

Étude de la prise en charge de la conjonctivite aiguë en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure et de la Seine Maritime

Thibaut Marc

▶ **To cite this version:**

Thibaut Marc. Étude de la prise en charge de la conjonctivite aiguë en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure et de la Seine Maritime. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01701856

HAL Id: dumas-01701856
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01701856

Submitted on 6 Feb 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

Année 2018

Thèse pour le doctorat en médecine générale

DES de Médecine Générale

Par

MARC Thibaut

Né le 4 septembre 1986 à Dieppe

Présentée et soutenue publiquement le 23 janvier 2018

Etude de la prise en charge de la conjonctivite aigüe en médecine générale : Enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure et de la Seine Maritime

---

Président du jury : Pr Jean Loup HERMIL
Directeur de Thèse : Dr Bertrand FISSET

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Mr. le Professeur Jean-Loup HERMIL - Médecine Générale.

Mr. le Professeur Stéphane MARRET - Pédiatrie.

Mme. le Docteur Yveline SEVRIN, Maître de conférences associé - Médecine générale.

Mme. le Docteur Julie GUEUDRY-MOUILHADE, Praticien Hospitalier - Ophtalmologie.

Mr. le Docteur Bertrand FISSET - Médecine générale.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie

Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** *(détachement)*	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW** *(surnombre)*	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques

Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
M. Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique

Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** *(surnombre)*	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** *(surnombre)*	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	HCN	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTE- BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL **GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY**	Pharmacognosie
M. Jonathan **HEDOUIN**	Chimie Organique
Mme Barbara **LAMY-PELLETER**	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINE** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*
CB - Centre Henri Becquerel	*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	*SJ – Saint Julien Rouen*

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

Mr le Professeur Jean-Loup Hermil,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici, l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Mr le Professeur Stéphane Marret,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Mme le Docteur Yveline Sevrin,

Merci d'avoir accepté de juger cette thèse. Vous m'avez proposé votre aide dans un moment difficile et je vous en suis reconnaissant.

Mme le Docteur Julie Gueudry- Mouilhade,

Vous m'avez conseillé avec bienveillance et vous avez accepté de faire partie de mon jury. Pour cela recevez mes sincères remerciements.

Mr le Docteur Bertrand Fisset,

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de juger ce travail. Ton regard éclairé et tes conseils adaptés ont fait mûrir ce projet.

Mr le Professeur Marc Muraine,

Merci de m'avoir aiguillé vers ce sujet.

Mr le Docteur Robert Amar,

Merci pour votre aide.

A tous mes enseignants et maîtres de stages,

Merci pour tout ce que vous m'avez apporté.

Aux Docteurs Dintimille et Mauboussin,

Vous m'avez servi de modèle et fait aimer ce métier chaque jour un peu plus. Merci pour votre pédagogie, votre enthousiasme et vos conseils.

A ma moitié, mes parents, mon frère et toute ma famille,

Merci pour votre amour et votre soutien constant.

A mes amis,

Merci pour tous ces bons moments partagés.

LISTE DES ABREVIATIONS

ADM : AntiDégranulant Mastocytaire

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, rebaptisée ANSM en 2011

AH1 : AntiHistaminique H1

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroidiens

ANSM : Agence National de Sécurité du Médicament

ARIA: Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma

BMR : Bactérie Multi-Résistante

CAH : Conjonctivite Aigüe Hémorragique

CAP : Conjonctivite Allergique Perannuelle

CAS : Conjonctivite Allergique Saisonnière

ECN : Examen Classant National

HSV : Herpès Simplex Virus

IgE : Immunoglobuline E

IST : Infection Sexuellement Transmissible

ITS : Immunothérapie spécifique

KCA : Kératoconjonctivite Atopique

KCE : Kératoconjonctivite Epidémique

KCV : Kératoconjonctivite Vernale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : Polymerase Chain Reaction

REGJIN : Remplaçants Généralistes et Jeunes Installés de Normandie

SAMS : Staphylocoques Aureus Sensible à la Méthicilline

SARM : Staphylocoques Aureus Résistant à la Méthicilline

SSL : Secure Socket Layer

TPC : Test de Provocation Conjonctival

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

VZV : Varicelle Zona Virus

ZO : Zona Ophtalmique

TABLES DES MATIERES

I. INTRODUCTION 17

II. RAPPELS 18

A. LA CONJONCTIVE : 18

B. HISTOLOGIE : 19

C. FLORE CONJONCTIVALE COMMENSALE : 19

D. EXAMEN CLINIQUE : 20

1. Acuité visuelle 20
2. Aire ganglionnaire 20
3. Tympans : 20
4. Topographie et aspect de la rougeur oculaire 20
5. Transparence cornéenne : 21
6. Examen de la pupille : 21
7. Examen de la conjonctive palpébrale : 21

E. PRINCIPAUX TRAITEMENTS UTILISES EN PRATIQUE OPHTALMOLOGIQUE : 21

1. Lavage oculaire : 22
2. Les Antiseptiques : 22
3. Les anti-inflammatoires : 23
4. Les anti-allergiques : 23
5. Les antibiotiques : 24
6. Autres traitements locaux : 26

III. LES CONJONCTIVITES 27

A. LES CONJONCTIVITES ALLERGIQUES 27

1. EPIDEMIOLOGIE : 27
2. MECANISME 28
3. CLINIQUE 30
4. EXPLORATIONS 32
5. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE 34
6. **EN PRATIQUE** 36

B. LES CONJONCTIVITES VIRALES 37

1. KERATOCONJONCTIVITE A ADENOVIRUS 37
2. **EN PRATIQUE** 40
3. CONJONCTIVITE HERPETIQUE 41
4. CONJONCTIVITE A VARICELLE-ZONA-VIRUS (VZV) 41
5. CONJONCTIVITE A ENTEROVIRUS 42

6. AUTRES CONJONCTIVITES VIRALES 42
C. CONJONCTIVITE BACTERIENNE 43
1. EPIDEMIOLOGIE 43
2. AGENT PATHOGENE 43
3. CLINIQUE 45
4. EXAMEN BACTERIOLOGIQUE 48
5. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE 49
6. **EN PRATIQUE** 55
7. CAS SPECIFIQUE DU NOUVEAU NE 56
8. CAS SPECIFIQUE DU TRACHOME 59
IV. MATERIEL ET METHODE 60
A. OBJECTIF DE L'ETUDE : 60
B. TYPE D'ETUDE : 60
C. POPULATION ETUDIEE : 60
D. RECEUIL DES DONNEES : 60
E. PROCESSUS D'ANALYSE : 61
V. RESULTATS 62
A. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS : 62
B. ORIENTATION CLINIQUE : 64
1. Conjonctivite allergique 64
2. Conjonctivite virale 65
3. Conjonctivite bactérienne 66
C. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE : 67
1. Conjonctivite allergique 67
2. Conjonctivite virale 68
3. Conjonctivite bactérienne 69
D. PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUE : 71
1. Conjonctivite infectieuse 71
2. Chez le nourrisson 71
3. Chez l'enfant 73
4. Chez l'adulte 74
5. Chez le nouveau-né 75
E. ORIENTATION DU PATIENT : 76
1. Conjonctivite infectieuse du nourrisson 76
2. Conjonctivite allergique 77
3. Orientation vers l'ophtalmologiste sur l'exercice d'une année 78

VI. DISCUSSION 79
A. BIAIS DE L'ETUDE : 79
B. CARACTERISTIQUE DU MEDECIN : 79
C. ORIENTATION CLINIQUE : 80
1. Conjonctivite allergique 80
2. Conjonctivite virale 80
3. Conjonctivite bactérienne 81
D. THERAPEUTIQUE : 81
1. Conjonctivite allergique 82
2. Conjonctivite virale à adénovirus 82
3. Conjonctivite Bactérienne 83
E. ANTIBIOTIQUE : 84
1. Conjonctivite infectieuse 84
2. Antibiotique prescrit selon l'âge 85
F. ORIENTATION : 87
1. Conjonctivite du nourrisson : avis ophtalmologique 87
2. Conjonctivite allergique : bilan allergologique 87
3. Conjonctivite sur l'exercice d'une année : avis ophtalmologique 88
G. PERSPECTIVES : 88
VII. CONCLUSION 90
VIII. BIBLIOGRAPHIE 92
IX. ANNEXES 96
RESUME 105

I. INTRODUCTION

La conjonctivite aigüe constitue le premier motif de consultation ophtalmologique en médecine générale (1). Souvent considérées comme banales, les conjonctivites peuvent poser plusieurs problèmes. D'abord diagnostic avec des similitudes cliniques pour des étiologies différentes, puis en matière de prise en charge thérapeutique où la multitude de principes actifs à la disposition du médecin rend la prescription plus complexe et peut aboutir à des effets délétères pour le patient.

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé AFSSAPS a édité en 2004 une recommandation de bonne pratique pour l'utilisation des collyres et autres topiques antibiotiques (2). Elle fait état d'une prescription souvent trop importante des collyres antibiotiques. Face à l'enjeu de santé publique que constitue la lutte contre les résistances aux antibiotiques, l'agence a réduit l'utilisation de ces collyres à des situations spécifiques. La conjonctivite virale, souvent épidémique, pose des problèmes d'organisation et d'hygiène, notamment en collectivité. La pathologie allergique ne cesse d'augmenter depuis quelques années. Dans 40 à 60% des cas, l'allergie oculaire est présente (3). Un diagnostic étiologique précis par bilan allergologique permet d'améliorer au mieux la qualité de vie du patient. L'absence de prophylaxie systématique des conjonctivites à la naissance nécessite une vigilance accrue chez le nouveau-né.

En parallèle, les effectifs d'ophtalmologistes sont en baisse constante (4) avec pour conséquence des délais d'attente croissants et une difficulté d'accessibilité aux spécialistes pour les patients. Dans ce contexte, le médecin généraliste est plus que jamais en première ligne des plaintes ophtalmologiques, notamment pour la conjonctivite, pathologie le plus souvent aigüe et bénigne. L'ophtalmologie est une discipline peu étudiée lors du cursus d'apprentissage de Médecine générale. Lors de la formation initiale, la conjonctivite est traitée dans un item du programme de l'Examen National Classant mais sans la thérapeutique précise (5). Le thème ophtalmologique est rarement proposé lors des formations médicales continues. Il s'agit donc pour le médecin avant tout de connaissances basées sur ses recherches personnelles et sa pratique. Or, Il n'existe pas de référentiel récent concernant les démarches thérapeutiques, hormis une recommandation de bonne pratique sur la conjonctivite bactérienne datant de 2004 (2) qui laisse libre choix au médecin quant aux molécules prescrites. Il n'existe pas non plus de schéma standardisé pour la conjonctivite virale ou allergique qui sont pourtant les deux principales étiologies. De même, les publications de littérature scientifique traitant de la conjonctivite, et en particulier des prises en charge de médecine générale, sont rares.

Dans ce travail, nous avons établi une synthèse des connaissances actuelles concernant la prise en charge à la fois diagnostique et thérapeutique de la conjonctivite aigüe. Puis, grâce à ces données, nous avons élaboré et envoyé un questionnaire aux médecins généralistes de l'Eure et de la Seine-Maritime afin d'étudier leurs pratiques.

II. RAPPELS

A. LA CONJONCTIVE :

La conjonctive (du latin conjugere : réunir) est un des éléments constitutifs de l'appareil de protection du globe oculaire avec les paupières et l'appareil lacrymal. C'est une muqueuse tapissant la face postérieure des deux paupières (figure n° 1). Elle se réfléchit sur la face antérieure du globe. Elle se continue avec :

- La peau au niveau du bord libre ;
- La cornée au limbe scléro-cornéen ;
- L'épithélium des conduits lacrymaux aux points lacrymaux.

La partie bulbaire et la partie palpébrale se réfléchissent l'une sur l'autre au niveau des culs-de-sac. Elles délimitent entre elles une cavité virtuelle formée par l'occlusion des paupières : la cavité conjonctivale (6).

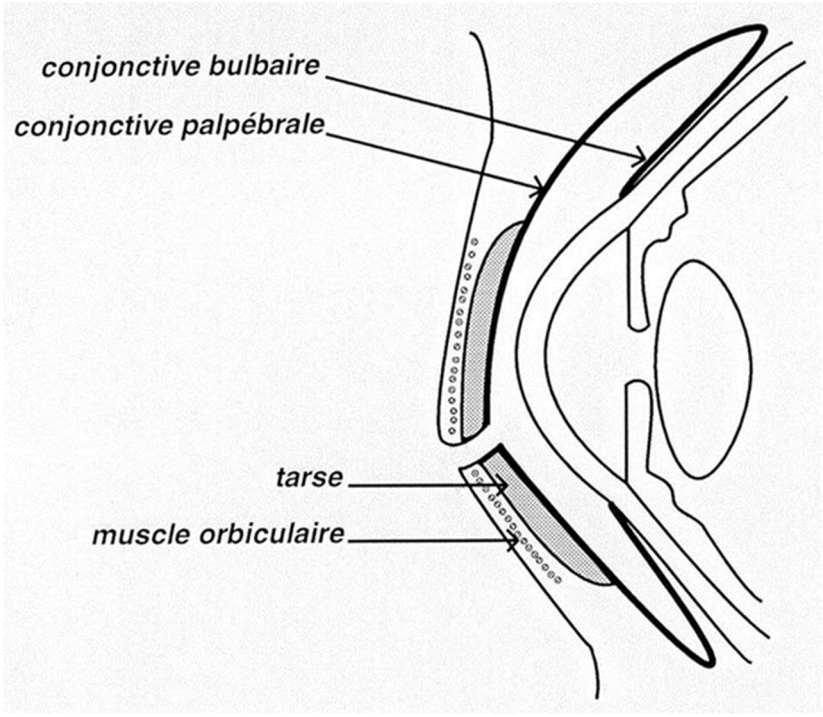


Figure 1 - Anatomie de la conjonctive

La vascularisation de la conjonctive est assurée par un système artério-veineux parallèle dépendant des vascularisations palpébrale et ciliaire. Il faut noter la présence d'anastomoses artério-veineuses qui permettent l'établissement rapide d'un shunt entre deux territoires de la conjonctive. La conjonctive présente un réseau superficiel et profond de drainage lymphatique.

B. HISTOLOGIE :

La conjonctive est constituée d'un épithélium et d'un chorion sous-jacent qui constituent une structure transitionnelle entre l'élément cutané et l'épithélium cornéen. Elle présente des glandes au niveau de la conjonctive tarsale, dont, notamment, les glandes lacrymales accessoires, qui assure la sécrétion lacrymale de base. C'est dans l'épithélium que l'on retrouve les acteurs de la défense immunitaire : lymphocytes T et B, plamocytes, cellules de Langerhens et des mélanocytes (7).

C. FLORE CONJONCTIVALE COMMENSALE :

Une conjonctive saine est indispensable au fonctionnement normal de l'œil. Ensemble, conjonctive et paupière ont pour rôle de maintenir un environnement adapté au bon fonctionnement de la cornée, premier élément de la réfraction. Les sécrétions des glandes muqueuses et lacrymales accessoires sont des composants importants du film lacrymal précornéen.

La conjonctive est ouverte sur l'extérieur et constamment contaminée par la flore commensale cutanée adjacente et les bactéries de l'oropharynx. Variable dans le temps, cette flore est le résultat d'un équilibre entre :

- les contaminations à partir du milieu environnant qui sont fonction du lieu géographique et du climat,

- les défenses locales qui sont influencées par l'âge du sujet, le port de lentilles de contact, une pathologie oculaire sous-jacente.

Les micro-organismes retrouvés sur une conjonctive sont non pathogènes et empêcheraient par compétition l'implantation de micro-organismes pathogènes. La présence de quelques bactéries, levures ou champignons filamenteux sur la conjonctive est physiologique.

La composition de cette flore varie selon différentes situations :

- Chez l'adulte sain non porteur de lentilles de contact, les cocci à Gram positif représentent 90 % à 96 % de la flore conjonctivale. Il s'agit surtout de staphylocoques, pour l'essentiel coagulase négative, et en particulier Staphylococcus epidermidis. Viennent ensuite Staphylococcus aureus, les streptocoques et les entérocoques. Les bacilles à Gram négatif sont le plus souvent des germes du tractus oto-rhino-laryngologique (Haemophilus) et des entérobactéries. Les bacilles à Gram positif les plus fréquents sont Propionibacterium acnes et des corynebactéries. Des levures ou des champignons filamenteux peuvent être également présents sur la conjonctive, apportés par la flore cutanée adjacente et par l'environnement.

- Chez l'adulte sain porteur de lentilles de contact, la flore prédominante correspond aux bactéries retrouvées dans les boîtiers des lentilles de contact. Les bacilles à Gram négatif deviennent largement majoritaires, les plus fréquents étant les Pseudomonas, les Serratia et les entérobactéries. Les champignons filamenteux seraient également plus nombreux.

- Chez l'enfant de moins de 6 ans, la flore conjonctivale est proche de sa flore ORL. Certains germes comme les streptocoques, en particulier Streptococcus pneumoniae, ou Haemophilus influenzae sont plus fréquents.

- Chez les patients atteints de dermatite ou de kératoconjonctivite atopique, une colonisation cutanée ou palpébro-conjonctivale par Staphylococcus aureus est fréquente.

- Les patients hospitalisés de façon répétitive ou en long séjour sont plus souvent porteurs de bactéries multi résistantes (BMR) au niveau des conjonctives qui pourront, à la suite de facteurs favorisants, être responsables d'infections de la surface oculaire.

D. EXAMEN CLINIQUE :

Il doit être bilatéral et comparatif. Il aura pour but de confirmer le diagnostic et d'éliminer les diagnostics différentiels. En cas de douleur oculaire, de baisse de l'acuité visuelle, de photophobie l'examen spécialisé par un ophtalmologiste s'impose.

1. Acuité visuelle

Elle est réalisée séparément pour chaque œil avec une correction optique éventuelle.

- De loin, l'échelle de lecture de Monoyer, située à 5 mètres, est la plus couramment employée.

- De près, c'est l'échelle de Parinaud, située à 33 cms, qui est utilisée.

Une baisse d'acuité visuelle oriente vers un diagnostic différentiel.

2. Aire ganglionnaire

Recherche de ganglion prétragien évocateur d'une étiologie virale.

3. Tympans :

Les tympans doivent être systématiquement examinés chez le nourrisson et l'enfant à la recherche d'une otite (syndrome otite-conjonctivite).

4. Topographie et aspect de la rougeur oculaire

La rougeur est habituellement diffuse lors des conjonctivites. Elle peut être en secteur (épisclérite) ou autour du limbe sclérocornéen, décrivant un cercle périkératique (kératite aigue, uvéite antérieure). Si elle est en nappe, hémorragique (hémorragie sous-conjonctivale), il faut dans ce cas éliminer un corps étranger intraoculaire.

5. Transparence cornéenne :

L'inspection recherche une diminution de transparence de la cornée. Elle peut être localisée dans un contexte de kératite, ou diffuse en cas de glaucome aigu.

6. Examen de la pupille :

L'examen doit s'attarder sur son aspect (possibles synéchies évoquant l'uvéite), et sa taille.

7. Examen de la conjonctive palpébrale :

Devant un œil rouge, l'examinateur doit toujours penser à retourner la paupière supérieure à la recherche d'un corps étranger sous-palpébral. L'inspection recherche des follicules, ou des papilles.

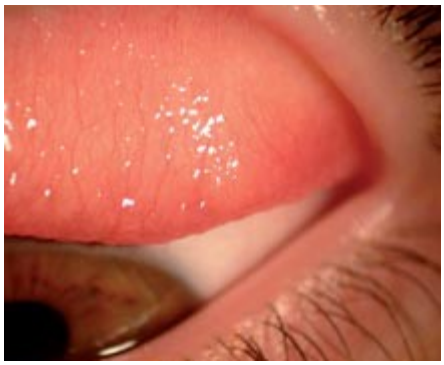


Figure 2 – Follicules

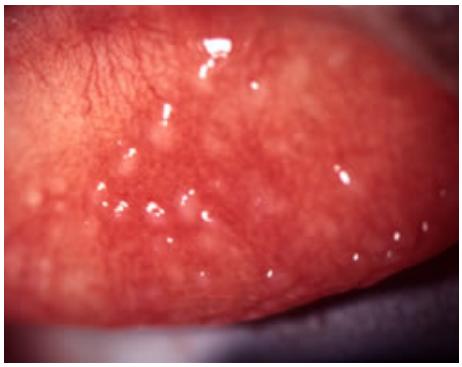


Figure 3 - Papilles

E. PRINCIPAUX TRAITEMENTS UTILISES EN PRATIQUE OPHTALMOLOGIQUE :

La pharmacopée ophtalmologique est riche d'une multitude de principes actifs et de galéniques (8) qui vont permettre aux prescripteurs de répondre de façon adaptée à chaque cas. Cette abondance peut être source de complexité, c'est pourquoi il faut rester vigilant et éviter les prescriptions abusives mal contrôlées afin d'éviter des effets délétères pour le patient.

1. Lavage oculaire :

Les solutions de lavage ophtalmique sont utilisées en cas d'irritation conjonctivale. Elles sont largement prescrites. Elles n'ont aucune contre-indication, notamment d'âge. La seule précaution d'emploi consiste à attendre 15 minutes en cas d'instillation d'un collyre concomitant.

Les solutions composées d'ACIDE BORIQUE 1,8 % + SODIUM BORATE 1,2 % sont les plus communément prescrites, les seules remboursées par la sécurité sociale et existent toutes en unidoses. (DACRYOSERUM®, DACUDOSES®, NETDOSE®, STERIDOSE®, Génériques BIOGARAN® et ZENTIVA®)

Après un lavage soigneux des mains, le patient procèdera à une administration en jet de la solution, allant du niveau du nez vers l'extérieur, 2 à 3 fois par jour, 15 minutes avant l'application des autres médicaments topiques (antiseptique, antibiotique). L'usage de compresses stériles est à conseiller.

2. Les Antiseptiques :

D'action très rapide, en général 1 à 2 minutes, ils ont une activité bactériostatique ou bactéricide. Leurs actions prédominent sur les germes gram positif de la surface de l'œil. Un intervalle de 15 minutes est à respecter entre l'administration de l'antiseptique et le lavage oculaire. Ils peuvent être à l'origine d'effets secondaires (réactions d'hypersensibilité retardé, toxicité sur le stroma cornéen), le respect de l'indication doit donc être strict.

Tableau I - Principaux antiseptiques locaux commercialisés sans association de vasoconstricteur.

R = Remboursement 30% Sécurité Social

Nom commercial	Principe actif	Présentation
BIOCIDAN®	Céthexonium	Flacon 10ml(R) ; unidoses 0,4ml
DESOMEDINE®	Hexamidine Di-isetionate	Flacon 10ml ; unidoses 0,6ml
MONOSEPT®	Céthexonium	Unidoses 0,4ml (R)
NOVOPTINE®	Céthylpyridinium	Flacon 10ml ; unidoses 0,4ml
SEDOCOLLYRE (principe actif*)	*Céthexonium ou *Céthylpyridinium	Flacon 10ml (R)/unidoses 0.4ml
SOPHTAL®	Acide salicylique	Flacon 10ml
VITABACT®	Picloxydine	Flacon 10ml, Unidoses 0,4ml

3. Les anti-inflammatoires :

- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens :

Ils sont indiqués en post opératoire dans la prévention de l'inflammation lors d'une chirurgie de la cataracte ou du segment antérieur de l'œil. Ils préviennent aussi de certaines manifestations douloureuses. Ils sont commercialisés seuls ou en association à un antibiotique.

- Les anti-inflammatoires stéroïdiens :

Ils sont représentés par les corticoïdes. Très utilisés en ophtalmologie, ils ont un rôle dans la diminution de l'infiltration tissulaire et l'œdème ainsi que la prolifération néovasculaire. Ils sont commercialisés seuls, en association à un antibiotique ou un antiseptique.
Une corticothérapie locale nécessite une surveillance stricte. En effet, leur utilisation peut retarder la cicatrisation cornéenne, aggraver une infection, déclencher une hypertonie oculaire voir un glaucome cortisonique. Les contre-indications sont représentées par toutes les affections que les corticoïdes peuvent aggraver (conjonctivite infectieuse, kératoconjonctivite herpétique, ulcération cornéenne, glaucome chronique).

