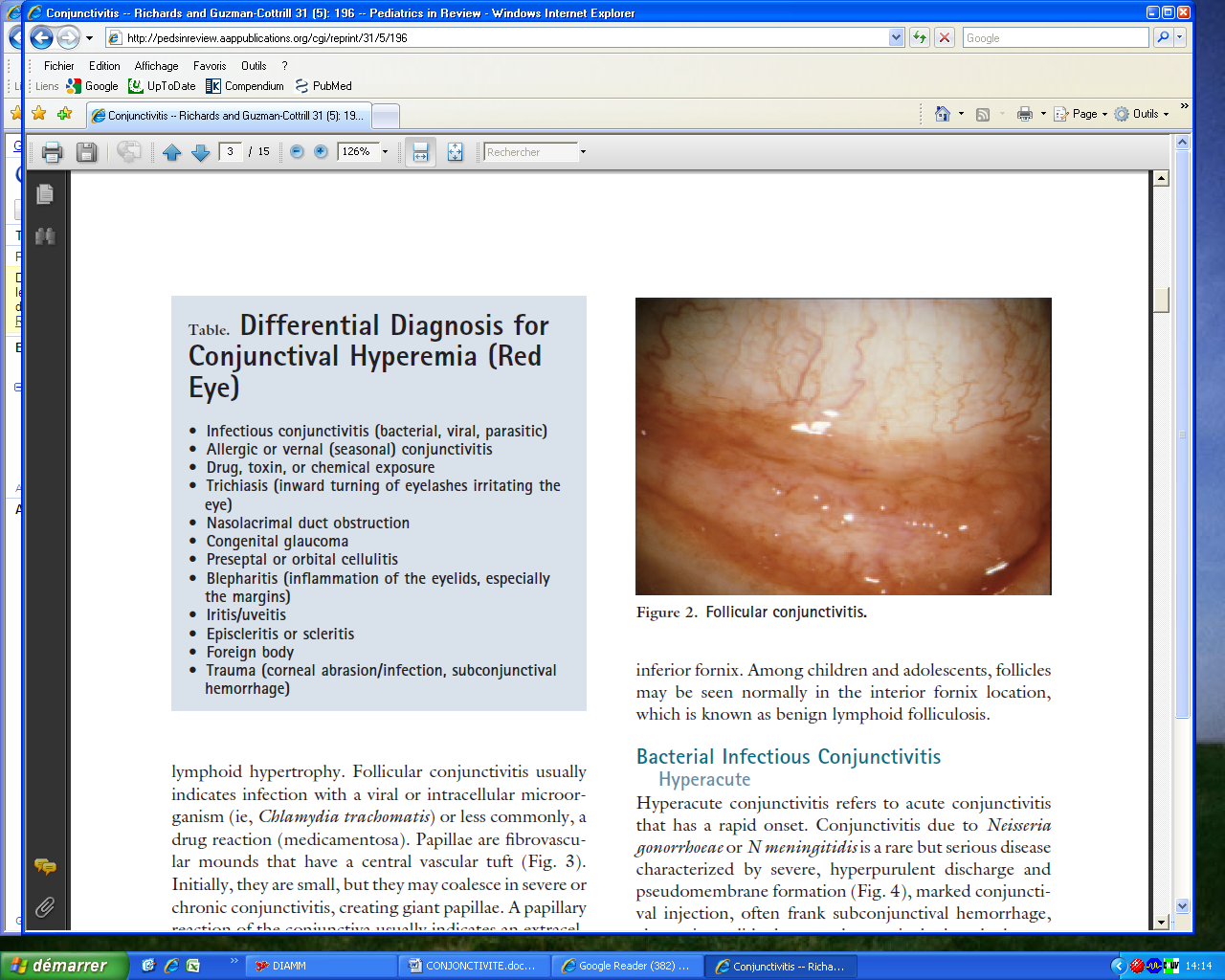
**CONJONCTIVITE**

*SFP 2014*

**DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

Si écoulement clair:

* Obstruction du canal lacrymo-nasal
* Gros yeux = CAVE glaucome congénital
* CE oculaire
* Kératite

****

**SIGNES DE GRAVITÉS**

* **Gros yeux = CAVE glaucome congénital**
* **Baisse de l’acuité visuelle, opacité cornéenne**
* **Photophobie, incapacité d’ouvrir les yeux**
* **Erythème localisé ou majoritairement à la jonction sclérotique-cornée**
* **Pupilles fixes**
* **Céphalées, nausée**

**A/ CONJONCTIVITE BACTÉRIENNE**

* Aspectpurulent uni- puis bilatéral
* Bactéries les plus fréquentes:
  + **NÉONATAL** (et à l’adolescence)

