



Zona ophtalmique chez un enfant de 2 ans

Ophthalmic zoster in a child 2 years

A. Adraoui, G. Daghouj, B. Allali, B. Serraj, S. Lalami, M. Zouari, L. Elmaaloum, A. Elkettani, K. Zaghloul
Service d'Ophtalmologie Pédiatrique, hôpital 20 Aout Casablanca

RESUME : Le zona ophtalmique est une forme fréquente chez le sujet âgé plus que l'enfant. Il est causé par une réactivation du virus varicelle zona.

L'atteinte oculaire chez l'enfant durant les quatre premières années de vie est rare et potentiellement grave sur le plan fonctionnel si elle n'est pas traitée à temps. Elle doit faire rechercher une varicelle chez la mère pendant la grossesse ou un terrain d'immunodépression.

Nous rapportons le cas d'un zona ophtalmique chez une enfant de 2 ans.

SUMMARY : Ophthalmic zoster is a frequent form in the elderly older than the child. It is caused by a reactivation of the varicella zoster virus.

Ocular disease in children during the first four years of life is rare, but it is potentially serious in functional terms if it is not treated in time. It must seek varicella in the mother during pregnancy or immunosuppression.

We report the case of ophthalmic zoster in a child of 2 years.

Le zona ophtalmique est une maladie qui résulte de la réactivation du virus à ADN de l'Herpès Zoster (HZV), resté à l'état latent dans le ganglion de Gasser, suite à une primo-infection par la varicelle (1).

On parle de zona ophtalmique lorsqu'une des trois branches du nerf V est affectée : ophtalmique, maxillaire et mandibulaire, chaque branche innerve un territoire donné :

- La branche frontale : héli front, partie interne de la paupière supérieure ;
- La branche lacrymale : temporomalaire, partie externe de la paupière supérieure ;
- La branche nasale : angle interne de l'œil, conjonctive, racine du nez, cloison nasale.

Les manifestations oculaires sont dominées par les kératites et les uvéites antérieures pouvant compromettre la fonction visuelle.

Il touche surtout les sujets âgés et reste rare chez l'enfant (1). Nous rapportons le cas d'un zona ophtalmique chez un enfant de 2 ans compliqué d'une cellulite pré septale et d'une kératite épithéliale.

OBSERVATION :

Il s'agit d'une fillette de 2 ans qui a consulté aux urgences pour une rougeur de l'œil gauche avec un œdème palpébral évoluant depuis une semaine, ayant comme antécédent une primo infection varicelle à l'âge de 8 mois, un interrogatoire poussé a trouvé que la mère a contracté une varicelle au troisième trimestre de grossesse.

L'examen clinique a objectivé une éruption vésiculeuse et crouteuse sur le trajet du V1 et du V2, un œdème palpébral gauche, l'examen du segment antérieur : une kératite ponctuée superficielle au niveau du tiers inférieur de la cornée (figure 1 a, b), le fond d'œil est normal.

La TDM cranio-orbitaire a objectivé une cellulite pré septale. Un bilan immunologique à la recherche d'une immunodépression s'est révélé négatif (sérologie d'une infection rétrovirale).

La patiente a reçu un traitement antiviral per os au début puis en intraveineux devant l'apparition de la kératite épithéliale.

Figure 1a :
kératite épithéliale superficielle de l'œil gauche.

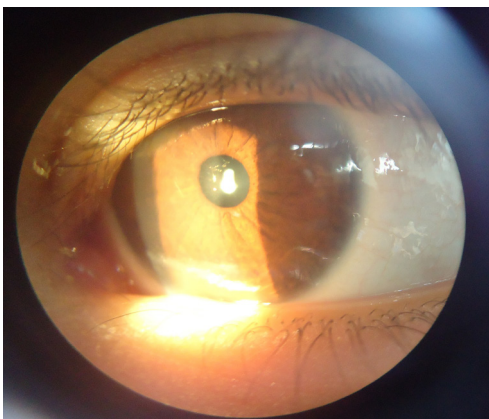


Figure 1b :
visualisation de la kératite à la lumière bleue.

