

Infections oculaires

La maladie

Les infections oculaires (conjonctivite, kératite, blépharite, uvéite) regroupent un ensemble de pathologies d'origines infectieuse, auto-immune, allergique ou toxique touchant respectivement la conjonctive, la cornée, la paupière et les tissus intraoculaires (iris, corps ciliaire, choroïde ou rétine).

Physiopathologie

La grande majorité des infections oculaires sont dues à des germes exogènes, souvent manuportés ou transmis après un traumatisme, même minime (port de lentilles, chirurgie cornéenne). La contamination peut aussi avoir une origine sanguine (rétinite à cytomégalovirus chez un immunodéprimé) ou neurologique (herpès cornéen, zona ophtalmique).

Epidémiologie

Le nombre de kératites bactériennes est estimé à environ 5 000 par an en France. Les germes en cause sont des cocci Gram+ dans 50 à 90 % des cas et des bacilles Gram- dans 10 à 50 % des cas. Les kératites fongiques et amibiennes sont beaucoup plus rares (moins de 1 % des kératites infectieuses). L'incidence annuelle des kératites herpétiques est d'environ 18 000 cas par an. Quant aux kératoconjonctivites à adénovirus, elles surviennent par épidémies, qui peuvent devenir préoccupantes par leur diffusion rapide dans la population.

Complications

Toute infection oculaire grave (kératite ou infection intraoculaire) est susceptible de mettre en jeu le pronostic visuel.

Diagnostic

- Le diagnostic d'infection de l'appareil oculaire repose d'abord sur l'inspection et sur l'interrogatoire.
- Pour les atteintes superficielles (conjonctivite, kératite, blépharite), les notions de contact avec un autre patient déjà atteint, de traumatisme récent, même minime (dont le port de lentilles), et la présence d'antécédents infectieux (herpès, zona, etc.) sont des arguments majeurs en faveur d'une origine infectieuse.
- Pour les atteintes endoculaires (uvéites), l'origine infectieuse doit être systématiquement évoquée, mais la preuve définitive de l'infection est souvent impossible à obtenir. Toute suspicion d'infection oculaire dans une période postopératoire (jusqu'à un an) impose un examen au biomicroscope (lampe à fente) pour préciser le degré d'atteinte et adapter le traitement. **Accord Pro**
- Les collyres et pommades contenant des corticoïdes ne doivent pas être utilisés pour traiter sans diagnostic précis une rougeur oculaire, certaines infections pouvant alors s'aggraver et mettre en péril le pronostic visuel. Leur prescription nécessite donc un avis de spécialiste.

Quels patients traiter ?

Tout patient présentant une infection oculaire.

Objectifs de la prise en charge

- Guérison de l'infection.
- Soulagement des signes fonctionnels.
- Prévention des complications.
- Réduction du risque de transmission.

Prise en charge

Infections oculaires : stratégie diagnostique



1 Antécédent de chirurgie oculaire **Accord Pro**

Tout patient opéré de l'œil depuis moins de 12 mois et présentant une rougeur et/ou une douleur oculaire sera considéré comme atteint d'une endophtalmie postopératoire et adressé dans les plus brefs délais au chirurgien ou aux urgences ophtalmologiques pour bénéficier, après prélèvement bactériologique, d'une injection intravitréenne d'antibiotiques, éventuellement associée à une antibiothérapie IV (hospitalisation). À noter que les infections survenant dans le premier mois postopératoire sont les plus sévères.

2 Douleur

La douleur de la kératite, bien que superficielle, est souvent intense et s'associe à une photophobie. La douleur de l'uvéite antérieure est plus sourde et peut intéresser le globe dans son ensemble.

3 Uvéite postérieure

- Il s'agit d'une inflammation des tissus du segment postérieur de l'œil (voir Cas particuliers).
- La toxoplasmose est le plus souvent en cause. Le traitement de référence associe sulfadiazine (4 g par jour), pyriméthamine (100 mg puis 50 mg par jour) et acide folinique. La clindamycine (1 200 mg par jour) et l'azithromycine (500 mg puis 250 mg par jour) peuvent aussi être prescrits en fonction de la localisation et des antécédents. L'hydroxynaphtoquinone (2,25 à 3 g par jour) peut aussi être discutée.