**Pour les nouveaux-né, IL FAUT TOUJOURS CULTIVER**

* **Gonocoque** (pic à J5 post natal) => tableau **bruyant** et **précoce** (2-5 j) => aspect très **purulent** avec **pseudomembranes** et **hémorragie** sous conjonctivale et gg préauriculaires. RISQUE DE PERFORATION OCCULAIRE RAPIDE => frottis systématique et traitement par Rocéphine® (dose unique) + chloramphénicol (Septicol®) pommade**.** Ne pas oublier de **traiter aussi les parents**!
  + - **Chlamydia (fréquent**), y penser si < 2 mois de **vie (appararait PLUS TARD PIC À J5-15 POST NATAL)** Ecoulement d’abord clair puis purulent et grains sous la conjonctive. CAVE pneumonie associée dans 50% des cas ! Dépistage = frottis intracellulaire du cul sac conjonctival. Y penser aussi dans les conjonctivites chronique (>4 sem.). **Ne pas traiter = risque de trachome avec opacité cornéenne** !
    - **Herpès** => conjonctivite folliculaire **CAVE: risque d'atteinte cornéenne**

Dans tous les cas, réaliser un contrôle dans les 48h!

* + **ENFANTS**:
    - Staph.aureus, S.épidermidis (coag. neg), Streptocoque A (pyogenes), Pneumocoque
    - Moraxella catarrhalis (surtout si OMA associée)
    - H.Influenzae(en diminution depuis la vaccination)
    - Pseudomonas si port de lentille de contact



**Traitement pour conjonctivites bactériennes**

**Pour les nouveaux-né, IL FAUT TOUJOURS CULTIVER**

1/ Sérum physiologique 48h

2/ **Antiseptique**:

* Desomédine® (Hexamidine diiséthionate): actif sur Gram positif
* Dose unique
  + Chlorhexidine ophtalmique 0,05
  + Iode povidone acuqueuse 5%

**LES ANTISEPTIQUES SONT AUSSI EFFICACES À 8 JOURS QUE LES ANTIBIOTIQUES !**

3/ Traitement antibiotique empirique de 1er choix **si conjonctivite peu sévère**=>

* **BGP +/- BGN**
  + **FUCITHALMIC®** **MONODOSE** (acide fusidique)=> Couvre les:
    - BGP: Staph/Streto
    - BGN: Haemophilus/Neisseria mais **PAS Pseudomonas**
  + **TOBREX®** (Tobramycine 0.3%): collyre/gel/pommade ophtalmique=> Couvre les:
    - BGP: Staph. coag. pos. et non MRSA/Streto
    - BGN: Haemophilus/Moraxella/E.Coli/pseudomonas
* **BGN**
  + **GARAMYCINE®** **COLLYRE** ou **OPHTAGRAM®** pommade/collyre (gentamycine 0.3%) => Couvre les:
    - BGN (Enterobactéries, serratia >E.coli>**Pseudomonas**).
    - Peu efficace sur les Staphylocoque non aureus (coag. neg).

**SI INFECTIONS SÉVÈRES OU RÉSISTANCES:**

* **FLOXAL®** collyre/pommade (ofloxacin): => couvre le
  + **GBP:** Staph aureus + **MRSA** et épidermidis, pneumocoque et autres Strepto
  + **BGN:** E.Coli, Moraxella, **Neisseria gonorrhéa**, **Pseudomonas**, …
  + **Atypiques: Chlamydia**
* **CILOXAN®** collyre/pommade (Ciprofloxacin 0.3%) => couvre les
  + **BGP :** Staph aureus et S.coag neg non MRSA, streptocoques,
  + **BGN :** Heamophilus, E.coli, Moraxella, **Pseudomonas**, ...
* **NÉOSPORIN® (**Neomycine + Gramicidin + Polymyxine):
  + Néomycin pour qq **BGN** **et BGP**: Staph aureus, quelques Strepto, Neisseria, **Pseudomonas**
  + Granamycin: que **BGP**: Staphylocoques /Stretocoques
  + Polymyxine que pour **BGN** : E.Coli, H.Infl., **Pseudomoas**, Neisseria;
* **BANÉOPOL®** pommade (Neomycine + Bacitracine + Polymyxine):
  + Néomycin pour qq **BGN** **et BGP**: Staph aureus, quelques Strepto, Neisseria, **Pseudomonas**
  + Bacitracin pour qq **BGN et BGP**: Staph, Strepto, E.Coli, **Pseudomonas**.
  + Polymyxine B que pour **BGN** : E.Coli, H.Infl., **Pseudomoas**, Neisseria;
* **NEOTRACIN®** pommade (Neomycine + Bacitracine):
  + Néomycin pour qq **BGN** **et BGP**: Staph aureus, quelques Strepto, Neisseria, **Pseudomonas**
  + Bacitracin pour qq **BGN et BGP**: Staph, Strepto, E.Coli, **Pseudomonas**
* **SPERSAPOLYMYXINE® (**Neomycine + Polymixine B):
  + Polymyxine B que pour **BGN** : E.Coli, H.Infl., **Pseudomoas**, Neisseria;
  + Néomycin pour qq **BGN** **et BGP**: Staph aureus, quelques Strepto, Neisseria, **Pseudomonas**
* **SEPTICOL®** pommade ophtalmique **(**Chloramphénicol): **=>** couvre les
  + BGP (Staph, strepto)
  + BGN (E.coli, Hib) et **très bien pour gonocoque,** mais **pas pour Pseudomonas**
* **ROCÉPHINE® IV dose unique** si Gonocoque chez la mère à la naissance.
* **Macrolide (KLACIPED®, ZITHROMAX®)** pd 14 jours si suspicion de **Chlamydia** néonatal (CAVE trachome chez l’adulte)