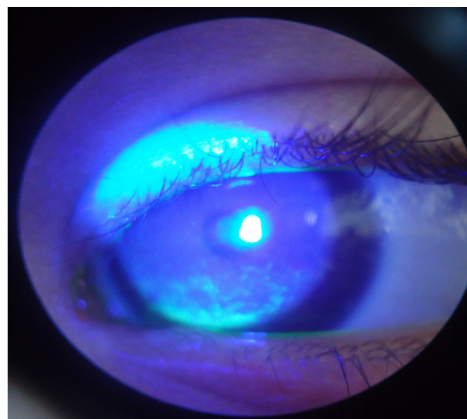


Figure 1c :
Disparition des signes cutanés après traitement (signes de cicatrisation cutanée)



puis à base d'acyclovir à raison de 10mg/Kg/8heurs pendant 2 jours avec relais par voie orale pendant 10 jours, une trithérapie (amoxicilline-acide clavulanique + flagyl + gentamycine), une antibiothérapie locale et des larmes artificielles, ont été également prescrites.

L'évolution est marquée par la régression de l'œdème palpébral et la disparition des signes cutanés et ophtalmologiques (figure 1c)

DISCUSSION:

Le zona ophtalmique est une localisation particulière par sa présentation clinique, ses complications oculaires et algiques restent potentiellement graves. Il forme 10 à 30% des cas de zona. Chez l'enfant, il est rare et de meilleur pronostic [10].

Une étude indienne [2] retrouve, sur 195 cas de zona, 22 zonas ophtalmiques dont 10% chez l'enfant.

On ignore les circonstances de réactivation du virus chez l'enfant. Néanmoins, il faut rechercher :

- Une varicelle maternelle contractée dans les deuxième et troisième trimestres de la grossesse pouvant entraîner un zona chez le nourrisson ou le petit enfant (survenue entre deux mois et quatre ans dans 12 % des cas [3]) qui est le cas dans notre observation. Enders et al. [4] rapportent 10 cas d'enfants ayant eu un zona dans l'enfance (dont huit dans la première année de vie) pour lesquels l'âge gestationnel médian au moment de la varicelle maternelle était de 25 semaines.
- L'immunodépression : le risque de zona serait multiplié par 122 selon Guess et al. [5] en cas d'existence d'une pathologie maligne, mais 3 % seulement des cas pédiatriques de zona surviennent chez ces enfants [6]. L'immunodépression favorise la survenue de zona, en particulier chez les patients porteurs de leucémie aigue, de lymphome en traitement; de même chez les patients prenant une chimiothérapie cytotoxique ou un traitement immunodépresseur (corticothérapie au long cours), chez les patients porteurs du virus VIH.



DIAGNOSTIC POSITIF DE L'ATTEINTE OCULAIRE:

L'aspect clinique du zona ophtalmique au stade aigu est bien connu. Il débute dans 70% des cas par des douleurs unilatérales superficielles au niveau du dermatome du tri-jumeau à type de brûlure et des douleurs lancinantes. On note également un syndrome infectieux général ainsi qu'une adénopathie prétragienne palpable. Le diagnostic devrait être fait à ce stade pour initier le plus tôt possible le traitement antiviral ; 24 à 48 heures, plus tard apparaît l'éruption: érythémateuse puis papuleuse puis vésiculeuse unilatérale[7].

Les manifestations oculaires pouvant précéder l'éruption cutanée, et sont dominées par les kératites, les uvéites antérieures. On peut observer également : une conjonctivite mucopurulente, un œdème palpébral, une kératite ponctuée, une épisclérite. Elles peuvent compromettre la fonction visuelle et font la gravité de l'affection [7]. Le bilan ophtalmologique précoce avec étude de la sensibilité cornéenne et une surveillance ophtalmologique régulière et rapprochée est souhaitable [8,9].

