



tor)). Les résultats ont permis de montrer la présence de signes fonctionnels dans chaque sous-groupe et des arguments en faveur d'atteinte des glandes de Meibomius sans différence significative entre les groupes. Ainsi, comme déjà relaté dans la littérature, le DGM est une pathologie fréquente dans la population générale tout comme dans des pathologies de la surface oculaire.

Le Dr Martin de l'équipe du Pr Labetoulle a montré que les DGM étaient d'autant plus importants et graves chez des patients atteints de kératite herpétique comparé à l'œil adelphe. Cette étude pilote intéressante va être poursuivie dans les prochains mois et permettra de collecter des données sur la relation entre kératite herpétique et DGM.



Surface oculaire

Aurore Muselier

Service d'ophtalmologie du CHU de Dijon

Après avoir été particulièrement à l'honneur en 2015 en étant le thème central du rapport de la Société française d'ophtalmologie, la surface oculaire reste toujours un vif sujet d'intérêt. Nous allons revenir sur les points marquants de quelques communications qui ont été présentées cette année.

Les dysfonctionnements meibomiens : un sujet au cœur de la surface oculaire

Les dysfonctionnements des glandes de Meibomius (DGM) sont une des atteintes de la surface oculaire les plus fréquentes.

Le Dr Boujnah de l'équipe du Pr Burillon a rapporté des données de prévalence des DGM dans un service hospitalier par une méthode d'interférométrie non invasive. Cette enquête épidémiologique a inclus 164 yeux de 82 patients divisés en

trois sous-groupes (sujets ayant une plainte de sécheresse oculaire, patients qui présentaient un chalazion et un groupe témoin). Tous les sujets ont bénéficié d'un interrogatoire comprenant une évaluation de leur symptomatologie à l'aide du questionnaire SPEED puis d'un examen clinique comprenant un BUT et d'un Lipiview® (épaisseur de la couche lipidique, mesure du clignement palpébral, MGE (*Meibomian Glands Evalua-*

Les conjonctivites de l'enfant

La réunion de l'Afsop (Association francophone de strabologie et d'ophtalmologie pédiatrique) a permis de revenir sur la conduite à tenir devant une conjonctivite de l'enfant.

Le Pr Arnaud Sauer a tout d'abord abordé le thème des conjonctivites néonatales. Les agents pathogènes les plus fréquemment retrouvés dans les conjonctivites du nouveau-né sont les agents pathogènes nosocomiaux suivis par le *Chlamydiae trachomatis*, le streptocoque B, le *Neisseria gonorrhoeae* et le virus de l'herpès (tableau I). Les germes d'origine nosocomiale (*S. aureus*, *S. epidermidis*, *E. coli*) touchent jusqu'à 5% des nouveaux-nés mais l'atteinte est le plus souvent bénigne. Les conjonctivites à gonocoque sont en revanche généralement graves et le pronostic dépend de la rapidité de prise

Tableau I.
Conjonctivites néonatales (d'après la communication du Pr A. Sauer).

Étiologies	Points forts
Infections sexuellement transmissibles (Gonocoque, <i>Chlamydiae</i>)	Urgence Accouchement voie basse Traitement de la mère
Nosocomiale (<i>S. aureus</i> et <i>epidermidis</i> ++, <i>E. coli</i>)	Fréquente (5 % des nouveaux-nés) Bénignes
Contiguïté (streptocoque B, herpès)	Très rare car dépistage et/ou bon suivi gynécologique Traitement préventif

en charge (risque de perforation cornéenne). Un traitement par céphalosporine de 3^e génération par voie intraveineuse en hospitalisation doit être instauré. En cas d'atteinte par *Chlamydiae* un traitement ambulatoire par antibiothérapie locale et générale ainsi qu'un bilan général à la recherche d'autres localisations doit être entrepris. Dès lors qu'une conjonctivite d'allure bactérienne survient chez un nouveau-né, un traitement antibiotique doit systématiquement être instauré. Les atteintes herpétiques sont plus rares mais potentiellement graves et doivent être prises en charge dans un cadre hospitalier par un traitement antiviral par voie générale. En cas de conjonctivite à répétition et de larmolement clair, une imperforation des voies lacrymales devra être suspectée. En l'absence de complications (absence de dacryocystite, moins d'un épisode de conjonctivite par mois), une

surveillance avec massage du sac lacrymal sera préconisée.

Par la suite, le Pr Sauer a fait le point sur les conjonctivites bactériennes et virales de l'enfant qui sont une cause fréquente de consultation (*tableau I*). Les principaux points à retenir sont l'absence de douleurs, de photophobie ou de baisse d'acuité visuelle. Leurs principales caractéristiques sont retrouvées au *tableau II*. Les prélèvements microbiologiques ne seront jamais réalisés en première intention. Le traitement est résumé dans l'arbre décisionnel *figure 1*. En cas d'atteinte herpétique chez l'enfant, l'atteinte est le plus souvent stromale et peut être bilatérale notamment chez les patients atopiques. Dans ce cas, le diagnostic microbiologique par PCR aura toute son importance et un traitement par aciclovir par voie orale devra être instauré.