4 Rétinite à germe opportuniste

Le cytomégalovirus (CMV) est le plus souvent en cause. La rétinite peut être traitée par voie générale IV (ganciclovir, foscarnet, cidofovir) ou orale (valganciclovir), ou locale (injections intravitréennes de ganciclovir, voire de foscarnet).

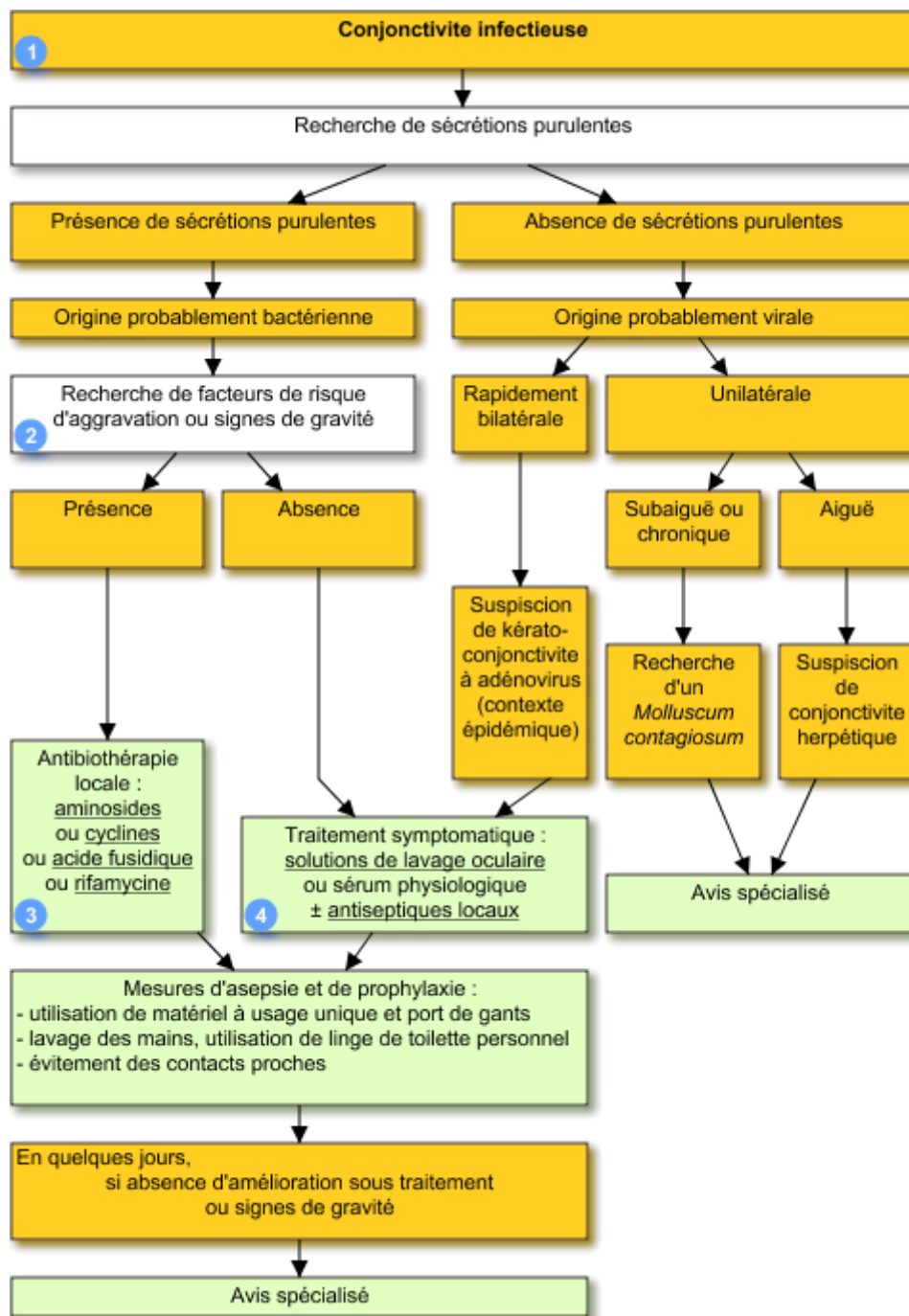
5 Uvéite antérieure

- Il s'agit d'une inflammation des tissus du segment antérieur de l'œil (voir Cas particuliers).
- L'herpès ou le zona doivent être évoqués en 1^{re} lieu. La prise en charge se fait en milieu spécialisé.