Les complications oculaires surviennent dans 50 à 70 % des cas, avec un pronostic souvent réservé. Elles sont indépendantes de l'âge et de la sévérité de l'atteinte cutanée [10]. Il s'agit de lésions palpébrales, des voies lacrymales et cornéennes (inaperçues par hypoesthésie cornéenne dans 40% des cas) [10]. Des uvéites antérieures (40% des cas), parfois hypertensive et granulomateuses, sont d'évolution imprévisible parfois émaillée de récidives. Des complications à distance et plus graves à type de chorioretinite en foyers et d'atteinte rétinienne voire nécrose rétinienne aiguë [11,12]. Des paralysies oculomotrices précoces (10 à 20%), surtout de la III^{ème} paire, sont régressives [1]. La neuropathie optique aiguë, forme majeure de morbidité, peut être responsable d'une diminution permanente de la vision [10].

La gravité de ces complications nécessite une prise en charge et un suivi ophtalmologique pour en limiter les conséquences.

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE :

Le diagnostic biologique n'est habituellement pas nécessaire car le diagnostic clinique est facile.

En cas de doute, on peut réaliser un prélèvement du liquide de vésicule pour rechercher le VZV par immunofluorescence ou par culture. La PCR est une méthode rapide, spécifique et très sensible permettant de détecter de très faibles quantités d'ADN viral dans le liquide de vésicule et dans les cellules mononuclées du sang périphérique en période de virémie. Ces examens sont essentiellement réservés aux formes atypiques et lorsque le terrain nécessite un diagnostic de certitude (immunodéprimés, femme enceinte).

TRAITEMENT : (13)

• Les traitements antiviraux :

Trois antiviraux sont actuellement disponibles, tous analogues nucléosidiques inhibiteurs de l'ADN polymérase virale, agissant sur les populations virales en phase de réplication active.

ACYCLOVIR per os 800 mg 5x/j pendant 10 jours si immunocompétent (5). En intraveineux : 10 mg/kg/8 heures si immunodéprimé ou si réponse insuffisante à un traitement commencé per os pendant 7 à 10 jours. L'aciclovir (Zovirax®) est utilisé par voie veineuse dans les formes graves de zona du sujet sain ou immunodéprimé, à raison de 10mg/Kg/8heures, dans notre observation nous avons utilisé la voie intraveineuse devant l'inefficacité du traitement per os et le retard d'instauration du traitement en crainte de survenue de complications oculaires graves.

Le valaciclovir (Zelitrex®) est indiquée également dans la prévention des complications du zona ophtalmique. C'est une prodrogue de l'aciclovir qui a une meilleure biodisponibilité orale.

• Les corticoïdes :

Leur usage se justifie pour limiter les réactions inflammatoires secondaires à l'infection virale (10). Il est cependant largement controversé car ils réduisent encore la résistance de l'hôte à la réactivation virale alors que souvent on est déjà au départ sur un terrain immuno-compromis. Certaines études ont rapporté une sévérité moindre des kératites, des uvéites et du glaucome secondaire (13).

• Traitement local:

L'aciclovir pommade peut être utilisé en association avec l'antiviral systémique. La corticothérapie locale est indiquée dans les kératites immunologiques et les uvéites antérieures.

• Traitements associés:

Douche ou bains une à deux fois par jour à l'eau tiède avec un savon dermatologique sans antiseptique, désinfection des lésions cutanées.

En cas de prurit important, on peut utiliser des antihistaminiques par voie générale.

En cas de fièvre, comme dans la varicelle, l'utilisation d'aspirine est à proscrire (risque de syndrome de Reye), préférer le paracétamol ou l'ibuprofène.

En cas de surinfection cutanée: antibiothérapie anti staphylococcique et antistreptococcique par voie orale.

• Traitement préventif :

Mesures d'éviction : pour éviter la contamination, on conseille l'isolement jusqu'à l'apparition des croûtes chez les patients hospitalisés.



**Vaccination :**

Le vaccin à virus vivant atténué anti-VZV est administré en une injection avant 12 ans, deux injections ensuite à trois mois d'intervalle. Est recommandé chez les enfants sans antécédent d'infection à VZV porteurs d'hétopathie maligne ou de tumeurs solides, à distance d'une chimiothérapie. Il est recommandé également chez leur fratrie; et le personnel soignant en contact étroit avec des enfants immunodéprimés.

