussi dans le suivi thérapeutique.
- L'étiologie infectieuse représente la majorité des pathologies de la surface oculaire de l'enfant.
- L'allergie oculaire et la rosacée sont à prendre en charge avec soin étant donné les conséquences sur la qualité de vie de l'enfant et de l'acuité visuelle.

ainsi qu'une atteinte cutanée de type eczémateuse sont des signes évocateurs. Un bilan allergologique est intéressant pour identifier les allergènes possibles afin de les éviter, ce qui constitue le principal traitement de la conjonctivite allergique. L'utilisation de lavages oculaires combinés avec des collyres antiallergiques (antihistaminiques, antidégranulants mastocytaires) est recommandée, avec un traitement systémique en cas d'atteinte ORL associée.

Il est crucial de surveiller les formes sévères de kérato-conjonctivite vernale ou kérato-conjonctivite du sujet atopique. Leur prise en charge implique l'utilisation de corticoïdes dans la phase aiguë, avec la mise en place de traitements immunomodulateurs (ciclosporine, tacrolimus) dans les formes récurrentes et/ou graves, visant à épargner l'usage des corticoïdes. L'évaluation et l'amélioration de la qualité de vie du jeune patient doivent être primordiales dans ce type de pathologies [5].

Autres pathologies inflammatoires

Le chalazion est très fréquent chez l'enfant. Le traitement repose sur des soins des paupières combinés à l'utilisation de collyres à base d'azithromycine ou de pommades corticostéroïdes. En l'ab-

sence d'efficacité de ces traitements, une exérèse chirurgicale peut être nécessaire. Une réfraction sous cycloplégique peut être intéressante dans les cas de chalazions récurrents, tout comme la recherche de troubles cutanés (flushs) ou de bord libre suggérant un diagnostic de rosacée oculaire.

La rosacée oculaire peut se manifester sous forme de blépharoconjonctivite, voire d'atteinte cornéenne à risque de cécité. Les lésions sont préférentiellement inférieures avec une néovascularisation cornéenne limbique et des phlyctènes conjonctivales (fig. 3). Les formes sévères peuvent entraîner des ulcères cornéens ou des infiltrats cataractaux, souvent confondus avec des abcès cornéens, mais dont la localisation proche du limbe et la multiplicité les

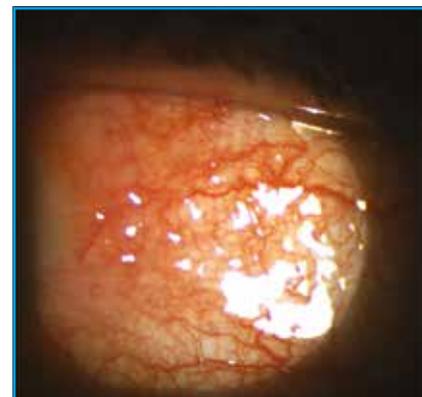


Fig. 3 : Phlyctènes conjonctivales.

Revue générale

distinguent. Le traitement comprend des larmes artificielles, des soins des paupières, un traitement anti-inflammatoire par cures de collyres à l'azithromycine, et l'association d'un immunomodulateur (ciclosporine, tacrolimus) dans les cas corticodépendants ou graves [6].

Conclusion

Les pathologies de la surface oculaire chez l'enfant représentent un défi considérable pour les ophtalmologistes, en raison de leur impact significatif sur la qualité de vie et le développement visuel des jeunes patients. Une approche clinique structurée et adaptée à la pédiatrie est essentielle pour un diagnostic précis et un traitement efficace. Les principales pathologies incluent les infections, les réactions allergiques et les inflammations diverses. La prise en charge appropriée repose sur un examen clinique détaillé, allant de l'évaluation

de la peau périorbitaire à l'analyse minutieuse de l'œil et de ses annexes, en utilisant des colorants vitaux pour affiner le diagnostic. Cette évaluation permet de déterminer l'impact fonctionnel de la pathologie, d'établir un diagnostic précis et de mettre en place une stratégie thérapeutique adaptée, tant pour les phases aiguës que chroniques des pathologies de surface oculaire.

BIBLIOGRAPHIE

- HAN SB, YANG HK, HYON JY *et al.* Children with dry eye type conditions may report less severe symptoms than adult patients. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 2013;251:791-796.
- CHIDI-EGBOKA NC, BRIGGS NE, JALBERT I *et al.* The ocular surface in children: A review of current knowledge and meta-analysis of tear film stability and tear secretion in children. *The Ocular Surface*, 2019;17:28-39.
- MAHONEY MJ, BEKIBELE R, NOTERMANN SL *et al.* Pediatric conjunctivitis: A review of clinical manifestations, diagnosis, and management. *Children*, 2023;10:808.
- SHEIKH A, HURWITZ B, SCHAYCK CP VAN *et al.* Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2012 [cité 26 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001211.pub3/abstract>
- ARTESANI MC, ESPOSITO M, SACCHETTI M *et al.* Health-related quality of life in children at the diagnosis of vernal keratoconjunctivitis. *Pediatr Allergy Immunol*, 2021;32:1271-1277.
- Rapport SFO 2015 – Surface oculaire. Disponible sur: https://www.emconsulte.com/em/SFO/2015/html/file_100036.html

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