Ces deux classes n'ont pas leur place dans le traitement de la conjonctivite aigüe simple.

4. Les anti-allergiques :

Les Anti-Histaminique H1 sont indiqués en 1ère intention dans la phase aigüe allergique. Un traitement en relais par anti-dégranulant mastocytaire peut être prescrit en cas de persistance de l'exposition à l'allergène.

Tableau II – Principaux anti-allergiques commercialisés

Classes	Nom commercial	Principe actif
Anti-Histaminique H1	ALLERGODIL®*	Azélastine
	PURIVIST®*	Epinastine
	ZALERG®*/MONOKETO®*	Kétotifène
	LEVOFREE/LEVOPHTA®	Lévocabastine
	OPATANOL®*	Olapatadine
Cromones et autres antidégranulants mastocytaires	CROMABAK®, CROMADOSE®, CROMEDIL®, CROMOPTIC®, MULTICROM®, OPTICRON®	Acide Cromoglicique
	TILAVIST®	Acide Nédocromil
	NAABAK®, NAAXIA®	Acide spagulamique

*Actions multiples

5. Les antibiotiques :

Ce sont des agents antibactériens, classés en bactériostatiques ou bactéricides, selon qu'ils inhibent la croissance du micro-organisme ou qu'ils tuent celui-ci.

La recommandation de l'AFSSAPS de Juin 2004 (nouvellement ANSM) sur l'utilisation des topiques antibiotiques (2) préconise de limiter l'usage des antibiotiques locaux aux situations dans lesquelles ils ont fait la preuve de leur supériorité par rapport au lavage et/ou application d'antiseptiques.

Les effets secondaires des antibiotiques donnés par voie topique sont très peu nombreux. Cet avantage vient essentiellement de la brièveté du traitement et aux doses utilisées. L'allergie est l'effet secondaire le plus fréquent. Les aminosides sont le plus souvent incriminés. Le chlorure de benzalkonium, conservateur fréquent dans les collyres en flacon, est également responsable de réactions allergiques.

Voici les principales présentations topiques ophtalmiques antibiotiques commercialisées.

a) L'acide fusidique

Le spectre d'action de l'acide fusidique comprend des bactéries à Gram positif, en particulier le genre Staphylococcus avec S. aureus et S. epidermidis. Il est cependant beaucoup moins actif sur d'autres cocci à Gram positif et notamment sur les genres streptocoques et entérocoques. Il est aussi efficace sur H. influenzae et M. catarrhalis mais inactif sur les entérobactéries et les autres bacilles à Gram négatif (10). Par voie oculaire, il est disponible sous forme de gel ophtalmique.

- Ac. fusidique : FUCITHALMIC®

b) Les aminosides

Les aminosides ont un large spectre d'action. Ils sont actifs sur les bactéries à Gram négatif (cocci et bacilles) et sur les S. aureus sensible à la méthicilline (SAMS). Néanmoins, ils sont inactifs sur le genre streptocoque, et notamment S. pneumoniae en raison d'une mauvaise pénétration de la paroi (9). Appliqués par voie topique, ils diffusent peu.

- Tobramycine : TOBRABACT®, TOBREX®

- Néomycine : CEBEMYXINE®

c) Les fluoroquinolones

Les FQ ont une activité bactéricide sur un large spectre, pourtant, cette activité est limitée sur nombre de bactéries ayant développé des mécanismes acquis de résistance. En pratique, il ne faut pas les prescrire dans les pathologies bénignes ou lorsqu'il existe une autre alternative thérapeutique.

Elles sont actives sur :

- les bacilles à Gram négatif : les entérobactéries, P. aeruginosa, H. influenzae. La ciprofloxacine possède la CMI la plus basse sur le genre Pseudomonas et les entérobactéries ;

- les cocci à Gram négatif sont aussi sensibles aux FQ et notamment le genre Neisseria.

- les bactéries intracellulaires comme le genre Chlamydia.

Les bactéries à Gram positif sont moins sensibles aux FQ. Le genre Streptococcus et les SARM sont résistants aux FQ disponibles en instillation oculaire.

- Norfloxacine : CHIBROXINE®
- Ofloxacine : EXOCINE®, MONOOX®, QUINOFREE®
- Ciprofloxacine : CILOXAN®

d) Les macrolides

Leur spectre antibactérien comprend les cocci à Gram positif et négatif, ainsi que les bacilles à Gram positif. Néanmoins, ils sont moins actifs sur les entérobactéries et le genre Pseudomonas. Les macrolides sont aussi très efficaces sur les bactéries intracellulaires. Les macrolides sont des antibiotiques « temps-dépendants ». L'efficacité en 6 instillations de l'azithromycine pourrait être due à sa longue demi-vie d'élimination dans les larmes et la conjonctive.

- Azythromycine : Azyter®

e) Les Polypeptides

Ils constituent une famille d'antibiotiques dont les molécules très toxiques ne permettent qu'un usage très limité.Seul la polymyxine existe en collyre, elle possède une activité bactéricide sur les bacilles gram négatif. On la retrouve uniquement en association synergique avec la néomycine.

- Polymyxine B (+ Néomycine) : ATEBEMYXINE®, CEBEMYXINE®

f) Les rifamycines

La rifamycine est active sur les bactéries à Gram positif, en particulier les staphylocoques et streptocoques, ainsi que sur les bactéries intracellulaires comme le genre Chlamydia. Parmi les bactéries à Gram négatif, le méningocoque, le gonocoque et H. influenzae sont sensibles. Pour les autres, elles sont généralement peu sensibles ou résistantes. C'est le cas du genre Pseudomonas et des entérobactéries. Pour que la rifamycine soit efficace, des administrations fréquentes sont nécessaires. La molécule utilisée en ophtalmologie par voie topique est la rifamycine, produit de couleur rouge brique colorant en orange les larmes mais aussi les lentilles de contact.

- Rifamycine : Rifamycine Chibret®

g) Les tétracyclines

Leur spectre d'action est large, on retrouve dans celui-ci des bactéries à Gram positif aérobies ou anaérobies et des bactéries à Gram négatif à l'exception d'H. influenzae et de P. aeruginosa (10). Les tétracyclines sont aussi intéressantes pour leur activité sur les bactéries intracellulaires.

- Chlorotétracycline : AUREOMYCINE Evans®

h) Les associations

- Aminoside et polypeptide : ATEBEMYXINE®, CEBEMYXINE®
- Aminoside, polypeptide et corticoïde : MAXIDROL®
- Aminoside et corticoïde : CHIBROCADRON®, FRAKIDEX®, TOBRADEX®
- Tétracycline et corticoïde : STERDEX®

6. Autres traitements locaux :

- les cicatrisants cornéens
- les suppléants lacrymaux
- les anti-viraux (réservé aux atteintes herpétiques)
- les mydriatiques
- les anesthésiques de contact

III. **LES CONJONCTIVITES**

Les conjonctivites constituent un motif fréquent de consultation chez le médecin traitant. Leurs étiologies sont nombreuses. Identifier celles-ci permet d'adopter un traitement précis sans avoir recours de façon systématique à la prescription d'antibiotiques.

La recommandation de l'AFSSAPS de 2004 (2) définit la conjonctivite en y incluant ces principaux symptômes :

« La conjonctivite est une inflammation de la conjonctive, sans atteinte cornéenne. Sa présentation la plus fréquente est un œil rouge, larmoyant, sans baisse d'acuité visuelle, peu ou pas douloureux, avec sensation de grains de sable dans les yeux. »

A. LES CONJONCTIVITES ALLERGIQUES

Les pathologies allergiques sont le deuxième motif de consultation chez le médecin généraliste. Les conjonctivites constituent la principale manifestation oculaire rencontrée. Il s'agit d'une réaction locale d'hypersensibilité, le plus souvent médié par les IgE, suite au contact avec un allergène. Plusieurs pathologies sont regroupées sous le terme « Conjonctivite allergique » qui diffèrent par leurs mécanismes, par leurs présentations cliniques ainsi que par leurs prises en charge. Les conjonctivites allergiques saisonnière et perannuelle sont les formes les plus fréquemment retrouvées en Médecine générale.

1. EPIDEMIOLOGIE :

La prévalence des maladies allergiques est de l'ordre de 15 à 20%, dans la population mondiale. On estime que 40 à 60% des patients allergiques sont gênés par des symptômes oculaires, lesquels contribuent de façon significative à l'altération de la qualité de vie (10). Ces symptômes oculaires s'associent à moindre degré à des manifestations respiratoires mais beaucoup plus souvent à des symptômes nasaux. Cette association n'est pas constante, mais reste fréquente, de l'ordre de 46 à 65% (11), dans les formes perannuelle et saisonnière. De même, le terrain atopique et l'allergie oculaire sont fortement liés bien qu'il existe des formes exclusivement oculaires. Les problèmes allergiques résultent à la fois de facteurs de risques génétiques et environnementaux.

La conjonctivite allergique est la première cause de conjonctivite, elle touche aussi bien les adultes que les enfants, même si dans 80 % des cas les symptômes se développent avant l'âge de 20 ans. Sa prévalence est en constante augmentation à cause d'une multitude de facteurs favorisants environnementaux et d'une modification des modes de vie.

2. MECANISME

La conjonctivite allergique découle d'une réaction d'hypersensibilité lié à un allergène (facteur spécifique), et par des éléments favorisants le déclenchement ou l'amplification de cette réaction allergique (facteurs non spécifiques). Les différentes formes peuvent être classées en fonction de la médiation de l'hypersensibilité par les IgE ou non. Ces sont les allergies oculaires IgE médiées qui seront pourvoyeuses de conjonctivite aigue.

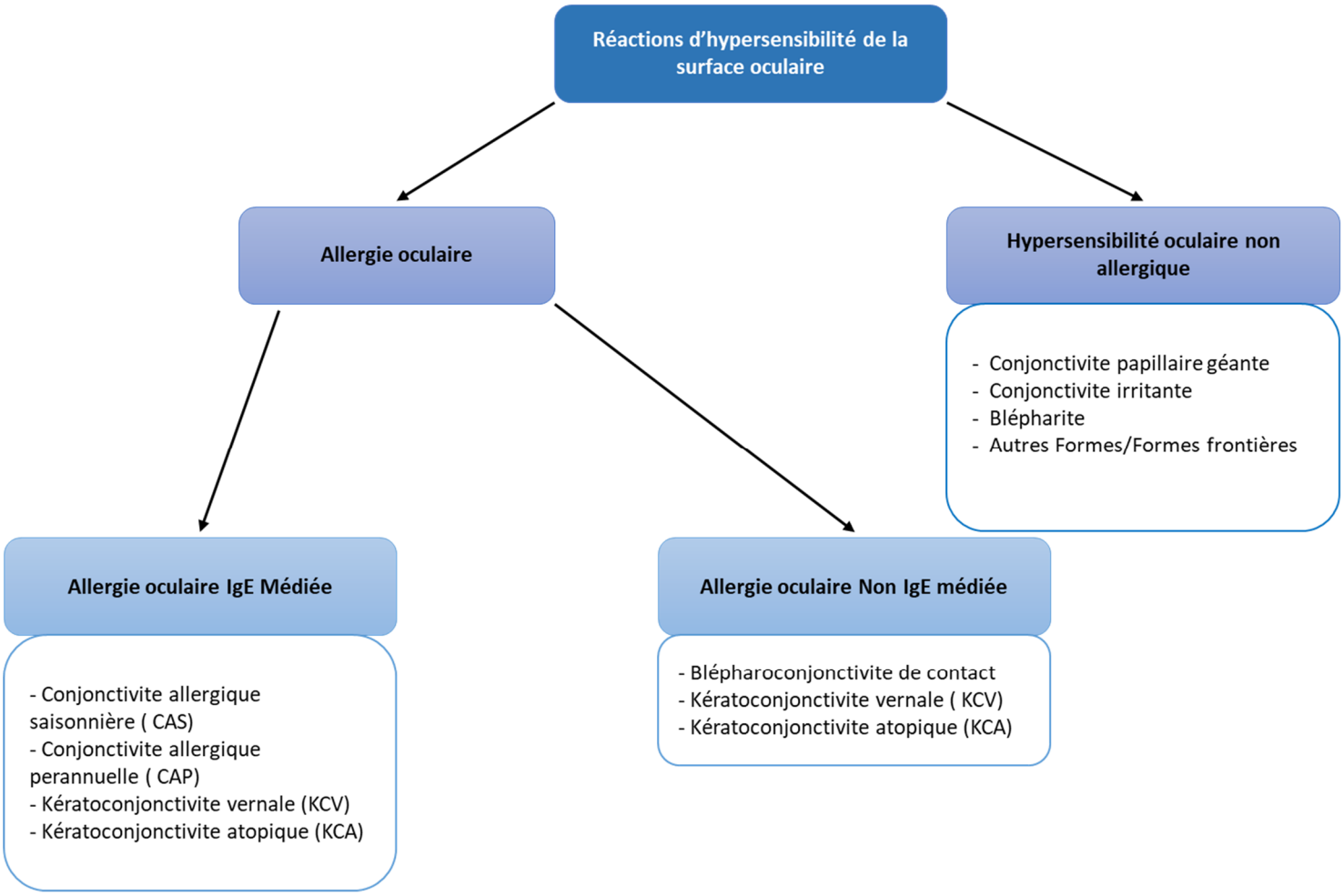


Figure 4 - Classification physiopathologique des hypersensibilités conjonctivales (10).

2.1 Facteurs spécifiques : les allergènes

On retrouve trois types d'allergènes impliqués dans la conjonctivite allergique :

a) Les pneumallergènes : ils sont véhiculés par l'air et sont de natures variées.

Allergènes domestiques, d'intérieur :

- Acariens (domestiques, de stockage)
- Phanères d'animaux (chat, chien…)
- Plantes vertes (latex : ficus, yucca…)
- Moisissures (Alternaria, Cladosporium…)

Allergènes atmosphériques, d'extérieur :

- Pollens d'arbres (cyprès, bouleau…)
- Pollens de graminées
- Pollens d'herbacées
- Moisissures (Alternaria, Cladosporium…)

Autres : allergènes professionnels (farines, céréales)

Les plus fréquemment en cause sont les graminées pour les conjonctivites saisonnières et les acariens pour les conjonctivites perannuelles.

b) Les Trophallergènes : ils sont ingérés par l'individu et responsables de réactions parfois soudaines et/ou sévères.

- Protéines animales (dont protéines de lait de vache, œuf, poissons, fruits de mer…)
- Protéines végétales (dont arachide, blé, soja, fruits à coques, céleri…)

Ils sont parfois en cause chez l'enfant (12), mais bien plus rarement responsables dans la pathologie oculaire.

c) Allergènes de contact : il s'agit de substance en contact direct avec la conjonctive

- Médicaments (additif de collyres)
- Cosmétiques
- Professionnels (dont métaux)

Ils sont en cause principalement dans les eczéma et blépharoconjonctivite de contact.

2.2 Facteurs non spécifiques

Il peut s'agir de facteurs déclenchants ou d'amplificateurs de la réponse allergique :

- La qualité du film lacrymal : Elle joue un rôle de protection de la surface oculaire. Elle peut induire ou favoriser une conjonctivite allergique lorsqu'elle est altérée. Son altération augmente également l'intensité des symptômes notamment la sensation de brûlures.
- Les polluants : la pollution atmosphérique en particulier qui provoque et majore les phénomènes de sécheresse oculaire ou d'inflammation conjonctivale. Le rôle du tabac est encore discuté dans la conjonctivite allergique même s'il est admis qu'il s'agit d'un facteur irritant.
- Les ultraviolets (UV)
- L'effort.

3. CLINIQUE

L'interrogatoire est primordial puisque qu'il permet de préciser les circonstances de survenues, avec notamment une éventuelle exposition à un allergène, et aussi la recherche d'un terrain allergique. Les symptômes les plus souvent décrits sont la gêne oculaire, le larmoiement, la sensation de brûlure ou de grain de sable et le prurit (13). Ce dernier est le plus caractéristique, son absence doit faire évoquer une cause non allergique. A l'examen clinique, on pourra retrouver un œdème palpébral plus ou moins intense, des sécrétions non purulentes, un chémosis, des follicules (visible difficilement à l'œil nu) , des papilles. Il sera possible de différencier cette conjonctivite des autres étiologies les plus fréquentes par l'analyse combinée des données cliniques. [ANNEXE 1]

L'allergie oculaire regroupe plusieurs formes cliniques, parmi elle, la conjonctivite saisonnière constitue la principale cause de conjonctivite allergique aigüe.

a) Conjonctivite allergique saisonnière (CAS)

La CAS est la plus fréquente des allergies oculaires. Elle est caractérisée par une récurrence à la même période de l'année lorsque les niveaux de pollen sont élevés (printemps et automne). Prurit, larmoiement, chémosis et œdème palpébral sont au premier plan, le plus souvent associés à une rhinite. Il peut exister des papilles tarsales de petites tailles. Les manifestations oculaires apparaissent et se dissipent selon l'exposition du patient aux allergènes.

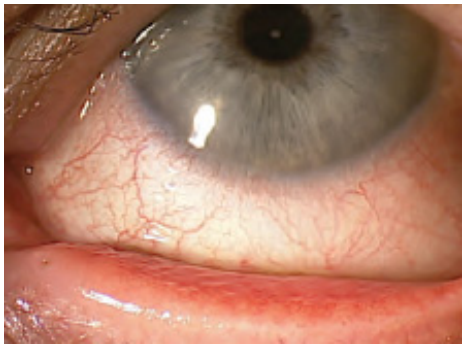


Figure 5 - Conjonctivite allergique saisonnière

b) Conjonctivite allergique perannuelle (CAP)

La CAP est une affection chronique. La symptomatologie va se manifester, de façon plus ou moins prononcée, tout au long de l'année, avec pour certains allergènes des recrudescences saisonnières (acariens). Elle pourra s'aggraver en fonction de facteurs irritants non spécifiques et/ou du temps d'exposition aux allergènes. L'enfant comme l'adulte peuvent être touchés avec une altération de la qualité de vie et, donc, un impact socio-économique conséquent.

Le patient se plaint le plus souvent de gène oculaire, de picotements, d'œil sec avec un prurit secondaire. A l'examen clinique, on pourra parfois retrouver une hyperhémie conjonctivale discrète à modérée, quelques papilles tarsales dont l'aspect est souvent plus marqué que lors des CAS. Il n'y a, par ailleurs, pas d'atteinte cornéenne.

c) Kératoconjonctivite vernale (KCV)

Il s'agit d'une forme rare et sévère d'allergie oculaire. Elle touche le plus souvent l'enfant, surtout les garçons, et disparait classiquement à la puberté mais 10% des cas se chronicisent. Les symptômes de la KCV évoluent de façon perannuelle avec des recrudescences en période estivale. Les facteurs d'aggravation sont représentés pas les allergènes mais surtout par le soleil et la chaleur. Elle se caractérise par une photophobie intense associée à un prurit, un larmoiement et une sensation de corps étranger. Les sécrétions muqueuses peuvent être abondantes durant les épisodes aigus, la gêne occasionnée peut alors être invalidante et aboutir à un retard scolaire.

Il existe trois formes cliniques distinctes :

- La forme tarsale : présence de papilles géantes (diamètre >1 mm) sur la conjonctive tarsale pouvant être responsables d'un pseudo ptosis.
- La forme limbique : présence d'un bourrelet limbique gélatineux qui devient hyperhémié durant les poussées et peut se couvrir de grain de tantras, nodules blancs jaunâtres.
- La forme ancienne : présence de fibrose sur la conjonctive.

Qu'il soit atteint par une forme limbique, palpébrale ou mixte, le sujet atteint de KCV risque des complications cornéennes qui vont de la kératite ponctuée superficielle à la plaque vernale : formation blanchâtre, homogène, indurée qui peut laisser une cicatrice cornéenne néo vascularisée altérant la fonction visuelle.



Figure 6 – Keratoconjonctivite avec papilles géantes

d) Kératoconjonctivite atopique (KCA)

La KCA est une manifestation oculaire de la maladie atopique. Il s'agit d'une forme rare, bilatérale et chronique, d'origine inflammatoire qui touche essentiellement l'adulte jeune. Des poussées peuvent apparaitre après exposition à certains allergènes auxquels le patient est allergique. Les antécédents personnels ou familiaux d'atopie sont par définition constants. On retrouve classiquement un prurit important avec larmoiement et sensation de brûlure.

Il existe une triple atteinte caractéristique conjonctivale, cornéenne et palpébrale pouvant menacer la fonction visuelle. L'eczéma chronique des paupières est quasi constant avec une paupière qui progressivement s'épaissit, se durcit et se fissure. L'hyperhémie et l'inflammation conjonctivales sont souvent majeures et prédominent au niveau de la conjonctive palpébrale inferieure avec une hypertrophie papillaire et parfois des papilles géantes comme pour la KCV. Les complications sont fréquentes à type de kératite ponctuée superficielle, de fibrose conjonctivale et d'ulcère cornéen. Les surinfections bactérienne ou virale (herpès) sont souvent associées.

4. EXPLORATIONS

L'interrogatoire est déterminant dans l'exploration de l'allergie oculaire. Il permet d'orienter les tests cutanés, d'identifier les allergènes suspects et d'établir la pertinence d'un test positif. Les quatre éléments principaux à rechercher hormis les antécédents ophtalmologiques du malade sont :

- Le terrain atopique personnel ou familial
- La chronologie des symptômes et leurs circonstances d'apparition
- L'environnement et le mode de vie du malade
- L'efficacité des traitements

a) Tests cutanés : Les prick-tests

La pratique de prick- tests est indiquée lorsqu'une allergie IgE médiée est suspectée. Ces tests sont les même que ceux utilisés pour l'allergie respiratoire. Ils sont anodins, reproductibles, sensibles et peu couteux. Certains allergènes sont testés systématiquement comme les pollens, les acariens les conservateurs, d'autres seulement en fonction de l'interrogatoire. Les résultats de ces tests conduisent à la notion de sensibilisation à un ou plusieurs allergènes. Cette notion peut être étayée par des dosages unitaires d'IgE spécifiques.

Les patchs tests sont utilisés pour rechercher un allergène responsable d'allergie non IgE médié (allergie de contact).

b) Explorations biologiques

- L'éosinophilie : elle est dosée par prélèvement sanguin en pratique courante mais elle est peu spécifique d'un terrain atopique. Un dosage lacrymal peut être effectué, même si ce test est peu utilisé. La présence de polynucléaire éosinophile oriente alors vers une manifestation de type allergique.
- Les IgE totales : Le dosage d'IgE sérique total n'a pas d'intérêt sachant que des valeurs normales n'excluent pas un diagnostic d'allergie.
- Les test multi- allergéniques (ex : phadiatop®) : Ils peuvent être demandés pour faciliter le dépistage de l'origine allergique (14). Concernant l'atopie, ils sont souvent superflus car le diagnostic repose avant tout sur l'interrogatoire et l'histoire clinique du patient.
- Les IgE spécifiques : Il s'agit d'un dosage non systématique, couteux, auxquels on peut avoir recours en cas de contre-indications des prick-tests ou lorsque leurs résultats sont discordants par rapport à la clinique. Pour le cas spécifique de la conjonctivite allergique, aucune étude n'a été retenu dans la synthèse de l'HAS de mai 2005 sur l'indication du dosage des IgE spécifiques dans le diagnostic des maladies allergiques à cause de faiblesses méthodologiques. (15)

En pathologie oculaire, une sensibilisation même modérée peut être pertinente, et la positivité d'un prick-test ou de dosage d'IgE spécifique suffit à considérer la sensibilisation.

c) Test de provocation conjonctival (TPC)

Il consiste en une installation de doses progressivement croissantes d'allergènes et reproduit ainsi la phase précoce de l'Hypersensibilité immédiate IgE médiée. Le TPC est indiqué pour évaluer la réponse conjonctivale spécifique des patients lorsque les prick tests et les dosages des IgE spécifiques sont négatifs alors que le tableau clinique est évocateur d'une allergie oculaire. (16)

d) Quand adresser à l'allergologue ?

