

Article

Plan de l'article

Accès au texte (HTML)

Pas de PDF pour cet article

Imprimer

Partager

CLINICAL KEY

Un service **entièrement bilingue** qui associe une **base documentaire** à un **outil de recherche sémantique**.



Découvrez **ClinicalKey**



AKOS (Traité de Médecine)
[6-0030]

Kératites

Thanh Hoang-Xuan : Professeur des Universités, praticien hospitalier, chef de service
Olivier Prisant : Ancien interne des hôpitaux de Paris
Service d'ophtalmologie, CHU Bichat-Claude Bernard, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris France

➤ Résumé

L'inflammation de la cornée, appelée kératite, peut revêtir de très différents aspects. Elle peut être aiguë, chronique ou récidivante. Superficielle, elle est le plus souvent très douloureuse et doit faire évoquer une agression externe directe. Plus profonde, elle traduit volontiers un mécanisme immunologique secondaire à une maladie locale ou générale. Dans tous les cas, un traitement rapide et adapté s'impose pour prévenir une altération définitive de la transparence cornéenne.

Plan

[Masquer le plan](#)

Introduction

Physiopathologie des kératites (+)

Tableau clinique de kératite aiguë (+)

Conclusion

Références

Haut de page - Plan de l'article

➤ Introduction

Toutes les atteintes inflammatoires et infectieuses de la cornée sont regroupées sous le terme général de kératites. L'objet de ce chapitre n'est pas de détailler chacune des nombreuses étiologies (**tableau I**), mais d'expliquer les différents mécanismes physiopathologiques à l'origine de ces affections et l'attitude pratique qui en découle.

Rappel anatomique et physiologique de la cornée

La cornée est un organe transparent, avasculaire, formé de trois couches d'origine embryologique et de fonctions très différentes.

Épithélium

Il a un rôle protecteur. Son pouvoir mitotique élevé explique la réparation très rapide, parfois en quelques heures, des pertes de substance épithéliales. Il adhère au stroma sous-jacent par l'intermédiaire d'une fine membrane basale, dont l'altération, d'origine traumatique par exemple (coup d'ongle...), peut être responsable d'une instabilité de l'épithélium et d'érosions épithéliales récidivantes.

Stroma

Véritable charpente de la cornée, il représente l'essentiel de son épaisseur. Sa transparence relève d'une disposition particulière des fibrilles de collagène et d'un état de déshydratation qui est maintenu grâce à la pompe endothéliale.

Endothélium

Cette couche monocellulaire en contact direct avec l'humeur aqueuse a pour fonction essentielle de maintenir le stroma dans un état de déshydratation relative par un mécanisme de transport actif. L'altération de cette pompe endothéliale entraîne un oedème stromal qui diminue la transparence de la cornée.

Haut de page - Plan de l'article

➤ Physiopathologie des kératites

► Physiopathologie des kératites

Nous allons illustrer par quelques exemples les différents mécanismes pathogéniques des kératites. La diversité et l'intrication possible de ces processus font toute la complexité et la richesse de cette pathologie.

► Mécanisme infectieux

L'exemple classique est représenté par la kératite herpétique superficielle, dont la forme dendritique est quasi pathognomonique. Elle est due à une cytotoxicité directe d'Herpès simplex virus. Les corticoïdes favorisent la réplication virale et sont donc contre-indiqués, car ils aggravent l'ulcère, qui peut évoluer vers la perforation cornéenne. La kératite à Adénovirus, associée à une conjonctivite épidémique, est de forme ponctuée superficielle.

► Mécanisme immunologique

Postinfectieux

Les agents infectieux sont responsables de remaniements tissulaires et cellulaires à l'origine de kératites immunitaires. Elles intéressent surtout le stroma cornéen, qui est le siège d'infiltrats inflammatoires, d'œdème, de nécrose, de néovaisseaux et d'amincissement cornéen. Suivant la forme clinique, on distingue les kératites sous-épithéliales, interstitielles, disciformes, ou les endothéliites cornéennes. Elles entraînent une baisse de l'acuité visuelle, parfois définitive. Les corticoïdes locaux peuvent être indiqués, mais avec prudence et avec une couverture antivirale dans l'étiologie herpétique. Le zona ophtalmique, la maladie de Lyme, la syphilis et la tuberculose sont parmi beaucoup d'autres à l'origine de kératites immunitaires.

Dans le cadre de maladies inflammatoires locales ou générales

Les kératites sont volontiers périphériques en raison de la richesse vasculaire du limbe qui apporte les médiateurs responsables des conflits immunologiques. Leur présentation est variée. On retiendra surtout les kératites périphériques ulcéreuses auto-immunes primitives (ulcère de Mooren) ou secondaires à une maladie de système et médiées par les complexes immuns circulants (polyarthrite rhumatoïde, périartérite noueuse, syndrome de Wegener, lupus érythémateux aigu disséminé...). Citons également les infiltrats catarrhaux périphériques blanchâtres de la rosacée et de l'hypersensibilité aux staphylocoques.

