Questions flash

Uvéites de l'enfant : l'avis du rhumatologue

I. KONÉ-PAUT
Rhumatologie pédiatrique, CeRéMAI centre de référence des maladies auto-inflammatoires, CHU de Bicêtre, Université de Paris-Sud, PARIS.

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) représente la première cause d'uvéite non infectieuse de l'enfant. Celle-ci représente un groupe hétérogène de maladies articulaires inflammatoires subdivisé en 7 sous-types suivant la classification internationale ILAR. Parmi ces sous types, c'est surtout la forme oligoarticulaire qui représente à elle seule environ la moitié des patients avec AJI, et qui se distingue par une atteinte oculaire insidieuse dont le pronostic peut parfois être plus sévère que celui de l'arthrite.

Les patients concernés sont surtout des petites filles entre 1 et 4 ans, qui se présentent avec un nombre limité d'arthrites dans les 6 premiers mois (1 à 4) et une association fréquente avec des anticorps antinucléaires sans spécificité.

Les uvéites antérieures chroniques "à œil blanc" surviennent dans environ 30 % des cas avec un risque particulièrement élevé dans les 4 premières années d'évolution de l'arthrite ; elles peuvent parfois être inaugurales. Leur aspect typique n'est pas granulomateux, et elles se bilatéralisent fréquemment dans la première année de leur évolution. Toutefois, des aspects granulomateux "en graisse de mouton" et une extension postérieure sont rarement observés.

Les complications comprennent une kératopathie en bandelette, des synéchies iridocristalliniennes et une cataracte. Compte tenu que l'œil n'est ni rouge ni douloureux et qu'il s'agit de très jeunes enfants, il est nécessaire d'effectuer un dépistage systématique rigoureux tous les 3 mois, comportant un examen à la lampe à fente pendant au moins 4 ans après le début de l'arthrite.

Le dépistage peut ensuite être allégé à une fois tous les 6 mois, mais il doit être prolongé car des uvéites tardives ont été rapportées.

Un autre sous-type, les spondylarthropathies, qui englobent aujourd'hui aussi les rhumatismes associés au psoriasis, peut se compliquer d'uvéites antérieures différentes au plan sémiologique puisqu'elles sont bruyantes, aiguës, avec œil rouge. Elles touchent des enfants de plus de 6 ans qui sont plus fréquemment des garçons.

L'observation de l'une ou l'autre de ces arthrites doit donc faire appel à une prise en charge conjointe avec un pédiatre rhumatologue qui contribuera à l'établissement du diagnostic et à la prise en charge médicamenteuse, qui peut être complexe car elle n'est pas codifiée et peut inclure des corticoïdes.

Les formes peu sévères sont traitées par des collyres anti-inflammatoires et/ou corticoïdes. Les formes sévères peuvent nécessiter des corticoïdes IV en bolus, du méthotrexate et des biothérapies.

Les complications peuvent nécessiter un traitement chirurgical pour récupérer une acuité visuelle.

S'agissant des uvéites de l'arthrite juvénile oligoarticulaire, cocher les réponses exactes :

1. Elles sont suspectées devant un œil rouge.
2. **Elles sont le plus souvent bilatérales.**
3. Elles touchent surtout le segment postérieur.
4. **Le risque est important avant 6 ans.**
5. **Elles touchent surtout les filles.**
6. Leur aspect est granulomateux.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Comment éviter les corticoïdes dans la vernale ?

F. CHIAMBARETTA
Service d'Ophtalmologie, CHU Gabriel-Montpied, CLERMONT-FERRAND.

Les corticoïdes sont des anti-inflammatoires puissants qui maîtrisent sans difficulté les crises inflammatoires douloureuses des kératoconjonctivites vernales. Cette efficacité explique que le recours à cette classe pharmacologique puisse apparaître confortable et apaisante pour ces enfants. Cependant, le risque iatrogénique important expose à la formation de cataracte et à la survenue de glaucome. L'utilisation des corticoïdes chez ces enfants se doit d'être strictement limitée.

La prévention maximale des poussées inflammatoires est un objectif central de la prise en charge de ces patients. **L'hyperréactivité conjonctivale non spécifique** sera apaisée par l'utilisation régulière de mesures symptomatiques : lubrification de la surface oculaire et nettoyage au sérum physiologique conservé au froid (effet anti-inflammatoire), le port de lunettes de soleil et de casquette. **L'hypersensibilité immédiate IgE médiée** justifie une prise en charge rigoureuse et nécessite un bilan allergologique systématique. La recherche d'un terrain atopique se poursuivra par l'identification d'éventuelles sensibilisations à des allergènes (*prick*

test et IgE spécifiques sériques). Au moindre doute, une allergie oculaire pourra être établie par la réalisation d'un test de provocation conjonctival. Cette exploration de l'inflammation d'origine allergique est positive dans près de 40 % des cas, débouche sur l'éviction d'allergènes responsables de crises oculaires, et peut permettre d'instaurer un protocole de désensibilisation spécifique. L'utilisation de collyres antihistaminiques et/ou stabilisateurs de membrane permet de modérer l'inflammation d'origine allergique de la surface oculaire, sur une période qui démarre au printemps et s'achève au début de l'hiver.

