

Mises au point interactives – 20 ans, 20 temps forts



D. BREMOND-GIGNAC
Service d'Ophthalmologie
de l'Hôpital Universitaire
Necker Enfants-Malades,
Université Paris V
René Descartes,
INSERM UMRS 1138
Team 17,
Université Sorbonne
Paris Cité, PARIS.

Le pédiatre face à l'œil rouge

L'œil rouge est la pathologie oculaire de l'enfant la plus fréquente. Il faut aussi diagnostiquer les formes cliniques et reconnaître les pièges quand le patient est adressé pour un bilan d'œil rouge. L'hémorragie sous-conjonctivale doit faire rechercher un traumatisme oculaire. **Il faut de plus savoir reconnaître et éliminer les diagnostics oculaires urgents, qui peuvent entraîner une perte de l'œil si le traitement adapté n'est pas mis en place à temps.**

■ Diagnostic et prise en charge

1. Diagnostics à éliminer

Devant un œil rouge, il est impératif d'éliminer un traumatisme oculaire passé inaperçu. Le traumatisme peut se présenter sous la forme d'une contusion de diagnostic difficile chez le jeune enfant, ou sous forme de perforations ou de plaies évidentes ou parfois plus complexes car occultées par une hémorragie sous-conjonctivale (plage conjonctivale d'un rouge profond assez uniforme). Les brûlures, basiques ou acides, sont plus facilement identifiables et nécessitent un lavage oculaire en urgence avec du sérum physiologique si disponible rapidement ou simplement de l'eau claire pour évacuer le produit toxique au maximum, et au plus vite pour réduire l'intensité des lésions.

2. Signes et examen cliniques de l'enfant

Chez l'enfant, les signes cliniques sont souvent trompeurs et peuvent se limiter à un œil rouge isolé. Les signes

peuvent inclure des clignements, un prurit, un larmolement et/ou des sécrétions. Une attention particulière est portée aux antécédents familiaux, au mode d'apparition et aux signes associés comme une infection de la sphère oropharyngée.

La douleur est à évaluer, ainsi que la baisse d'acuité visuelle si l'enfant est d'âge verbal. Est-ce que la rougeur oculaire est unilatérale ou bilatérale ? L'analyse de l'aspect de la rougeur oculaire est essentielle car elle oriente le diagnostic.

L'examen du segment antérieur s'effectue à la lampe à fente ou au biomicroscope pour l'ophtalmologiste, mais un éclairage par lampe peut donner de nombreuses précisions. De plus, l'examen comporte l'aspect général oculaire, la recherche des reflets cornéens de la lumière permettant d'apprécier l'alignement oculaire.

La motilité oculaire, la poursuite oculaire, le réflexe pupillaire et le *cover test* sont évalués lors d'un examen ultérieur. Ces tests apprécient l'oculomotricité mais aussi l'amblyopie éventuelle. L'examen ophtalmologique inclura ultérieurement systématiquement un examen oculaire ainsi qu'un examen de la réfraction sous cycloplégique nécessitant ainsi une dilatation de 1 semaine par atropine, ou une heure avant l'examen par cyclopentolate si l'enfant est âgé de plus d'un an. Le fond d'œil est systématiquement réalisé à cette occasion. Les appareils d'examen oculaire sont spécifiques à l'enfant et sont manu-portés.

Il faut cependant être vigilant sur l'œil rouge des enfants car ils se plaignent rarement et il faut absolument éliminer une urgence à faible symptomatologie.

■ Étiologies

Le type de rougeur conjonctivale, sa localisation, une douleur oculaire et une baisse d'acuité visuelle permettent une orientation étiologique. Cette orientation s'effectue à partir de trois éléments :

- l'œil douloureux ou non ;
- le type de rougeur (hyperhémie conjonctivale) ;
- la baisse d'acuité visuelle ou non.

La **figure 1** résume les orientations étiologiques devant un œil rouge de l'enfant.

1. Les conjonctivites

Le plus souvent, chez l'enfant, l'œil rouge est le signe d'une conjonctivite. Les conjonctivites sont le plus fréquemment infectieuses, bactériennes ou virales, ou d'origine allergique.