Allergie

Les kératites allergiques peuvent se manifester sous la forme de kératites phlycténulaires, d'infiltrats et d'ulcères catarrhaux (périphérie de la cornée, hypersensibilité de type IV), et de kératites superficielles ou d'ulcères centraux dus surtout à la toxicité directe des médiateurs de l'allergie, libérés dans les larmes par les éosinophiles et autres cellules inflammatoires.

► Mécanisme physicochimique

Traumatismes directs

Ils sont responsables de kératites érosives superficielles, voire profondes. Devant toute kératite superficielle d'origine indéterminée, il faut évoquer un traumatisme et un éventuel corps étranger caché sous la paupière supérieure, que l'on doit apprendre à retourner. Certaines lésions (coup d'ongle, végétal) cicatrisent mal et sont responsables de kératalgies récidivantes.

Brûlure chimique

Les bases sont les plus dangereuses. Les lésions sont d'autant plus graves que les produits sont plus concentrés et que le rinçage de l'œil a été retardé.

Phototraumatismes (lampe à bronzer, kératite des neiges, coup d'arc)

Les rayons ultraviolets (UV) sont absorbés par la cornée et provoquent une kératite ponctuée superficielle. La photoablation cornéenne de la chirurgie de la myopie par laser Excimer à UV est une application thérapeutique de ce phénomène.

► Mécanisme trophique

Les kératites neurotrophiques sont la conséquence d'une anesthésie cornéenne d'origine locale (séquelle de kératite zostérienne ou herpétique), neurologique centrale ou iatrogène (abus de collyres anesthésiques). Une sensibilité cornéenne normale est le garant d'une bonne trophicité cornéenne.

► Mécanisme d'exposition

La kératite d'exposition résulte d'une malocclusion des paupières, qui n'assurent plus leur rôle de protection du globe oculaire (exophtalmie basedowienne, paralysie faciale, coma). Elle peut nécessiter une tarsorrhaphie (fermeture partielle ou complète de la fente palpébrale).

Haut de page - Plan de l'article

► Tableau clinique de kératite aiguë

Le patient consulte, le plus souvent en urgence, pour un œil rouge, douloureux, larmoyant, photophobe avec blépharospasme. L'acuité visuelle est diminuée lorsque l'atteinte cornéenne intéresse l'axe optique.

L'interrogatoire et l'examen biomicroscopique à la lampe à fente avec le test à la fluorescéine permettent :

- de confirmer la kératite et d'en préciser le type : érosion épithéliale (dendrite, carte de géographie...), ulcération plus profonde, infiltrats stromaux, kératite disciforme (oedème stromal), néovaisseaux cornéens... ;
- d'éliminer les autres diagnostics différentiels d'oeil rouge et douloureux (glaucome aigu par fermeture de l'angle, uvéite antérieure aiguë, corps étranger...);
- d'orienter le diagnostic étiologique (**tableau II**) et le traitement ;
- de rechercher d'éventuelles complications (amincissement, voire perforation cornéenne, endophtalmie).

➤ Attitude pratique

Au terme de cet examen clinique, trois questions pratiques doivent se poser.

Faut-il réaliser des prélèvements cornéens microbiologiques ?

Les prélèvements sont justifiés en cas d'abcès cornéen et de kératite d'étiologie infectieuse suspecte ou dont l'évolution n'est pas favorable malgré un traitement médical a priori bien conduit.

Ils consistent en des grattages et écouvillonnages de l'ulcère et de ses bords réalisés sous anesthésie topique à la lampe à fente pour frottis avec examen direct après coloration de Gram, ensemencement de milieux de culture bactérienne (gélose au sang et gélose chocolat), mycotique (milieu de Sabouraud) ou amibienne à *Acanthamoeba* (gélose enrichie en *Escherichia coli*), et prélèvements viraux (herpès).

En cas de lésion profonde, une biopsie cornéenne peut être indiquée.

Faut-il hospitaliser le patient ?

L'hospitalisation n'est pas utile, sauf en cas de menace de perforation cornéenne, en cas d'endophtalmie associée, justifiant une antibiothérapie intraveineuse, et en cas de mauvaise compliance du patient au traitement, notamment quand une posologie fréquente de collyre est nécessaire.

Quel traitement entreprendre ?

Le patient doit être examiné, traité et suivi par un ophtalmologiste. L'attitude thérapeutique comprend un traitement symptomatique et un traitement spécifique de chaque étiologie.