4/ Si récidives à l’arrêt du traitement (alternance larmoiement/surinfection) => supecter un **rétrécissement/imperforation du canal lacrymo-nasal** =>

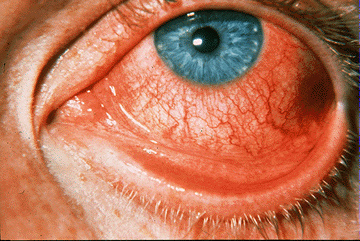
* **0-3 mois** :
  + **Massage** angle de l’œil et collyre antispetiques
  + **Désomédine**® vs Floxal®) Nb : Désomédine® contient de l’hexamidine qui est un agent antibactérien cationique, avec activité sur les BGP ainsi que amibes de type «Acanthamoeba» et n’est pas inhibée par le pus.
* **3-9 mois** : ad ophtalmo pour **sondage du cannal**
* **> 12 mois :** intubation du mono-canaliculo-nasal sous AG et laissé en place pd 2 mois

5/ Traitement **ciblé** dès résultat des cultures:

* Fucithalmic® monodose vs Neosporin®pour
  + H.Influenzae
  + Staphylocoque aureus
  + Strepto A ou pneumocoque
* Klaciped®, Zithromax®pd 14 jours po pour Chlamydia
* Ceftriaxone pd 7 jours pour gonocoque **IV !**

**B/ CONJONCTIVITES VIRALES**

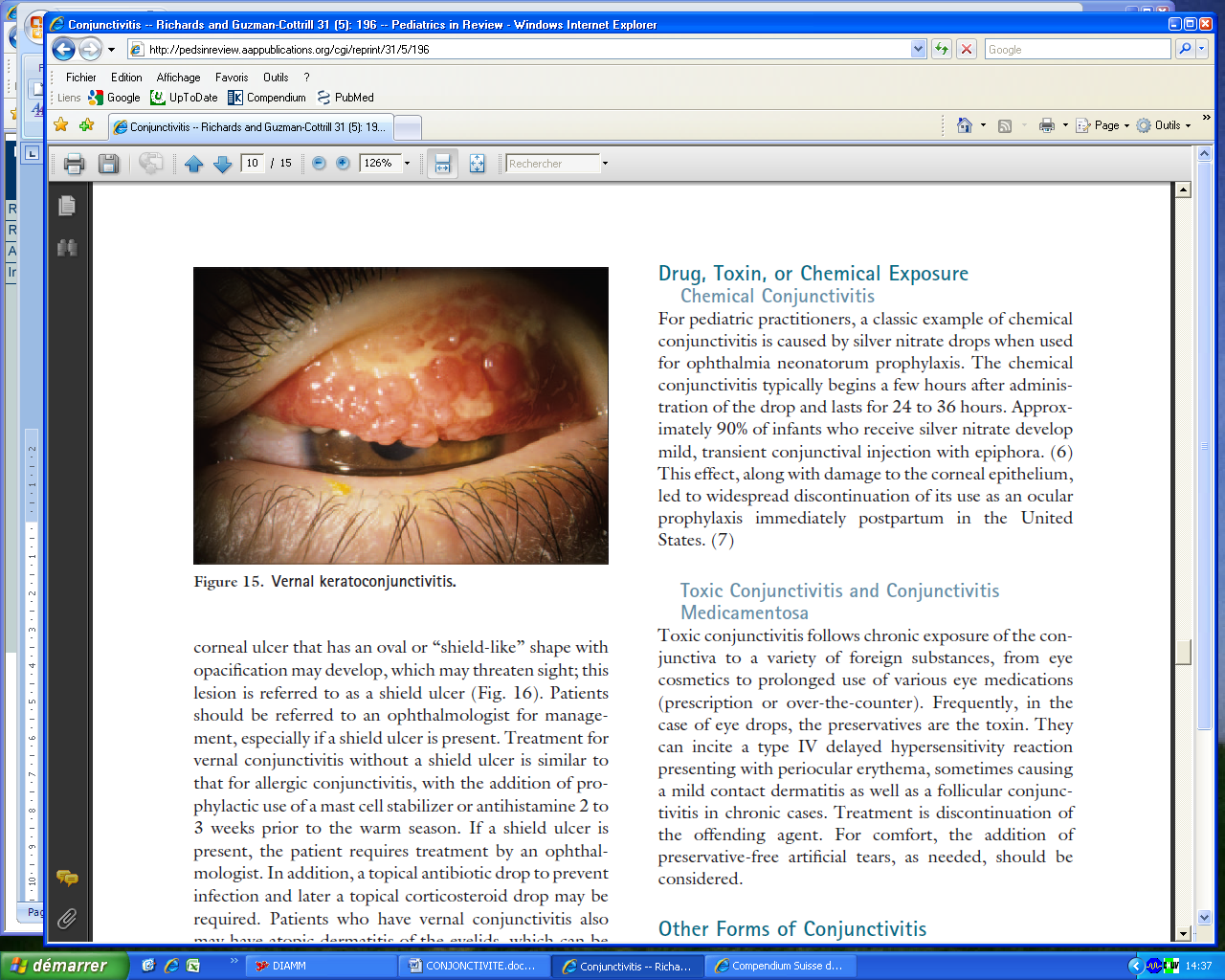
* Aspect souvent bilatéral en 48h, écoulement clair ou mucoséreux, associés àgg préauriculaire, pharyngite, IVRS, GEA
* Impression de sable dans les yeux, brûlure, conjonctive d’aspect mamelonné
* Péjoration les 2-3 premiers jours puis évolution favorable



