Infection et lentille de contact : permis à point !

Juliette Knoeri

Les kératites infectieuses sous lentille de contact sont à redouter en raison de leur potentielle gravité, et du nombre élevé de porteurs de lentilles de contact (environ 3 millions de porteurs en France). Une prise en charge en urgence et d'emblée maximale permet d'améliorer le pronostic visuel en limitant le risque de taie cornéenne.

Physiopathologie

Une effraction épithéliale due à un microtraumatisme dans un contexte d'hypoxie cornéenne est à l'origine des infections cornéennes sous lentille de contact. L'effet pansement des lentilles souples entraîne un retard diagnostique fréquent.

Tableau clinique évocateur

Le patient porteur de lentilles de contact se présente en urgence avec un tableau d'œil rouge, douloureux, larmoyant et photophobe. L'évolution rapide nous oriente vers une cause bactérienne. À l'interrogatoire, un mésusage est recherché pour déterminer l'agent pathogène (bactérie, champignon, amibe…) :
- port de lentille pendant le sommeil,
- traumatisme lors de la pose ou la dépose de la lentille,
- erreur de désinfection,
- dépassement de la date limite de port,
- contact avec l'eau (douche, piscine, sauna, hammam, stockage du boîtier près d'une source d'eau, pose des lentilles les mains mouillées…),
- utilisation de corticoïdes par voie locale ou générale,
- antécédent d'herpès.

À l'examen biomicroscopique, nous recherchons :
- un défect 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.

CHNO des Quinze-Vingts, Paris

Le diagnostic différentiel est l'infiltrat périphérique stérile, souvent multiple, d'apparition subaigüe peu douloureux, répondant bien aux corticoïdes. C'est un diagnostic d'élimination. Tout infiltrat sous lentille de contact doit être considéré comme infectieux jusqu'à preuve du contraire, et contre-indique donc l'usage de corticoïdes [1].

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 kératites amibienne ou fongique.

Les critères de gravité généraux sont également importants : enfant, monophtalme, 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, Streptococcus oraux* sont les plus fréquents (environ 53%). Mais, la proportion de kératites à bacilles gram négatif plus graves de type *Pseudomonas aeruginosa* (*figure 1*), *entérobactéries* est plus élevée chez les patients porteurs de lentilles de contact (30%) versus les non-porteurs (7,5%) [2,3].

Les kératites amibiennes (*figure 2*) limitées initialement au traumatisme cornéen sont liées dans 90% des cas à l'usage des lentilles de contact. Les amibes sont ubiquitaires.

Les infections fongiques à *Fusarium* (*figure 3*), *Aspergillus* ou *Candida* sont décrites en co-infection à une kératite bactérienne, lors de port de lentille thérapeutique au long cours, ou isolée en cas de colonisation du boîtier de lentille.

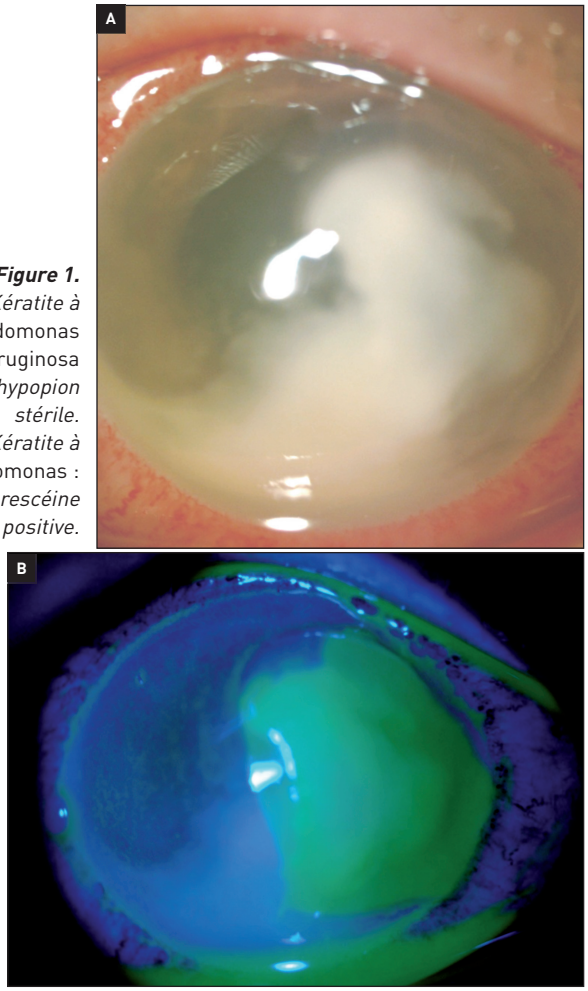

Figure 1. ***A.*** *Kératite à* Pseudomonas aeruginosa *avec hypopion stérile.* ***B.*** *Kératite à* Pseudomonas : *fluorescéine positive.*