>>> Les conjonctivites infectieuses

La conjonctivite infectieuse de l'enfant est fréquente avec 1 patient sur 8 atteint par chaque année d'âge (**fig. 2**). Une attention particulière est portée pour les nouveau-nés qui peuvent présenter des infections à *Chlamydia trachomatis*, *Herpès virus* et à *Neisseria gonorrhoeæ*, appelant souvent un traitement par voie systémique en plus du traitement topique du fait des potentielles complications.

La plupart des antibiotiques locaux sont prescrits de façon empirique sans preuve de l'origine bactérienne et, par ailleurs, 51 % des antibiotiques locaux sont prescrits chez l'enfant âgé de 0 à 9 ans. Les jeunes patients ayant une conjonctivite bactérienne se présentent en général avec des sécrétions et un œil rouge dont l'hyperhémie conjonctivale est diffuse.

Le risque essentiel est que cette conjonctivite bactérienne passe inaperçue et se

Mises au point interactives – 20 ans, 20 temps forts

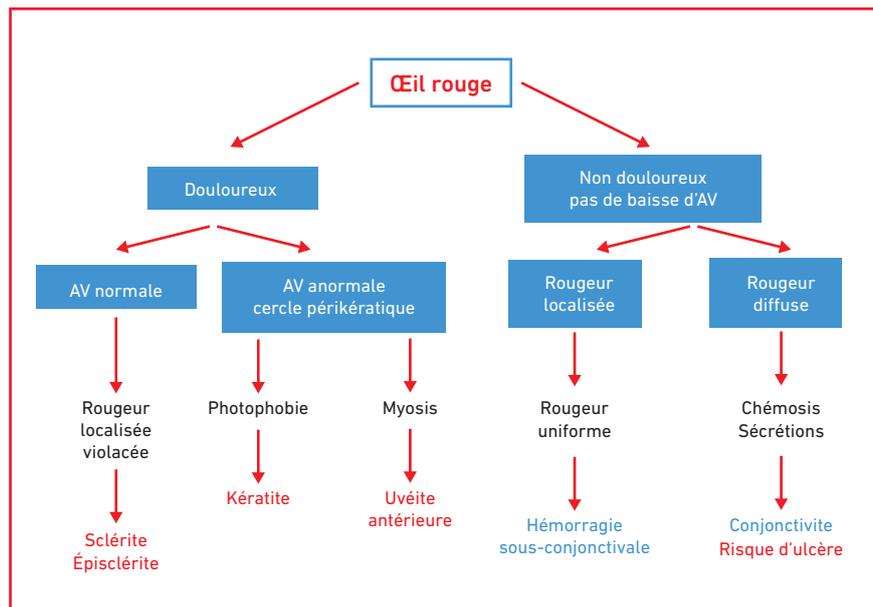


Fig. 1 : Orientations étiologiques devant un œil rouge de l'enfant.



Fig. 2 : Œil rouge de l'enfant, hyperhémie diffuse avec sécrétions.

complicque d'un ulcère pouvant menacer gravement la fonction visuelle. Un traitement approprié par antibiotiques topiques à dose adaptée et des lavages oculaires est à prescrire.

Les conjonctivites virales sont le plus souvent épidémiques et s'accompagnent de larmoiements et d'un ganglion prétragien assez caractéristique. Dans ces cas, les lavages sont indiqués, et il faut surveiller l'apparition d'une kératite et éviter les surinfections bactériennes.

>>> Les conjonctivites allergiques

Les formes les plus fréquentes d'allergie oculaire sont l'allergie oculaire

saisonnaire (SAC) et l'allergie oculaire perannuelle (PAC), même forme dont l'allergène détermine la forme clinique. Par exemple, les pollens déterminent une forme SAC et les acariens une forme PAC. Elles se manifestent par un œil rouge accompagné de prurit et larmoiement.

