

## Conjonctivites infectieuses

Serge Doan

**E**n l'absence d'un facteur favorisant, les conjonctivites infectieuses sont surtout représentées en France par les conjonctivites épidémiques à adénovirus. Les conjonctivites bactériennes surviennent sur des terrains particuliers. Il ne faut pas passer à côté de quelques pièges diagnostiques comme les chlamydioses ou le molluscum contagiosum.

### Les conjonctivites virales

#### Les kératoconjonctivites à adénovirus, la cause la plus fréquente en France

Redoutées par l'ophtalmologiste car extrêmement contagieuses, elles représentent la cause la plus fréquente de conjonctivite infectieuse en France. La kératoconjonctivite épidémique est de loin la plus fréquente et liée aux sérotypes 8, 19 et 37. Une entité plus rare est la fièvre adéno-pharyngoconjonctivale liée aux sérotypes 3, 4 et 7, qui se caractérise par un syndrome pseudogrippal plus marqué et une absence d'évolution vers la kératite nummulaire. Il existe également une forme caractérisée par une conjonctivite chronique.

#### Le diagnostic est en général aisé

Il faut rechercher à l'interrogatoire une notion de **contage** dans les quelques jours précédents, d'**infection rhinopharyngée** et parfois de fièvre et/ou de troubles gastro-intestinaux.

L'atteinte est rapidement bilatérale. L'examen montre une **conjonctivite folliculaire**, avec parfois des signes importants d'**inflammation** : chémosis, œdème palpébral, hémorragies sous-conjonctivales.

Une **adénopathie** prétragienne est inconstamment présente. De façon peu fréquente, des **pseudomembranes** (figure 1) peuvent se former, traduisant une forme hyper-inflammatoire. Elles peuvent se compliquer d'**ulcérations cornéennes** mécaniques et également évoluer vers une fibrose conjonctivale avec formation de **symblépharons** séquellaires. L'iritis est rare. L'atteinte cornéenne est en général limitée à une **kératite ponctuée** superficielle qui apparaît 3 à 4 jours après les signes conjonctivaux.

Cette phase infectieuse dure 10 à 21 jours, et la contagiosité dure de 3 jours avant à 14 jours après le début des symptômes.

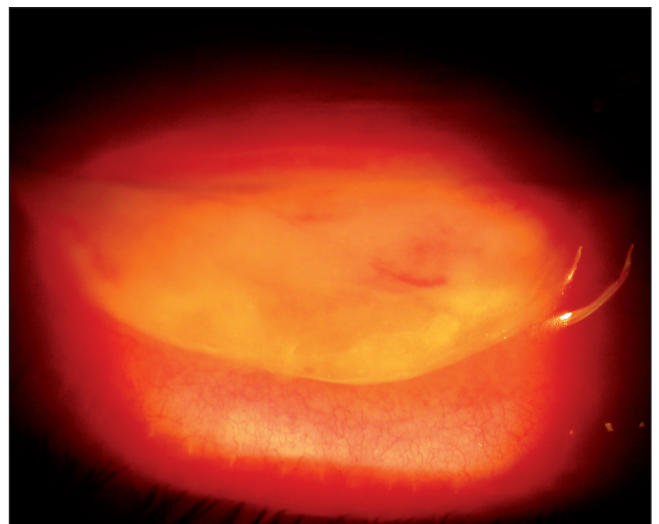
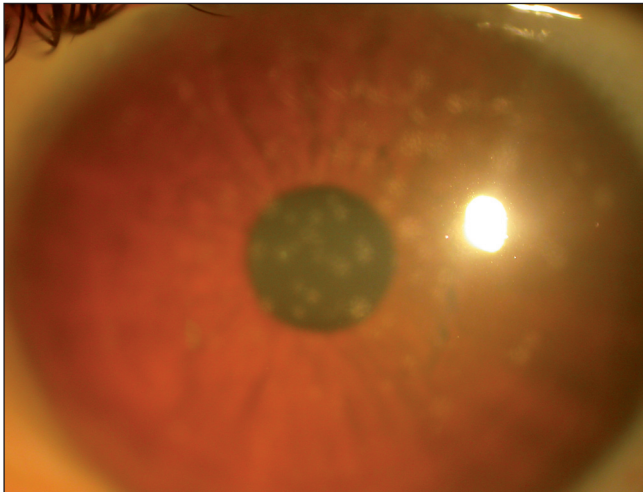