Le traitement symptomatique est à visée antalgique et peut comporter :

- un pansement occlusif (qui diminue la photophobie et empêche les frottements des paupières sur la cornée) ;
- un collyre cycloplégique (exemple : Atropine Sulfate Martinet[®] 1 %, 1 goutte 2 fois/j), qui met au repos le corps ciliaire.

Il ne faut en aucun cas prescrire un collyre anesthésique (exemple : Novésine[®]), car il entraînerait une kératite neurotrophique par atteinte irréversible de la sensibilité cornéenne.

Le traitement spécifique dépend de l'affection en cause. En cas de kératite infectieuse, il comporte des collyres adaptés au germe suspecté sur le frottis, en attendant les résultats des cultures :

- abcès bactérien : collyres antibiotiques « renforcés » fabriqués en pharmacie hospitalière à partir de la forme à usage parentéral déconditionnée (ticarcilline, amikacine, vancomycine...);
- kératomycose : collyre amphotéricine B, miconazole ou kétoconazole à partir des formes parentérales ;
- kératite amibienne : hexamidine, néomycine, chlorhexidine 0,02 % et kétoconazole par voie orale ;
- kératite herpétique superficielle : antiviral local (aciclovir, trifluorothymidine, DHPG) et oral (aciclovir).

[Haut de page - Plan de l'article](#)

➤ Conclusion

Ce chapitre illustre la diversité de la pathologie inflammatoire cornéenne. Nous avons vu que si certaines kératites sont bénignes et guérissent sans séquelles, d'autres formes cliniques peuvent mettre en jeu le pronostic visuel, voire la conservation même du globe oculaire lorsque celui-ci est menacé de perforation. La démarche diagnostique et l'attitude thérapeutique les plus adaptées sont plus du ressort de l'ophtalmologiste que du généraliste.

Certains réflexes importants doivent néanmoins rester présents à l'esprit du médecin généraliste : éliminer une kératite traumatique par corps étranger caché sous la paupière supérieure, ne pas prescrire de corticoïdes locaux tant que le diagnostic de kératite herpétique n'est pas éliminé, ne jamais prescrire ou fournir au patient un collyre anesthésique local (Novésine[®], tétracaïne), faire immédiatement retirer au patient d'éventuelles lentilles de contact si son oeil est rouge et douloureux, rincer immédiatement et de façon prolongée (20 minutes) avec du sérum physiologique ou de l'eau en présence d'une brûlure par un agent chimique.

[Haut de page - Plan de l'article](#)

➤ Références

- [1] Colin J Herpès oculaire. *Rev Prat* : 1992; 42952-954.
- [2] Hoang-Xuan T Les kératites non herpétiques. *Rev Prat* : 1992; 42955-959.
- [3] Hoang-Xuan T Pathologie inflammatoire du limbe. *J Fr Ophtalmol* : 1993; 16560-565.
- [4] Hoang-Xuan T, Dhermy P, Goichot-Bonnat L, Fayet B, Savoldelli M, Pouliquen Y Kératite à *Acanthamoeba*. Étude

- clinique, histologique et ultrastructurale. *J Fr Ophthalmol* : 1987; 10539-546.
- [5] Karbassi M, Raizman MB, Schuman JS Herpes zoster ophthalmicus. *Surv Ophthalmol* : 1992; 36395-410.
- [6] Kenyon KR, Starck T, Wagoner MD Corneal epithelial defects and noninfectious ulcerations. Principles and practice of ophthalmology. In: Philadelphia : WB Saunders: 1994; 218-234.

[Haut de page](#) - [Plan de l'article](#)

© 1998 Elsevier, Paris. Tous droits réservés.

Toute référence à cet article doit porter la mention : **Thanh Hoang-Xuan, Olivier Prisant. Kératites. EMC - AKOS (Traité de Médecine) 1998:1-0 [Article 6-0030].**

[Accueil](#) | [Contactez-nous](#) | [Qui sommes-nous ?](#) | [Mentions légales](#) | [© - Avertissements](#) | [Politique rédactionnelle](#) | [Politique publicitaire](#) | [Crédits](#) | [Police de la Vie privée](#)

Dernière mise à jour : 21/12/2013

EM-PREMIUM.COM est déclaré à la CNIL, déclaration n° 1286925.

En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez des droits d'opposition (art.26 de la loi), d'accès (art.34 à 38 de la loi), et de rectification (art.36 de la loi) des données vous concernant. Ainsi, vous pouvez exiger que soient rectifiées, complétées, clarifiées, mises à jour ou effacées les informations vous concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont la collecte ou l'utilisation ou la conservation est interdite.

Les informations personnelles concernant les visiteurs de notre site, y compris leur identité, sont confidentielles.

Le responsable du site s'engage sur l'honneur à respecter les conditions légales de confidentialité applicables en France et à ne pas divulguer ces informations à des tiers.