

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'anisométrie 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.

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

qui seront décisionnels dans le choix de l'adaptation et du type de lentilles sélectionné. Il s'agit de :

>>> **La réfraction :** la présence d'un astigmatisme $> 2.5D$, d'une myopie $> -5D$, d'antécédents familiaux de myopie moyenne à forte, d'un strabisme associé à une forte hypermétropie vont nous faire orienter préférentiellement vers des lentilles rigides.

>>> **L'aspect général de l'adolescent :** lors de ce premier contact, l'évaluation du niveau apparent de propreté (dont les mains...) va intervenir dans la décision ou non d'une adaptation "sécuritaire". La motivation de ce dernier, "son écoute" aux informations données sont des éléments positifs. Les sports pratiqués sont importants à évaluer ainsi que toute demande d'ordre esthétique (lentilles de couleur...).

>>> **L'environnement familial :** il est important à évaluer, d'une part, pour l'accompagnement à la période d'adaptation en lentilles et, d'autre part, pour le contrôle parental qui sera fait lors de l'entretien, du respect de l'hygiène et du renouvellement des lentilles. La prise en charge financière parentale des lentilles autorise facilement un respect des fréquences de renouvellement et, par là même, une sécurité si le choix de lentilles jetables journalières est fait. La signature du consentement éclairé par les parents de la fiche SFO pour l'adaptation en lentilles médicalise et responsabilise parents et adolescent, expliquant clairement les facteurs de risque liés au port.

>>> **Le type de port souhaité :** occasionnel ou régulier, il devra être bien évalué en sachant que, dans le temps, une évolution est parfois demandé vers un port régulier. Les contrôles seront l'occasion de préciser ce souhait de changement et d'envisager une modification du type de port et des lentilles portées.

Quelques spécificités propres à l'adolescent seront vérifiées avant toute adaptation comme l'absence de traitement antiacnéique général, la notion d'antécédents allergiques et l'examen de la paupière supérieure (pouvant influencer sur le choix du système d'entretien) ainsi que la vérification objective de la réfraction par cycloplégie.

En ce qui concerne l'équipement lui-même, les exigences d'une adaptation parfaite sont essentiels, tant dans le choix des matériaux (à forte perméabilité à l'oxygène) que dans les critères biomicroscopiques (centrage, mobilité suffisante de la lentille, contrôle fluo cornée-conjonctive au retrait).

Tous les types de lentilles peuvent être proposés chez l'adolescent, mais on prendra en compte une notion de facteur de risque plus élevé à cet âge en privilégiant lentilles rigides ou lentilles jetables journalières, lentilles dont l'incidence de complication sévères est moindre.

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

Toxoplasmose oculaire : conduite à tenir chez l'enfant

A. SAUER
CHU de STRASBOURG.

La toxoplasmose est une infection très fréquente : 30 % de la population mondiale serait atteinte, avec une très grande variabilité. Cependant, en dépit d'une séropre-

valence très élevée, l'incidence de la toxoplasmose oculaire (TO) reste limitée à environ 2 % des patients infectés. On peut ainsi estimer à 1 million le nombre de patients avec une TO active ou cicatricielle en France. Les outils microbiologiques, mis à disposition du clinicien, ont beaucoup progressé au cours des 20 dernières années, permettant de confirmer le diagnostic de toxoplasmose dans l'immense majorité des cas suspectés. Quel que soit le mode de contamination, la confirmation biologique du diagnostic de TO joue un rôle important dans la prise en charge du patient, notamment en cas de présentation atypique.

Dans le cadre d'une toxoplasmose congénitale, le diagnostic est suspecté devant une séroconversion maternelle. Le traitement de la mère pendant la grossesse est prescrit afin de limiter l'incidence des formes neurologiques. La confirmation de l'infection du bébé repose soit sur la positivité de l'amniocentèse, soit sur le suivi sérologique du nouveau-né (présence ou apparition d'IgM). Aucun traitement ne doit être prescrit à un enfant avant confirmation de l'infection. En cas d'infection du bébé, la gravité est d'autant plus importante que l'infection est précoce. La prévalence d'une rétinopathie reste cependant rare. Quelques facteurs de risque d'apparition d'une chorioretinite sont à rechercher : séroconversion précoce (avant 20 semaines d'aménorrhée), échographie transfontanellaire pathologique, présence de séquelles neurologiques ou d'une lymphadéno-pathie à l'examen clinique. Dans tous ces cas avec facteurs de risque, une surveillance régulière (tous les 3 mois) du fond d'œil est nécessaire, au moins jusqu'à l'âge verbal.

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