



Les abcès de cornée

Juliette Knoeri, Vincent Borderie

Optimiser la prise en charge en urgence des lésions cornéennes infectieuses est un enjeu majeur devant leur fréquence croissante, leur symptomatologie douloureuse bruyante, et surtout leur menace visuelle. Toute lésion cornéenne d'allure bactérienne impose une antibiothérapie probabiliste d'emblée maximale. La présence de critères de gravité exige une prise en charge hospitalière en urgence, le délai de prise en charge étant pronostique.

Tableau clinique évocateur

Le patient se présente en urgence avec un tableau d'œil rouge, douloureux, larmoyant et photophobe. L'évolution rapide nous oriente vers une cause bactérienne. La présence d'une hypoesthésie cornéenne entraîne un fréquent retard diagnostique et doit faire évoquer le diagnostic d'un herpès sous-jacent.

- À l'examen biomicroscopique, nous recherchons :
- un défaut épithélial ;
 - un infiltrat stromal en précisant sa taille, sa profondeur, sa distance par rapport à l'axe visuel, son caractère unique ou multiple ;
 - un œdème cornéen ;
 - des plis de Descemet, une endothélite, une plaque endothéliale ;
 - une réaction de chambre antérieure ;
 - une hypoesthésie cornéenne, une blépharite, un corps étranger.

Orientation diagnostique

Le recueil des facteurs de risque permet de suspecter l'agent pathogène : une bactérie, un virus, un champignon, une amibe. À l'interrogatoire, nous recherchons les facteurs de risque locaux et généraux.

Principaux facteurs de risque locaux

- Traumatisme oculaire ;
- environnement à risque : séjour dans un pays tropical, baignade, métier (jardinier, ouvrier du bâtiment, égoutier, agriculteur...) ;

- port de lentilles de contact avec un éventuel mésusage ;
- syndrome sec oculaire (usage d'un traitement hypotonisant topique, d'antidépresseurs tricycliques...) ;
- antécédent de kératite herpétique ;
- kératite neurotrophique (HSV, paralysie faciale, zona ophthalmique...) ;
- immunodépression locale (usage de corticoïdes ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens topiques) ;
- antécédent chirurgical : kératoplastie, chirurgie réfractive... ;
- kéralgie récidivante nocturne ;
- dystrophie cornéenne (Cogan, cornea guttata...) ;
- blépharite chronique (rosacée, dermatose séborrhéique...) ;
- anomalie palpébrale : malposition palpébrale, lagophthalmie, dystrichiasis.

Principaux facteurs de risque généraux source d'une immunodépression

- Diabète ;
- maladie auto-immune ;
- corticothérapie générale, immunosuppresseurs ;
- chimiothérapie ;
- tabagisme.

Le diagnostic différentiel est l'infiltrat immunitaire souvent périphérique et bilatéral, d'apparition subaiguë, peu douloureux, répondant bien aux corticoïdes. C'est un diagnostic d'élimination. Tout infiltrat cornéen doit être considéré comme infectieux jusqu'à preuve du contraire, et contre-indique donc l'usage de corticoïdes initialement [1].

Service V, CHNO des Quinze-Vingts, Paris

Critères de gravité : faut-il hospitaliser le patient ?

Les critères de gravité locaux sont systématiquement recherchés avec la règle 1-2-3 : tyndall > 1+, diamètre > 2 mm, à moins de 3 mm de l'axe optique, un antécédent de chirurgie cornéenne, une menace de perforation, une sclérite, une aggravation sous traitement, une suspicion de kératite amibienne ou fongique.

Les critères de gravité généraux sont également importants : enfant, monophthalme, immunodépression (chimiothérapie, diabète...), une possible mauvaise compliance.

La présence d'au moins un critère de gravité nécessite l'hospitalisation du patient dans un centre spécialisé.

Agents responsables

Les cocci gram positif de type *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae* (figure 1), *Streptococcus orax* sont les plus fréquents (environ 53%). Mais la proportion de kératites à bacilles gram négatif plus graves de type *Pseudomonas aeruginosa*, *entérobactéries* est plus élevée chez les patients porteurs de lentilles de contact (30% vs 7,5 chez les non-porteurs) [2,3].

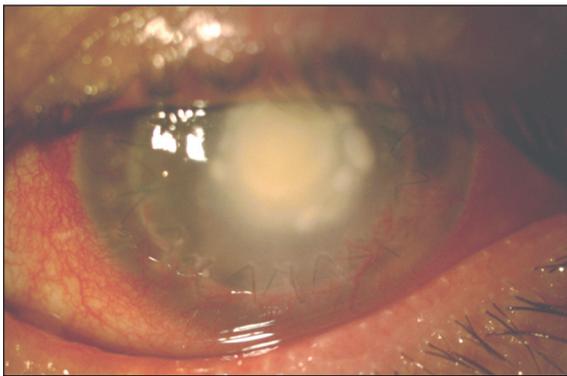


Figure 1. Kératite à *Streptococcus pneumoniae* chez un patient présentant une kératoplastie transfixiante.

