

# Les kératoconjunctivites phlycténulaires

Aurore Muselier, Catherine Creuzot-Garcher

**L**a kératoconjunctivite phlycténulaire, ou rosacée oculaire de l'enfant, est une affection rare et sous-diagnostiquée qui associe une meibomite postérieure, des phlyctènes et des chalazions. Dans les formes sévères, l'atteinte cornéenne peut associer une néovascularisation, un infiltrat cornéen et un ulcère catarrhal. La recherche de cette pathologie de diagnostic difficile chez l'enfant a toute son importance car les lésions peuvent entraîner des cicatrices cornéennes à l'origine d'une baisse d'acuité visuelle. Une prise en charge thérapeutique spécifique et un suivi à long terme sont nécessaires.

## Une pathologie rare et sous-diagnostiquée

Les résultats d'une étude de Donaldson portant sur 20 enfants présentant une rosacée oculaire a montré que l'âge moyen de début des symptômes était de 6,9 ans et l'âge moyen du diagnostic de la kératoconjunctivite phlycténulaire de 9,2 ans, soit un retard diagnostique d'environ 2,6 ans. Vingt pour cent des enfants présentaient des antécédents familiaux de rosacée. Une atteinte cutanée était présente chez 40 % d'entre eux. Lorsque le diagnostic de kératoconjunctivite phlycténulaire est posé, il est inhabituel de retrouver une atteinte typique de rosacée cutanée qui pourrait alors orienter le praticien. On constate donc très souvent une errance diagnostique puisqu'il n'existe pas de critères spécifiques pour diagnostiquer une kératoconjunctivite phlycténulaire.

## Une symptomatologie peu spécifique et trompeuse

Chez l'enfant, les signes ophtalmologiques précèdent souvent l'atteinte dermatologique rendant ainsi le diagnostic parfois difficile. Le plus souvent, les enfants présentent depuis des mois une hyperhémie conjonctivale associée à un inconfort oculaire et à une photophobie (figure 1). Devant cette symptomatologie, le diagnostic de conjunctivite allergique est alors parfois posé à tort, surtout si l'enfant est atopique.

L'atteinte est le plus souvent bilatérale, mais certaines formes cliniques sont strictement unilatérales. Les manifestations cliniques présentes dans la kératoconjunctivite



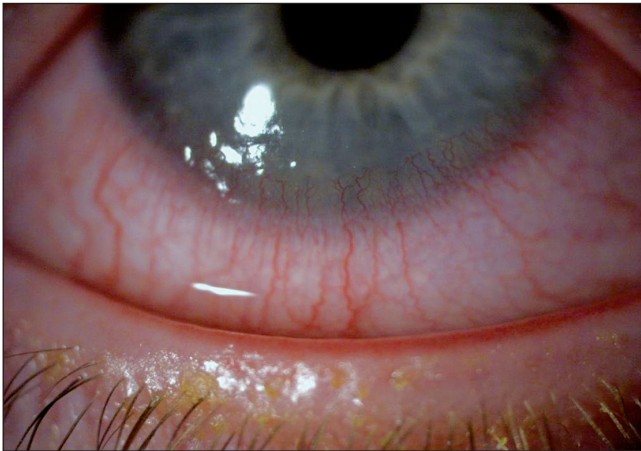
**Figure 1.** Fillette de 10 ans qui présente une hyperhémie conjonctivale associée à une photophobie depuis 14 mois.

phlycténulaire ne sont pas spécifiques. En revanche, certains éléments évocateurs permettent de suspecter le diagnostic. Les principaux symptômes présentés par les enfants sont des yeux rouges sans prurit, accompagnés d'une photophobie et plus rarement d'une baisse d'acuité visuelle. L'association de chalazions récidivants, d'une atteinte cornéenne préférentiellement inférieure et de phlyctènes conjonctivales signent le diagnostic. En cas de *chalazions récidivants chez un enfant*, il est important de rechercher des signes en faveur d'une kératoconjunctivite phlycténulaire. Lempert *et al.* ont montré que 57 % des patients ayant bénéficié d'une exérèse de chalazion présentaient une rosacée.