Malgré une prise en charge rigoureuse, parfois les poussées inflammatoires se rapprochent et une corticodépendance peut s'installer. La réalisation d'une épargne corticoïdes s'impose, et l'on doit privilégier le recours aux immunosuppresseurs locaux au premier rang desquels la ciclosporine en préparation hospitalière. La concentration efficace varie entre 0,5 % et 2 %, et sera prescrite dès le printemps jusqu'au début de l'hiver.

De nouvelles solutions thérapeutiques sont en cours d'évaluation comme les molécules anti-IgE. L'omalizumab est efficace dans les KCV sévères, car en bloquant les IgE il s'oppose à l'activation des mastocytes, des basophiles et des cellules présentant l'antigène au niveau de la surface oculaire. Une prise en charge optimale de la KCV passe par un bilan allergologique systématique et par des mesures symptomatiques quotidiennes.

Les antihistaminiques et/ou stabilisateurs de membrane renforcent la thérapeutique dès le début du printemps jusqu'au début de l'hiver. La corticothérapie locale, en cas de poussée inflammatoire majeure, doit rester prudente et sur de courte période. Les immunosuppresseurs locaux seront systématiques en cas de corticodépendance.

Les blépharites de l'enfant

F. CHIAMBARETTA
Service d'Ophtalmologie, CHU Gabriel-Montpied, CLERMONT-FERRAND.

Le terme de blépharite désigne une inflammation des paupières intéressant le bord libre, la peau, les cils (atteinte antérieure) et les glandes de Meibomius (GM) (atteinte postérieure). Il n'existe quasiment pas de données concernant la prévalence de la blépharite bien qu'elle soit décrite comme une des pathologies les plus fréquentes en ophtalmologie. Elle est classiquement estimée à au moins 15 % de la population générale. La blépharite postérieure semble la plus fréquente avec une prédominance d'atteinte des GM.

Le dysfonctionnement des GM (DGM) est plus fréquent dans les populations asiatiques, souvent considéré comme supérieur à 60 % dans les différentes études basées sur la population de l'Asie (*Beijing Eye Study*, *Shihpai Eye Study*). En revanche, la prévalence chez les Caucasiens varie de 3,5 % à 19,9 % à 37 % (Lemp MA. *Ocul Surf*, 2009).

Chez l'enfant, la pathologie des GM est souvent méconnue, négligée, et cette réalité aboutit à un retard du diagnostic qui peut atteindre plusieurs années. Toute kératoconjonctivite chronique de l'enfant, trop souvent apaisée par une corticothérapie locale, exige un examen clinique rigoureux de la surface oculaire pour permettre de repérer les signes cliniques fondamentaux au diagnostic de DGM. L'interrogatoire recherche des antécédents de chalazions souvent associés aux DGM.

La présence d'une kératite ponctuée superficielle inférieure doit faire suspecter un DGM. La présence d'une néovascularisation cornéenne inférieure (ou plus rarement supérieure) est un élément clé qui doit être recherché. Ces deux éléments doivent pousser le clinicien à évoquer un DGM et donc à examiner attentivement les paupières de l'enfant, étape trop souvent négligée. Il est fréquent de retrouver des télangiectasies du bord libre, certains orifices des glandes de Meibomius sont occlus et à la pression palpébrale l'expression des GM produit un meibum dont la qualité est dégradée (granuleux, voire solidifié avec aspect de pâte dentifrice). L'examen doit alors évaluer la présence de complication cornéenne (ulcère ou taie cicatricielle), rechercher des phlyctènes (petites vésicules) sur la conjonctivite avec un éclairage tangentiel.

La plus fréquente cause de DGM chez l'enfant est la rosacée oculaire dont le diagnostic doit être établit par l'examen du visage à la recherche de signes cutanés classiques des joues (atteinte papulopustuleuse, granulomateuse ou érythémateuse). Dans près d'un tiers des cas, l'examen du visage des parents peut être contributif avec une rosacée cutanée associée.

Le diagnostic de rosacée, une fois établi grâce à l'association d'une atteinte de la surface oculaire impliquant les GM et d'une atteinte cutanée typique, la prise en charge thérapeutique adaptée doit être entamée sans délais. En absence d'atteinte cutanée évidente, la présence d'une kératoconjonctivite phlycténulaire suffit pour évoquer la rosacée oculaire.