6 Généraliste ou spécialiste ?

Orgelet, chalazion, blépharite et conjonctivite peuvent être pris en charge par le médecin généraliste ; toute suspicion de kératite ou de kératoconjonctivite, d'uvéite, de choroïdite ou de rétinite doit faire l'objet d'une prise en charge spécialisée. Un avis spécialisé s'impose également en l'absence d'amélioration sous traitement ou en cas de signes de gravité : sécrétions importantes, chémosis (œdème), baisse de l'acuité visuelle (même modérée), photophobie et douleur.

Prise en charge d'une conjonctivite infectieuse



1 Orientation clinique

- La présence de sécrétions purulentes évoque une origine bactérienne ; leur absence une origine virale ou allergique.
- Le prélèvement conjonctival (sécrétions ± grattage) n'est nécessaire qu'en cas de résistance au traitement ou en présence de facteurs de gravité d'emblée (sécrétions purulentes importantes, chémosis, baisse de l'acuité visuelle même modérée, photophobie).

2 Facteurs de risque d'aggravation

Une immunodépression, un diabète mal équilibré, une pathologie locale sous-jacente (syndrome sec, dystrophie cornéenne), une chirurgie oculaire récente, une corticothérapie locale, le port de lentilles de contact, une obstruction des voies lacrymales, des troubles de la statique palpébrale sont des facteurs de risque d'aggravation d'une conjonctivite bactérienne.