Il n'existe pas de recommandations spécifiques concernant les manifestations allergiques oculaires, mais des recommandations générales pour les maladies allergiques (tableau III) (17)

Tableau III – Recours à l'allergologue

Avis diagnostique et thérapeutique
Pour affirmer le caractère allergique du problème présenté
Pour identifier l'allergène et/ou les circonstances d'apparition des symptômes
Pour proposer un traitement adapté et fixer les objectifs thérapeutiques en collaboration avec le médecin généraliste
Aide au suivi
Education du patient allergique, les mesures d'éviction des allergènes
En cas d'échec d'une éviction bien menée
En cas d'échec des traitements spécifiques bien conduits
En cas de rechute à l'arrêt d'un traitement médicamenteux
En cas de survenue d'un asthme (aggravation de la maladie allergique)

En pratique, dans le cas d'une conjonctivite allergique, un bilan allergologique est conseillé devant :

- Un terrain atopique, d'autres manifestations allergiques (systématique si asthme)
- Une sévérité des symptômes
- Une persistance des symptômes malgré un traitement bien conduit
- Une persistance des symptômes malgré l'éviction de l'allergène supposé par l'interrogatoire ou par le bilan biologique.

5. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

a) Mesures symptomatiques

- Eviction de l'allergène : Elle est essentielle et justifie un bilan allergologique lorsque l'allergène n'est pas identifié. Les recommandations d'évitement en fonction de l'allergène sont décrites dans le formulaire ARIA (14).
- Lavages oculaires : D'autant plus importants lorsque l'évitement de l'allergène n'est pas possible. Réalisés avec des solutions d'irrigation oculaire sans conservateur, ils permettent d'éliminer mécaniquement l'allergène et les polluants ainsi que de diluer les médiateurs de l'inflammation. Ils éliminent également les sécrétions qui piègent des médiateurs pro-inflammatoires et les allergènes. Pour une bonne efficacité, l'instillation doit être pluriquotidienne.
- Cataplasmes froids : Appliqués sur les paupières fermées, ils diminuent l'inflammation et les symptômes.
- Eviter le frottement oculaire : Il entraine une dégranulation mécanique des mastocytes et aggrave les symptômes et l'inflammation.
- Protection solaire : Le port de lunettes de soleil permet de réduire l'exposition oculaire directe aux allergènes aéroportés et protège contre le rayonnement ultraviolet qui active l'inflammation (KCV, KCA)
- Substituts lacrymaux : Une instabilité lacrymale est fréquemment associée à l'allergie notamment au cours des conjonctivites allergiques perannuelles. La prescription de substituts lacrymaux peut alors soulager le patient.
- Soutien psychologique : Dans les formes les plus sévères en raison de la perturbation importante de la qualité de vie des patients et de leur entourage familial.

Les mesures symptomatiques sont importantes puisqu'elles permettent de diminuer l'inflammation, de façon spécifique ou non. Elles complètent ainsi le traitement pharmacologique et peuvent également participer à l'alléger.

b) Les antiallergiques :

Les antihistaminiques H1 (AH1)

Voie locale :

Ils sont efficaces à la phase aigüe lorsque l'histamine a été libérée par les mastocytes contrairement aux antidégranulants. Leur délai d'action est court et leur puissance d'action sur les signes et symptômes allergiques est important. Une durée d'action d'au moins 8 h permet une installation biquotidienne. Il s'agit donc du traitement de choix en première intention dans la conjonctivite allergique aigüe, leur utilisation prolongée au-delà de 4 mois est déconseillée en raison de la présence de conservateur. Leur efficacité est supérieure à celle des AH1 par voie générale en utilisation seule sur les formes oculaires pures.

Les antihistaminiques H1 de seconde génération telle que la lévocabastine (Levofree®/Levophta®) et l'émédastine (non commercialisé en France) ont une durée d'action plus longue et sont mieux tolérés que leurs prédécesseurs. Ces deux médicaments sont efficaces et bien tolérés, également chez l'enfant. (10)

Voie Orale :

Ils ont une efficacité importante sur les symptômes nasaux mais moindre sur les symptômes oculaires. Ils sont indiqués dans la rhinoconjonctivite où ils complètent l'action locale des collyres et peuvent permettre d'alléger le traitement local. Certaines études suggèrent une amélioration de la qualité de vie lors de l'association des formes générales et locales (18).

Les antidégranulants mastocytaires (ADM)

Leur délai d'action est plus long et leur puissance moindre que les AH1 et les glucocorticoïdes. Leur effet est bref : 2 à 4 heures, ce qui oblige donc à plus d'administrations par jour. Ils sont d'autant plus efficaces que leur prise a lieu avant le contact avec l'allergène. Les antidégranulants sont ainsi plutôt recommandés en traitement préventif, encadrant la période d'exposition aux allergènes pour une conjonctivite saisonnière ou toute l'année pour une conjonctivite peranuelle.

Les collyres à action multiple

Ils ont l'avantage de soulager rapidement les symptômes (en raison leur effet antihistaminique) et de stabiliser également les mastocytes à long terme (19). Ils permettent une simplification de prescription en évitant d'associer simultanément ou séquentiellement antidégranulant et antihistaminique. La posologie est réduite à 2 instillations par jour ce qui améliore la compliance au traitement. Leur prescription au long cours peut être limitée par la présence d'un conservateur (présent dans tous les produits sauf le kétotifène qui existe en unidose)

Les corticoïdes

De tous les traitements anti-allergiques, ce sont les plus efficaces. Cependant à cause de leurs effets secondaires (cataracte et glaucome notamment), du phénomène de rebond et du risque de corticodépendance, ils sont réservés aux formes sévères. La corticothérapie locale devra alors être courte à doses rapidement dégressives. Leur prescription est à réserver aux ophtalmologistes qui peuvent assurer un suivi régulier de façon à éviter les complications.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens

Ils réduiraient la symptomatologie allergique, en particulier le prurit. Il n'existe pas d'indication de l'AMM pour la prescription d'AINS topique dans le cadre de la conjonctivite allergique.

Les immunosuppresseurs

Du domaine du spécialiste, ils sont utilisés avant tout en cas de corticodépendance locale, dans le but d'une épargne cortisonique.

c) Chirurgie :

La nécessité d'un traitement chirurgical dans la pathologie oculaire est exceptionnelle et relève exclusivement des formes sévères (grattage des plaques vernales, résection de papilles géantes).

d) L'immunothérapie spécifique (ITS) ou désensibilisation :

Lorsque les mesures symptomatiques et le traitement antiallergique sont insuffisants pour améliorer la qualité de vie, et que l'éviction d'un allergène est impossible, il faut envisager une désensibilisation. L'immunothérapie spécifique consiste à administrer de façon répétée des doses progressivement croissantes d'extraits d'allergènes spécifiques chez le patient allergique afin d'induire une « tolérance » du système immunitaire (augmentation du seuil de sensibilité à cet allergène). L'indication de ce traitement est posée par un allergologue qui établit un protocole spécifique pour chaque patient. Elle est surtout utilisée dans les formes bénignes. Lorsqu'elle est envisagée pour une forme sévère, la désensibilisation doit être précédée par la pratique d'un test de provocation conjonctival.

6. EN PRATIQUE

L'interrogatoire détaillé est primordial pour poser le diagnostic, notamment en présence d'une chronologie évocatrice, d'un prurit intense et d'un terrain allergique personnel ou familial. L'examen permet d'identifier la forme clinique. La qualité de vie du patient doit être au centre de la prise en charge. Ainsi, le bilan allergologique, même s'il ne fait souvent que confirmer le diagnostic, est indispensable car il permet de déterminer la nature exacte de l'allergène et de proposer les mesures spécifiques adéquates.

Les conjonctivites allergique perannuelles et saisonnières, dans leurs formes simples ou modérées, peuvent être prises en charge par le médecin généraliste. Les antihistaminique H1 locaux sont indiqués en première intention devant un tableau de conjonctivite allergique aigüe, les antidégranulants mastocytaires en association ou en relais peuvent être prescrits durant toute la durée de l'exposition à l'allergène ou en traitement préventif. L'immunothérapie spécifique sera principalement proposée en cas de manifestations extra-oculaires associées.

Les Kératoconjonctivites vernales et atopiques nécessitent une prise en charge spécialisée mais le médecin généraliste peut jouer un rôle dans l'éducation et le suivi du patient. La bonne coordination des intervenants (allergologue, médecin généraliste et ophtalmologiste) est alors primordiale.

B. LES CONJONCTIVITES VIRALES

Les conjonctivites virales sont souvent considérées, au même titre que les autres conjonctivites, comme une pathologie ophtalmologique mineure, et peuvent facilement passer inaperçues dans un tableau symptomatologique riche. Cependant, elles ne doivent pas être négligées du fait de leur fort pouvoir de diffusion épidémique et surtout de leurs risques de séquelles visuelles.

1. KERATOCONJONCTIVITE A ADENOVIRUS

Il s'agit de la conjonctivite virale la plus fréquente. La propagation est épidémique du fait d'une forte contagiosité, touchant principalement les collectivités. Elles vont donner des formes cliniques variées, dominées en fréquence par les kératoconjonctivites épidémiques (KCE), même si les conjonctivites folliculaires et la fièvre pharyngoconjonctivale ne sont pas exceptionnelles. La principale complication à craindre est l'atteinte cornéenne (49,5% des cas d'infection à adénovirus, et 79,5% si l'atteinte est bilatérale (20) avec des répercussions sur l'acuité visuelle possible.

1.1 EPIDEMIOLOGIE

Le virus peut toucher toutes les tranches d'âges avec une prédilection pour la période entre 20 et 40 ans. Les cas peuvent se voir toute l'année, avec un pic hivernal au moment des autres affections virales respiratoires et en été, la transmission pouvant alors se faire par l'eau des piscines. Le mode de transmission du virus est principalement par contact direct. La maladie apparaît par épidémies dont le point de départ est le plus souvent une collectivité ou un centre de soins médicaux.

1.2 AGENT PATHOGENE

Les adénovirus à tropisme humain sont théoriquement spécifiques de l'espèce humaine et spécifiques de l'organisme cible (21). La période d'incubation varie selon les sérotypes de 4 à 10 jours et la période de réplication du virus est de 14 à 21 jours. Certains types sérologiques (parmi les 41 existants) sont plus fréquents ou plus caractéristiques des atteintes cornéoconjonctivales.

Tableau IV – Caractéristiques de certains sérotypes fréquents à tropisme oculaire

Type 2,4,6	Donne des conjonctivites folliculaires
Type 3,4,7	Donne des fièvres pharyngoconjonctivales
Type 8,19,37	Donne des kératoconjonctivites épidémiques

1.3 CLINIQUE

Les adénovirus s'expriment au niveau de l'œil sous trois formes cliniques différentes : conjonctivite folliculaire, fièvre pharyngo-conjonctivale et kératoconjonctivite épidémique.

a) Conjonctivite folliculaire

Cette forme atteint surtout les enfants et apparaît par épidémies dans les crèches. Une pathologie respiratoire y est fréquemment associée. L'atteinte conjonctivale peut passer inaperçue si les signes pulmonaires prédominent. Elle est toujours modérée, sans atteinte et donc sans séquelles cornéennes. Les soins d'hygiène sont primordiaux pour éviter la contamination dans les communautés.

b) Fièvre pharyngoconjonctivale

Elle se voit, soit de façon sporadique, soit par épidémie touchant les communautés de jeunes en hiver ou en été (écoles, colonies de vacances). Les signes généraux prédominent toujours, mettant les signes oculaires au second plan. La maladie débute brutalement par une altération de l'état général, avec fièvre élevée et pharyngite. Chez les jeunes enfants la fièvre peut être très élevée avec altération importante de l'état général et signes digestifs. La durée de la maladie est plus longue, pouvant se prolonger jusqu'à 14 jours. Les signes ophtalmologiques sont généralement réduits à une CF bilatérale. Elle se distingue parfois par de fines pétéchies sur la conjonctive bulbaire. L'atteinte cornéenne n'est pas constante, souvent modérée et sans apparition d'infiltrat sous-épithélial. Il n'y a pas de séquelle oculaire.

c) Kératoconjonctivite épidémique

La maladie est hautement contagieuse, touchant par épidémie enfants et adultes jeunes. L'Asie et le Moyen Orient sont les régions les plus impactées. Cette maladie est caractérisée par un début brutal avec atteinte unilatérale initiale, puis atteinte de l'autre œil deux à six jours plus tard généralement moins marquée. On retrouve une conjonctivite folliculaire avec souvent quelques pétéchies ainsi que des follicules et des papilles sur la conjonctive tarsale. La présence d'un ganglion prétragien est classique mais pas constante (22), il apparait le plus souvent le même jour que l'atteinte du premier œil et peut parfois être remplacé par une adénopathie sous maxillaire ou parotidienne. Sa durée est de 12 à 20 jours pour les deux yeux. Une kératite ponctuée superficielle apparait dans les cinq jours qui suivent l'atteinte conjonctivale puis ces ponctuations peuvent confluer pour former de petites ulcérations prenant la fluorescéine. Ces ulcérations entrainent douleurs, photophobie et larmoiements. Entre la deuxième et la troisième semaine des infiltrats sous-épithéliaux (petites taches blanchâtres) apparaissent. Il s'agit de la complication principale de la maladie, de traitement difficile et pouvant devenir très invalidante. Des signes inflammatoires oculaires peuvent se manifester pendant plusieurs années après la maladie et être source de complications diverses (cicatrices fibreuses, symblépharon, hypertonie oculaire, etc)

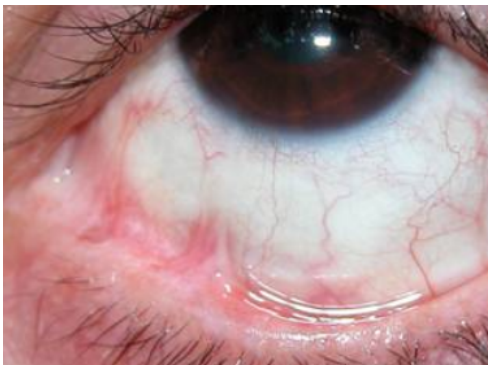


Figure 7 – Symblépharon

1.4 EXPLORATIONS

Le diagnostic est essentiellement clinique. Il est rare d'avoir besoin de recourir à un diagnostic de laboratoire. Il existe néanmoins des moyens de confirmer le diagnostic devant une forme atypique mais il s'agit alors de prise en charge spécialisée.

Un test diagnostic rapide (adénoclone) a été mis au point pour fournir des résultats en quelques heures à partir d'un frottis conjonctival mais son usage est contesté en raison d'une faible sensibilité (80%). Des méthodes précises plus longues et plus coûteuses existent comme l'immunofluorescence directe et indirecte ou la PCR. Un test plus rapide (10 minutes) et plus sensible par immunochromatographie a été proposé (23).

1.5 PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

a) Mesures préventives

La maladie évoluant par épidémies, les mesures de prévention individuelles et collectives sont indispensables.

Sur le plan individuel, le malade contagieux doit être exempté de toute activité scolaire ou professionnelle. Des précautions devront être prises dans le milieu familial : lavage de mains, éviter de partager des objets qui peuvent porter le virus (lunettes, serviettes, linge, etc), éviter les contacts physiques rapprochés, jeter les lentilles de contact précédemment utilisées. La bonne information du patient est donc primordiale.

Les mesures collectives vont concerner avant tout les cabinets médicaux et centres de soins. Une hygiène stricte des salles d'attente est nécessaire avec, si possible, un circuit séparé dans les structures spécialisées. Les toilettes doivent être idéalement pourvues de séchage des mains par air chaud et de commande à pied ou par capteur électronique (savon, eau). Les médecins comme les personnels doivent se laver les mains après chaque contact avec le patient. Il s'agit de mesures difficiles à mettre en œuvre mais qui ont prouvé leur efficacité (24).

b) Traitement symptomatique

Il aura pour but essentiel le confort du patient. Il repose essentiellement sur les lavages oculaires et agents mouillants. La mise en place de compresses froides sur les paupières permet de diminuer la congestion. Des lunettes noires sont conseillées en cas de photophobie. Il n'y pas d'indication à une antibiothérapie locale car les surinfections bactériennes sont exceptionnelles (22). L'épithélium cornéen est très fragile, il faut absolument éviter toute agression supplémentaire par des collyres dont l'intérêt est discutable : cicatrisants, mydriatiques, antiseptiques, antibiotiques.

c) Cas des anti-inflammatoires et antiviraux

Ni les AINS, ni les corticoïdes, ni les antiviraux ne sont indiqués à l'heure actuelle dans le traitement de la conjonctivite virale à adénovirus par le médecin généraliste. Les motifs professionnels ne doivent pas être retenus pour prescrire un traitement destiné à accélérer l'évolution de la maladie. Concernant les AINS, ils n'ont montré aucun effet tant sur la réplication virale que sur la formation des infiltrats sous -épithéliaux et la plupart sont toxiques pour l'épithélium cornéen.

La prescription de corticoïdes est controversée, ils réduisent les signes inflammatoires et la conjonctivite mais ils augmentent la réplication virale et prolongent la dissémination du virus. Par ailleurs, la corticodépendance peut être source de prolongation de la maladie et de complications. Leur prescription est réservée aux spécialistes au stade précoce devant des signes de gravité et des complications bien précises.

Les antiviraux utilisés pour traiter l'herpès n'ont aucun effet sur l'adénovirus. D'autres antiviraux ont été ou sont actuellement testés mais aucune molécule n'a pour l'instant fait preuve de son efficacité et de son innocuité.

d) Traitement des séquelles

Les lentilles rigides améliorent les astigmatismes irréguliers. La chirurgie (kéractectomie superficielle ou kératoplastie lamellaire) et le laser excimer peuvent être proposés. Ces deux traitements comportent des risques qu'il convient d'exposer au patient, d'autant plus que seule une amélioration partielle peut être attendue.

2. EN PRATIQUE

Le diagnostic de conjonctivite à adénovirus est essentiellement clinique. Le caractère épidémique et l'association de symptômes orl ou respiratoires, notamment en l'absence d'argument pour d'autres étiologies (prurit intense, sécrétions purulentes collant les paupières, etc), sont très évocateurs [annexe 1]. Le caractère brutal et la présence d'une adénopathie prétragienne, inconstante mais quasi pathognomonique de l'infection virale, oriente vers la kératoconjonctivite épidémique. Dans ce cas, la recherche de signe de gravité devant faire adresser aux spécialistes est primordiale devant la fréquence importante des atteintes cornéennes associées.

Le traitement est uniquement symptomatique. La prescription d'agents mouillants doit être systématique, et associée à des mesures de prévention à la fois individuelle et collective. Aucun autre collyre n'est indiqué pour le médecin généraliste, notamment les antibiotiques et antiseptiques, car les surinfections bactériennes sont exceptionnelles.

3. CONJONCTIVITE HERPETIQUE

L'infection herpétique est très fréquente : 80% des adultes sont porteurs d'anticorps circulants. (25) L'atteinte ophtalmologique est grave : les épisodes répétés altèrent la transparence cornéenne et entrainent la formation de cicatrices. La majorité des atteintes herpétiques oculaires est due au virus HSV1. La maladie se caractérise par son phénomène de latence et par le risque de survenue de récurrences générées par différents stimuli (stress, fièvre, infection, menstruations, exposition aux ultraviolets, traumatismes, immunodépression et traitements immunosuppresseurs, anesthésie, chirurgie oculaire). La primo-infection qui peut passer inaperçue, se situe souvent dans l'enfance, et associe une fièvre, une adénopathie (un ganglion) pré-auriculaire, une conjonctivite folliculaire et souvent une kératite épithéliale. On peut observer une hypoesthésie qu'on ne rencontre jamais dans les kératoconjonctivites à adénovirus. Les signes fonctionnels se résument donc à une rougeur oculaire périkératique, une baisse d'acuité visuelle et une douleur variable pouvant s'associer à des vésicules des paupières et/ou de leur bord libre. Les kératites herpétiques récidivantes sont de nouvelles irritations du segment antérieur de l'œil déclenchées par un stimuli, l'examen par un ophtalmologiste est alors primordial devant la multiplicité des tableaux et des complications. La recherche virologique par frottis conjonctival n'est utile que pour confirmation en cas de doute diagnostic. Le traitement repose principalement sur les antiviraux locaux. Les corticoïdes sont strictement contre indiqués dans l'herpès superficiel (26).

4. CONJONCTIVITE A VARICELLE-ZONA-VIRUS (VZV)

a) Lors de la varicelle, une conjonctivite folliculaire discrète est souvent présente. Les vésicules siègent assez souvent au niveau des paupières et il n'est pas rare d'en retrouver sur la conjonctive et /ou la cornée. Ces lésions disparaissent le plus souvent spontanément en 1 à 2 semaines mais peuvent laisser dans de rares cas des cicatrices néovascularisées.
b) Le zona ophtalmique (ZO) est la conséquence de la réactivation VZV dans la partie ophtalmique du ganglion trijumeau. Environ la moitié des ZO se compliquent d'une atteinte oculaire. L'atteinte oculaire peut survenir 2 à 3 jours après le début de l'éruption. Une éruption maculopapulaire de la paupière puis vésiculaire ainsi qu'un œdème sont vus à la phase aiguë de l'infection. La conjonctivite folliculaire aiguë est la plus fréquente des manifestations oculaires. Une adénopathie sous-maxillaire ou prétragienne est fréquente ainsi que des pétéchies hémorragiques de la conjonctive. Le traitement repose sur des antiviraux per os (valaciclovir) à commencer dans les 72h du rash pour limiter le risque de complication oculaire, auxquels s'associent des lubrifiants locaux. Le patient doit être facilement adressé au spécialiste au moindre signe de complication ou doute diagnostique.

5. CONJONCTIVITE A ENTEROVIRUS

La conjonctivite aigüe hémorragique (CAH) est une forme épidémique extrêmement contagieuse de conjonctivite caractérisée cliniquement par l'apparition brutale d'un épanchement sanguin au niveau des conjonctives. Ces épidémies, dues principalement à l'Entérovirus 70 ou à un variant du Coxsachievirus A24, touchent les pays en voie de développement en Afrique et en Asie essentiellement (27). Les complications sont exceptionnelles mais dans de très rares cas, l'EV70 est capable d'infecter le système nerveux central et de provoquer paralysies et encéphalites. Il n'y a pas de traitement spécifique pour la CAH, la prise en charge consiste en un traitement symptomatique pendant la période d'inflammation et surtout par la mise en place de mesures d'hygiènes pour limiter la propagation.

6. AUTRES CONJONCTIVITES VIRALES

1) Rougeole : une conjonctivite catarrhale apparait fréquemment à la phase d'invasion, mais le patient est le plus souvent asymptomatique.
2) Papillomavirus : Ils sont responsables de verrues cutanées pouvant entrainer des conjonctivites papillaires chroniques avec kératites ponctuées superficielles. Le traitement est chirurgical par excision.
3) Molluscum contagiosum : La conjonctivite folliculaire est secondaire à la présence d'une lésion de molluscum en regard du bord libre de la paupière. Le traitement consiste en une excision de la lésion cutanée.
4) Maladie de Newcastle : Cette affection est provoquée par un paramyxovirus responsable d'infections létales chez les volailles. La conjonctivite apparaît chez les éleveurs avicoles et les vétérinaires exposés. Les patients présentent une conjonctivite folliculaire unilatérale. Les complications sont rares et la guérison se fait généralement spontanément et sans séquelle.

C. CONJONCTIVITE BACTERIENNE

L'œil rouge représente, dans les pays développés, 1 à 4 % des consultations chez le Médecin généraliste. La conjonctivite bactérienne est la pathologie la plus fréquemment diagnostiquée au décours de ces consultations (28). Cependant, la conjonctivite bactérienne n'est pas aisément distinguée des autres étiologies, ce qui entrainent souvent des diagnostics par excès. A cela s'ajoute une forte prescription d'antibiotiques, pourtant non systématique, participant à l'essor de résistance bactérienne. Il convient donc, devant cet enjeu de santé publique, d'être particulièrement vigilant dans ses prescriptions.

