



Un œil rouge sous lentille

Arnaud Bonnabel^{1,2}, Aurore Muselier¹

Mme D., 24 ans, se présente aux urgences ophtalmologiques pour un œil rouge et douloureux. Elle est gênée par la lumière et la symptomatologie évolue depuis trois jours. Elle n'a aucun antécédent médical, mais elle nous apprend qu'elle est porteuse de lentilles souples (LSH) de renouvellement mensuel depuis deux ans. À l'interrogatoire, elle nous rapporte qu'elle se douche et se baigne avec ses lentilles et que le respect des règles de décontamination est aléatoire. Son médecin traitant lui a prescrit un collyre antibiotique associé à un corticoïde et de la pommade à la vitamine A il y a deux jours. Devant l'absence d'amélioration, elle vient consulter.

L'examen ophtalmologique retrouve une acuité visuelle (AV) initiale limitée à « voit bouger la main » à l'œil gauche. Au niveau cornéen, on note un infiltrat stromal central, légèrement grisé, à bords irréguliers, de 3 mm de diamètre avec œdème stromal diffus et plis de Descemet (figure 1). Il existe une réaction de chambre antérieure à « 2 croix » et l'esthésie cornéenne est normale.

Le diagnostic d'abcès de cornée grave de l'œil gauche chez une porteuse de LSH est posé.

Une prise en charge rapide et intense

Après réalisation de prélèvements microbiologiques cornéens pour examen direct et mise en culture en bactériologie, parasitologie et mycologie, la patiente est hospitalisée en service de semaine. Un traitement curatif antibiotique par collyres renforcés de préparation hospitalière est débuté, associant une céphalosporine de troisième génération et un glycopeptide. Le traitement est complété d'un collyre cycloplégique et d'une fluoroquinolone de troisième génération par voie orale devant la sévérité de l'atteinte cornéenne. Initialement, les collyres antibiotiques renforcés sont instillés toutes les 10 minutes pendant une heure puis toutes les heures pendant les 48 premières heures. L'examen bactériologique permet de mettre en évidence un bacille Gram négatif (*Pseudomonas aeruginosa*). L'antibiogramme indique que le germe est sensible à la tobramycine et à la ciprofloxacine.

Devant l'amélioration de l'examen clinique 48 heures après l'instauration du traitement, le traitement par antibio-



Figure 1. Abcès cornéen à *Pseudomonas aeruginosa* chez une porteuse de lentilles de contact.

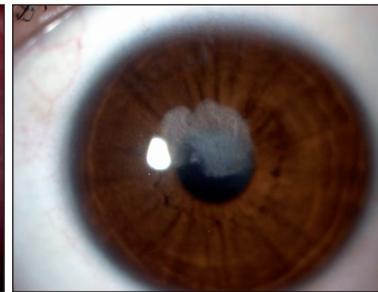


Figure 2. Évolution après huit semaines de traitement local.

tiques renforcés est relayé par une bithérapie de collyres antibiotiques topiques commerciaux adaptée à l'antibiogramme. Parallèlement, le traitement antibiotique oral est maintenu sept jours. La patiente sort du service et cinq jours plus tard, l'examen clinique révèle une nette amélioration. Cependant, la présence d'un infiltrat stromal antérieur fluorescéine négatif amène à mettre en route une corticothérapie locale avec une décroissance progressive sur six semaines.

Au terme du traitement (huit semaines plus tard), l'examen ophtalmologique retrouve une AV à 5/10 avec correction et un infiltrat stromal antérieur cicatriciel central (figure 2).

Conclusion

Tout œil rouge et douloureux chez un porteur de LSH est un abcès de cornée jusqu'à preuve du contraire et doit être vu en urgence par un ophtalmologiste.

Le diagnostic de kératite amibienne devra être systématiquement évoqué car les signes cliniques peuvent être aspécifiques.

Le diagnostic de nécrose stromale herpétique sous-jacente devra être suspecté, en particulier chez la personne âgée ou immunodéprimée.

Chez un patient ayant présenté un traumatisme végétal, une kératomycose devra être éliminée.

Points forts

- Kératite bactérienne grave sous LSH chez une femme jeune.
- Hospitalisation et traitement par collyres renforcés antibiotiques de préparation hospitalière.
- Adaptation du traitement à l'antibiogramme.
- Introduction d'une corticothérapie locale dès la maîtrise de l'infection.
- Éducation des porteurs de LSH.

1. Service d'ophtalmologie du Pr C. Creuzot-Garcher, CHU de Dijon 2. Interne en 9^e semestre