	Virus	Bactérie
Type	Adénovirus Rhinovirus	<i>H. influenzae</i> <i>S. pneumoniae</i>
Clinique	Bilatéral Clair et muqueux Catarrhe et syndrome viral	Unilatéral Purulent Otite, angine
Contagiosité	Elevée Incubation 5-10 jours	Collectivités Incubation courte

Tableau II.
Caractéristiques
des conjonctivites
de l'enfant (d'après
la communication
du Pr A. Sauer).

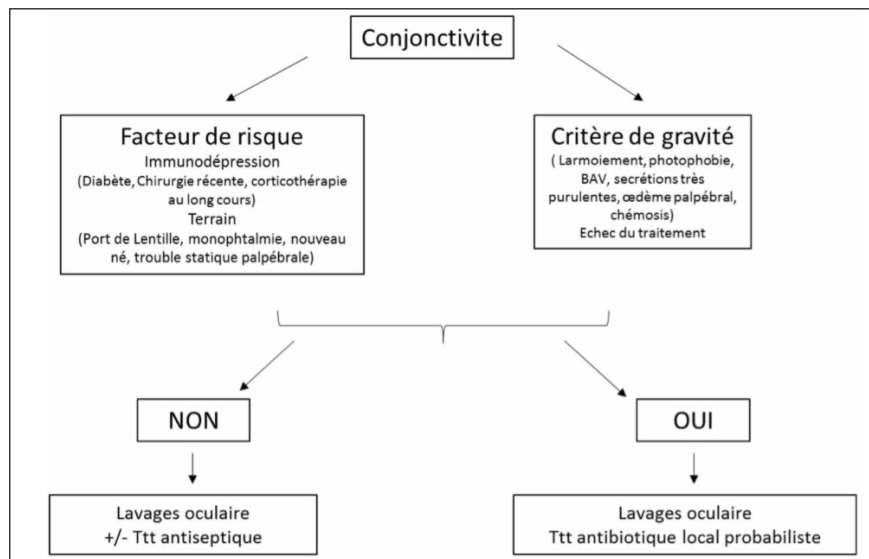


Figure 1. Arbre décisionnel dans la prise en charge des conjonctivites de l'enfant (selon l'ANSM).

La kératoconjonctivite vernale

Par la suite, Le Dr Serge Doan est revenu sur la kératoconjonctivite vernale qui atteint préférentiellement les jeunes garçons (moins de 10 ans) et disparaît classiquement après la puberté. L'allergie et l'atopie sont présentes dans 50 à 70 % des cas selon les séries, mais le rôle de l'exposition solaire est à souligner. La symptomatologie est bruyante (douleur, photophobie, prurit, sécrétions...) Il s'agit d'une forme clinique pouvant entraîner une atteinte cornéenne grave. Dans la forme palpébrale, on retrouve des pavés sous-tarsaux et, dans la forme limbique, un bourrelet limbique et les nodules de Trantas sont classiques. Le traitement doit faire appel à des lavages oculaires fréquents, une protection solaire, des collyres antiallergiques locaux et, en cas d'atteinte grave, à des anti-inflammatoires (cure courte de corticoïdes locaux puis, en cas de corticodépendance, de ciclosporine locale de 0,5 % à 2 %).

Le principal diagnostic différentiel à évoquer est la kératoconjonctivite phlycténulaire ou rosacée de l'enfant. Le tableau clinique évolue par poussée et associe une hyperhémie conjonctivale et une photophobie répondant à un traitement par corticothérapie locale. L'atteinte peut être asymétrique et unilatérale. On note une hyperhémie conjonctivale, des phlyctènes et une meibomite postérieure. L'atteinte cornéenne est à redouter en cas de poussée inflammatoire. Elle sera plutôt de localisation inférieure avec une néovascularisation. Les infiltrats puis les cicatrices cornéennes peuvent engager le pronostic visuel en l'absence de traitement. Des antécédents de chalazions devront être systématiquement recherchés à l'interrogatoire. L'atteinte cutanée dans les formes de l'enfant peut être absente ou discrète. Le traitement doit être continu pendant six mois et repose sur les soins d'hygiène palpébrale associés en cas de forme modérée à des cures d'antibiotiques locaux (azythromycine en collyre). En cas d'atteinte sévère, le recours aux corticoïdes locaux en phase d'induction puis à la ciclosporine (de 0,5 % à 2 %) au long cours devra être envisagé.