Les soins de paupières constituent le socle thérapeutique, se déclinent en trois temps successifs de **chauffage** (10 minutes avec compresses chaudes 45-50 °C, ou lunettes chauffantes, très pratiques chez l'enfant), **de mas-**

Questions flash

sage des paupières réalisant un drainage des sécrétions des glandes de Meibomius et enfin **un nettoyage** de la surface oculaire. Pour une bonne observance, il est toujours nécessaire de prévenir les parents que l'amélioration clinique sera très progressive, sur plusieurs mois. Une antibiothérapie locale à visée anti-inflammatoire (par azithromycine collyre Azyter) peut être un complément nécessaire en cure d'une semaine par mois sur 3 à 6 mois (par exemple : 2 gouttes sur 3 jours puis une goutte par jour pendant 4 jours). Des substituts lacrymaux seront utiles pour apaiser la sécheresse évaporative associée.

Si la sévérité de l'atteinte oculaire le justifie, une antibiothérapie générale à visée anti-inflammatoire est parfois nécessaire sur plusieurs mois par des cyclines, seulement après l'âge de 8 ans pour éviter les complications dentaires. Pour les enfants plus jeunes, l'érythromycine, l'azithromycine ou le métronidazole seront les alternatives obligatoires. La corticothérapie locale est à éviter dans cette pathologie. En cas d'efficacité insuffisante du schéma thérapeutique classique, la ciclosporine collyre en préparation hospitalière est l'alternative conseillée.

En conclusion, les blépharites de l'enfant sont relativement rares, mais il faut évoquer ce diagnostic devant toute blépharo-conjonctivite atypique récurrente. L'examen rigoureux de la surface oculaire et du visage est indispensable au diagnostic et à la mise en route d'une stratégie thérapeutique spécifique, centrée sur les soins des paupières.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Lentilles de contact chez l'enfant : quand et comment ?

F. MALET
BORDEAUX.

L'indication se pose lorsqu'un équipement optique en verres correcteurs est impossible, et peut se poser lors d'absence de remontée de l'acuité visuelle malgré un traitement bien conduit d'une amblyopie.

Les indications d'adaptation en lentilles chez l'enfant sont d'ordre optique comme l'aphaquie monoculaire, l'anisométropie avec amblyopie traitée ne récupérant pas avec verres correcteurs, les malformations faciales (avec amétropies fortes et port de lunettes impossible), les déformations cornéennes (post-traumatiques par exemple). D'autres indications sont à discuter plus particulièrement devant une aphaquie bilatérale, une myopie très forte, un strabisme accommodatif, un albinisme, un nystagmus : le but d'une adaptation dans tous ces cas étant d'essayer une amélioration de l'acuité visuelle jugée jusque-là insuffisante, et ce avec la collaboration de l'orthoptiste dans tous les cas. L'âge le plus difficile des adaptations en lentilles se situe entre 2 et 4 ans, période du "non" de l'enfant.

Sur le plan pratique, la pose de lentilles chez le bébé se fera plus facilement lors de la succion (prise du biberon…). Les manipulations de lentilles rigides sont beaucoup plus simples et plus rapides (pose-retrait) que celles des lentilles souples. À cet argument s'ajoute le fait que les risques infectieux sont nettement moindres en lentilles rigides, et que la qualité visuelle est nettement supérieure.

La lentille rigide à haute perméabilité à l'oxygène sera donc toujours le premier choix à faire dans ces adaptations de l'enfant, ce d'autant qu'elle autorise un port continu jusqu'à 30 jours d'affilée. Il est vivement recommandé d'éviter tout écarteur à paupières à la pose et de réaliser un retrait à la ventouse.

Chez l'enfant, le suivi est fondamental, particulièrement les contrôles d'acuité visuelle, l'adaptation du traitement de l'amblyopie, les mises à jour de la réfraction réalisées sur les lentilles (cycloplégie si phaque). Des lentilles d'avance permettent également, lors de perte de ces dernières, la poursuite sans arrêt d'un traitement de l'amblyopie et de garder tout le bénéfice des progrès visuels réalisés. Sur le plan technique, l'adaptation des lentilles rigides, basée sur la kératométrie la plus plate en millimètre, optera pour des diamètres assez grands (inférieurs à 1 mm au diamètre cornéen) pour optimiser la stabilité et diminuer les risques de luxation conjonctivale de la lentille.

Ces adaptations chez l'enfant dont le but, dans tous les cas, est d'améliorer l'acuité visuelle nécessitent une collaboration étroite avec l'orthoptiste et des parents impliqués dans cette démarche commune.

Lentilles de contact chez l'adolescent : comment réussir son adaptation ?

F. MALET
BORDEAUX.

La réussite d'une adaptation en lentilles chez l'adolescent est liée à la prise en compte de quatre éléments lors du premier contact