De façon très rare, il existe des formes sévères comme la kératoconjonctivite vernale (VKC) ou la kératoconjonctivite atopique (AKC) qui peuvent affecter sévèrement la fonction visuelle et la qualité de vie des enfants atteints. Ces enfants nécessitent une prise en charge et un suivi ophtalmologique régulier.

2. Les kératites

Les kératites se présentent aussi comme un œil rouge qui peut s'accompagner de photophobie et de baisse d'acuité visuelle. **C'est la localisation de la rougeur périkeratique qui doit alerter le pédiatre et adresser à l'ophtalmologiste** qui effectuera le diagnostic à la lampe à fente après instillation de collyre à la fluorescéine. Un traitement adapté doit être instauré rapidement pour éviter les complications à type d'ulcère de cornée.

3. Les hémorragies sous-conjonctivales

Les hémorragies sous-conjonctivales peuvent survenir après un traumatisme, une conjonctivite ou des efforts par surpression, par exemple de vomissement. La lésion conjonctivale est d'un rouge uniforme et doit faire rechercher une plaie ou un corps étranger au moindre doute.

4. Les sclérites et épisclérites

La rougeur conjonctivale observée dans les sclérites et épisclérites est classiquement localisée et légèrement violacée. Il faut évoquer le diagnostic devant un œil rouge traînant ou récidivant malgré un traitement de conjonctivite bien conduit. La composante inflammatoire est habituelle mais l'étiologie n'est pas toujours retrouvée.

5. Les uvéites

Les uvéites passent souvent inaperçues chez l'enfant car elles sont peu symptomatiques et l'œil rouge est souvent fugace. Un bilan étiologique complet est nécessaire, en particulier à la recherche de manifestations rhumatismales de l'enfant.

D'autres étiologies d'œil rouge de l'enfant, plus rares, demandent un examen ophtalmologique avec un bilan plus ciblé avant une prise en charge adaptée.

■ Principes thérapeutiques

Les principes du traitement après le diagnostic de conjonctivite infectieuse reposent sur les lavages oculaires à visée ophtalmologique et les antibiotiques topiques tels les azalides-macrolides (azithromycine), les aminosides (tobramycine, gentamycine...), la rifamycine ou les quinolones (ciprofloxacine, norfloxacine, ofloxacine...). Devant une conjonctivite allergique, le traitement repose sur les lavages oculaires, les antihistaminiques et

stabilisants de membrane topiques. Les corticoïdes topiques ne doivent pas être prescrits sans avis ophtalmologique.

En tous les cas, une surveillance est nécessaire si les symptômes ne disparaissent pas rapidement et il sera utile d'adresser le jeune patient chez l'ophtalmologiste.

■ Conclusion

L'examen de l'enfant présentant un œil rouge nécessite d'éliminer les urgences à prendre en charge rapidement pour éviter un retard entraînant un risque oculaire majeur. **La pauvreté des symptômes accompagnant l'œil rouge chez l'enfant peut être trompeuse** et le

pédiatre doit être averti des étiologies plus sévères qui peuvent être associées. La prise en charge des enfants avec un œil rouge traînant nécessite un avis ophtalmologique.

POUR EN SAVOIR PLUS

- SAUER A, SPEEG-SCHATZ C, BOURCIER T. L'œil rouge chez l'enfant. *Revue du Praticien*, 2008;4:353-357.
- MANDAVA S, SWEENEY T, GUYER D. *Atlas de poche d'ophtalmologie*. Adaptation et traduction D. Bremond-Gignac, Flammarion, Paris, 2002.
- BREMOND-GIGNAC D. Urgences ophtalmologiques. In: Cheron G (coord.). *Urgences Pédiatriques*, Éd. APHP et Elsevier, 2014.

- BREMOND-GIGNAC D. Conjonctivites infectieuses et inflammatoires. Urgences Larmoiement de l'enfant. In: Bourges JL (coord.). *Rapport de la Société Française d'Ophtalmologie*. Urgences Ophtalmologiques, Éd. Masson, 2018
- BREMOND-GIGNAC D. Ophtalmologie Pédiatriques. In: Bourrillon A (coord.). *Pédiatrie pour le praticien*, Éd. Masson, 2011.

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