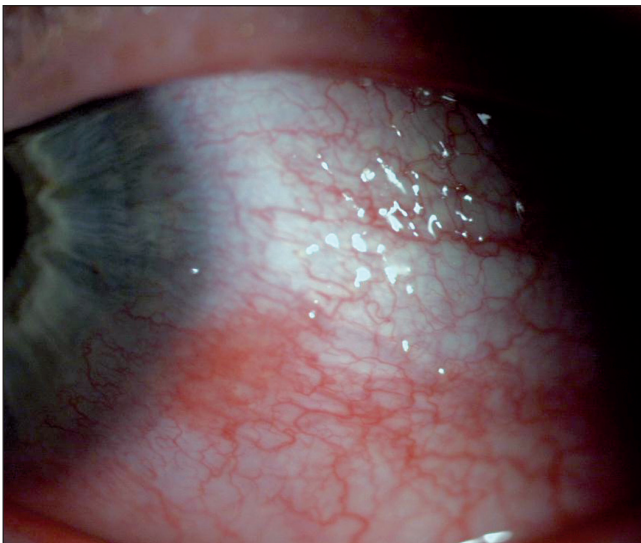
Ainsi dans les formes de kératoconjunctivite phlycténulaire mineure, on retrouve le plus souvent lors de l'examen biomicroscopique une hyperhémie conjonctivale et des phlyctènes conjonctivales qui sont des petites élévures transparentes visibles avec une fente fine inclinée à 60°. Une kératite ponctuée superficielle inférieure peut accompagner le tableau. Une blépharite postérieure avec expression d'un meibum louche épais est associée et parfois même accompagnée de bouchons meibomiens (figure 2).

Dans les formes sévères, l'atteinte cornéenne associe des phlyctènes se compliquant d'infiltrats blanchâtres

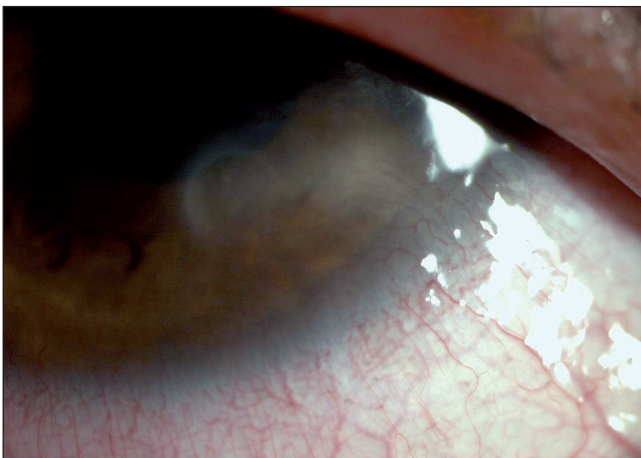
Service d'ophtalmologie, CHU Dijon



**Figure 2.** Blépharite postérieure, bouchons meibomiens et néovascularisation cornéenne.



**Figure 3.** Phlyctènes conjonctivales et néovascularisation cornéenne.



**Figure 4.** Infiltrat cornéen périphérique.

ou d'ulcères catarrhaux accompagnés d'une néovascularisation cornéenne superficielle le plus souvent inférieure (figure 3). Ces lésions à l'origine de cicatrices et d'amincissements néovascularisés sont le plus souvent périphériques mais peuvent menacer la vision en cas d'atteinte centrale (figure 4). Des cas de perforation cornéenne sont décrits.

### Physiopathologie

Un mécanisme d'hypersensibilité de type IV de la classification de Gell et Combs serait impliqué dans la genèse de la kératoconjonctivite phlycténulaire. Une réaction à médiation cellulaire vis-à-vis d'antigènes du staphylocoque *epidermidis* entraînerait une modification de la composition du meibum, elle-même à l'origine des manifestations oculaires, en particulier cornéennes.

### D'autres diagnostics peuvent être évoqués

Le diagnostic d'une kératoconjonctivite phlycténulaire est clinique. Il repose sur un faisceau d'arguments (œil rouge, sans prurit, atteinte préférentiellement inférieure de la cornée, antécédent de chalazions). Il n'est pas rare devant un tableau peu spécifique d'évoquer un autre diagnostic :