* Virus :
  + **Adénovirus** (types 8, 19, and 37) (contage familial)
  + Entérovirus
  + Herpes => **ad ophtalmologue** + acyclovir per os 20 mg/kg 3x/j pd 14j + topique (Zovirax® pommade ophtalmique)
* Traitement des conjonctivites virales:
  + Antihistaminiques/décongestionants topiques.
    - **Spersallerg**® collyre (antiH1+ sympathicomim) dès 2 ans
    - **Emadine**® (antiH1) dès 3 ans
  + Lavages au sérum physiologique
  + Collyre antiseptique : Désomédine®
  + Discuter si besoin traitement corticoïdes topique avec ophtalmologues

**C/ CONJONTIVITES ALLERGIQUES**

* + - **Exceptionnelles avant 3 ans !**
    - **Saisonnière**, bilatérale, chez patient atopique
    - **Symptômes d’appel**: prurit +/-rhinite/urticaire/eczéma, œdème palpébral, folliculite tarsale, photophobie, pas de pus au début => réponse au collyre allergique
    - CAVE au risque de lésions cornéennes irréversibles **si papilles conjonctivales géantes => ad ophtalmo !**



* Traitement des conjonctivites allergiques:
  + **Eviter de frotter** car cela péjore les symptômes => éviter les irritants (mer, vent, soleil, éviction/nettoyage des pollens) => porter des lunettes de soleil, compresses froides, lavages fréquent des cheveux et visage à l’eau
  + **Lubrification/protection**
    - **Lacrycon®** (=ac.hyaluronique)
    - **Lacryfluid®/Lacryvisc®/Lacrinorm®** (=carbomère)
    - **Lacri Stulln UD**® (iode povidone)
    - Vitamine A en onguent ophtalmique
  + **Anti-histaminiques :**
    - **Spersallerg**® collyre (antiH1+ sympathicomimétique) dès 2 ans
    - **Emadine®** (anti-H1) dès 3 ans
    - **Opatanol® (**Olopatadine= antihistaminique) dès 3 ans 2x/j pd max. 4 mois
  + **Inhibiteurs de dégranulation des mastocytes**
    - **Opticrom®** (cromoglycate) des 4 ans
    - **Tilavist**® (nedicromyl) dès 6 ans
  + **Anesthésie en gouttes lors de kératite :** 
    - **OXYBUPROCAINE gtt opht 0.4 %**
    - **TETRACAINE SDU Faure 1 %**
  + **Corticoïdes topiques à faible dose**
    - **FML® Liquifilm** (Fluorometholone) : mais s’assurer qu’il y a pas d’herpes => mieux de demander un avis ophtalmo en cas de doute

Penser que **l’allergie peut provenir du collyre lui-même**

(sur les conservateurs : benzalkonium, thiomersal)

JAMAIS DE CORTICOÏDES EN PREMIÈRE INTENTION!!!