1. EPIDEMIOLOGIE

Il n'existe pas de chiffre précis concernant la prévalence de la conjonctivite bactérienne en France. Toutefois, les données d'autres pays développés permettent d'estimer ce chiffre. Aux Etats-Unis, l'incidence des conjonctivites est estimée à 135 cas pour 10 000 habitants et 18,3 à 57% des conjonctivites seraient d'origine bactérienne (29). En Europe, des chiffres comparables sont retrouvés. Au Royaume-Uni, les conjonctivites infectieuses représentent plus de 1 % des consultations de Médecine générale (30).

Les conjonctivites bactériennes connaissent un pic saisonnier entre décembre et avril

La contamination se fait essentiellement par la voie « main-œil », notamment dans les garderies ou les crèches. Toutefois la contamination d'origine nasopharyngée n'est pas à négliger pour Haemophilus et S.aureus : les enfants présentent en effet une rhinite avec une relative diminution du drainage des larmes expliquant cette prépondérance. La contamination est liée soit au passage dans la filière génitale pour le nouveau-né, soit au contact direct par les doigts. D'autres modes de transmission sont plus anecdotiques : par l'extrémité des flacons de collyres, par les lentilles de contact, par les projections de sang (31).

Le temps de contagiosité des conjonctivites bactériennes est de 2 à 7 jours.

2. AGENT PATHOGENE

Les germes impliqués varient surtout en fonction de l'âge mais aussi selon les conditions climatiques, socio-économiques ou les modes de vie.

a) Chez l'adulte

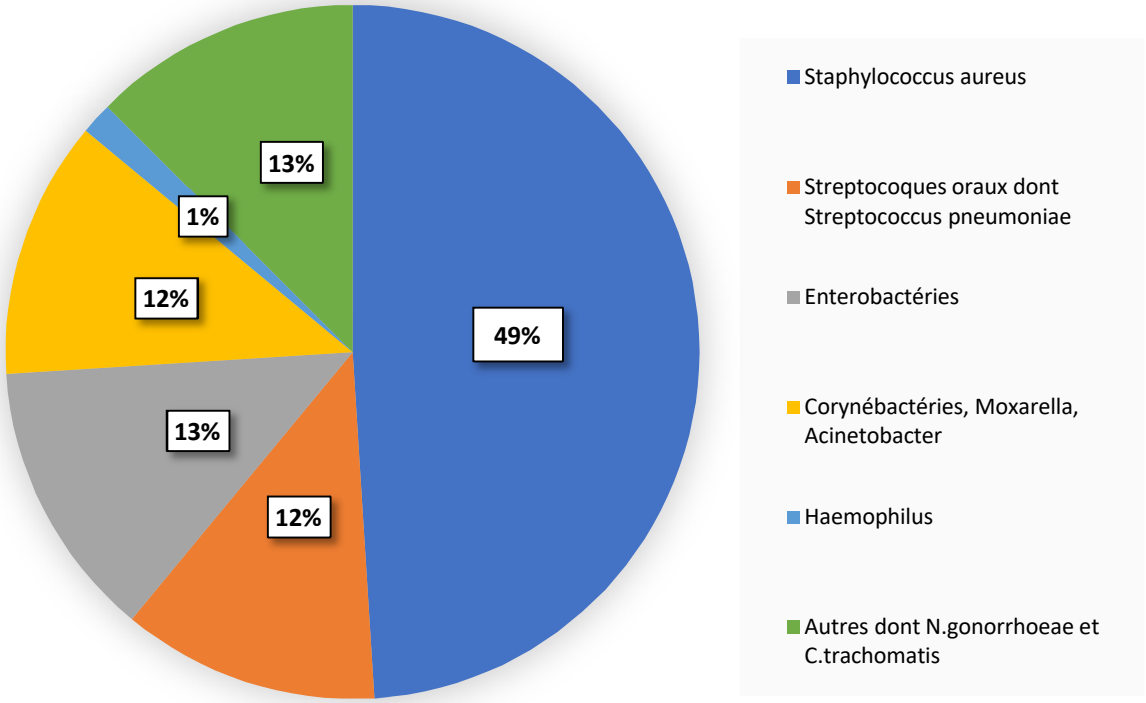


Figure 8 – Fréquence en pourcentage des germes impliqués dans les conjonctivites purulentes de l'adulte (32).

b) Chez l'enfant

Les germes en cause dans la conjonctivite bactérienne de l'enfant varient selon les saisons. Leur présence est souvent liée à leur remontée par les voies lacrymales depuis les voies aériennes supérieures lors des épisodes de rhinopharyngite de la petite enfance. Au-delà de 6 mois, H. influenzae et S. pneumoniae prédominent. Dans une étude portant sur 326 enfants de 6 mois à 12 ans présentant une conjonctivite bactérienne, H. influenzae a été isolé dans 61% des cas, S. pneumoniae dans 20% des cas et Moraxella catarrhalis dans 11% des cas (33).

c) Chez le nouveau-né

Les bactéries les plus communes chez le nouveau-né sont : S.aureus, S.epidermidis (30% à 50%) ainsi que d'autres agents tels que C.trachomatis (2 à 40%), N.gonorrhoeae (<1%) (34). Ce dernier est le plus redouté car il est pourvoyeur de kératoconjonctivites très purulentes.
La présence des différents pathogènes en cause s'expliquent par deux modes d'acquisition :

- Lié à l'environnement hospitalier (S.aureus, S.epidermidis)
- Lié à au passage de la filière génitale lors de l'accouchement, d'autant plus qu'une infection génitale, une rupture prématurée des membranes ou un traumatisme obstétrical sont présents (C.trachomatis, N.gonorrhoeae)

d) Chez le porteur de lentille de contact

Chez le sujet sain porteur de lentilles de contact, les germes les plus fréquemment rencontrés sont les bacilles Gram négatif, en particulier, du genre Pseudomonas. Depuis l'apparition de lentilles souples à port continu, les complications infectieuses bactériennes liées aux lentilles de contact ont diminué, les problèmes d'hygiène devenant moins fréquents.

e) Chez la personne âgée

Le S.aureus prédomine chez les personnes âgées. On peut également retrouver plus fréquemment, notamment chez des patients institutionnalisés, des germes responsables d'infections nosocomiales comme P.aeruginosa, Streptocoques pyogenes et S.aureus résistant à la méthicilline (SARM).

f) Situations particulières

Certains germes seront retrouvés plus souvent dans certains cas spécifiques :

- Adultes jeune avec comportements à risques de MST et/ou symptomatologie génitale : C.trachomatis et N.gonnorrhoeae
- Orgelet associé : S.aureus
- Le diabète de type 1 : Staphylocoques à coagulase négative
- Patients atteints de dermatite atopique et/ou de keratoconjonctivite : S.aureus
- Patients hospitalisés : Bactéries Multi résistante (BMR)
- Patients porteurs d'une conjonctivite membraneuse et originaire d'un Pays de l'Est : Corynebacterium diphtheriae (Diphtérie)
- Patients originaires du Tiers Monde ou du Magreb : C.trachomatis (2.3.5 TRACHOME)
- Syndrome oculoglandulaire de Parinaud : Bartonella henselae

A noter l'absence de modification significative clairement établie de la flore bactérienne chez l'immunodéprimé.

3. CLINIQUE

a) Formes simples

En présence des symptômes généraux de la conjonctivite, le diagnostic étiologique bactérien sera porté en premier lieu sur la présence de sécrétions purulentes jaunâtre ou verdâtres (Présence dans 85 à 90% des cas (31).

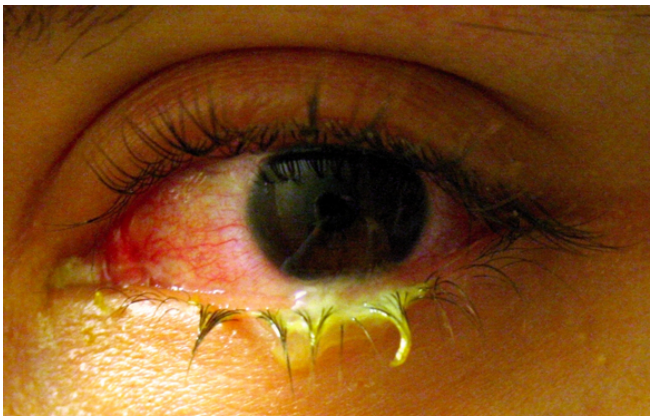


Figure 9 - Conjonctivite Bactérienne avec sécrétions purulentes

Les autres éléments évocateurs d'une conjonctivite bactérienne sont (35)(36) :

- Paupières collés le matin
- Absence de prurit
- Aspect congestif important
- Nouveau-nés
- Personnes âgées
- Absence d'antécédent de conjonctivite

L'intensité des symptômes peut varier d'un patient à l'autre mais également en fonction de la pathologie causale. Le début est souvent brutal et unilatéral, avec une bilatéralisation secondaire. La présence de ganglion prétragien est exceptionnelle.

L'association à une autre localisation peut orienter encore davantage le diagnostic :

- Orgelet (S.auréus)
- Urétrite, arthralgies (Gonnocoques, Chlamydia)
- Otite du nourrisson (H.influenzae)
- Adénomégalie dans un contexte infectieux (Syndrome oculo-glandulaire de Parinaud à B.henselae)

L'examen à la lampe à fente par le spécialiste retrouvera préférentiellement un chémosis, des papilles et l'absence de follicule.

Finalement, Il existe peu d'arguments capables de distinguer, de façon formelle, une atteinte bactérienne d'une atteinte virale. Cependant, Il sera possible de différencier cette conjonctivite des autres étiologies les plus fréquentes par l'analyse combinée des données cliniques. [ANNEXE 1]

b) Formes sévères :

Bien que la grande majorité des conjonctivites bactériennes aiguës soit bénigne, des formes sévères peuvent survenir. Elles peuvent se caractériser :

- Par l'apparition de pseudomembranes et membranes pouvant évoluer vers la fibrose parfois associée à une infiltration de la cornée. Les germes en cause sont notamment C.Diphterae ou des streptocoques.
- Par une kératite cornéenne, plus rare que dans la conjonctivite virale. Les germes à l'origine de cette complication sont dans la plupart des cas, les genres Staphylococcus, Streptococcus, Enterococcus et Pseudomonas.

Le rôle du médecin généraliste est là encore de repérer les symptômes évocateurs de complications nécessitant un avis spécialisé :

- Baisse d'acuité visuelle
- Douleurs oculaires
- Photophobie
- Blépharospasme

c) Facteurs de risque et critères de gravité

Ils ont été définis par l'AFSSAPS dans la recommandation de 2004 (2). Ils doivent guider l'interrogatoire et l'examen physique du médecin. En effet, en présence de ces critères ou facteurs de risque, une consultation ophtalmologique et la mise en place d'un traitement antibiotique sont recommandées.

Tableau V - Facteurs de risque et critères de gravité d'une conjonctivite bactérienne.

Facteurs de risque	Critères de gravité
Immunodépression	Sécrétions purulentes importantes
Diabète mal équilibré	Chémosis
Pathologie locale sous-jacente: Syndrome sec, dystrophie cornéenne	Œdème palpébral
Greffe de cornée, chirurgie oculaire récente	Larmoiement important
Corticothérapie locale	Baisse de l'acuité visuelle
Port de lentille de contact	Photophobie
Trouble statique palpébrale, obstruction des voies lacrymales	
Monophtalme	
Nouveau-né	

4. EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Lors de la consultation chez le médecin généraliste, la clinique est suffisante au diagnostic. Le prélèvement bactérien ne doit donc pas être systématique.

L'identification d'un germe demande en moyenne 48 à 72h, en dehors des rares cas où celui-ci est identifié à l'examen direct. On sait qu'actuellement 85% à 95% des conjonctivites répondent favorablement en 5 jours à un traitement empirique. Il n'est donc pas utile d'effectuer une telle recherche en pratique courante (31).

Toutefois, ces prélèvements peuvent être justifiés dans certains cas particuliers.

Tableau VI – Critères de gravité pouvant justifier d'un examen bactériologique.

Selon le terrain
Nouveau-né
Immunodéprimé
Porteur de lentille ou de prothèse oculaire
Glaucome, cataracte
Traitement chronique par corticoïdes locaux
Notion d'infection à Neisseria gonorrhoeae, meningitidis ou à Haemophilus influenzae type B
Selon la présentation clinique
Conjonctivite aigüe avec membrane ou pseudo membrane
Conjonctivite associée à une atteinte cornéenne ou un abcès cornéen
Conjonctivite chronique résistante au traitement afin de rechercher d'éventuels Chlamydiae
Conjonctivite aigüe récurrente ou résistante à un traitement empirique de 8 jours

Le prélèvement doit être réalisé avant tout traitement antibiotique. Il s'effectue à l'aide d'un écouvillon stérile en frottant la conjonctive inférieure de l'angle externe vers l'angle interne et jusqu'au fornix. Il peut être effectué au cabinet du médecin généraliste.

En raison de la localisation intracellulaire de la bactérie, lorsque C. trachomatis est suspectée, un curage profond de la conjonctive supérieure avec une spatule spécifique est nécessaire afin de récupérer des cellules conjonctivales superficielles (au laboratoire).

Chez les porteurs de lentilles de contact, un examen bactériologique des lentilles et de leur boitier peut permettre de retrouver l'agent causal.

5. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE

5.1 Les règles d'hygiène

Il s'agit des mêmes règles que pour la conjonctivite virale. Le lavage des mains est la principale mesure d'hygiène pour le patient et son entourage. Il faut éviter le partage des produits et accessoires de toilette. Les produits de maquillage ne doivent pas être utilisés pendant la durée du traitement.

Le patient ou la personne qui effectue les gestes doit procéder à un lavage de main avant et après la réalisation des soins oculaires. Les sécrétions qui collent ou non les paupières doivent être nettoyées au réveil. En cas de conjonctivite bilatérale, il faut nettoyer un œil à la fois et changer de compresse après les soins du premier œil. Le nettoyage s'effectue de l'intérieur de l'œil vers l'extérieur. Il permet d'accroitre l'effet des topiques installés. Le praticien est soumis aux mêmes règles lorsqu'il effectue l'examen ou réalise un geste. Le malade contagieux doit être exempté de toute activité scolaire ou professionnelle.

5.2 Le lavage oculaire

Le lavage oculaire permet de de réduire l'inoculum bactérien. Il est conseillé de l'effectuer avec des solutions à base de sérum physiologique et avec des compresses stériles. L'emploi d'unidose est à préférer pour éviter la présence d'agent conservateur et pour permettre de limiter les risques de contamination du produit. Il peut être réalisé 2 à 3 fois par jour, 15 minutes avant l'application des autres médicaments topiques (antiseptique, antibiotique).

5.3 Les antiseptiques

Les collyres antiseptiques ont toute leur place dans la stratégie de traitement de la conjonctivite bactérienne, comme le préconise la recommandation de l'AFSSAPS (2) : « En l'absence de critère de gravité ou de facteur de risque, le recours à un antibiotique ne doit pas être systématique. Le traitement des conjonctivites bactériennes doit comprendre avant tout un lavage oculaire au sérum physiologique associé à un antiseptique, le traitement antibiotique étant réservé aux formes graves. »

Cependant, cette même AFSSAPS, rapporte une connaissance limitée du rapport bénéfice/risque des antiseptiques car il présente leur toxicité propre, leur effets indésirables et les conséquences d'une exposition large ou prolongée à ses substances restent peu connues. C'est pourquoi, plusieurs précautions sont à prendre lors de leur prescription :

- Les antiseptiques associés à un vasoconstricteur sont à éviter.
- Le prescripteur doit rester vigilant aux antécédents du patient car certains constituants peuvent entrainer des réactions allergiques.
- Leur utilisation prolongée doit être évitée car elle expose au risque de résistance bactérienne.
- Comme tous les autres collyres, les formes sans conservateur en unidose sont à privilégier.

5.4 L'antibiothérapie

a) Antibiorésistance

L'efficacité et l'innocuité des antibiotiques topiques participent à leur large prescription par les médecins généralistes. Pourtant, au même titre que n'importe quelle prescription d'antibiotique, la prescription d'antibiotique par voie locale peut être pourvoyeuse de résistance bactérienne. En effet, cette prescription va entrainer une altération de la flore barrière résidente, une sélection des bactéries résistantes dans la flore pluri-microbienne, notamment en cas d'administration prolongée, répétée ou inadaptée (dose subinhibitrices) et enfin un remplacement de la flore résidente par une flore résistante aux antibiotiques (9).

Les études sur l'évolution des résistances concernent essentiellement les quinolones, et en particulier, pour les espèces bactériennes S. aureus et P. aeruginosa. L'augmentation très importante de bactéries résistantes aux quinolones a été montrée dans une étude prospective portant sur 35 308 prélèvements oculaires avec une diminution de la sensibilité de 6 groupes de bactéries de référence à la ciprofloxacine entre 1988 et 1997 (37) : P. aeruginosa (95-90%), S. aureus (96-87%), staphylocoques à coagulase négative (97-81%), Acinetobacter anitratus (97-77%), Enterococcus spp (92-79%) et Enterobacter cloacae (100-96%). Une autre étude rétrospective a confirmé cette tendance (38) : la résistance de S. aureus à la ciproflaxacine a augmenté significativement de 5,8% en 1993 à 35% en 1997, et à l'ofloxacine de 4,7% à 35% sur la même période. Cependant, une étude de 2003 (39) montre que cette tendance semble s'atténuer depuis les années 2000.

Il existe peu d'étude sur les antibiorésistances oculaires en Europe et celles-ci ciblent le plus souvent les quinolones. Pourtant, il faut savoir que les résistances se développent plus rapidement pour la Rifamycine et l'acide fusidique, alors que les résistances aux aminosides sont rares mais généralement à large spectre et croisé (40).

La lutte contre l'antibiorésistance est un enjeu de santé public. C'est pourquoi les autorités sanitaires ont pris deux mesures :

1- La mise en Liste 1 des antibiotiques topiques, pour que ces produits ne soient délivrés que sur prescription médicale.
2- La Publication en 2004 par l'AFSSAPS de recommandation de bonnes pratiques pour l'utilisation des collyres et autres topiques antibiotiques dans les affections oculaires superficielles afin d'améliorer les pratiques.

b) Règles de prescription

La Recommandations de l'AFSSAPS résume ces règles de prescription (2) :

- « Les antibiotiques abrègent la durée des symptômes dans les conjonctivites bactériennes, mais leur effet à 8 jours n'est pas significativement supérieur à celui du placebo (Grade A). »
- « Ce gain de confort individuel doit être mis en balance avec le risque de sélectionner des souches résistantes à certains antibiotiques si ceux-ci sont utilisés à grande échelle. Le rapport bénéfice/risque s'inverserait alors à l'échelon collectif, avec un risque accru d'infections éventuellement sévères à germes résistants en raison de traitements

antibiotiques abusifs des conjonctivites, pathologie bénigne dans la grande majorité des cas. »

- « Les conjonctivites bactériennes doivent être traitées par un antibiotique local si elles sont graves et/ou s'il existe des facteurs de risque. L'antibiothérapie est alors probabiliste ou guidée par une analyse microbiologique (Accord professionnel). Tout antibiotique adapté au germe supposé en cause peut être prescrit. Tous les antibiotiques commercialisés ont globalement la même efficacité. Cependant, pour des raisons d'écologie microbienne, les fluoroquinolones ainsi que les associations d'antibiotiques sont à réserver aux conjonctivites bactériennes dites « sévères » ou en deuxième intention (Accord professionnel). »
- « Chez l'enfant, les streptocoques et Haemophilus influenzae sont les bactéries les plus fréquemment en cause. En conséquence, la rifamycine, active sur l'ensemble de ces bactéries, et la bacitracine [arrêt de commercialisation], active sur la plupart des souches de Streptococcus pyogenes, peuvent être privilégiées. »
- « Chez le nourrisson, la conjonctivite aiguë doit être traitée par un antibiotique local. »

En présence de facteurs de risques et/ou de critères de gravités (2.3.3.c) ainsi que chez le nourrisson, l'antibiothérapie locale sera donc systématique. Elle sera adaptée aux germes suspectés, compte tenu du contexte (2.3.2), et aux sensibilités aux antibiotiques de ceux-ci. (Tableau VII). Pour rappel, dans tous les autres cas (c'est-à-dire la majorité), le traitement médicamenteux de première intention se limitera au lavage oculaire associé à un collyre antiseptique.

Tableau VII– Spectre d'activité des antibiotiques locaux pour installation oculaire (9).

	Gram positif			Gram négatif			
	Staphylocoques Méti-S	Staphylocoque Méti-R	Streptocoques	H.Influenzae	P. aeruginosa	Entérobactéries	Chlamydia
Rifamycine	S	S	S	S	R	R	S
Azithromycine	S	S	S	S	R	R	S
Tétracyclines	S	S	S	S	R	R	S
Acide fusidique	S	S	S	R	R	R	R
Aminosides	S	S	R	S	S	S	R
Fluoroquinolones	S	R	R	S	S	S	S

Ainsi, chez l'adulte non porteur de lentilles de contact, les micro-organismes les plus souvent impliqués dans les conjonctivites bactériennes sont les cocci à Gram positif et en particulier S. aureus (Batellier L. et al., 2010). Les antibiotiques topiques de choix seront donc la rifamycine (Rifamycine®), l'azithromycine (Azyter®), la tétracycline (Auréomycine®) et l'acide fusidique (Fucithalmic®). Azyter® a l'avantage d'être conditionné en récipient à usage unique et de s'administrer à une posologie de 1 goutte matin et soir pendant 3 jours, améliorant ainsi l'observance. Les formes gel et pommade, bien qu'elles troublent la vision, sont intéressantes car elles augmentent le temps de rémanence du principe actif au niveau de la conjonctive.

Chez l'adulte porteur de lentilles de contact, les bactéries les plus fréquemment isolées sont les bacilles à Gram négatif avec P. aeruginosa et les entérobactéries. Les antiobiotiques de choix seront donc les aminosides, tobramycine (Tobrex®) et la polymyxine B, qui n'est disponible qu'en association à la néomycine (Atebemyxine®, Cebemyxine®), ne sera donc pas à privilégier en première intention.

Chez le nourrisson et l'enfant, H. influenzae et S. pneumoniae représentent plus de 80% des bactéries isolées au décours d'une conjonctivite bactérienne aiguë. Les antibiotiques de choix seront donc la rifamycine (Rifamycine®) et l'azithromycine (Azyter®) (A noter que La tetracyclines est à éviter avant 8 ans et les quinolones avant l'âge de 1 an). En cas d'otite associée (syndrome « otite-conjonctivite »), un traitement par voie générale associant l'amoxicilline à l'acide clavulanique pourra être proposé (41).

Un prélèvement bactériologique après fenêtre thérapeutique de 24h sera effectué en cas d'échec du traitement. Dans ce cas, même en l'absence de critères de gravité, l'avis spécialisé est à privilégier.

c) Cas particuliers

Grossesse et allaitement :

« Les recommandations de prescription chez la femme enceinte ou allaitante tiennent compte des données de toxicité disponibles pour les antibiotiques administrés par voie générale mais aussi des quantités modiques utilisées en traitement local. C'est ainsi que certains antibiotiques déconseillés voire contre-indiqués par voie générale peuvent être utilisés par voie locale » (2).

Les recommandations de l'AFSSAPS sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau VIII– Utilisation des antibiotiques oculaires chez la femme enceinte ou allaitante.