- une *kératoconjonctivite allergique sévère* type *kératoconjonctivite vernale* chez un enfant présentant un terrain atopique et des yeux rouges avec photophobie. Cependant, l'absence de bourrelet limbique et de pavés à l'examen de la conjonctive supérieure doit remettre en question le diagnostic. La *kératoconjonctivite allergique sévère* est plus fréquente chez les garçons et la symptomatologie est souvent d'évolution saisonnière puisque favorisée par le soleil et les allergènes ;
- une *kératite herpétique*, surtout si l'atteinte est unilatérale et associée à un infiltrat blanchâtre et parfois à une néovascularisation. L'absence d'amélioration avec un traitement antiviral bien conduit doit remettre le diagnostic en cause ;
- un *abcès cornéen* sera évoqué devant un cortège bruyant de symptômes d'apparition brutale associés à un infiltrat cornéen blanchâtre fluo+. La localisation cornéenne souvent périphérique et inférieure accompagnée d'une néovascularisation doit alerter le praticien. En cas de doute, il est alors recommandé de réaliser des prélèvements bactériologiques et de mettre en route un traitement antibiotique local adapté ;
- une *conjonctivite chronique due à une infection par pox virus (molluscum contagiosum)* qui se caractérise

par une conjonctivite folliculaire avec parfois atteinte cornéenne à type de kératite ponctuée superficielle, voire un pannus cornéen. L'examen des paupières permet de mettre en évidence une ou plusieurs lésions papuleuses en tête d'épingle.

## Une prise en charge graduelle et corrélée à la sévérité de l'atteinte

Quel que soit le stade de gravité, le traitement repose en premier lieu sur des lavages au sérum physiologique associés à une hygiène palpébrale rigoureuse et quotidienne qui permet de désengorger les glandes de Meibomius et de réduire l'inflammation palpébrale. Ces gestes qui peuvent paraître astreignants doivent être expliqués aux parents afin qu'ils comprennent leur importance.

Dans les formes mineures, le recours aux macrolides *per os* (azythromycine) en cure courte d'une semaine s'avère assez efficace. L'utilisation de cyclines par voie orale est contre-indiquée chez les enfants de moins de 9 ans. Depuis quelques mois, l'efficacité de cures d'azythromycine en collyre a été évoquée.

Dans les formes sévères inflammatoires, notamment avec atteinte cornéenne, l'usage des corticoïdes locaux en cure courte est indiqué. En cas de dépendance au traitement, le risque de développer une cataracte ou un glaucome secondaire fait préférer un traitement par ciclosporine topique à des concentrations de 0,5 % à 2 % qui est le plus souvent bien toléré chez l'enfant. Diverses études ont montré une efficacité tant sur les symptômes que sur l'atteinte cornéenne après quelques semaines de traitement par la ciclosporine en collyre.

## Un traitement précoce et un suivi à long terme

Lorsque le diagnostic de kératoconjonctivite phlycténulaire est fait précocement et qu'un traitement adéquat est mis en route, le pronostic visuel est excellent. En revanche une baisse de l'acuité visuelle peut survenir en cas de complications cornéennes, celle-ci étant liée à des cicatrices cornéennes, à la néovascularisation, à un astigmatisme irrégulier ou à une amblyopie. La mise en route d'un traitement par anti-inflammatoires de type ciclosporine en collyre peut alors permettre parfois d'améliorer ce pronostic.

### Bibliographie

- Cetinkaya A, Akova YA. Pediatric ocular acne rosacea: long-term treatment with systemic antibiotics. *Am J Ophthalmol* 2006;142:816-21.
- Chamaillard M, Mortemousque B, Boralevi F et al. Cutaneous and ocular signs of childhood rosacea. *Arch Dermatol* 2008;144:167-71.
- Doan S, Gabison E, Gatineau D et al. Topical cyclosporine A in severe steroid-dependent childhood phlyctenular keratoconjunctivitis. *Am J Ophthalmol* 2006;141:62-6.
- Doan S, Gabison EE, Nghiem-Buffet S et al. Long-term visual outcome of childhood blepharokeratoconjunctivitis. *Am J Ophthalmol* 2007;143:528-9.
- Donaldson KE, Karp CL, Dunbar MT. Evaluation and treatment of children with ocular rosacea. *Cornea* 2007;26:42-6.
- Erzurum SA, Feder RS, Greenwald MJ. Acne rosacea with keratitis in childhood. *Arch Ophthalmol* 1993;111:228-30.
- Foulks GN, Borchman D, Yappert M et al. Topical azithromycin therapy for meibomian gland dysfunction: clinical response and lipid alterations. *Cornea* 2010;29:781-8.
- Lempert SL, Jenkins MS, Brown SI. Chalazia and rosacea. *Arch Ophthalmol* 1979;97:1652-3.