

■ Le dossier – Urgences pédiatriques

Que faire devant un œil rouge chez l'enfant ?

RÉSUMÉ : L'œil rouge chez l'enfant est un motif de consultation fréquent. Correspondant le plus souvent à des pathologies bénignes (conjonctivites), ce symptôme peut cependant révéler une atteinte menaçant le pronostic visuel (kératites, uvéites, glaucomes secondaires). Le pronostic de ces affections demeure très variable, nécessitant une certitude diagnostique et un traitement adapté.



A. SAUER
Service d'Ophtalmologie,
Centre Hospitalier Universitaire
de STRASBOURG.

L'œil rouge chez l'enfant est un motif de consultation fréquent. Correspondant le plus souvent à des pathologies bénignes, ce symptôme peut parfois traduire une atteinte menaçant le pronostic visuel voire vital. Trois types de rougeur sont classiquement décrits : la rougeur diffuse, la rougeur localisée et le cercle périkeratique. Un interrogatoire orienté ainsi qu'un examen clinique simple sont souvent suffisants afin d'orienter la démarche diagnostique initiale. Celle-ci doit en premier lieu permettre de différencier les véritables urgences – kératites, uvéites, glaucomes aigu ou secondaire notamment à une tumeur, pathologies infectieuses de contiguïté – des simples conjonctivites.

■ Pathologies conjonctivales

Les conjonctivites constituent les causes les plus fréquentes d'œil rouge chez l'enfant. La symptomatologie fonctionnelle est dominée par une irritation oculaire (ressentie comme des "grains de sable" chez l'enfant en âge de verbaliser, des picotements, des brûlures ou un prurit) accompagnée d'une hyperhémie conjonctivale diffuse d'intensité très variable pouvant aller jusqu'au chémosis (œdème sous-conjonctival). Un œdème palpébral est fréquemment associé. Une conjonctivite ne s'accompagne jamais de

douleurs intenses ni de baisse d'acuité visuelle. Si tel est le cas, il conviendra d'éliminer une kératite par un test à la fluorescéine. Les étiologies des conjonctivites de l'enfant sont infectieuses (sécrétions oculaires associées), allergiques (prurit), traumatiques, toxiques ou plus rarement liées à un syndrome sec (contexte évocateur) [1].

Parmi les conjonctivites infectieuses, il convient de distinguer les conjonctivites du nouveau-né de celles de l'enfant [1].

La survenue d'une conjonctivite du nouveau-né est influencée par la présence d'une infection génitale chez la mère (qu'il conviendra de traiter), un traumatisme obstétrical ou une rupture prématurée des membranes. Les principaux germes décrits sont *Chlamydia trachomatis*, *Nesseiria gonorrhoeae*, des bactéries banales (*Staphylococcus* et *Haemophilus*) ou encore herpès simplex virus (HSV), dont le traitement est spécifique.

Les conjonctivites de l'enfant réalisent des tableaux proches de ceux de l'adulte, dont elles partagent les étiologies. Certaines causes sont spécifiques à l'enfant comme les associations aux maladies éruptives ou aux vaccins. Elles peuvent être concomitantes d'une infection ORL (rhinopharyngite).

■ Le dossier – Urgences pédiatriques

Les corticoïdes n'ont pas leur place dans le traitement des conjonctivites infectieuses (aggravation par immunodépression locale). Selon les recommandations de l'Afssaps émises en juillet 2006 [2], le traitement antibiotique s'impose chez le nourrisson et en cas de signes de gravité (sécrétions purulentes abondantes, chémosis, œdème palpébral, larmolement, baisse d'acuité visuelle même minime et photophobie). Chez l'enfant, les bactéries les plus souvent en cause étant le streptocoque, le staphylocoque et *Hæmophilus influenzae*, la prescription de première intention d'un traitement local par rifamycine (1 goutte x 4/j) reste toujours d'actualité en cas de signes de gravité. En l'absence des signes précédemment cités, la prescription de lavages oculaires à l'aide de solutions antiseptiques (lavage x 3/j) est souhaitable [2]. Une conjonctivite bien traitée régresse habituellement en 1 semaine.