Substances	Grossesse	Allaitement
Rifamycine	**Possible**	A éviter par prudence
Fluoroquinolones	**Possible**	A éviter par prudence
Aminosides	A éviter par prudence	**Possible**
Tétracyclines	1er trimestre seulement	Si traitement de moins de 10 jours
Acide fusidique	A éviter par prudence	A éviter par prudence

Nouveau-né (cf. chapitre 2.3.7)

Imperforation du canal lacrymal :

Chez le nourrisson des épisodes de conjonctivites peuvent survenir à répétition. Le plus souvent cela est lié l'imperforation du canal lacrymo-nasal. Cliniquement, elle se traduit par un larmoiement important, avec des sécrétions plus ou moins abondantes, des épisodes de conjonctivite, plus rarement, dacryocystite, mucocèle du sac. Le taux de résolution spontanée au cours des 3 premiers mois de la vie est évalué à 75 %. Il n'existe pas de recommandations spécifiques, cependant une attitude pratique se dégage (42) :

- Avant 3 mois : Des lavages oculaires journaliers sont préconisés, associés à des massages du sac matin et soir. On apprend à la maman à réaliser ces derniers avec douceur mais fermeté. Quelquefois, une cure d'un collyre antiseptique ou antibiotique est instaurée pour éradiquer la surinfection.
- Entre 3 mois et 12 mois : Sondage des voies lacrymales par l'ophtalmologiste en consultation. Après le sondage, une antibiothérapie locale est prescrite pendant 8 jours. Le sondage peut être réitéré 4 à 6 semaines après si la symptomatologie persiste.
- A partir de 12 mois : Sondage sous anesthésie générale en ambulatoire.

Conjonctivites à C. trachomatis et à N.gonorrhoeae de l'adulte.

Il n'existe pas de consensus concernant le traitement de la conjonctivite à C.trachomatis. Certains auteurs préconisent une antibiothérapie locale en cas d'atteinte oculaire stricte (azithromycine collyre) et un traitement par voie générale en cas d'atteinte extra-oculaire associé (azithromycine 250 mg cp, 1 g dose unique). D'autres préconise le traitement par voie générale quel que soit les cas (31).

Si N.gonorrhoeae est suspecté un traitement par voie générale associé à des lavages oculaires est préconisé : ceftriaxone 500mg IM dose unique.

Le traitement par voie générale permet l'élimination du portage asymptomatique de la bactérie ainsi que le traitement des éventuelles manifestations extra-oculaires.

6. EN PRATIQUE

Le diagnostic de conjonctivite est essentiellement clinique, la présence de sécrétions purulentes collant les paupières le matin, sans prurit et sans antécédant de conjonctivite est très évocatrice [Annexe1]. A partir des données précédemment exposées, nous pouvons proposer la stratégie thérapeutique suivante :

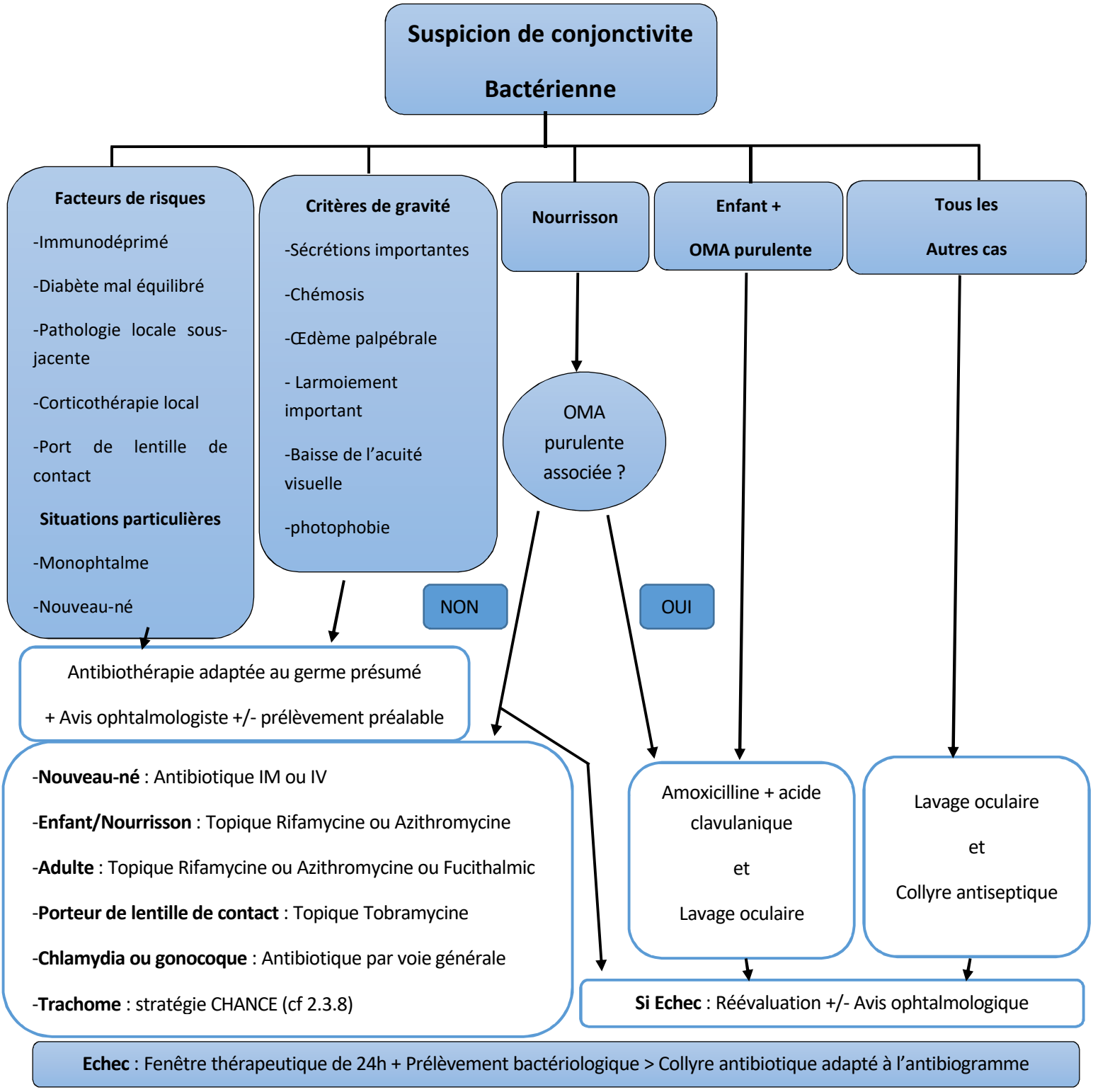


Figure 10 – Stratégie thérapeutique devant une suspicion de conjonctivite bactérienne.

7. CAS SPECIFIQUE DU NOUVEAU NE

Il s'agit de conjonctivites avec écoulement purulent survenant dans les 28 premiers jours de vie. Les germes en causes sont S. aureus (30 à 50% des cas), C. trachomatis (2 à 40% des cas) et plus rarement N. gonorrhoeae (moins de 1% des cas) (34).

a) Prophylaxie des infections conjonctivales du nouveau-né

Les deux bactéries à prendre en compte pour la prévention des infections conjonctivales du nouveau-né sont Neisseria gonorrhoeae et chlamydia trachomatis, sources de complications oculaires graves. La prophylaxie systématique par collyre antiseptique à base de nitrate d'argent a longtemps été la règle mais depuis une dizaine d'années cette stratégie est remise en cause dans les pays industrialisés. Plusieurs pays ont déjà abandonné cette prévention systématisée : la Suède, le Royaume-Uni, la Norvège, le Canada et le Danemark. En France, l'AFSSAPS a publié en 2010 des recommandations allant dans ce sens (43).

Ces recommandations ont été mises au point suite à l'arrêt de commercialisation en décembre 2008 des collyres de nitrate d'argent, justifiant une réévaluation de la nécessité d'effectuer une prophylaxie systématique des conjonctivites néonatales. Les conclusions du groupe de travail tenaient compte des données cliniques, épidémiologiques et des choix thérapeutiques disponibles en France.

Les conclusions de cette recommandation sont les suivantes :

- « D'une manière générale, il n'existe pas de donnée pour recommander de mettre en œuvre une antibioprophylaxie conjonctivale néonatale systématique.
- Par mesure de précaution, une antibioprophylaxie conjonctivale néonatale est recommandée en cas d'antécédents et /ou de facteurs de risque d'Infections Sexuellement Transmissibles chez les parents.
- Les grossesses non ou mal suivies sont considérées comme un facteur de risque d'IST.
- Dans ces situations, il est recommandé d'instiller une goutte de collyre à base de rifamycine dans chaque œil du nouveau née à la naissance.
- Une grande attention doit être apportée à l'instillation du collyre. En raison de l'absence d'une présentation pharmaceutique unidose, l'utilisation itérative d'un même flacon pour plusieurs enfants expose au risque de transmission croisée de microorganismes. Il est donc hautement souhaitable d'utiliser un flacon de collyre pour chaque enfant.
- Le choix d'une antibioprophylaxie non systématique et ciblée sur une population à risque doit s'accompagner d'une vigilance accrue vis-à-vis de tous les nouveau-nés, avec une prise en charge adaptée devant une conjonctivite mucopurulente persistante ou sévère de l'enfant. »

Cependant ces recommandations comportent plusieurs limites (44) :

- La notion de risque d'IST n'est pas définie. Le repérage d'un parent à risque se heurte de fait à des difficultés pratiques et déontologiques, d'autant que l'HAS ne recommande aucun dépistage systématisé des chlamydioses ou des gonococcies chez la femme enceinte ;
- Les preuves scientifiques avancées sont pauvres : l'AFSSAPS ne mentionne que quatre études dont une seule provenant d'un pays occidental. Celle-ci conclut que la prophylaxie n'a pas d'intérêt en l'absence de facteur de risque.

Ainsi, les recommandations ne font pas consensus et les pratiques des maternités françaises restent hétérogènes (88% ne suivent pas les recommandations de l'AFSSAPS (34)).

b) Conjonctivite à N. gonorrhoeae

La transmission est materno-fœtale. Si la mère est porteuse, asymptomatique ou non, le risque pour le nouveau-né de contracter la conjonctivite lors de l'accouchement est de 30 à 50%. La conjonctivite se manifeste 2 à 5 jours après la naissance. La symptomatologie est souvent bilatérale, bruyante avec des sécrétions purulentes abondantes, un œdème palpébral et un chémosis. L'apparition de membranes parfois sanguinolentes, d'ulcérations ou d'abcès cornéens peut compliquer le tableau clinique initial. En l'absence de traitement, une perforation de la cornée survient.

Le traitement des conjonctivites gonococciques du nouveau-né doit débuter le plus précocement possible. L'hospitalisation s'impose, et un prélèvement bactériologique conjonctival doit être effectué avant l'injection d'antibiotique. Le protocole thérapeutique recommandé par l'OMS pour les infections à gonocoques est une injection IM de Ceftriaxone 50mg/kg sans dépasser 125 mg, et en cas d'indisponibilité de ceftriaxone, une dose unique par voie IM de Céfotaxime sera prescrit à raison de 100 mg/kg (34). Cependant, la Ceftriaxone étant à éviter avant 28 jours (risque de précipitation calcique et risque de modification de la liaison de la bilirubine), le Cefotaxime IM ou IV semble donc être l'antibiotique de choix en première intention.

c) Conjonctivite à C.trachomatis

La transmission est materno-fœtale. Le taux de contamination est élevé, de 50 à 70%. La conjonctivite se manifeste le plus souvent entre le 5ème et le 14ème jour de vie. La symptomatologie est moins bruyante que pour N.gonorrhoeae et beaucoup plus variable, pouvant être subaiguë ou paucisymptomatique. L'atteinte est généralement unilatérale puis bilatérale, allant de la simple hyperhémie avec œdème palpébral et sécrétions mucopurulentes à la conjonctivite pseudomembraneuse. En l'absence de traitement, l'infection peut se compliquer d'ulcérations cornéennes et peut s'étendre aux poumons avec 20% de pneumopathies interstitielles.

Le traitement antibiotique doit être systématique après prélèvement bactérien conjonctival. Le traitement préconisé est l'érythromycine à 40 mg/kg/j en 4 prises pendant 14 jours. Une étude a montré de bons résultats avec une bonne tolérance, obtenus avec l'azithromycine à la posologie de 20 mg/kg/j en prise unique pendant 3 jours (9). L'adjonction d'un topique antibiotique local n'est pas consensuel. Les parents doivent également être traités.

d) Diagnostic différentiel

Il est d'abord important de les distinguer des autres causes de conjonctivites néonatales (tableau IX) :

Tableau IX – Principales causes de conjonctivite chez le nouveau-né.

Cause	Début	Signes cliniques évocateurs
Conjonctivite chimique	Quelques heures	Hyperhémie conjonctivale modérée, larmoiement
N.Gonorrheae	2 - 5 jour de vie	Œdème palpébral important, chémosis, sécrétions purulentes abondantes
Autres bactéries (dont S.aureus)	4 - 5 jour de vie	Sécrétons purulentes
Herpès simplex	4 - 7 jour de vie	Blépharo-conjonctivite, vésicules péri-oculaires, manifestations systémiques
C.Trachomatis	5 - 14 jour de vie	Conjonctivite légère, Sécrétions muco-purulentes, pas de follicules, parfois fausses membranes

Ensuite, elles ne doivent pas être confondues avec d'autres atteintes oculaires :

- Traumatisme obstétrical
- Corps étranger ou abrasion de la cornée
- Glaucome congénital
- Imperforation du canal lacrymal

e) **En pratique** :

Devant une conjonctivite du nouveau-né en médecine générale, l'avis spécialisé est recommandé.

8. CAS SPECIFIQUE DU TRACHOME

Le trachome touche environ 84 millions de personnes. Il s'agit de la première cause de cécité évitable dans le monde selon l'OMS. Cette maladie transmissible est la conséquence d'une infection répétée à Chlamydiae trachomatis. La contamination est liée aux mauvaises conditions d'hygiène et aux difficultés d'accès à l'eau potable. Le germe se transmet notamment par le contact avec les sécrétions oculaires de la personne infectée (par des serviettes, des mouchoirs, les doigts, etc.) et par un vecteur passif, la mouche. Elle sévit à l'état endémique dans 48 pays sous-développés ou en cours de développement. La répétition des infections et la chronicisation sont à l'origine des complications cécitantes.

La prise en charge repose sur des règles d'hygiène individuelle et collective accompagnées d'un traitement ciblé des sujets infectés (azithromycine ou tétracycline, par voie générale ou local selon la forme).
L'OMS a adopté une stratégie qui a pour but de combattre le trachome, connu sous l'acronyme de « CHANCE » :

- CH : Chirurgie (complications)
- A : Antibiothérapie
- N : La promotion de l'hygiène individuelle « nettoyage du visage »
- CE : Les Changements de l'Environnement pour une meilleur hygiène collective

IV. **MATERIEL ET METHODE**

A. OBJECTIF DE L'ETUDE :

L'objectif principal de cette étude était d'identifier la prise en charge des médecins généralistes devant une conjonctivite aigüe. L'objectif secondaire préalable était d'effectuer une synthèse des connaissances actuelles concernant la conjonctivite aigüe.

B. TYPE D'ETUDE :

Afin de répondre à cette question, nous avons décidé de réaliser une étude quantitative observationnelle purement descriptive.

C. POPULATION ETUDIEE :

Nous avons interrogé, à l'aide d'un questionnaire informatisé, les médecins généralistes installés de L'Eure et de la Seine-Maritime inscrit à l'Union Régional des Médecins libéraux (URML) ainsi que les remplaçants et jeunes installés référencés dans l'ex-haute Normandie par l'intermédiaire du Syndicat des Remplaçants généralistes et Jeunes Installés de Normandie (REGJIN).

D. RECEUIL DES DONNEES :

Un questionnaire informatisé [Annexe 2] a été créé avec le logiciel Surveymonkey® respectant toutes les règles d'anonymisation (Lien https, chiffrage SSL des données recueillies, absence d'enregistrement de l'adresse IP, données privées). Les informations recueillies ont été détruites après utilisation.

Nous avons déclaré l'étude au Correspondant informatique et libertés de l'Université de Rouen, qui au vu du respect des critères d'anonymisation du questionnaire, a jugé que cette étude ne relevait pas de la loi informatique et libertés (45).

Cette étude a pris le parti de se concentrer sur les conjonctivites les plus fréquentes et comportant le plus de similitudes cliniques afin d'éviter la dispersion du propos et d'améliorer l'accessibilité du questionnaire.

Le questionnaire comportait 16 items, questions à choix multiples avec une ou plusieurs réponses possibles selon les cas. Ces items ont été répartis sur cinq pages correspondant à cinq parties distinctes :

- Présentation : Analyse des caractéristiques du médecin
- Orientation clinique : Analyse de la démarche diagnostique
- Thérapeutique : Analyse des thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses
- Antibiotique : Analyse spécifique de la prescription d'antibiotique
- Orientation : Analyse du recours aux médecins spécialistes

Le questionnaire a été testé auparavant par trois médecins (Dr AMAR pédiatre-allergologue, Dr FISSET médecin généraliste, et Dr GEUDRY-MOUILHADE ophtalmologiste) afin de s'assurer de sa compréhension et de sa pertinence.

Ce questionnaire informatisé a été diffusé de deux manières :

- Tout d'abord, via l'URML, envoi du lien sécurisé du questionnaire avec explications des objectifs de l'Etude aux 1083 médecins généralistes de l'Eure et de la Seine Maritime répertoriés.
- Puis, pour toucher également les remplaçants et jeunes installées, via les réseaux sociaux, par la diffusion du même lien avec informations (notamment via le REGJIN)

Les réponses ont été recueillies du 31 octobre 2016 au 31 janvier 2017.

E. PROCESSUS D'ANALYSE :

Les réponses ont été collectées dans un tableur Excel après analyse statistiques par le logiciel Surveymonkey®.

V. RESULTATS

135 réponses, dont 122 analysables, ont été recueillies du 31 octobre 2016 au 31 janvier 2017.

Nous exposerons les résultats selon les 5 groupes de questions du questionnaire :

- Caractéristique des médecins généralistes
- Orientation clinique
- Prise en charge thérapeutique
- Prescription des antibiotiques
- Orientation du patient

A. CARACTERISTIQUES DES MEDECINS :

L'ensemble des catégories d'âge étaient présentes dans notre échantillon. Les 25-35 ans étaient majoritaires avec 32% des réponses, entre 35 et 65 ans l'échantillon est homogène (entre 18 et 24%) et les 65 -75 ans étaient minoritaires (4 ,1%).

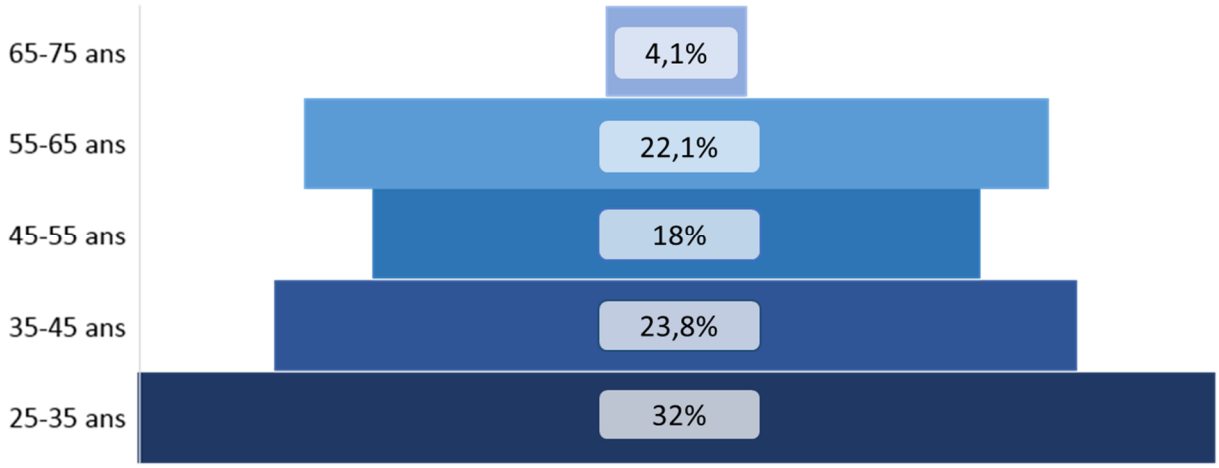


Figure 11 - Âge des médecins.

La majorité de notre échantillon avait un exercice semi-rural (55,7%), suit l'exercice urbain (32,8%) puis rural (11,5%).

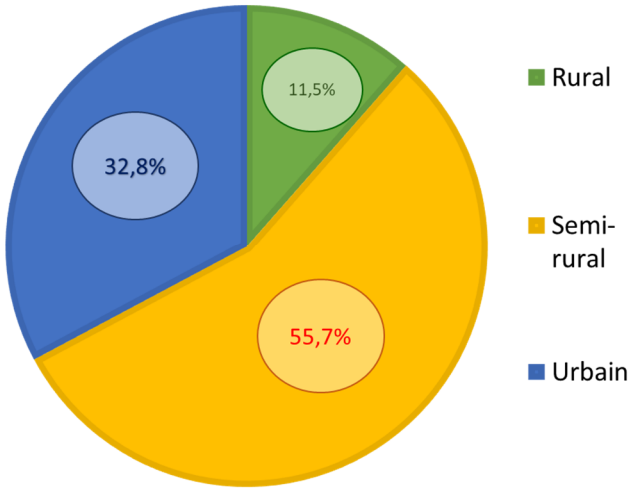


Figure 12 - Mode d'exercice des médecins.

Il existait une très nette prédominance de l'activité urbaine et semi-rurale chez les 25-35 ans de notre effectif. Entre 35 et 65 ans les répartitions apparaissent relativement similaires.

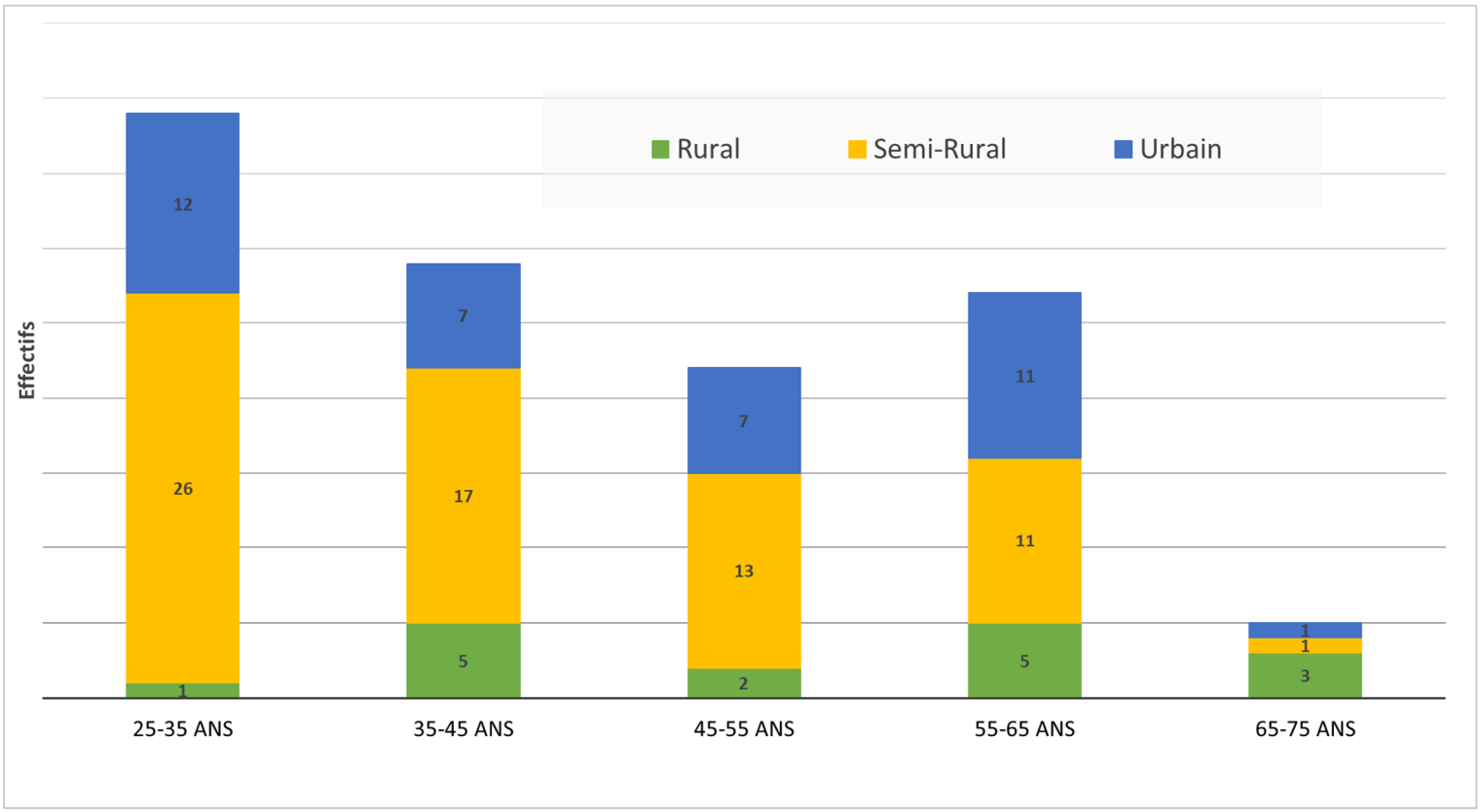


Figure 13- Mode d'exercice selon la tranche d'âge.