Figure 1. Conjonctivite à adénovirus : pseudomembrane.

Une phase immunologique peut succéder à la phase infectieuse, après deux à trois semaines d'évolution. Elle fait toute la gravité de la maladie. Elle se caractérise par l'apparition d'une kératite nummulaire avec **infiltrats cornéens** nodulaires sous-épithéliaux qui peuvent accrocher la fluorescéine et avoir un impact visuel (figure 2). Ils évoluent soit vers la disparition, soit vers une **taie** sous-épithéliale opaque arrondie (néphélium). La kératite immunologique peut évoluer de quelques semaines à plusieurs mois. Elle est liée au sérotype viral et pourrait être favorisée par une corticothérapie initiale. Il peut en résulter une baisse de vision par opacité dans l'axe optique ou par astigmatisme irrégulier. Les cicatrices deviennent moins visibles en général au bout de quelques années.

Le diagnostic est clinique. Dans les cas difficiles, des prélèvements conjonctivaux peuvent être réalisés pour culture virale ou technique de PCR, qui est bien plus sensible. Il existe des tests rapides réalisables au cabinet à partir d'un prélèvement de larmes sur



**Figure 2.** Conjunctivite à adénovirus : opacités nummulaires sous-épithéliales.

bandelettes et lecture immédiate (immunochromatographie).

### **Le traitement est préventif et symptomatique**

La prévention de ces kératoconjunctivites est essentielle :

1. explications au patient des règles d'hygiène, arrêt de travail (deux semaines de contagiosité)...
2. mesures de désinfection au cabinet : le virus peut survivre sur une surface inerte pendant quatre semaines. La désinfection du matériel d'examen et des mains est primordiale. Une lampe à fente dédiée aux conjunctivites infectieuses est souhaitable. En amont, l'usage de matériel à usage unique (cônes de tonomètre...) est importante.

Aucun traitement commercialisé actuellement n'a fait la preuve de son efficacité dans cette indication.

À la phase aiguë, le traitement se limite à des lavages oculaires au sérum physiologique, éventuellement associé à un antiseptique local. En cas d'inflammation importante, un anti-inflammatoire non stéroïdien local peut être utile. Les antibiotiques ne sont pas conseillés en l'absence de surinfection bactérienne qui est en pratique rare.

La prescription de collyres cortisonés est très discutée en cas de forme inflammatoire. En effet, des modèles animaux montrent que ces derniers favoriseraient le portage chronique du virus. La seule indication réelle à la phase aiguë est la présence de pseudo-membranes et/ou de symblépharons.

Le traitement de la kératite nummulaire doit être discuté avec le patient. Les collyres aux corticoïdes sont en effet très efficaces, mais font courir le risque de complications iatrogènes sachant qu'une cortico-dépendance avec rebond à l'arrêt est fréquente. Par ailleurs, les cicatrices disparaissent avec le temps.

En pratique, une corticothérapie sera proposée en cas d'atteinte de l'axe visuel avec baisse importante d'acuité visuelle, et pas avant trois semaines d'évolution. La durée du traitement est discutée, une durée minimale d'un mois semblant raisonnable, avec décroissance très progressive pour éviter l'effet rebond.

En cas de cortico-dépendance, un traitement par collyres à la ciclosporine à 0,5 ou 2 % peut être discuté. Celui-ci est très efficace, mais une rechute à l'arrêt du traitement n'est pas rare. La durée de traitement optimale n'est pas codifiée.