Immunothérapie passive :

Les immunoglobulines spécifiques anti-VZV réduisaient l'intensité de la varicelle chez les immunodéprimés et les nouveau-nés.

Prévention spécifique :

Seul l'aciclovir est utilisé. Une chimioprophylaxie peut être donnée au nouveau-né dont la mère a eu une varicelle dans les cinq jours précédant ou les deux jours suivant la naissance à la dose de 20 mg/kg toutes les huit heures pendant huit à dix jours.

CONCLUSION :

Le zona est une affection relativement courante chez l'enfant, d'évolution le plus souvent favorable sans séquelle, en particulier douloureuse. Elle ne nécessite pas de traitement spécifique en dehors des formes ophtalmiques, en cas particulier de l'immunodéprimé, ou des formes compliquées. Son diagnostic est essentiellement clinique. L'élargissement de la vaccination à la population générale ne s'impose pas, mais reste le problème des femmes en âge de procréer séronégatives. De même, l'utilisation des nouveaux antiviraux (famciclovir et valaciclovir) chez l'enfant demande à être mieux codifiée.

REFERENCES :

1. V. Lethel, J. Mancini le zona de l'enfant. Journal Pédiatrique de Puériculture 2002 ; 15 : 131-6.
2. Nigam P Kumar A, Kapoor KK, Sarkari NB, Gupta AK, Lal BB, et al. Clinical profile of herpes ophtalmicus. J Indian Med Assoc 1991 ; 89 : 1 17-9.
3. Gelot A, Bavoux F, Lewin F. Infections congénitales par le virus de la varicelle. In : Arthuis M, Dulac O, Mancini J, Pinsard N, Ponsot G. Neurologie pédiatrique. Médecine-Sciences Flammarion ; 1998. p. 248.
4. Endersb G, Miller E, Craddock-Watson J, Bolley I, Ridehalgh M. Consequences of varicella and herpes zoster in pregnancy : prospective study of 1 739 cases. Lancet 1994 ; 36 : 53-6.
5. Coplan P, Black S, Rojas C, Shinefeld H, Ray F, Lewis E, et al. Incidence and hospitalization rates of varicella and herpes zoster before varicella vaccine introduction : a baseline assessment of the shifting epidemiology of varicella disease. Pediatr Inf Dis J 2001 ; 20 : 641-5.
6. Smith CG, Glaser DA. Herpes zoster in childhood : case report and review of the literature. Pediatric Dermatology 1990 ; 13 : 226-9.
7. P. SEMPOUX ; L'atteinte oculaire dans le zona ophtalmique. LOUVAINMED. 119: 233-240, 2000.
8. KANSKIJ. - Clinical Ophthalmology. Butterworth- Heinemann, 1989 Oxford, 491 pp. 101-104.
9. MAZURM.H. et al. - Herpes Zoster at the N.I.H.: a 20 year experience. Am J Med 65:738-744, 1978.
10. M. MSEDII, D. SELLAMI, A. MASMOUDI, B. KAMMOUN, TH. MEZIOU, J. FEKI, H. TURKI. LE ZONA OPHTALMIQUE ; Service de Dermatologie CHU H.Chaker 3029 Sfax, TUNISIE. Rev Tun Infectiol, Avril 07, Vol 1, N°2, 16 - 19.
11. De Freitas D, Martins EN, Adan C, Alvarenga LS, Pavan- Langston D. Herpes zoster ophthalmicus in otherwise healthy children. Am J Ophthalmol 2006 ; 142 : 393-9 4- Zaal MJ, Volker-Dieben HJ, D'Amaro
12. J. Risk and prognostic factors of postherpetic neuralgia and focal sensory denervation : a prospective evaluation in acute herpes zoster ophthalmicus. Clin J Pain 2000 ; 16: 345-51.
13. V. Lethel, J. Mancini. Service de neuropédiatrie, CHU Timone Enfants, France. le zona de l'enfant. Journal de pédiatrie et de Puériculture n°3 - 2002