B. ORIENTATION CLINIQUE :

Nous avons demandé aux médecins devant quelles données cliniques ils pouvaient suspecter l'une ou l'autre des principales étiologies de la conjonctivite aigüe. Pour chaque situation, les réponses proposées étaient similaires.

1. Conjonctivite allergique

Le tableau XXX nous révèle que quatre données, le prurit, l'atteinte bilatérale, le larmoiement et la rhinite, étaient très évocatrices (> 80%) d'une cause allergique pour les médecins interrogés. L'association des quatre était présente dans 68.8% des cas. L'antécédent de conjonctivite, l'œdème palpébral et l'absence d'écoulement purulent orientaient vers la conjonctivite allergique dans près de la moitié des cas. Le chémosis (29,5%), les sécrétions séro-muqueuses (27,9%) et l'enfant (20,5%) semblaient orienter eux aussi vers cette étiologie mais à un degré moindre. L'atteinte unilatérale (0,8%), l'absence de prurit (0,8%) et l'adénopathie prétragienne (0,8%) paraissaient écarter le diagnostic de conjonctivite allergique dans notre échantillon.

Tableau X – Données cliniques orientant vers une conjonctivite allergique.

	Pourcentage
Prurit	**93,4%**
Atteinte bilatérale	**92,6%**
Larmoiements	**80,3%**
Rhinite	**80,3%**
Antécédent de Conjonctivite	52,5%
Œdème palpébral	47,5%
Absence d'écoulement purulent	45,1%
Chémosis (Œdème de la conjonctive)	29,5%
Sécrétions séro-muqueuses	27,9%
Enfant	20,5%
Deux yeux collés	11,5%
Sujet âgé	4,1%
Un œil collé	3,3%
Ecoulement purulent	1,6%
Absence d'antécédent de conjonctivite	0,8%
Atteinte unilatérale	0,8%
Absence de prurit	0,8%
Adénopathie Prétragienne	0,8%

Association 68,8%

Somme = 77%

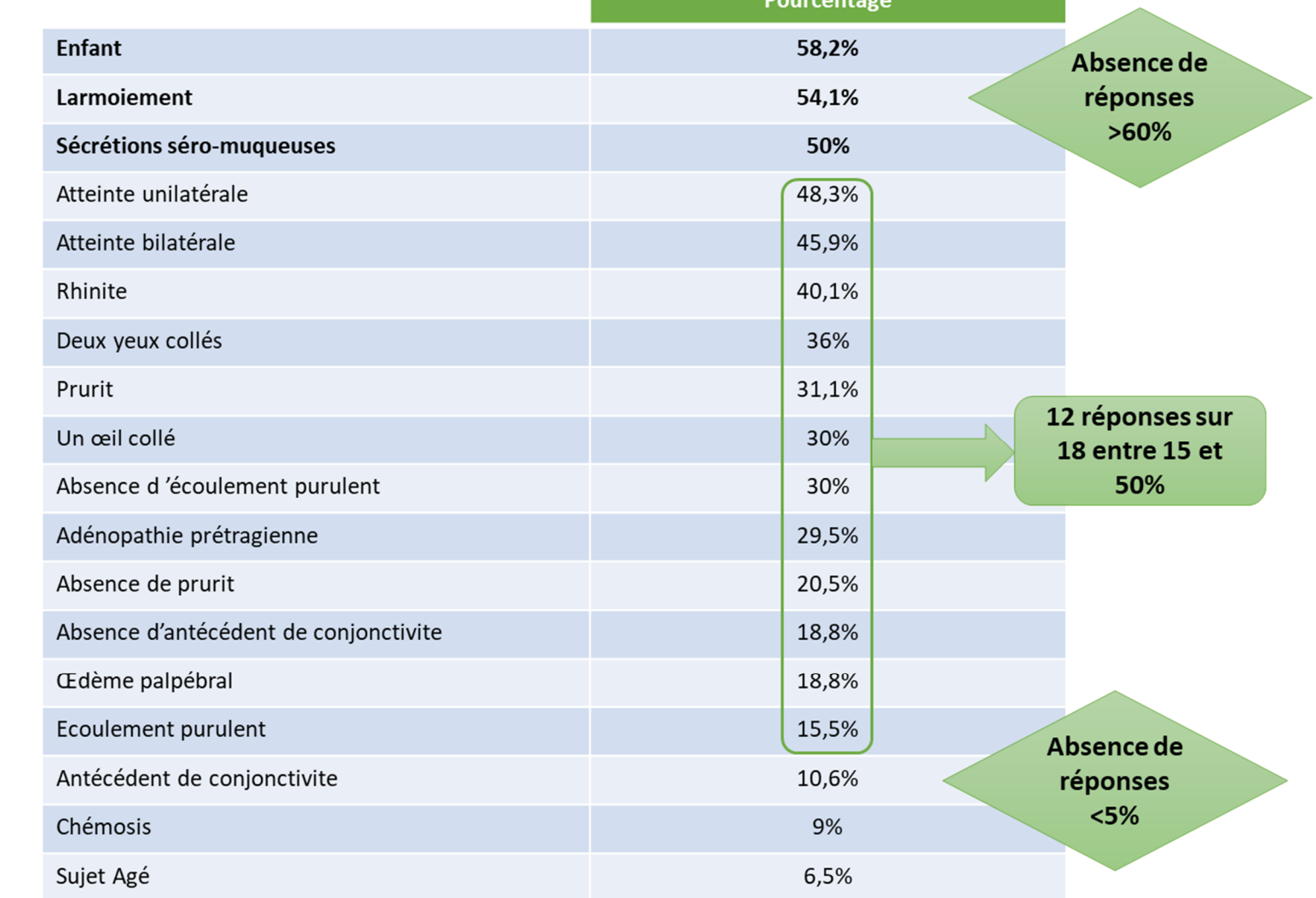
<5%

2. Conjonctivite virale

Nous avons retrouvé une répartition homogène avec 12 données cliniques sur 18 entre 18 et 50% des réponses (tableau XXX). L'enfant (58,20%), le larmoiement (54,1%) et les sécrétions séro-muqueuses (50%) se détachaient très légèrement du groupe. A contrario, l'écoulement purulent (15.57%), l'antécédent de conjonctivite (10.66%), le chémosis (9%) et le sujet âgé (6.56%) n'orientaient que très peu vers une conjonctivite virale dans notre échantillon.

Tableau XI – Données cliniques orientant vers une conjonctivite virale.

	Pourcentage
Enfant	**58,2%**
Larmoiement	**54,1%**
Sécrétions séro-muqueuses	**50%**
Atteinte unilatérale	48,3%
Atteinte bilatérale	45,9%
Rhinite	40,1%
Deux yeux collés	36%
Prurit	31,1%
Un œil collé	30%
Absence d 'écoulement purulent	30%
Adénopathie prétragienne	29,5%
Absence de prurit	20,5%
Absence d'antécédent de conjonctivite	18,8%
Œdème palpébral	18,8%
Ecoulement purulent	15,5%
Antécédent de conjonctivite	10,6%
Chémosis	9%
Sujet Agé	6,5%

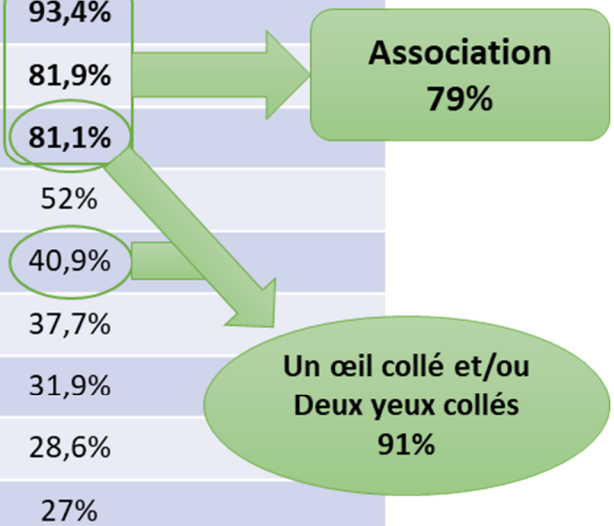


3. Conjonctivite bactérienne

Le tableau XXX nous a révélé que trois données cliniques, l'écoulement purulent, l'atteinte unilatérale et un œil collé étaient fortement évocateurs d'une cause bactérienne avec plus de 80% de réponses des médecins interrogés et une association des trois critères dans 79% des réponses. Un œil collé et/ou deux yeux collés représentaient 91% des réponses. L'adénopathie prétragienne (52%) et les deux yeux collés (40,9%) semblaient également évocateurs mais à un degré moindre. L'antécédent de conjonctivite (11,4%), les sécrétions séro-muqueuses (11,4%) et surtout l'absence d'écoulement purulent (0,8%) étaient les données qui orientaient le moins vers la conjonctivite bactérienne dans notre échantillon.

Tableau XII – Données cliniques orientant vers une conjonctivite bactérienne.

	Pourcentage
Ecoulement purulent	**93,4%**
Atteinte unilatérale	**81,9%**
Un œil collé	**81,1%**
Adénopathie prétragienne	52%
Deux yeux collés	40,9%
Enfant	37,7%
Larmoiement	31,9%
Prurit	28,6%
Sujet Agé	27%
Œdème palpébral	24,6%
Atteinte bilatérale	19,6%
Absence d'antécédent de conjonctivite	18,8%
Absence de prurit	18,8%
Chémosis	17,2%
Rhinite	14,7%
Antécédent de conjonctivite	11,4%
Sécrétions séro-muqueuses	11,4%
Absence d'écoulement purulent	0,8%



C. PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :

Nous avons cherché à savoir quelle(s) mesure(s) et quel(s) traitement(s) étaient instaurés pour chacune des trois principales étiologies de conjonctivite. Les propositions de réponses étaient similaires quelle que soit la situation.

1. Conjonctivite allergique

La prescription d'un collyre antiallergique était quasiment systématique dans notre échantillon avec 97.5% des réponses. Les lavages oculaires (63,9%), Les règles d'hygiène (59,8%) et les antihistaminiques par voie générale (59.8%) lui étaient souvent associés. Les larmes artificielles ne représentaient qu'une faible partie des traitements instaurés (4,1%). Les autres thérapeutiques proposées, notamment collyre antiseptique et cortisoné, ont été très peu ou pas utilisées (2,5 à 0%).

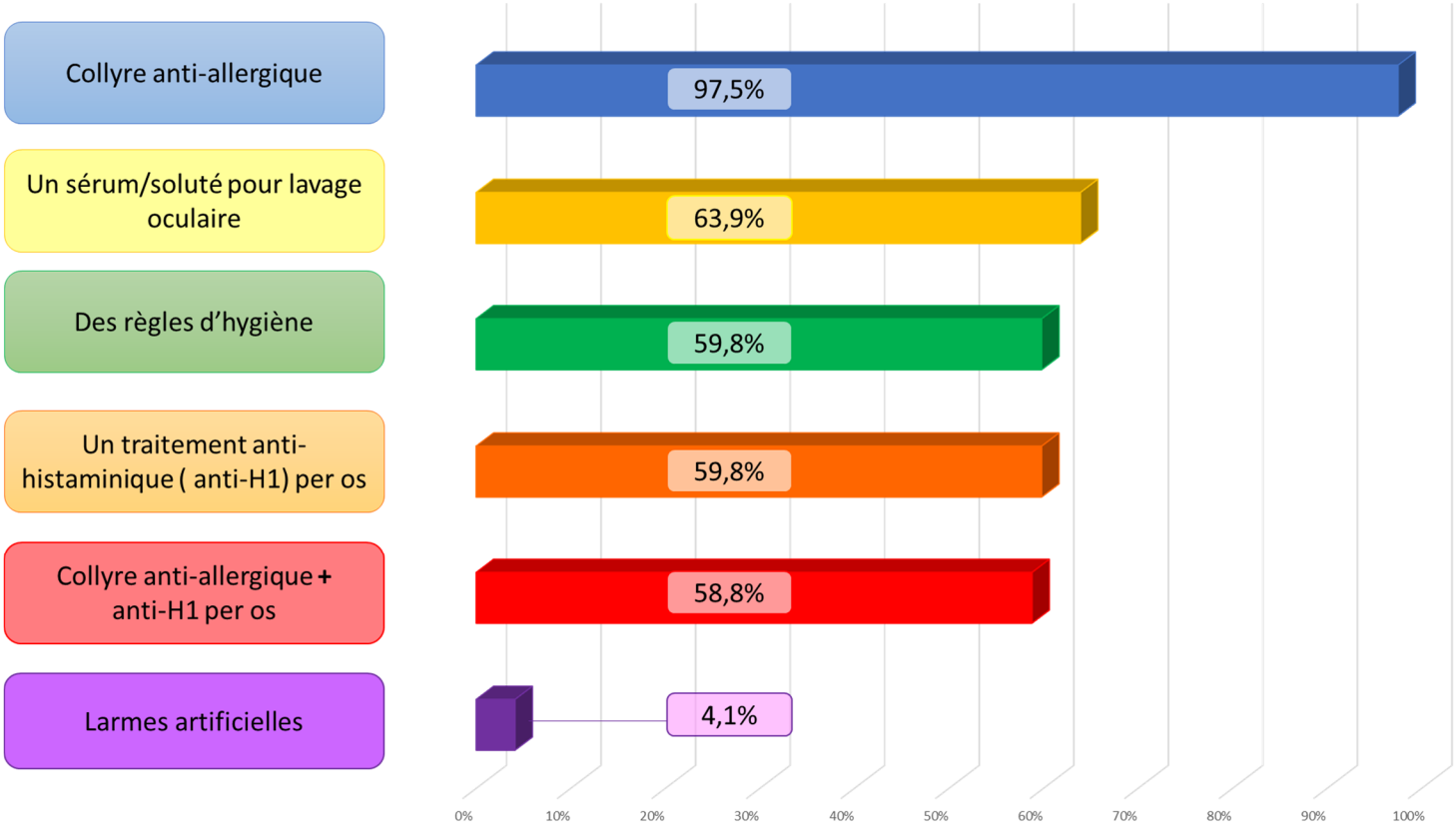


Figure 14- Thérapeutique devant une conjonctivite allergique.

2. Conjonctivite virale

Les lavages oculaires (86,1%) et les règles d'hygiène (85,2%) étaient respectivement le principal traitement et la principale mesure instaurés. Le collyre antiseptique était lui aussi majoritairement prescrit (65,5%). Un arrêt de travail / une éviction scolaire étaient instaurés dans près d'un quart des cas. L'association règles d'hygiène, lavage oculaire et collyre antiseptique était la plus utilisée. Enfin, un traitement anti-inflammatoire (7,4%) ou antibiotique local (7,4%) étaient également prescrits mais en plus faible proportion. Les autres propositions thérapeutiques étaient peu ou pas utilisées (3,3 à 0%).

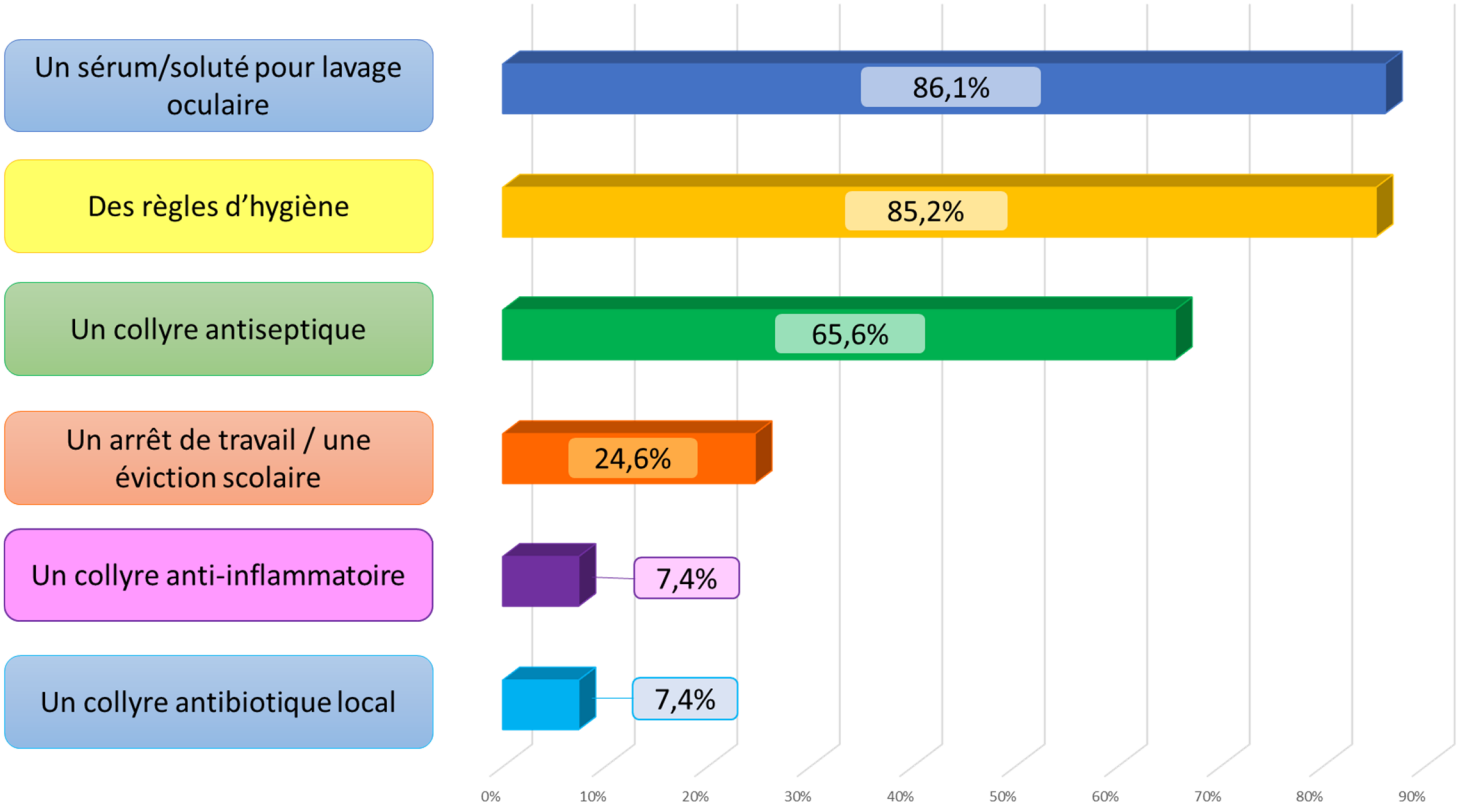


Figure 15 – Thérapeutique devant une conjonctivite virale

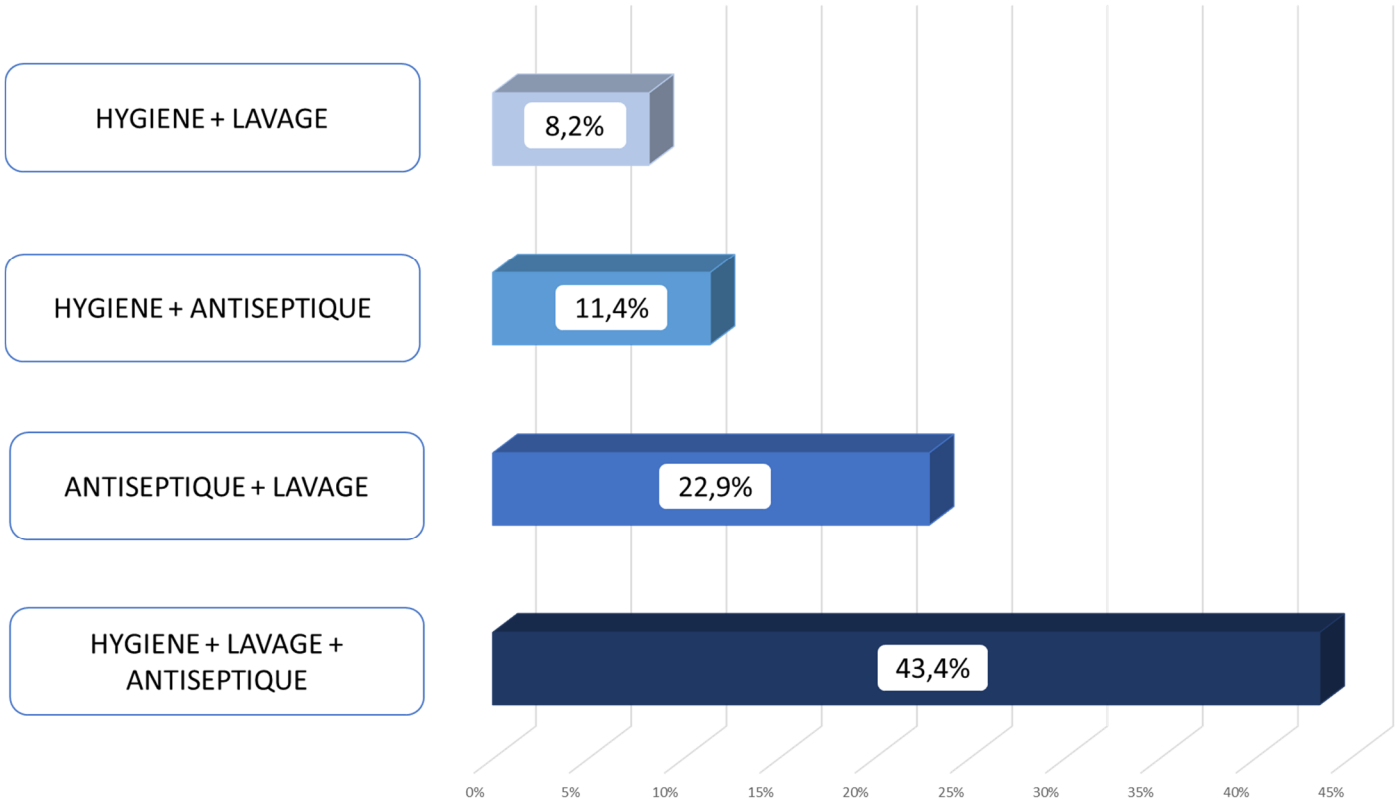


Figure 16 – Thérapeutique combinée devant une conjonctivite virale

3. Conjonctivite bactérienne

La prescription d'un traitement antibiotique local était quasiment systématique pour 95,9% des médecins interrogés. Les règles d'hygiène (91%) et les lavages oculaires (87,7%) étaient également très souvent instaurés. L'arrêt de travail ou l'éviction scolaire étaient établis dans près de la moitié des cas. Nous avons retrouvé une prescription de collyre antiseptique dans un quart des réponses.