Au stade cicatriciel, les lentilles rigides peuvent améliorer la vision en corrigeant l'astigmatisme irrégulier. La photokératectomie thérapeutique au laser excimer peut également être proposée, mais il est raisonnable d'attendre au moins un an afin de minimiser les risques de haze. Un shift hypermétropique est également fréquent, souvent supérieur à une dioptrie.

### **Molluscum contagiosum, une cause méconnue de conjunctivite folliculaire chronique**

Le molluscum contagiosum est une cause méconnue de conjunctivite folliculaire chronique, liée à une infection par un pox virus. Le diagnostic ne peut être fait que si les lésions spécifiques, le/les molluscum(s), sont recherchées au niveau de la peau des paupières.

En effet, l'atteinte oculaire consiste souvent en une simple conjunctivite folliculaire chronique unilatérale ou bilatérale asymétrique. Dans les formes évoluées, une kératite ponctuée puis un pannus néovasculaire peuvent apparaître. Une blépharite squameuse est fréquemment associée. Il faut donc rechercher des molluscums cutanés, qui apparaissent comme des nodules dont le sommet est ombiliqué. Ceux-ci siègent sur le versant cutané du bord libre palpébral (figure 3), mais doivent aussi être recherchés à distance par un dermatologue.

La maladie touche plus souvent les enfants (contamination dans les piscines) et les patients immunodéprimés.

Le traitement repose sur l'exérèse des molluscums par excision ou aujourd'hui plus volontiers par laser argon au niveau palpébral, ou à la curette pour les lésions à distance.

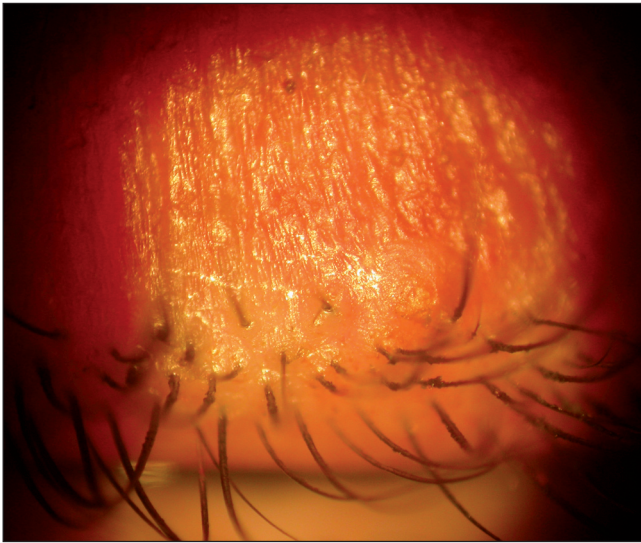


Figure 3. *Molluscum contagiosum*.

## Les autres conjunctivites virales

Lors de la phase infectieuse systémique, de nombreux virus s'accompagnent d'une inflammation conjonctivale. On peut en particulier distinguer les infections suivantes :

- herpétique, unilatérale, folliculaire, avec parfois ulcères conjonctivaux, souvent accompagnée d'une éruption cutanée palpébrale et d'une kératite épithéliale ;
- à Varicella-Zoster virus, papillaire, unilatérale dans le zona, avec vésicules conjonctivales et parfois atteinte cornéenne et membranes (zona) ;
- à Eptein-Barr virus, dans le cadre d'une mononucléose infectieuse, folliculo-papillaire avec parfois hémorragies, membranes conjonctivales et kératite polymorphe.

## Les conjunctivites bactériennes

Les conjunctivites bactériennes classiques surviennent plus fréquemment sur un terrain particulier : enfant, obstruction des voies lacrymales, déficit immunitaire, traitement corticoïde local, anomalies de la surface oculaire...