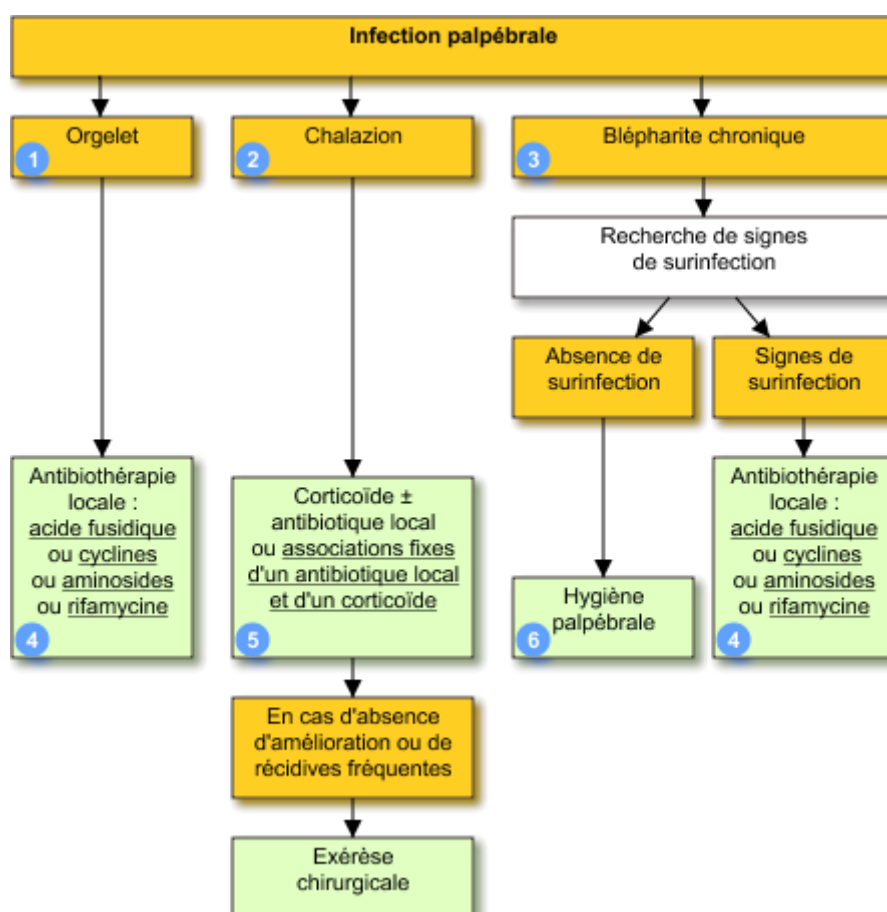
3 Antibiothérapie locale

- En 1^{re} intention, aminosides, cyclines, acide fusidique ou rifamycine peuvent être utilisés.
- Les fluoroquinolones ne doivent être prescrites qu'en 2^e intention et/ou en cas de forme particulièrement sévère **Accord Pro**.
- Les modalités de traitement varient selon le collyre ou la pommade ophtalmique utilisés : 2 à 5 applications par jour dans les 2 yeux, pendant 1 à 2 semaines. Les principaux effets indésirables sont une réaction d'hypersensibilité, nécessitant l'arrêt immédiat du traitement, et une sensation de gêne ou de brûlure locale. Le port de lentilles doit être interrompu jusqu'à guérison de l'infection.
- Les conjonctivites sans signes de gravité ou facteurs de risque ne nécessitent pas d'utiliser un antibiotique qui, certes, abrège la durée des symptômes, mais n'est pas plus efficace à 8 jours qu'un placebo. **Grade A**

4 Traitement symptomatique

Des lavages oculaires réguliers avec du sérum physiologique (ou des solutions de lavage oculaire) sont la base du traitement symptomatique. Des antiseptiques locaux peuvent être utilisés en complément, dans le but théorique de hâter la guérison, pendant une durée de 5 à 7 jours. Aucun corticoïde ne doit être administré.

Prise en charge d'une infection palpébrale



1 Orgelet

Le diagnostic est clinique : formation rougeâtre, inflammatoire, à la base d'un ou plusieurs cils, le plus souvent due à une infection staphylococcique. Le traitement repose sur une antibiothérapie locale.

2 Chalazion

Le diagnostic est clinique : formation rouge et œdémateuse située dans le tarse (mieux visible en éversant la paupière), due à une inflammation aiguë, éventuellement surinfectée, d'une glande de meibomius. Le traitement repose sur une corticothérapie locale, éventuellement associée à un antibiotique local **Accord Pro**.

3 Blépharite

Le diagnostic de blépharite chronique, ou méibomite chronique, est clinique : chalazions à répétition, inflammation du bord palpébral, voire de la peau périoculaire, sécrétions blanchâtres et sèches à la base des cils (rosacée oculaire).

4 Antibiothérapie locale

L'application durant 8 jours d'un antistaphylococcique local, tel que l'acide fusidique, les cyclines, les aminosides et la rifamycine **Accord Pro**, peut être envisagée en cas d'orgelet (notamment pour les formes récidivantes ou chez les sujets à risque) et en cas de surinfection aiguë de blépharite chronique.

5 Traitement médicamenteux du chalazion

Il repose sur une corticothérapie locale, souvent associée à une antibiothérapie locale **Accord Pro**. La persistance du chalazion après 7 à 14 jours de traitement bien mené (4 applications par jour) doit faire discuter l'indication d'un traitement chirurgical.

6 Hygiène palpébrale

Le traitement repose toujours sur des mesures d'hygiène palpébrale **Grade B** (application d'un gant de toilette chaud 2 fois par jour sur les paupières), associées à des instillations de larmes artificielles ou de sérum physiologique. En cas de rosacée associée ou d'absence de réponse, les cyclines *per os* au long cours **Grade C**, selon les mêmes modalités que dans l'acné, permettent de réduire l'inflammation palpébrale et les signes fonctionnels. Les antibiotiques et les corticoïdes locaux ne doivent pas être utilisés au long cours (éventuelle indication en cure courte pour passer une période difficile) **Grade B**.

Cas particuliers

Infections de l'appareil oculaire et grossesse

- Peuvent être utilisés pendant toute la grossesse (incluant le 1^{er} trimestre) : gentamycine, tobramycine, rifampicine, ofloxacine, ciprofloxacine, norfloxacine et acide fusidique.
- L'azithromycine ne peut être utilisée qu'à partir du 2^e trimestre.
- Doivent être évités pendant toute la grossesse : chlortétracycline et oxytétracycline.

Infections de l'appareil oculaire et allaitement

- Peuvent être utilisés pendant l'allaitement : gentamycine, tobramycine, rifampicine, ofloxacine, ciprofloxacine, norfloxacine, acide fusidique, azithromycine.
- La chlortétracycline et l'oxytétracycline doivent être évitées.