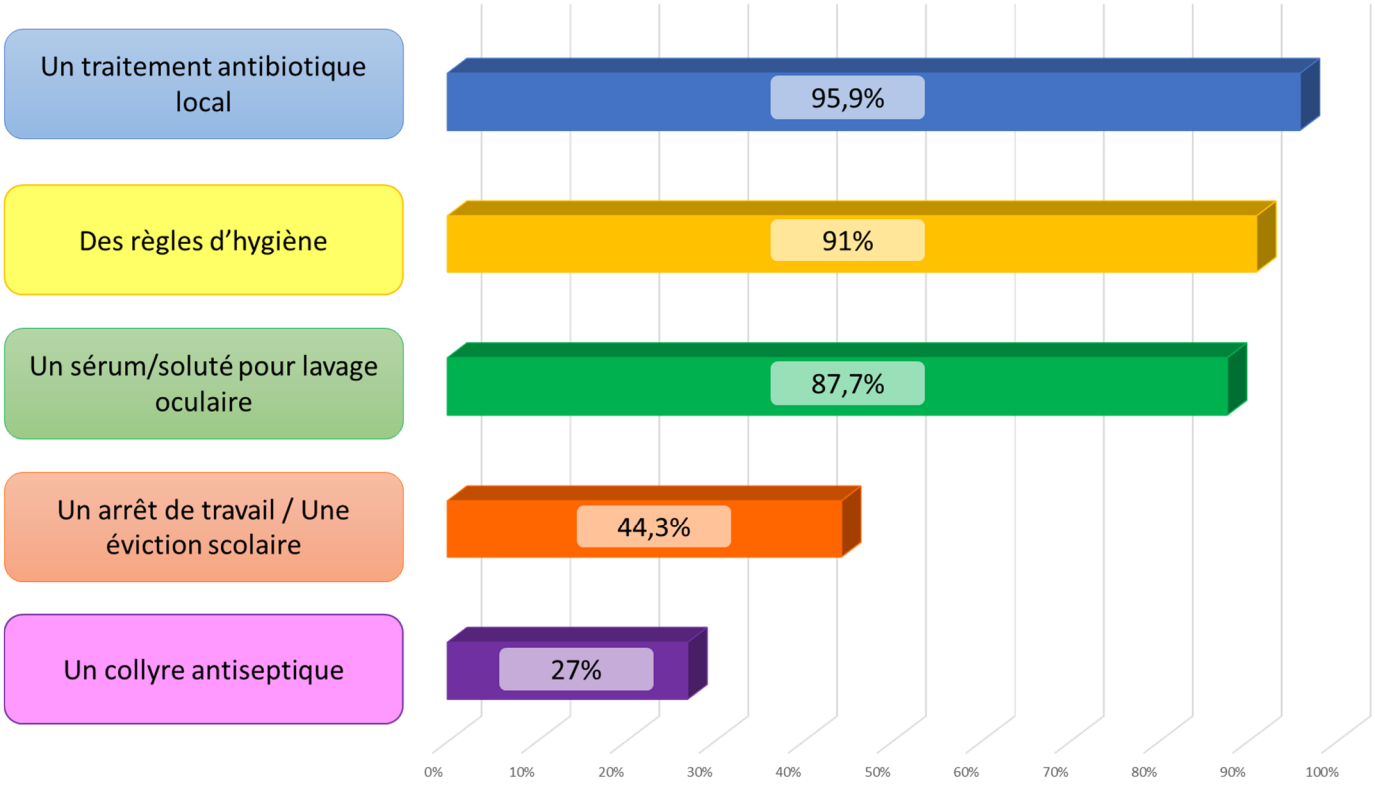


Figure 17- Thérapeutique devant une conjonctivite bactérienne.

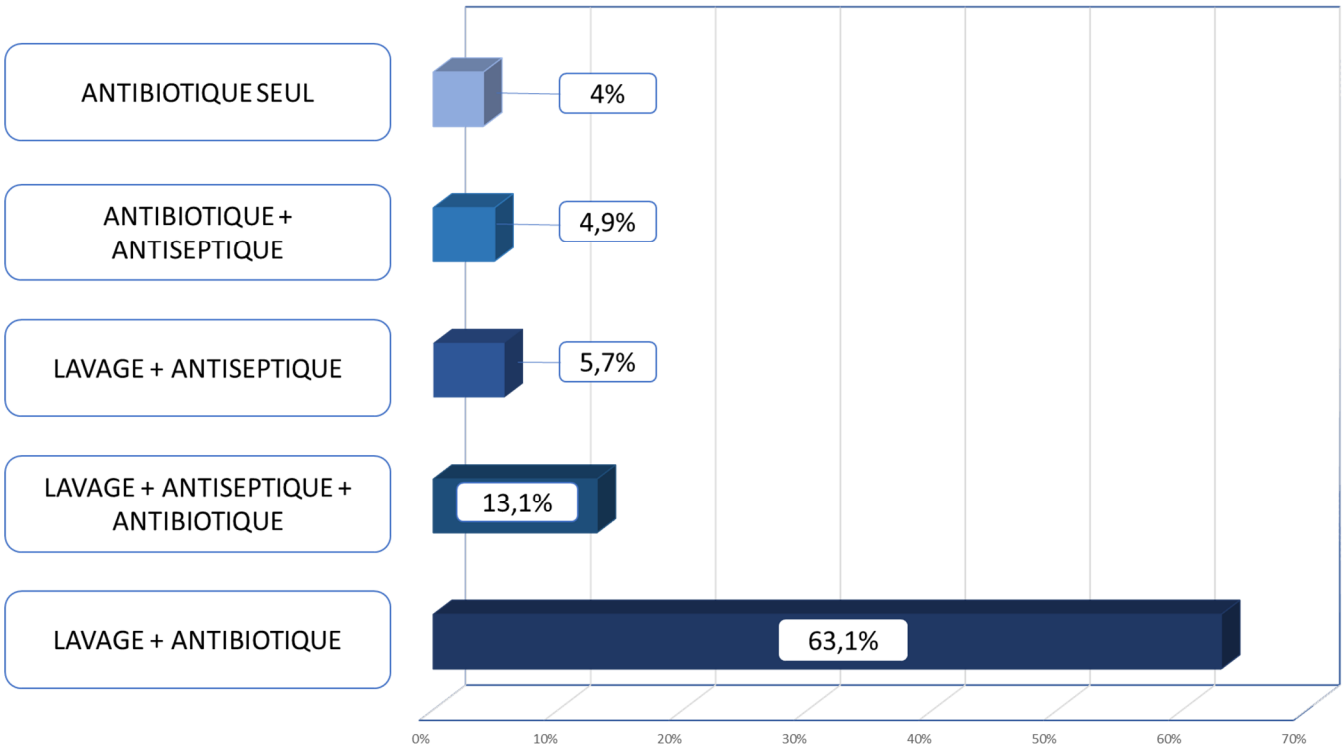


Figure 18- Thérapeutique combinée devant une conjonctivite bactérienne.

D. PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUE :

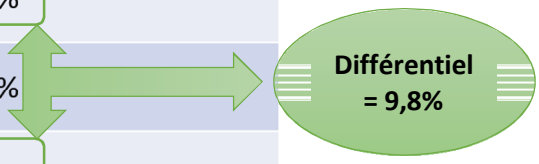
Nous avons d'abord voulu savoir dans quelles situations les médecins généralistes étaient amenés à prescrire un antibiotique dans un contexte de conjonctivite infectieuse donc, sans certitude quant à une cause virale ou bactérienne. Puis, nous avons demandé aux médecins quel était leur topique antibiotique de choix en première intention en fonction de l'âge du patient. L'ensemble des topiques antibiotiques répertoriés, y compris en association, leur était proposé en réponse.

1. Conjonctivite infectieuse

3 médecins sur 4 de notre échantillon prescrivaient des antibiotiques devant une conjonctivite infectieuse du nourrisson. La présence de sécrétions purulentes importantes (71,6%) était la deuxième situation la plus fréquente, suivie par les porteurs de lentille de contact (62,3%) et les sécrétions purulentes (61,5%). La conjonctivite infectieuse de l'enfant et les paupières collées amenaient une prescription dans près d'un cas sur deux. L'œdème palpébrale (34,4%), le chémosis (24,6%) et surtout les larmoiements importants (11,5%) semblaient être moins pourvoyeurs de prescription d'antibiotiques. On peut noter que pour aucune des situations le pourcentage de réponses n'a dépassé 80% ou n'est passé sous la barre des 10%.

Tableau XIII- Situations amenant la prescription d'antibiotique devant une conjonctivite infectieuse.

Gras = Terrain à risque / Critères de gravité	**Pourcentage**
Nourrisson	76,2%
Sécrétions purulentes importantes	71,3%
Porteur de lentille de contact	62,3%
Sécrétions purulentes	61,5%
Enfant	54,9%
Paupières collés le matin	49,2%
Œdème palpébral	34,4%
Chémosis	24,6%
Larmoiements importants	11,5%



2. Chez le nourrisson

L'antibiotique majoritaire était le Tobrex® avec 43% des prescriptions suivi de la Rifamycine® (23%), de l'Azyter® (18%) puis du Fucithalmic® (12%).

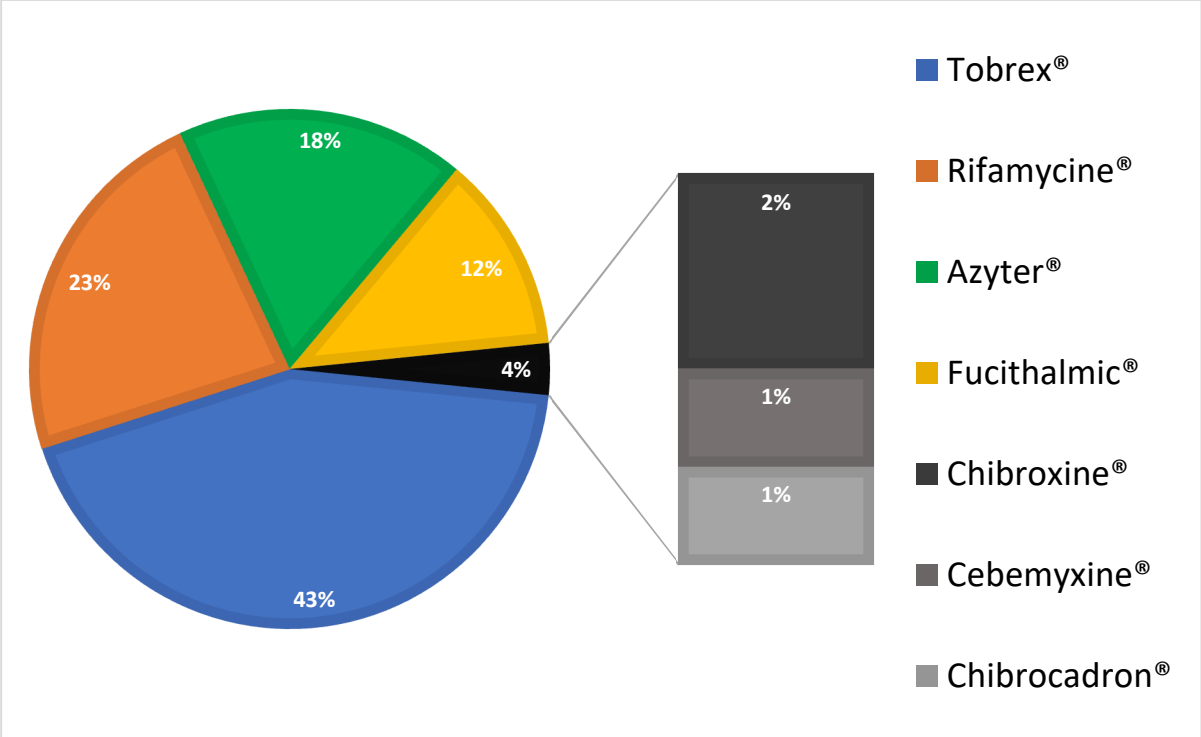


Figure 19 - Antibiotique prescrit en 1ère intention chez le nourrisson.

3. Chez l'enfant

L'antibiotique majoritaire était également le Tobrex® avec 49% des prescriptions suivi de l'Azyter® (23%) du Fucithalmic® (15%) puis de la Rifamycine® (9%) moins prescrite que chez le nourrisson.

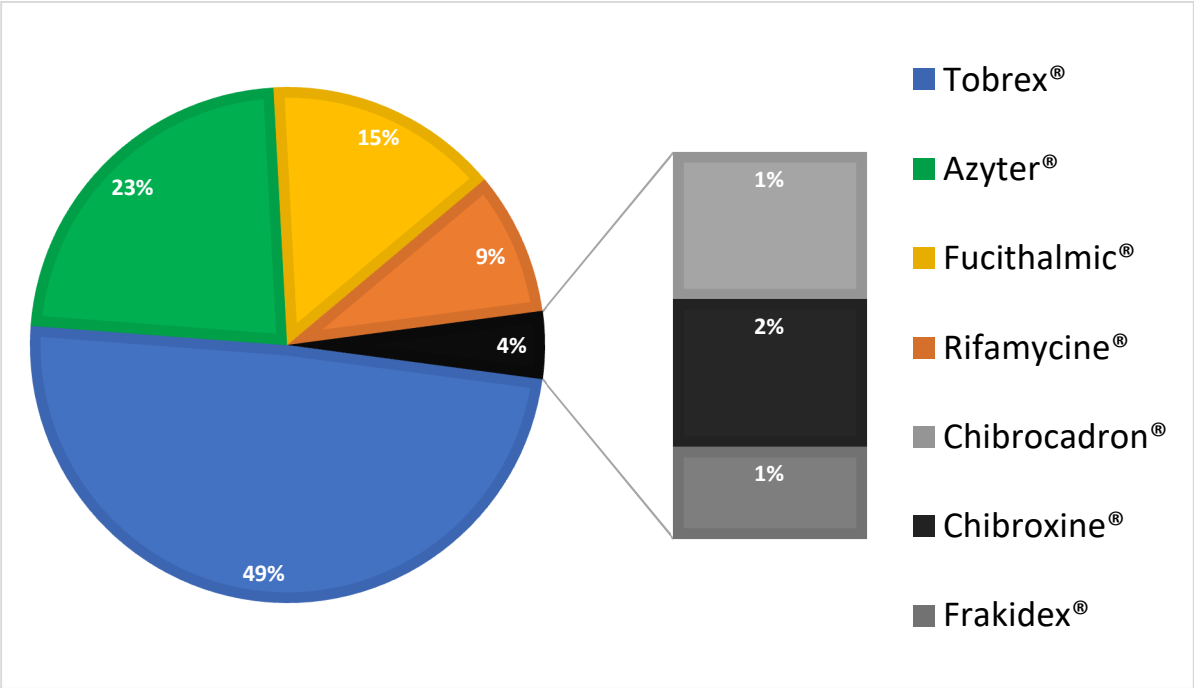


Figure 20 - Antibiotique prescrit en 1ère intention chez l'enfant.

4. Chez l'adulte

L'antibiotique majoritaire était toujours le Tobrex® de façon plus nette avec 57%, suivi de l'Azyter® (18%), du Fucithalmic® (12%) maintenu en même proportion puis du sterdex (4%) qui n'apparaissait pas dans les autres tranches d'âge.

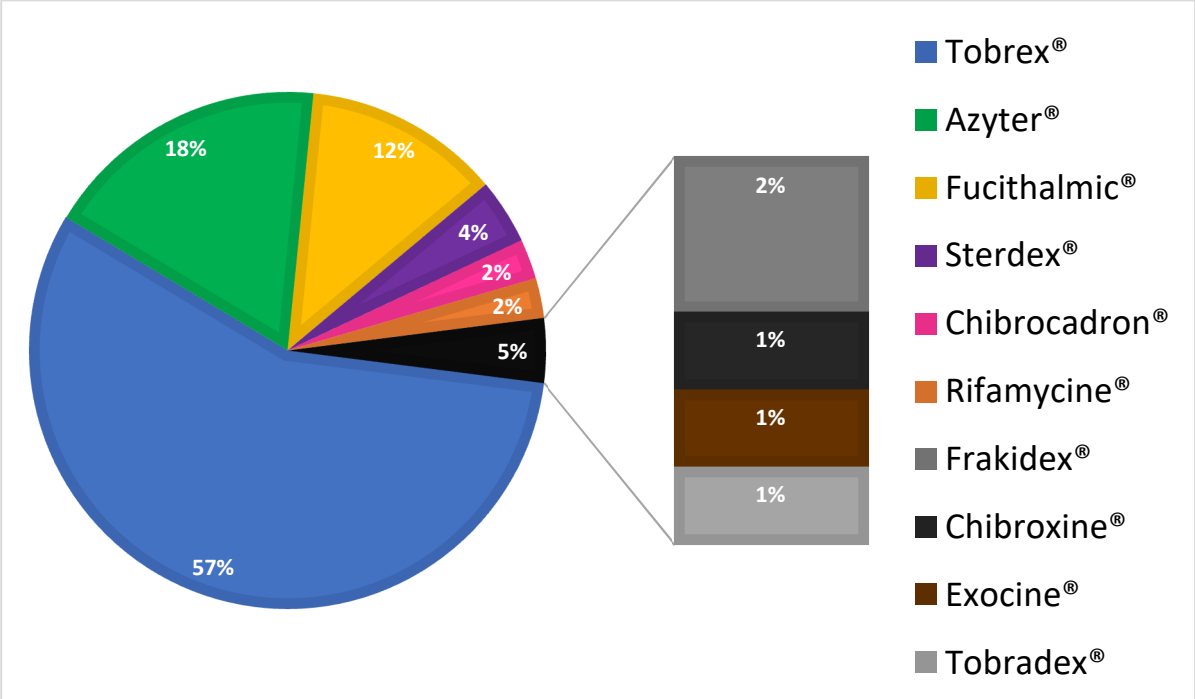


Figure 21- Antibiotique prescrit en 1ère intention chez l'adulte.

5. Chez le nouveau-né

La question concernant le nouveau-né a été traitée différemment des autres car il s'agit d'une situation plus rarement rencontrée en médecine générale. C'est pourquoi cette question était la seule sans réponse obligatoire du questionnaire. Par ailleurs, la réponse supplémentaire : Avis spécialisé systématique avant antibiotique a été ajoutée.

Nous avons recueilli 118 réponses à cette question sur les 122 réponses globales au questionnaire.

L'antibiotique majoritaire était la Rifamycine® avec 45% des prescriptions, suivie du Tobrex® (21%) puis de l'avis spécialisé systématique (14%) représentant une part non négligeable des réponses. Venait ensuite l'Azyter® (9%) et le Fucithalmic® (8%).

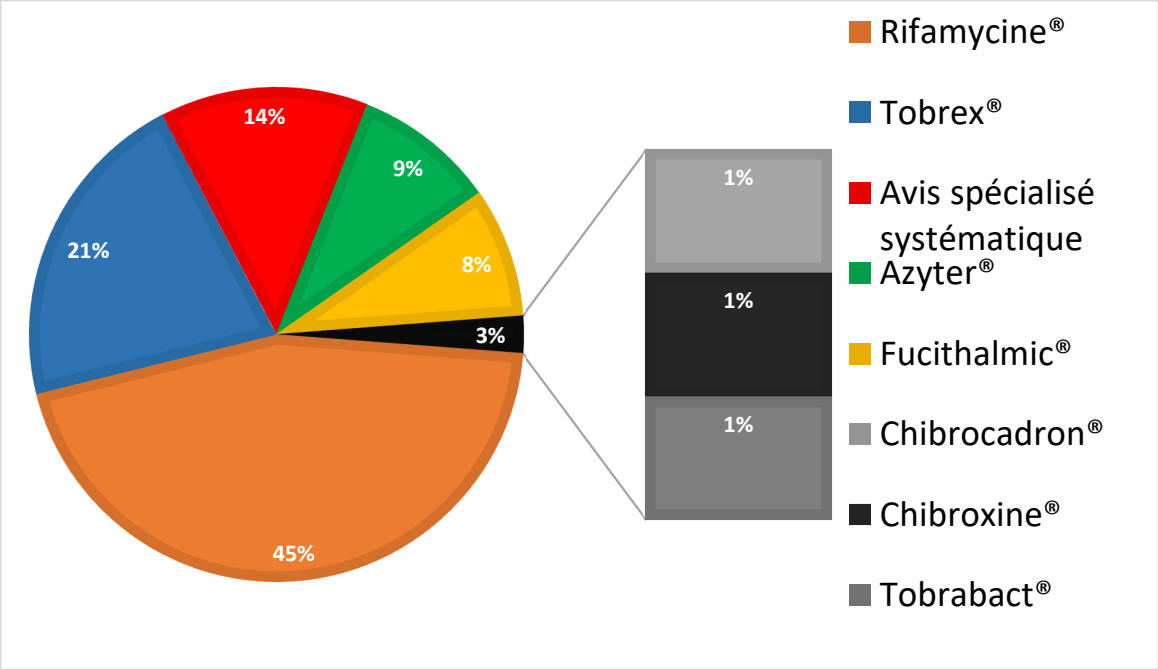


Figure 22- Antibiotique prescrit en 1ère intention chez le nouveau née.

Sur l'ensemble des questions la part des quinolones était très faible autour des 3%. De même pour les associations d'antibiotiques avec corticoïdes autour de 2% sauf pour l'adulte où ils correspondaient à 7% des prescriptions.

A noter également, la prescription du même antibiotique pour le nourrisson, l'enfant et l'adulte dans 47.5% des réponses.

E. ORIENTATION DU PATIENT :

Les deux premières questions avaient pour but de déterminer les arguments pouvant amener le médecin à orienter vers le spécialiste dans deux situations précises. La dernière question avait quant à elle pour objectif d'établir une estimation du nombre de recours à l'ophtalmologiste quels que soient les cas.

1. Conjonctivite infectieuse du nourrisson

Avec une majorité des réponses (79,5%), la résistance au traitement était le principal argument d'orientation vers l'ophtalmologiste dans notre échantillon. Les récidives (41,8%) et les larmoiements prolongés associés (36,1%) étaient également des situations qui orientaient vers les spécialistes mais dans moins de la moitié des cas. Il n'y avait par contre quasiment aucune (0,8%) orientation systématique du nourrisson.

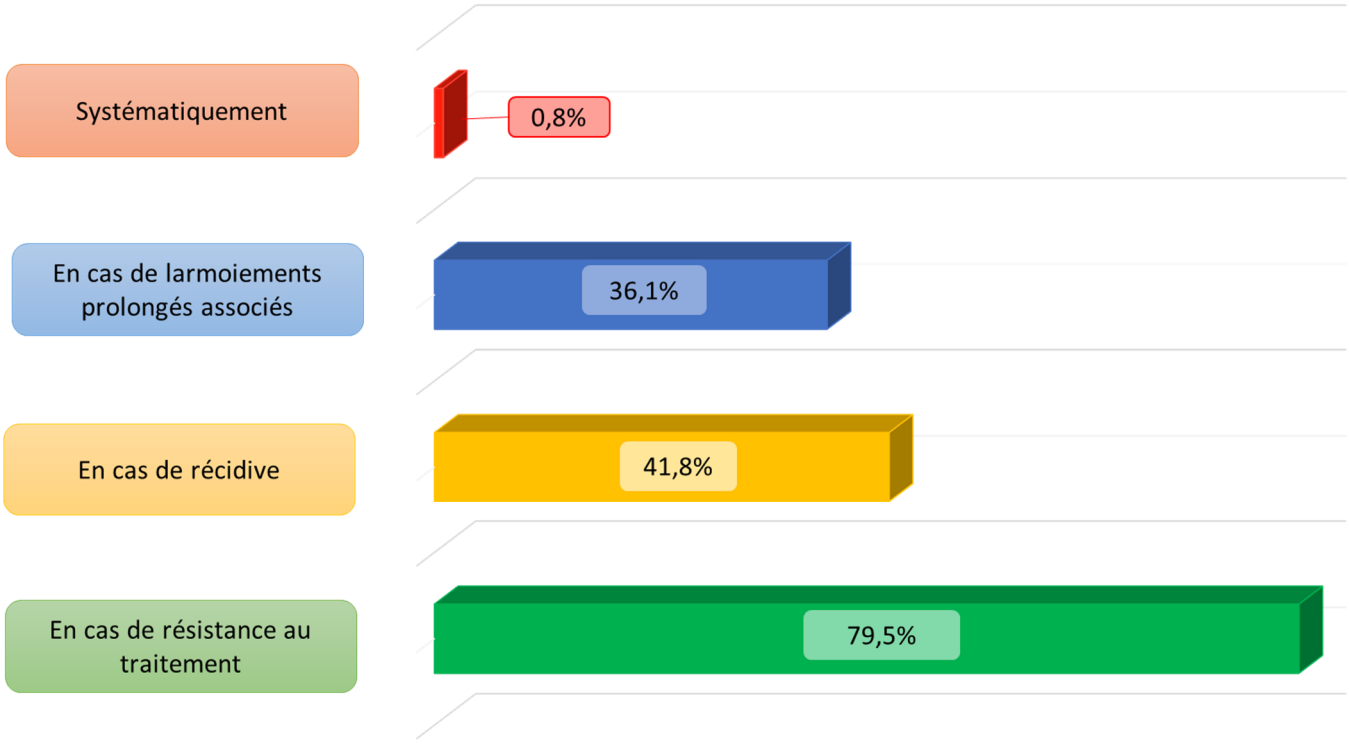


Figure 23- Orientation vers l'ophtalmologiste devant une conjonctivite infectieuse du nourrisson.