Les kératites herpétiques de gravité variable en fonction de leur profondeur (épithéliales, stromales, endothéliales) sont le plus souvent de diagnostic clinique, ou sur l'interrogatoire. La surinfection bactérienne (figure 2) est possible et favorisée par l'hyposensibilité cornéenne séquellaire.

Les kératites amibiennes (figure 3), initialement limitées au traumatisme cornéen, sont liées dans 90% des cas à l'usage des lentilles de contact.

Dossier



Figure 2. Surinfection à *Moraxella lacunata* d'une kératite herpétique stromale récidivante.



Figure 3. Kératite amibienne avec un anneau immunitaire chez une patiente porteuse de lentilles de contact souples hydrophiles à la piscine.

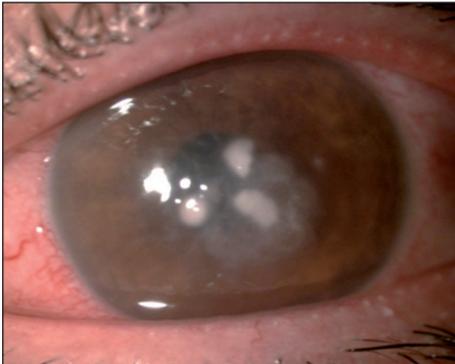
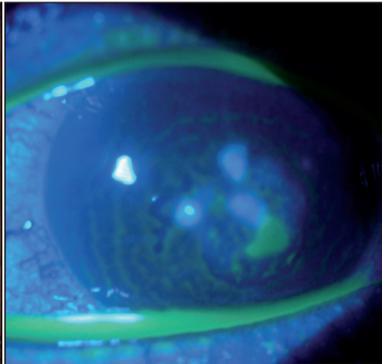


Figure 4. Kératite fongique à *Fusarium* chez un menuisier après un trauma par corps étranger.



Les infections fongiques à *Fusarium* (figure 4), *Aspergillus* ou *Candida* sont décrites suite à un traumatisme par un corps étranger souillé, chez les patients porteurs de lentilles de contact ou immunodéprimés.

Traitement

Les patients sans critères de gravité peuvent bénéficier d'un traitement probabiliste par collyres antibiotiques horaires disponibles en pharmacie de ville.

Chez les patients non porteurs de lentilles de contact, la bi-antibiothérapie axée sur les cocci gram positif se compose de rifampicine et de lévofloxacine (fluoroquinolone) horaires.

Chez les patients porteurs de lentilles de contact, la bi-antibiothérapie axée sur les bacilles gram négatif se compose de tobramycine (aminoside) et de ciprofloxacine (fluoroquinolone) horaires.

La bi-antibiothérapie est d'emblée maximale, c'est-à-dire horaire pendant 48 heures, et nécessite une réévaluation après les 48 heures, ou avant si le patient ressent une aggravation. Celui-ci doit être informé des signes nécessitant une deuxième consultation en urgence.

Les patients avec des critères de gravité doivent bénéfi-

cier systématiquement d'un prélèvement cornéen microbiologique complet (examen direct, culture bactériologique ; culture mycologique, PCR HSV, PCR VZV, PCR amibe) et d'une éventuelle analyse de la lentille de contact portée. Les collyres antibiotiques fortifiés sont instillés toutes les heures, jour et nuit, pendant au moins 48 heures : pipéracilline (20 mg/ml), gentamicine (15 mg/ml), vancomycine (50 mg/ml). L'hospitalisation améliore l'observance chez un patient douloureux. Une réadaptation de l'antibiothérapie a lieu à 72 heures en fonction de l'évolution et des résultats microbiologiques. Une microscopie confocale est recommandée en cas de suspicion d'une infection fongique ou amibienne, ou en l'absence d'une amélioration sous un traitement antibiotique local bien conduit.

Conclusion

La prise en charge doit être rapide, spécialisée et d'emblée maximale pour améliorer le pronostic visuel. La corticothérapie aggrave les infections fongique et amibienne après une phase d'amélioration. Le pronostic visuel est variable en fonction du germe, de la topographie, et du délai de prise en charge.

Références bibliographiques

- [1] Tallab RT, Stone DU. Corticosteroids as a therapy for bacterial keratitis: an evidence-based review of 'who, when and why'. *Br J Ophthalmol.* 2016;100(6):731-5.
- [2] Bourcier T, Thomas F, Borderie V *et al.* Bacterial keratitis: predisposing factors, clinical and microbiological review of 300 cases. *Br J Ophthalmol.* 2003;87(7):834-8.
- [3] Hsiao CH, Sun CC, Yeh LK *et al.* Shifting trends in bacterial keratitis in Taiwan: A 10-year review in a tertiary-care hospital. *Cornea.* 2016;35(3):313-7.