Infections de l'appareil oculaire et allergie

En cas d'antécédents allergiques, il est conseillé d'éviter d'utiliser par voie locale des médicaments (et médicaments apparentés) ayant entraîné une allergie après administration par voie générale **Accord Pro**.

Kératites

- Elles sont caractérisées par une douleur oculaire souvent intense (identifiée comme provenant de la surface du globe), une rougeur conjonctivale maximale autour du limbe, et une intolérance à la lumière (photophobie). L'anamnèse permet d'orienter le diagnostic. La notion d'épidémie ou de contact évoque une kératoconjunctivite à adénovirus ou une kératite bactérienne à germes Gram+ ; le port de lentilles ou la notion de traumatisme doivent faire suspecter une kératite bactérienne à germes Gram-, une kératite amibienne ou une kératite fongique ; un antécédent d'herpès oculaire ou de zona permet également d'évoquer le diagnostic de kératite spécifique de ces pathologies.
- Toute suspicion de kératite doit conduire à la consultation d'un ophtalmologue.
- Les formes épithéliales de kératite herpétique sont habituellement traitées par aciclovir, ganciclovir ou trifluridine par voie locale. Toutefois, dans les cas où l'instillation répétée est difficile à obtenir (enfants, adultes dépendants), l'aciclovir et le valaciclovir peuvent être administrés par voie orale. Les formes stromales et les kérato-uvéites peuvent nécessiter l'introduction d'antiviraux par voie générale et même une corticothérapie en fonction de l'évolution (indication de spécialiste). En cas de récurrences fréquentes des épisodes de kératite, il est utile de proposer un traitement préventif par voie générale : aciclovir ou valaciclovir, dans le cadre de l'AMM (respectivement 800 mg par jour en 2 prises et 500 mg par jour en 1 prise).
- La prise en charge du zona ophtalmique a pour but de réduire les douleurs initiales, le risque de douleurs post-zostériennes, et de limiter la fréquence des complications oculaires. Elle repose sur l'association d'un traitement antiviral par voie orale, aciclovir ou valaciclovir, à instituer le plus vite possible et à poursuivre pendant 7 jours, et d'un traitement antalgique symptomatique (de palier I ou II, voire de palier III en fonction de l'intensité de la douleur). L'aciclovir intraveineux est utilisé en cas de zona chez l'immunodéprimé ou de forme particulièrement grave ou extensive chez l'immunocompétent. La prise en charge des douleurs post-zostériennes n'est pas abordée dans cette fiche. Lire [Zona](#).
- Les kératites bactériennes peuvent se présenter sous 3 formes : la kératite simple (œdème cornéen ou kératite ponctuée superficielle), l'ulcère de cornée (défaut épithélial visible après instillation de collyre à la fluorescéine) et l'abcès de cornée (infiltration blanchâtre du stroma cornéen). Les critères de gravité d'une kératite bactérienne sont les suivants : abcès de taille > 2 mm, situé à moins de 3 mm de l'axe optique, infiltration stromale, réaction inflammatoire dans la chambre antérieure de l'œil, aggravation malgré un traitement antibiotique adapté de 24 heures. Les ulcères de cornée et les kératites simples relèvent d'une antibiothérapie locale par aminosides, fluoroquinolones, polymyxine, bacitracine, rifamycine, acide fusidique ou tétracyclines. La ciprofloxacine a fait la preuve de son efficacité dans les abcès de cornée **Accord Pro**. En cas de facteurs de gravité, la bithérapie locale administrable en ambulatoire comporte le plus souvent un aminoside et une fluoroquinolone. En cas d'échec après 24 heures de traitement, il est prudent d'hospitaliser le patient pour un traitement local à fortes doses (instillations toutes les 1 à 2 heures) pouvant comprendre des collyres « fortifiés » (préparations hospitalières, par exemple de ticarcilline 7 mg/ml, gentamycine 15 mg/ml et vancomycine 50 mg/ml) **Accord Pro**. La prise en charge thérapeutique des kératites amibiennes ou fongiques nécessite le plus souvent une hospitalisation.