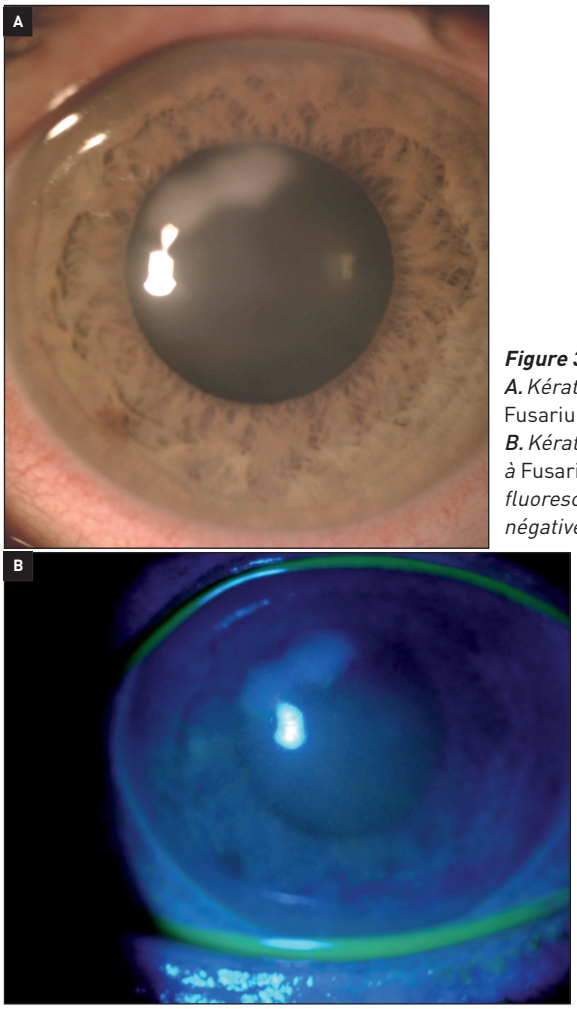

Figure 3. ***A.*** *Kératite à* Fusarium. ***B.*** *Kératite à* Fusarium *: fluorescéine négative.*

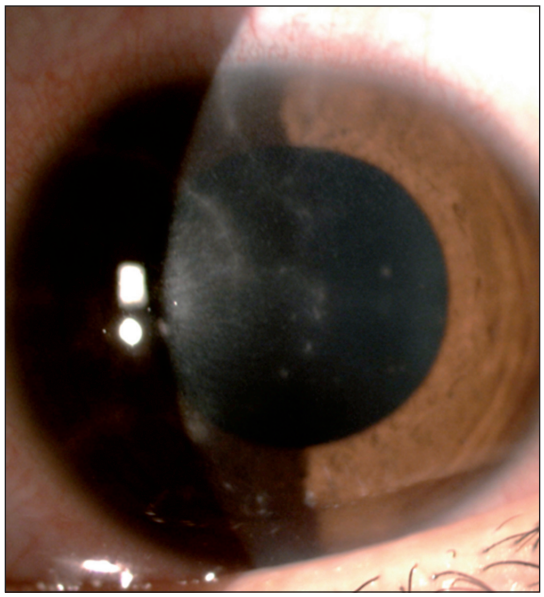

Figure 2. *Kératite amibienne avec kératonévrite.*

Facteurs de risques

L'utilisation d'un même flacon de solution désinfectante pendant plus de 3 mois, les lentilles de couleur, l'utilisation d'une solution multifonction, le port continu nocturne, l'utilisation de lentilles souples augmentent le risque d'infection sous lentille de contact. En revanche, l'adaptation conduite par un ophtalmologiste et l'hypermétropie sont des facteurs protecteurs [4].

Traitement

Les patients sans critères de gravité peuvent bénéficier d'un traitement probabiliste par collyres antibiotiques horaires disponibles en pharmacie de ville axé sur les bacilles gram négatif : tobramycine (aminoside) et ciprofloxacine (fluoroquinolone) horaires pendant 48 heures et réévaluation après 48 heures, ou avant si aggravation ressentie par le patient.

Les patients avec critères de gravité doivent bénéficier systématiquement d'un prélèvement cornéen micro-

biologique complet (examen direct, culture bactériologique ; culture mycologique, PCR HSV, PCR VZV, PCR amibe) et d'une analyse de la lentille de contact portée après signature d'une décharge. Les collyres antibiotiques renforcés 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'infections fongique ou amibienne, ou en l'absence d'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.

Il n'y a pas de kératite herpétique jusqu'à preuve du contraire chez le patient porteur de lentilles de contact. La corticothérapie aggrave les infections fongique et amibienne.

En cas de doute sur une kératite non bactérienne ou en cas de critères de gravité, un grattage cornéen pour analyse microbiologique complète dans un laboratoire spécialisé est recommandé.

Le pronostic visuel est variable en fonction du germe, de la topographie et du délai de prise en charge. La prévention des infections demeure la pierre angulaire d'une bonne adaptation en lentille de contact.

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, Chaumeil C, Laroche L. 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 Mar;35(3):313-7.

[4] Sauer A, Meyer N, Bourcier T; French Study Group for Contact Lens-Related Microbial Keratitis. Risk Factors for Contact Lens-Related Microbial Keratitis: A Case-Control Multicenter Study. Eye Contact Lens. 2016;42(3):158-62.