La conjonctivite allergique est fréquente chez l'enfant notamment en cas de terrain atopique. L'existence d'une rhinite associée à un prurit oculaire, la recrudescence saisonnière des symptômes, une notion d'eczéma sont très évocateurs de l'étiologie allergique. Un bilan allergologique comprenant des tests cutanés et le dosage d'IgE est utile. Le traitement de la conjonctivite allergique repose sur l'éviction de l'(des) allergène(s), la prescription de sérum physiologique et d'anti-allergiques topiques (antihistaminiques, antidégranulants mastocytaires, voire systémiques), voire d'une corticothérapie topique ou de ciclosporine collyre dans les formes cortico-dépendantes [3].

Parmi les autres atteintes de la conjonctive figurent les causes traumatiques (hémorragie sous-conjonctivale régressant spontanément en 2 à 3 semaines) ou plus rarement la sécheresse oculaire (souvent iatrogène), ou associée à des pathologies dysimmunitaires (syndromes de Lyell et de Stevens-Johnson), vasculaires (hémangiome, ataxie-télangiectasie, syndrome de Sturge-Weber) ou tumorales [1].

Dans les diagnostics différentiels des conjonctivites, il convient d'évoquer les sclérites et les épisclérites. Elles se manifestent par une rougeur localisée au niveau de la paroi du globe oculaire et une gêne (épisclérite) voire une douleur (sclérite). Leur incidence est très faible chez l'enfant. Les conjonctives traînantes et récidivantes doivent faire réaliser un examen complet à la lampe à fente et de la réfraction à la recherche d'une sténose des voies lacrymales ou d'une amétropie latente.

■ Pathologies cornéennes

L'examen d'un œil rouge s'attache à vérifier l'absence d'atteinte cornéenne. Une telle atteinte peut être suspectée devant l'existence d'une photophobie, d'une douleur importante, d'un larmolement et d'une baisse d'acuité visuelle variable. Elle doit être confirmée par le test à la fluorescéine. Un examen à la lampe à fente est ainsi indispensable devant toute suspicion de kératite.

Les causes traumatiques sont fréquentes et de diagnostic aisé à l'interrogatoire. Un examen ophtalmologique s'impose dans tous les cas pour éliminer une contusion grave ou une perforation du globe.

Les causes virales peuvent se rencontrer dans un contexte épidémique (adénovirus notamment) avec notion de contagion et associations à une symptomatologie ORL (rhinopharyngite, fièvre, ganglion prétragien). L'herpès cornéen ou des atteintes liées au virus VZV (varicelle zona virus) ne sont pas exceptionnels chez l'enfant. Ils se présentent sous la forme de kératite dendritique ou stromale. Un traitement antiviral local (ganciclovir, trifluorothymidine) et général doit être prescrit.

Les kératites allergiques sont aussi fréquentes. Le contexte est le même que lors d'une conjonctivite allergique (atopie, rythme saisonnier, prurit, rhinite...). Le recours aux corticoïdes topiques est bien souvent nécessaire afin d'éviter les

séquelles visuelles dues à une perte de transparence cornéenne. Au long cours, la ciclosporine permettra une épargne cortisonique.

Les sécheresses oculaires sont rares chez l'enfant et sont le plus souvent liées à des inclusions palpébrales, des paralysies congénitales des nerfs facial ou trijumeau ou du système nerveux autonome, des chimiothérapies ou greffes de moelle (syndrome du greffon contre l'hôte), ou encore à des malformations des glandes lacrymales. La confirmation sera apportée par le test de Schirmer qui pourra être réalisé de manière fiable dès l'âge de 4-5 ans. Ces enfants doivent bénéficier de traitements substitutifs lacrymaux.