Uvéite

- L'uvéite antérieure est une inflammation des tissus situés dans le segment antérieur de l'œil. Elle associe à des degrés variables une inflammation de l'iris (iritis), du corps ciliaire (cyclite), ou des deux (iridocyclite), et/ou de l'endothélium cornéen (endothélite). Elle entraîne une douleur sourde concernant le globe dans son ensemble.
- L'uvéite postérieure est une inflammation des tissus situés dans le segment postérieur de l'œil. Elle associe à des degrés variables une inflammation de la choroïde (choroïdite), de la rétine (rétinite), des deux (choriorétinite ou rétinocoroïdite), et/ou de la *pars plana* (uvéite intermédiaire), et/ou de la tête du nerf optique (papillite). L'uvéite postérieure pure est souvent indolore.
- L'uvéite totale associe uvéite antérieure et postérieure.

Conseils aux patients

- Le port de lentilles constitue le facteur de risque principal des kératites microbiennes sévères, notamment à bacilles Gram- (*Pseudomonas*), champignons et surtout amibes. La prévention de ces infections repose sur un respect strict des mesures d'hygiène :
 - éviter tout contact des lentilles avec l'eau courante, y compris par l'intermédiaire de l'étui qui doit être lavé avec les mêmes produits d'entretien, la prudence s'impose également lors des bains (piscine, mer, etc.) ou encore d'une simple douche ;
 - se laver et s'essuyer soigneusement les mains avant toute manipulation des lentilles ;
 - respecter strictement les temps de portage et les délais de renouvellement (propres à chaque type de lentilles) ;
 - ne pas échanger ses lentilles avec une autre personne (y compris les lentilles cosmétiques simples).
- Les lentilles de contact ne doivent pas être portées pendant une infection oculaire, ni réutilisées avant la guérison complète de celle-ci.

- Les porteurs de lentilles doivent être prévenus qu'en cas de douleur, et/ou rougeur, et/ou baisse de la vision, ils doivent retirer les lentilles sans les jeter, et consulter dans les plus brefs délais un ophtalmologue auquel ils apporteront leurs lentilles, mais aussi le flacon de stockage et la solution d'entretien en cours (pour une analyse éventuelle).
- Les conjonctivites infectieuses sont contagieuses : le patient et son entourage doivent veiller à se laver les mains soigneusement et régulièrement, à éviter les contacts proches et à utiliser du linge de toilette personnel.
- Les lavages au sérum physiologique, comme l'administration de collyres ou pommades ophtalmiques, peuvent nécessiter l'aide d'une tierce personne.
- Le patient doit ménager des moments de « calme » pour l'instillation de collyre (bien installé, paupière éloignée du globe oculaire pour préparer un espace de réception du collyre, etc.).
- Respecter les modalités de conservation des collyres.
- En cas d'association de collyres, un délai de plusieurs minutes doit être respecté entre les instillations afin d'optimiser l'efficacité de chaque collyre.

Traitements

Médicaments cités dans les références


Aminosides


Les **aminosides** administrés par voie locale font partie des antibiotiques locaux indiqués en 1^{re} intention en monothérapie dans le traitement des affections superficielles de l'œil et de ses annexes d'origine supposée bactérienne (conjonctivite purulente, orgelet, chalazion, blépharite). Ils existent sous forme de collyre ou de pommade ophtalmique.

gentamicine

GENTALLINE collyre

tobramycine

TOBRAMYCINE 0,3 % collyre 

TOBEX 0,3 % collyre 

TOBEX 0,3 % pom ophtalm

Cyclines administrées par voie locale

Les **cyclines administrées par voie locale** font partie des antibiotiques locaux indiqués en 1^{re} intention en monothérapie dans le traitement des affections superficielles de l'œil et de ses annexes d'origine supposée bactérienne (conjonctivite purulente, orgelet, chalazion, blépharite). Ils se présentent sous forme de pommade ophtalmique.

chlortétracycline

AUREOMYCINE EVANS 1 % pom ophtalm

Acide fusidique administré par voie locale

L'**acide fusidique administré par voie locale** fait partie des antibiotiques locaux indiqués en 1^{re} intention en monothérapie dans le traitement des affections superficielles de l'œil et de ses annexes d'origine supposée bactérienne (conjonctivite purulente, orgelet, chalazion, blépharite). Il est disponible sous forme de gel ophtalmique.

acide fusidique

FUCITHALMIC 1 % gel ophtalm

Rifamycine administrée par voie locale

La **rifamycine administrée par voie locale** fait partie des antibiotiques locaux indiqués en 1^{re} intention en monothérapie dans le traitement des affections superficielles de l'œil et de ses annexes d'origine supposée bactérienne (conjonctivite purulente, orgelet, chalazion, blépharite). Elle se présente sous forme de collyre ou de pommade ophtalmique.