Les germes varient en fonction de l'âge : chez le nouveau-né, on redoute le chlamydia et le gonocoque ainsi que le virus de l'herpès, mais staphylocoque doré, hémophilus et pneumocoque peuvent aussi être rencontrés ; chez l'enfant, on rencontre le plus souvent *Haemophilus influenzae*, pneumocoque, staphylocoque doré ; chez l'adulte, c'est le staphylocoque doré,

le pneumocoque et d'autres streptocoques qui dominent.

Nous aborderons secondairement les conjunctivites chlamydiennes et le syndrome oculoglandulaire de Parinaud.

### **Les conjunctivites bactériennes sont de type papillaire, avec des sécrétions mucopurulentes**

Une adénopathie prétragienne n'est pas fréquente dans les formes classiques. Une infection ORL est souvent présente, en particulier chez l'enfant chez qui l'association otite-conjunctivite est classique avec *Haemophilus* et pneumocoque.

À noter des formes cliniques rares comme : les conjunctivites purulentes hyperaiguës liées à *Neisseria gonorrhoeae* ou *Neisseria meningitidis* qui sont très inflammatoires et peuvent se compliquer d'abcès cornéen avec perforation ; les conjunctivites (pseudo) membraneuses à streptocoque ou exceptionnellement à *Corynebacterium diphtheriae*, qui peuvent laisser des séquelles conjonctivales à type de symblépharons.

### **Les prélèvements ne sont utiles qu'en cas d'échec thérapeutique**

Ils peuvent l'être éventuellement en cas de signe de gravité (sécrétions purulentes importantes, chémosis, œdème palpébral, larmoiement, baisse de vision ou photophobie).

### **Les recommandations de l'Afssaps sur le traitement**

Le traitement des conjunctivites infectieuses a récemment fait l'objet de recommandations par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps, 2004) : un traitement antibiotique local ne fait qu'accélérer la guérison de la conjunctivite, mais n'est pas plus efficace que le sérum physiologique après huit jours. Il diminuerait cependant la durée de contagiosité. L'antibiothérapie n'est indiquée qu'en cas de signes de gravité (définis plus haut) ou de facteur de risque.

En l'absence de signe de gravité, un lavage au sérum physiologique, associé à un collyre antiseptique, est suffisant.

**Si une antibiothérapie locale est nécessaire**, le choix dépend du terrain et éventuellement du germe si celui a été recherché :

- chez l'adulte, tous les antibiotiques disponibles sont utilisables : les aminosides (tobramycine, néomycine, gentamycine), les cyclines (oxytétracycline), l'acide fusidique, la rifamycine et maintenant l'azithromycine. Pour des raisons d'écologie microbienne et de résistance induite, et en raison de la puissance de ces mo-

lécules, les fluoroquinolones (ciprofloxacine, norfloxacine, ofloxacine) sont à réserver aux formes sévères ou en deuxième intention. Le chloramphénicol pouvant se compliquer exceptionnellement d'une agranulocytose, il ne doit être utilisé que lorsque l'usage des autres antibiotiques est impossible. À noter que le traitement par azithromycine en collyre est plus court que les autres (3 jours au lieu de 7) en raison de son accumulation intracellulaire et tissulaire ;

- chez l'enfant, la rifamycine ou l'azithromycine représentent le traitement de choix car leur spectre est le plus adapté aux germes en cause. À noter qu'une antibiothérapie orale est nécessaire en cas de signes systémiques comme un syndrome otite-conjonctivite à *Haemophilus influenzae* ;

- une infection par *Neisseria gonorrhoeae* ou *meningitidis* nécessite un traitement spécifique systémique.

### Les conjonctivites chlamydiennes

Le trachome est rare en France et est souvent « importé ». Devant une conjonctivite folliculaire chronique, il faudra donc rechercher un séjour en pays d'endémie.

En France, l'atteinte oculaire la plus fréquente de *Chlamydia trachomatis* est la conjonctivite à inclusions, alors que le lymphogranulome de Nicolas-Favre est rare.