■ Blépharites

Des atteintes palpébrales peuvent aussi être responsables d'un œil rouge chez l'enfant. Le chalazion est très fréquent. Le traitement prescrit est les soins de paupières ou l'application séquentielle d'azithromycine en collyre (ou de corticoïdes en collyre ou en pommade). L'exérèse chirurgicale est parfois nécessaire à distance de l'épisode aigu en l'absence d'efficacité des traitements médicaux.

Le principal diagnostic différentiel du chalazion est l'orgelet (furuncle de la racine d'un cil). L'orgelet est traité par ablation du cil et pommade antibiotique active sur le staphylocoque (acide fucidique).

Enfin, les blépharites de l'enfant peuvent s'intégrer dans une dysfonction des glandes de Meibomius ou une rosacée de l'enfant. Un suivi régulier et approfondi est alors nécessaire devant les risques de complications cornéennes. Le traitement associe des compresses chaudes, des larmes artificielles et des anti-inflammatoires locaux. Les macrolides par voie topique (azithromycine) ou systémique (érythromycine) sont indiqués en cas de menace cornéenne.

■ Uvéites

Les uvéites sont peu fréquentes chez l'enfant, mais imposent un bilan étiologique détaillé et une bonne coopération interdisciplinaire. Les uvéites antérieures et mixtes sont responsables d'un œil rouge (avec cercle périkératique) et douloureux s'accompagnant d'une baisse d'acuité variable. La pupille est préférentiellement en myosis. Les uvéites se compliquent volontiers de synéchies iridocrystalliniennes, de glaucomes, de cataractes ou d'œdème maculaire. Les présentations chroniques sans œil rouge franc sont fréquentes chez l'enfant. Leurs étiologies sont multiples : inflammatoires, infectieuses, tumorales [4]...

Chez l'enfant, parmi les causes inflammatoires, il convient notamment de rechercher en collaboration avec les rhumato-pédiatres une arthrite juvénile idiopathique (70 % des uvéites antérieures) ou une arthrite systémique (maladie de Still), une maladie inflammatoire chronique des intestins (MICI : Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique) ou une uvéite hétérochromique de Fuchs (hétérochromie irienne). De nombreuses uvéites restent cependant sans étiologie malgré un bilan exhaustif.

Les panuvéites doivent faire rechercher une cause infectieuse, notamment la toxoplasmose, la tuberculose, la maladie de Lyme ou certains virus (HSV, VZV, EBV, rougeole, VIH, CMV), et nécessitent toutes un traitement anti-infectieux spécifique et un maniement extrêmement prudent des corticoïdes collyres ou des autres immunosuppresseurs. En outre, une panuvéite peut s'intégrer dans une maladie de système (Behçet, sarcoïdose). Les uvéites postérieures isolées, sans participation antérieure (vascularites rétinienues, rétinoblastomes), ne s'accompagnent pas d'œil rouge [5].

Certaines tumeurs primitives ou secondaires de l'uvéa peuvent être révélées par un œil rouge (*masquerade syndrome*) : les rétinoblastomes, les mélanomes, mais surtout les leucémies dont les atteintes oculaires ne sont pas rares et qui présentent un facteur pronostique très péjoratif.

■ Conclusion

L'œil rouge est un signe d'appel dans de très nombreuses pathologies. Le pronostic de ces affections est très variable, nécessitant une certitude diagnostique

et un traitement adapté, afin de ne pas perturber le développement visuel de l'enfant. Cependant, l'examen clinique n'est pas aisé devant un enfant pas toujours compliant.

BIBLIOGRAPHIE

1. SAUER A, SPEEG-SCHATZ C, BOURCIER T. Red eye in children. *Rev Prat*, 2008;58: 353-357.
2. AFSSAPS. Recommandations pour le traitement des conjonctivites de l'enfant. Juillet 2006.
3. GREENBERG M, POLLARD Z. The red eye in childhood. *Pediatr Clin North Am*, 2003;50:105-124.
4. TABBARA K. Ocular complications of vernal keratoconjunctivitis. *Can J Ophthalmol*, 1999;34:88-92.
5. EDELSTEN C. Reconsidering treatment options in childhood uveitis. *Br J Ophthalmol*, 2007;91:133-134.

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