rifamycine

RIFAMYCINE CHIBRET 1 MUI/100 g pom ophtalm

RIFAMYCINE CHIBRET 1 MUI/100 ml collyre

Azithromycine

L'**azithromycine**, macrolide administré par voie locale, fait partie des antibiotiques locaux indiqués en 1^{re} intention en monothérapie dans le traitement des conjonctivites dues à des germes sensibles : conjonctivites bactériennes purulentes (y compris chez l'enfant à partir de 2 ans) et conjonctivites trachomateuses dues à *Chlamydia trachomatis* (y compris chez l'enfant à partir de 1 an).

 La posologie est de 1 instillation matin et soir pendant 3 jours.

azithromycine

AZYTER 15 mg/g collyre sol en récipient unidose

Associations fixes d'antibiotiques par voie locale

Les **associations fixes d'antibiotiques par voie locale** sont réservées aux cas graves d'infections oculaires et aux traitements de 2^e intention. Elles se présentent sous forme de collyre ou de pommade ophtalmique.

néomycine + polymyxine B

ATEBEMYXINE collyre

ATEBEMYXINE pom ophtalm

CEBEMYXINE collyre
CEBEMYXINE pom ophtalm

Fluoroquinolones administrées par voie locale

Les **fluoroquinolones administrées par voie locale** sont dotées d'un large spectre antibactérien (anaérobies, Gram+ et Gram-). Elles ne doivent être prescrites qu'en 2^e intention ou en cas de forme particulièrement sévère d'infection oculaire **Accord Pro**. Elles se présentent sous forme de collyre ou de pommade ophtalmique.

ciprofloxacine

CILOXAN 0,3 % collyre
CILOXAN 0,3 % pom ophtalm

norfloxacine

CHIBROXINE 0,3 % collyre

ofloxacine

EXOCINE 0,3 % collyre

Associations fixes d'un antibiotique local et d'un corticoïde

Les **associations fixes d'un antibiotique local et d'un corticoïde** sont réservées aux situations suivantes : infections bactériennes avec composante inflammatoire, prévention des infections postopératoires, chalazion **Accord Pro**. Les collyres et pommades contenant des corticoïdes ne doivent pas être utilisés pour traiter sans diagnostic précis une rougeur oculaire, car certaines infections peuvent alors s'aggraver et mettre en péril le pronostic visuel. Un avis de spécialiste est donc nécessaire pour la prescription de ces médicaments.

dexaméthasone + framycétine

FRAKIDEX collyre
FRAKIDEX pom ophtalm

dexaméthasone + néomycine

CHIBRO CADRON collyre

dexaméthasone + oxytétracycline

STERDEX pom ophtalm

dexaméthasone + tobramycine

TOBRADEX collyre

hydrocortisone + bacitracine + colistiméthate sodique

BACICOLINE A LA BACITRACINE pdre/solv p collyre

Antiseptiques locaux

Les **antiseptiques locaux** peuvent être utilisés en traitement d'appoint, en association avec les instillations répétées de sérum physiologique, dans le cadre des conjonctivites supposées bactériennes, lorsqu'elles ne présentent pas de critère de gravité et ne nécessitent donc pas d'antibiothérapie locale. Leur principal effet indésirable est l'irritation ou l'allergie aux principes actifs ou à l'un des excipients.

posologie La posologie usuelle est de 1 à 6 applications par jour en fonction des médicaments, pendant environ 7 jours.

céthexonium bromure

BIOCIDAN 0,1 mg/0,4 ml collyre
BIOCIDAN 0,25 o/oo collyre
MONOSEPT 0,025 % collyre
SEDACOLLYRE CETHEXONIUM 0,025 % collyre

cétylpyridinium chlorure

NOVOPTINE 0,1 mg/0,4 ml collyre
NOVOPTINE 2,5 mg/10 ml collyre
SEDACOLLYRE CETYLPYRIDINIUM 0,025 % collyre

hexamidine

DESOMEDINE 0,1 % collyre en fl

oxyde mercurique

OPHTERGINE 1 % pom ophtalm

picloxydine

VITABACT 0,05 % collyre
VITABACT 0,173 mg/0,4 ml collyre

povidone iodée

BETADINE 5 % sol p irrig oculaire

Solutions de lavage oculaire

Les **solutions de lavage oculaire** contiennent, selon les médicaments, du chlorure de sodium, de l'acide borique, de l'acide salicylique ou du calendula. Elles peuvent être proposées pour l'hygiène oculaire, lors d'une conjonctivite bactérienne ou dans le cadre de soins de blépharite chronique. Leur principal effet indésirable est l'intolérance à l'un des constituants.