Le diagnostic de conjonctivite à inclusions est souvent fait tard devant une conjonctivite folliculaire avec sécrétions séreuses uni- ou bilatérale traînante (figure 4), prise initialement pour une conjonctivite virale. Une conjonctivite phlycténulaire et des infiltrats cornéens limbiques peuvent être présents, de même qu'une adénopathie prétragienne.

Il faut rechercher chez l'enfant une contamination à

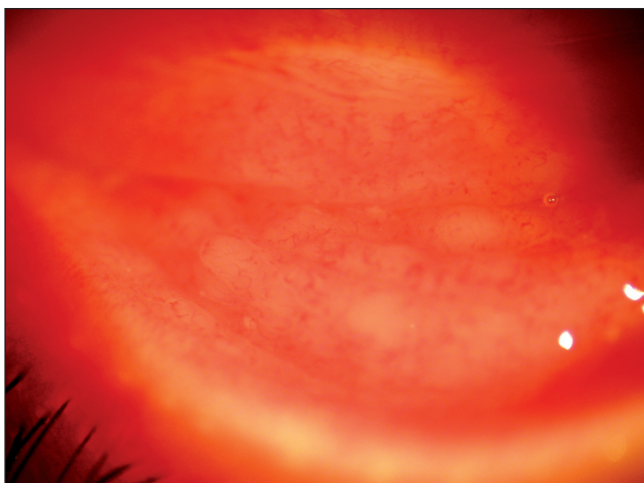


Figure 4. Conjonctivite folliculaire à inclusions (Chlamydia).

la piscine, et chez l'adulte une infection urogénitale transmissible.

### Le diagnostic nécessite le recueil de cellules conjonctivales car le germe est intracellulaire

Le recueil se fait par grattage conjonctival à la lame puis analyse en PCR qui est aujourd'hui l'examen de référence, la culture et les techniques d'immunofluorescence étant moins sensibles.

### Le traitement sera de préférence oral

Il permet en effet de traiter en même temps l'infection génitale. Il repose sur un traitement minute par azithromycine orale (4 cp à 250 mg en 1 prise chez l'adulte), ou sur les cyclines orales pendant 3 semaines.

En l'absence d'atteinte extraoculaire, un traitement local par azithromycine en collyre (qui est aussi efficace que le traitement minute oral dans le trachome), cyclines ou rifamycine (2<sup>e</sup> intention) peut être prescrit. Le traitement du partenaire est aussi nécessaire en cas de contamination par voie génitale, avec examen uro-gynécologique au moindre doute.

### Le syndrome oculoglandulaire de Parinaud

Certains germes intracellulaires sont la cause de cette forme très particulière et peu fréquente de conjonctivite bactérienne. Elle se caractérise par une conjonctivite unilatérale avec follicules et granulomes conjonctivaux, associée à une volumineuse adénopathie prétragienne qui peut fistuliser.

Les germes en causes sont *Bartonella henselae* (maladie des griffes du chat) avant tout et plus rarement *Chlamydia trachomatis* (lymphogranulome de Nicolas Favre), *Francisella tularensis* (ou tularémie, maladie transmise par les lièvres), tuberculose, syphilis...

Le diagnostic de la maladie des griffes se fait par les sérologies spécifiques et l'interrogatoire. Son traitement repose sur l'azithromycine ou la doxycycline par voie orale.

### Pour en savoir plus

Hoang-Xuan T, Baudouin C, Creuzot-Garcher C. Inflammatory diseases of the conjunctiva. Stuttgart : Thieme, 2001.

Bourcier T, Bodaghi B, Bron A. Les infections oculaires. Rapport des Sociétés d'ophtalmologie de France. Marseille : Ed Lamy, 2010.

Conflits d'intérêt : l'auteur est consultant pour les laboratoires Alcon et Thea.