acide borique + acide salicylique + chlorobutanol + éthanol + hamamélis eau distillée

OPTREX sol p lav ocul

acide borique + sodium borate

BORAX/ACIDE BORIQUE 60 mg/90 mg sol p lav opht en unidose **GG**
DACRYOSERUM sol p lav opht en fl
DACRYOSERUM sol p lav opht en unidose **Re**
DACRYUM sol p lav opht
DACUDOSSES sol p lav opht
STERIDOSE sol p lav opht

acide salicylique

CIELLA 0,1 % sol p lav opht en récip unidose
SOPHTAL 10 mg/10 ml sol p lav ocul

Antiviraux administrés par voie locale

Les **antiviraux administrés par voie locale** (aciclovir, ganciclovir et trifluridine) sont indiqués dans le traitement des infections oculaires à *Herpes simplex* (HSV).

aciclovir

ZOVIRAX 3 % pom ophtalm

ganciclovir

VIRGAN 1,5 mg/g gel ophtalm

trifluridine

VIROPHTA 1 % lyoph/solv p collyre

Antiviraux

Les **antiviraux** (aciclovir, valaciclovir, famciclovir), administrés par voies orale ou IV, sont indiqués dans le traitement et dans la prévention des récurrences des infections oculaires à *Herpes simplex* (HSV). Ils sont également indiqués dans la prévention des complications oculaires du zona ophtalmique, en administration précoce.

aciclovir

ACICLOVIR 200 mg cp **GG**
ACICLOVIR 250 mg pdre p sol inj **GG**
ACICLOVIR 500 mg pdre p sol inj **GG**
ACICLOVIR 800 mg cp **GG**
ZOVIRAX 200 mg cp **Re**
ZOVIRAX 200 mg/5 ml susp buv
ZOVIRAX 250 mg pdre p sol inj IV **Re**
ZOVIRAX 500 mg pdre p sol inj IV **Re**
ZOVIRAX 800 mg cp **Re**
ZOVIRAX 800 mg/10 ml susp buv en flacon

famciclovir

FAMCICLOVIR 125 mg cp pellic **GG**
FAMCICLOVIR 500 mg cp pellic **GG**
ORAVIR 125 mg cp pellic **Re**
ORAVIR 500 mg cp pellic **Re**

valaciclovir

VALACICLOVIR 500 mg cp **GG**
ZELITREX 500 mg cp pellic **Re**

Médicaments non cités dans les références

Associations fixes d'un antiseptique et d'un vasoconstricteur

Les **associations fixes d'un antiseptique et d'un vasoconstricteur** ne sont pas recommandées pour traiter les infections de surface. **Accord Pro**

chlorhexidine + phényléphrine

ISODRIL PHENYLEPHRINE collyre
VISIODOSE collyre

méthylthioninium + naphazoline

COLLYRE BLEU LAITER collyre

Références

- « Collyres et autres topiques antibiotiques dans les infections oculaires superficielles », Afssaps, juillet 2004.
http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/980703d2b29d...
- « Conjunctivitis : Preferred Practice Pattern », distribué par l'American Academy of Ophthalmology, 2008.
- « Blepharitis : Preferred Practice Pattern », distribué par l'American Academy of Ophthalmology, 2008.
- « Bacterial Keratitis : Preferred Practice Pattern », distribué par l'American Academy of Ophthalmology, 2008.
- « Les infections oculaires : rapport 2010 des sociétés d'ophtalmologie de France », Bourcier T., Bodaghi B., Bron A. et coll., Ed Lamy.
- « Herpès et zona oculaire : de la clinique au traitement », Labetoulle M. et coll., Ed Med'Com, 2009.

Mise à jour de la Reco : 16/06/2011
Mise à jour des listes de médicaments : 19/04/2012