2. Conjonctivite allergique

Il n'y avait pas ou quasiment pas (0,8% avec notion de terrain allergique) d'orientation vers l'allergologue dès la première consultation dans notre échantillon. L'argument prédominant retrouvé dans près de la moitié des cas était l'absence de soulagement par les traitements entrepris. Cet argument était mis en balance avec la notion d'épisodes répétés qui, en faisant abstraction de la notion de terrain ou non, représentait également la moitié des réponses avec une légère prédominance lorsqu'il existait une notion de terrain allergique. A noter une faible proportion de médecins n'orientant jamais vers l'allergologue devant un tableau de conjonctivite allergique.

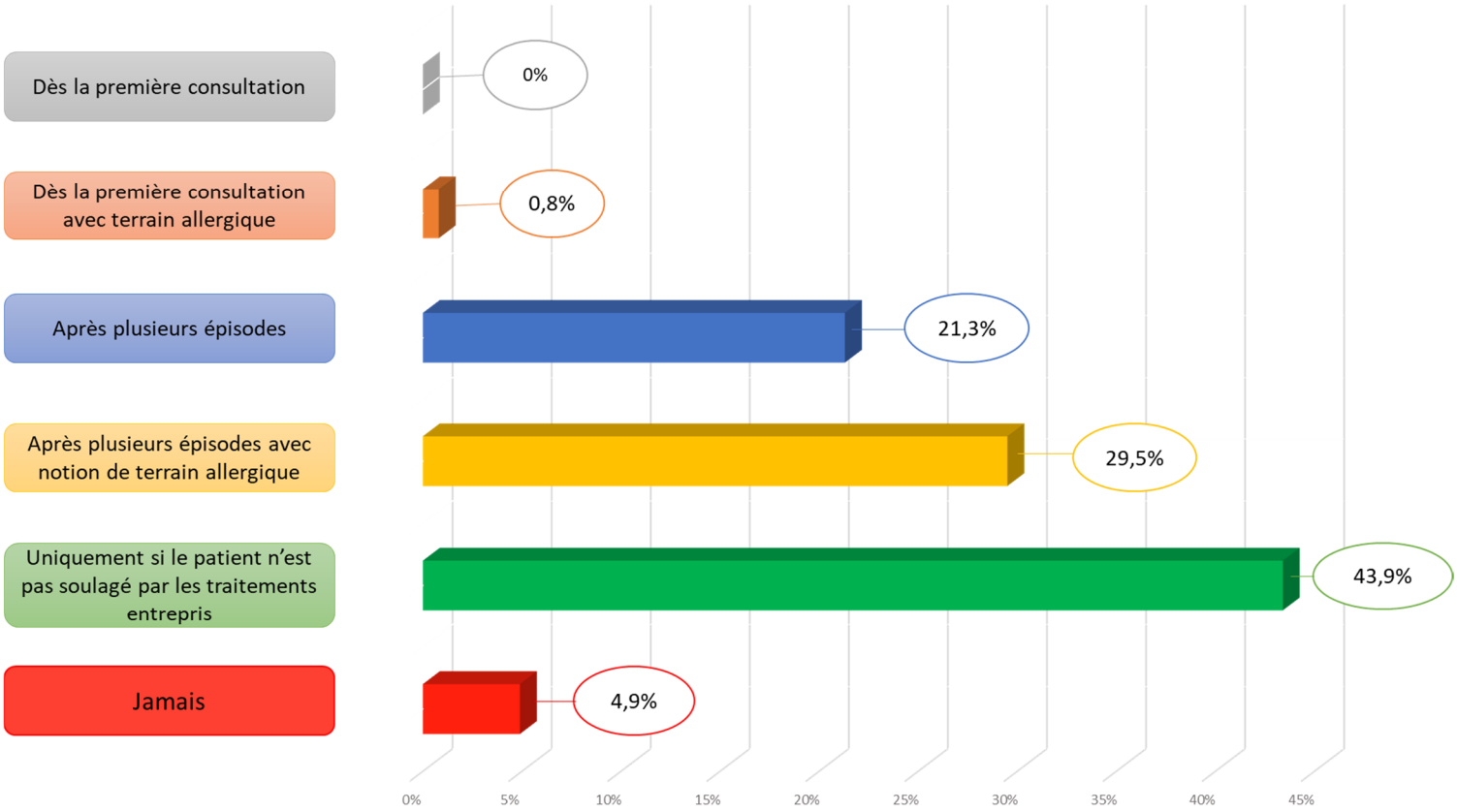


Figure 24- Orientation vers l'allergologue de la conjonctivite allergique.

3. Orientation vers l'ophtalmologiste sur l'exercice d'une année

Devant une conjonctivite, un tiers des médecins de notre échantillon n'avait jamais recours à un ophtalmologiste. Plus d'un médecin sur deux avaient recours à l'ophtalmologiste pour 1 à 3 cas par an. 10 médecins ont eu besoin d'un ophtalmologiste pour 4 à 6 cas par an. Seulement 4 médecins ont eu recours à un ophtalmologiste pour plus de 6 cas par an.

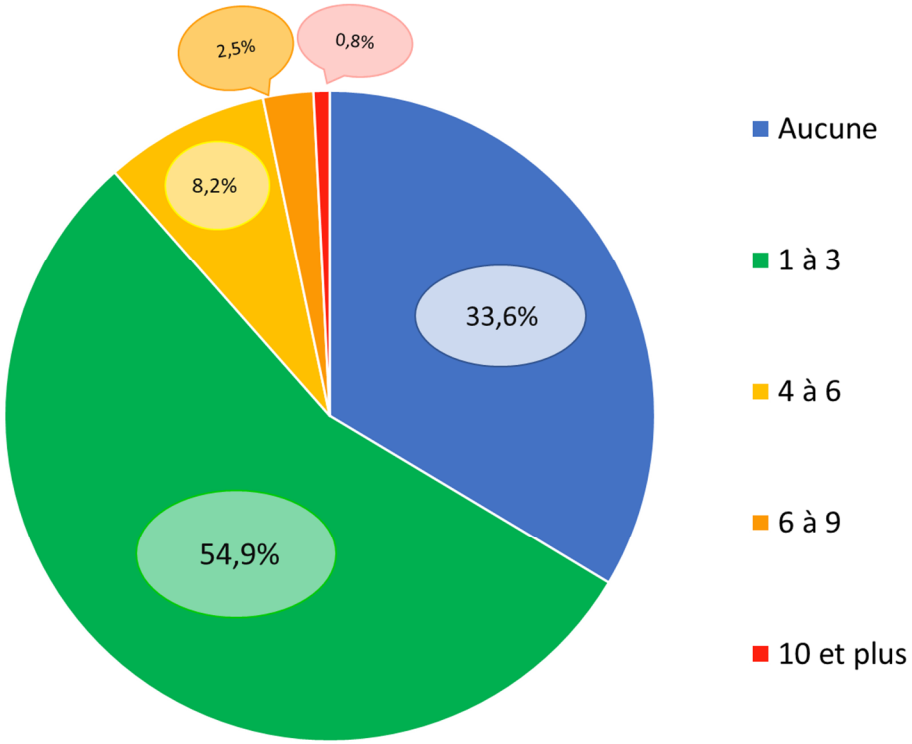


Figure 25- Nombres de conjonctivites adressées à un ophtalmologiste par an.

VI. **DISCUSSION**

L'objet de cette étude n'était pas l'évaluation des médecins généralistes mais de tenter de cerner la façon dont les médecins généralistes abordent cette pathologie et en assurent la prise en charge.

A. BIAIS DE L'ETUDE :

La limite principale de cette étude est le mode déclaratif du questionnaire qui constitue un biais d'information. En effet, les médecins ont été interrogés sur leurs pratiques quotidiennes, notamment leurs thérapeutiques, sans démarche rétrospective (analyse du dossier patient, de leurs ordonnances).

Le mode de recrutement de cette étude présente trois biais de sélection :

1- Les médecins non-inscrits à l'URML et/ou n'ayant pas de liens avec le REGJIHN n'ont pas été pris en compte.
2- L'utilisation de deux modes de recrutement différents qui a participé à diminuer la représentativité de l'échantillon (¼ de médecins jeunes installés ou remplaçants dans notre échantillon contre environ 10% dans la population générale).
3- L'étude s'est concentrée sur les médecins présentant une activité libérale uniquement.

L'ensemble des conjonctivites aigues n'a pas été traitées. En effet, cette étude a pris le parti de se concentrer sur les conjonctivites les plus fréquentes afin d'éviter la dispersion du propos et d'améliorer l'accessibilité du questionnaire. Pour cela, certaines questions ont volontairement orienté l'interrogé vers les conjonctivites aiguës les plus fréquentes en pratique courante (conjonctivite à adénovirus) alors que certaines conjonctivites peu rencontrées en France (entérovirus, trachome) ou relevant plus du domaine des spécialistes (KCV, gonocoques, Herpès) n'ont pas été abordées.

B. CARACTERISTIQUE DU MEDECIN :

Les dernières données de démographie médicale concernant spécifiquement l'Eure et la Seine maritime date de 2013 (46). Elle estimait l'effectif des médecins généralistes libéraux ou mixte en activité régulière à 1616 personnes pour l'année 2016. Nous avons donc interrogé environ 67% de cet effectif via l'URML Normandie.

La forte proportion de jeunes médecins de notre échantillon est à noter avec 32% de médecins entre 25 et 35 ans alors que la proportion des moins de 40 ans était de 10.5% en 2013. Ceci s'explique par le mode d'interrogation par questionnaire informatisé et surtout par le recrutement via les réseaux sociaux qui sont mieux maitrisés par les plus jeunes médecins. De ce fait, même s'il englobe des médecins de toutes catégories d'âge, notre échantillon n'est pas complétement représentatif. Cette surreprésentation permet toutefois d'avoir un aperçu plus précis du mode de prise en charge au regard d'une formation récente.

Concernant le mode d'exercice des médecins, il ne s'agit que d'un ordre d'idée puisque la prédominance de l'exercice semi-rural est discutable. En effet, pour ce genre de question le biais lié au mode déclaratif est prédominant car peu de médecins peuvent donner une définition précise de

l'exercice semi-rural, d'où une probable surestimation de ce mode d'exercice. Les données croisées présentées dans la Figure 13 viennent confirmer cette tendance avec une prédominance nette des modes d'exercice urbain et semi-rural, classique, chez les jeunes médecins. Le cas des remplaçants est également à prendre en compte car ils peuvent avoir plusieurs modes d'exercices différents et auront donc tendance à s'affilier au mode d'exercice semi-rural plus facilement.

C. ORIENTATION CLINIQUE :

Le but de cette partie était de déterminer sur quels critères cliniques les médecins allaient porter leur diagnostic. Dans le cas des conjonctivites, cette étude est primordiale puisque la difficulté réside dans l'intrication des tableaux cliniques. Ainsi, une thérapeutique inappropriée découlera irrémédiablement d'une erreur de diagnostic étiologique. En l'absence de prélèvement réalisé en pratique courante, celui-ci repose sur un faisceau d'arguments cliniques combinés.

Nous avons volontairement évité les réponses évidentes (ex : terrain allergique –> conjonctivite allergique) afin d'éclaircir le propos. Les propositions de réponses étaient les mêmes quelle que soit l'étiologie testée. Par ailleurs, la fièvre n'a pas été proposée car elle résulte de pathologies associées aux étiologies différentes comme le syndrome otite-conjonctivite du nourrisson (Haemophilus), la fièvre pharyngo conjonctivale (adénovirus).

1. Conjonctivite allergique

Les réponses des médecins ont été en grande majorité pertinentes avec notamment le prurit, signe le plus caractéristique, pour 93.4% des réponses, les processus œdémateux à 77% et l'association prurit, rhinite, atteinte bilatérale et larmoiement à 68.8%. Il semble qu'il s'agisse du diagnostic étiologique le plus facile d'autant que le contexte vient souvent confirmer la clinique (exposition allergène, saisonnalité). A noter, tout de même, les sécrétions séro- muqueuses (27.5%) pouvant constituer un facteur de confusion entre origine allergique et virale, voir surinfection bactérienne.

2. Conjonctivite virale

Ce qui frappe dans ce cas, c'est l'homogénéité des réponses. En effet, aucun critère clinique ne semble se dégager en faveur de la conjonctivite virale dans notre échantillon. Il s'agit vraisemblablement du diagnostic étiologique le plus difficile. Ceci peut s'expliquer par le fait que la conjonctivite virale à adénovirus passe souvent inaperçue si les signes extra-oculaires prédominent. Par ailleurs, sa perception par les médecins comme une maladie bénigne et son traitement symptomatique peuvent probablement en faire un diagnostic d'élimination à leurs yeux. A noter tout de même que les sécrétions séro- muqueuses semblent se rattacher à l'étiologie virale au vu des taux de réponses aux autres étiologies.

Les taux de réponses équivalents pour l'atteinte unilatérale et bilatérale sont peu étonnants, car cette caractéristique diffère selon la forme clinique de conjonctivite virale.

On peut, par contre, être surpris de la faible corrélation entre la présence d'un ganglion prétragien et la conjonctivite virale dans notre échantillon. Pourtant, il s'agit, même s'il n'est pas constant, d'un

signe quasi pathognomonique de l'atteinte virale oculaire. Voici sans doute un critère diagnostique qui mériterait d'être plus connu des médecins généralistes.

3. Conjonctivite bactérienne

On retrouve évidemment l'écoulement purulent, principal critère par définition, en tête des réponses. La présence d'un œil/d'yeux collés et l'unilatéralité apparaissent également comme des critères primordiaux d'orientation diagnostique. Pourtant, cette dernière n'est pas une règle mais une confusion peut venir de la formulation atteinte unilatérale et non atteinte unilatérale initiale. Ces résultats pourraient laisser penser que le diagnostic est aisé, or la littérature a montré que la distinction stricte entre une cause virale et bactérienne, par l'anamnèse et l'examen clinique, est impossible. Ceci s'explique en grande partie par la difficulté à différencier des sécrétions séro- muqueuses d'un écoulement purulent, et ceux d'autant plus, par le biais d'un interrogatoire. A cela s'ajoute une autre difficulté : la présence d'une hypersécrétion muqueuse, voir muco-purulente, peut se voir dans certaines conjonctivites virales non surinfectées, alors qu'à l'inverse, certaines conjonctivites bactériennes ne s'accompagnent pas de ces sécrétions.

Cependant, plusieurs études ont tenté de définir des index diagnostiques capables de déterminer la très forte probabilité d'une étiologie bactérienne. La plus pertinente d'entre elles, une étude néerlandaise qui a comparé données cliniques et prélèvement locaux (35), propose une approche clinique pragmatique par l'intermédiaire de trois questions simples :

1- Avez -vous déjà eu une conjonctivite ?
2- Est-ce que vos yeux vous démangent ?
3- Avez-vous les deux yeux collés le matin ?

En effet, la cause bactérienne était corrélée de manière significative à la combinaison deux yeux collés, absence d'antécédant de conjonctivite et absence de prurit. Nous pouvons d'ailleurs voir dans notre échantillon que ces deux dernières données semblent sous-exploitées par les médecins généralistes. Malheureusement, son application se limite à l'adulte, uniquement étudié dans cette étude.

A contrario de la conjonctivite virale, l'adénopathie prétragienne est présente dans la moitié des réponses ce qui suggère son association préférentielle, à tort, à l'étiologie bactérienne par les médecins.

D. THERAPEUTIQUE :

On retrouvait dans cette partie pour chaque question, l'ensemble des propositions thérapeutiques, notamment locale, à disposition du médecin. Celles-ci étaient identiques quelle que soit la situation clinique pour éviter d'orienter les réponses des médecins interrogés.

1. Conjonctivite allergique

La forte prescription de collyre anti-allergique dans notre échantillon est logique puisqu'il s'agit du traitement le plus efficace. Par contre, on peut s'étonner de la forte association avec des traitements antihistaminique per os. En effet, leur action est moindre que celle des collyres anti-allergiques sur la pathologie allergique oculaire. A noter que leur prescription est presque systématiquement accompagnée de collyre anti-allergique (98.3%). Même si la formulation aura pu porter à confusion (conjonctivite allergique isolée aurait pu être préférable), cela témoigne tout de même d'une probable habitude de prescription des médecins généralistes. Le traitement antihistaminique per os ne devrait pas être une règle devant une conjonctivite allergique pure (35 à 55% des cas). Les prises en charge concernant la pathologie allergique semblent converger sur ce point, puisque dans le cas d'une rhinite allergique isolée, une recommandation américaine récente préconise un traitement local sans antihistaminique per os (47). A contrario, en cas de pathologies allergiques intriquées, des études suggèrent une amélioration de la qualité de vie (18), il s'agit alors d'une prescription associée judicieuse.

On peut remarquer également la sous prescription des règles d'hygiène et du lavage oculaire par rapport aux autres étiologies dans notre échantillon. Concernant le lavage oculaire, sa principale limite est l'instillation répétée difficile en pratique quotidienne. Cette donnée est prise en compte par le médecin prescripteur. Les larmes artificielles recommandées, au même titre que le lavage oculaire comme agent mouillant soulageant les symptômes, sont, elles aussi, très peu prescrites par les médecins interrogés (4.1%). Concernant, les règles d'hygiènes, leur prescription est importante car, même si l'agent causal n'est pas infectieux, la conjonctive est fragilisée et donc à risque de surinfection. La sous-prescription est ici probablement le fait de la caractéristique secondaire de cette surinfection.

Nous n'avons volontairement pas différencié les collyres antiH1, des antidégranulants mastocytaire car leur efficacité globale est similaire (48) et pour ne pas complexifier les réponses. Il faut mentionner tout de même que les antiH1 ont un délai d'action plus rapide et un schéma posologique favorisant l'observance, d'où leur recommandation en première intention.

2. Conjonctivite virale à adénovirus

Le traitement recommandé dans la conjonctivite virale à adénovirus est l'association règles d'hygiène et lavage oculaire. Cette attitude thérapeutique adéquate a été majoritairement retrouvée dans notre échantillon. La prescription d'antibiotiques n'a été retrouvée qu'a 7.4%, ainsi on peut se rendre compte qu'en présence d'une étiologie connue, la prescription d'antibiotiques n'est pas abusive.

Cependant, les médecins interrogés ont eu peu recours à l'éviction scolaire de l'enfant et à l'arrêt de travail chez l'adulte (24.5%), pourtant principales mesures collectives devant la contagiosité importante de cette pathologie. Cette prescription se heurte en pratique à des contraintes financières et organisationnelles que le médecin doit prendre en compte, ce qui peut expliquer ces résultats.

En pratique, le conseil individualisé au patient est à préférer car il existe autant de situations différentes que de patients (Durée de la maladie ? Sévérité ? Résolution des symptômes ? Antibiotique topique ? Epidémie ? Patient capable de suivre les mesures d'hygiène ? contact avec patient immunodéprimé ? etc.)

On retrouve également une sur-prescription d'antiseptique alors que la surinfection bactérienne est exceptionnelle et que le rapport bénéfices/risques des antiseptiques est mal connu. En effet, ils ont leur toxicité propre et sont souvent prescrits en association, ce qui peut participer davantage à la fragilisation de la conjonctive. Une fois de plus, la frontière clinique mince entre viral et bactérien peut expliquer cette sur-prescription liée à l'indécision étiologique. Cette classe de collyres mériterait d'être plus étudiée et d'avoir un cadre de prescription mieux défini.

Le test à la fluorescéine n'a pas été proposé parce qu'il s'agit plus d'un moyen diagnostic et qu'il nécessite un matériel que peu de médecin possède (fluorescéine et lumière bleu, voir idéalement lampe à fente)

3. Conjonctivite Bactérienne

La prescription d'antibiotiques était quasiment systématique dans notre échantillon (95.9%). Même si le contexte clinique n'était pas précisé, ce chiffre nous laisse penser que la prescription d'antibiotiques semble encore être une règle devant une conjonctivite bactérienne. Pourtant, cette prescription ne devrait avoir lieu que pour le nouveau-né et le nourrisson ou en présence de situations à risques (abordés dans la questions suivantes).

Plusieurs facteurs peuvent favoriser cette systématisation :

1- Favoriser le confort du patient par la réduction de la durée des symptômes (49),
2- Pour éviter plusieurs consultations répétées,
3- Par manque de connaissance des recommandations et des thérapeutiques disponibles.

Au même titre que d'autres infections bactériennes, cette sur-prescription participe à l'essor des résistances et ne doit pas être négligée. C'est pourquoi, en regard de l'écologie bactérienne, il s'agit là de la principale pratique médicale concernant les conjonctivites à modifier.

On retrouvait, au contraire, une prescription de collyre antiseptique seulement dans un quart des réponses, ce qui est peu, comparé à la conjonctivite virale alors qu'il s'agit d'une alternative simple aux antibiotiques en l'absence de situations à risques.

On peut également constater la faible association d'antibiotique et d'antiseptique dans notre échantillon, qui semble témoigner d'une bonne dissociation des médecins entre les deux stratégies de traitement médicamenteux possibles.

En dehors d'une meilleure diffusion de l'information sur les conjonctivites, deux pistes de stratégies thérapeutiques pourraient également permettre de limiter la prescription d'antibiotiques et de favoriser l'adhésion du patient :

- L'information du caractère auto-limitant de la pathologie afin d'obtenir une meilleure adhésion du patient à l'absence de prescription d'antibiotiques ou à leur prescription retardée (50).
- La prescription retardée d'antibiotiques qui permet de réduire leur utilisation pour une durée et une sévérité des symptômes identiques (51).

A noter, une prescription pertinente du lavage oculaire, des règles d'hygiène et une meilleure prescription d'éviction scolaire et arrêt de travail pour cette étiologie.

E. ANTIBIOTIQUE :

Cette partie avait d'abord pour but de préciser les motivations de prescriptions d'antibiotiques devant une étiologie indéterminée et bien sûr, de connaitre les antibiotiques prescrits préférentiellement selon l'âge du patient.

1. Conjonctivite infectieuse

Comme nous avons pu le voir précédemment, la notion d'incertitude, notamment entre étiologie virale et bactérienne fait partie intégrante de la conjonctivite. Alors que l'antibiothérapie systématique n'est plus la règle, certaines situations à risque nécessitant un antibiotique demeurent. Cette question devait donc nous permettre de préciser des déterminants de la décision médicale à la prescription d'antibiotique.

La majorité des médecins interrogés instaurait un antibiotique chez le nourrisson, chez le porteur de lentilles et devant des sécrétions purulentes importantes. Ces pratiques sont en accord avec les recommandations de l'Afssaps de 2004.

Malgré la distinction faite entre sécrétions purulentes et sécrétions purulentes importantes, les médecins ont tout de même prescrit des antibiotiques dans 60% du premier cas. Au même titre, les paupières collées, critère orientant aussi vers l'étiologie bactérienne sans être un critère de gravité représente près de la moitié des réponses. Ces deux résultats confortent l'hypothèse selon laquelle une majorité de médecins prescrivent systématiquement un antibiotique en cas de conjonctivite bactérienne. Cela concorde d'ailleurs avec d'autres études réalisées, et notamment avec une thèse de 2014 qui avait déjà analysé cette pratique (52). Toutefois, la notion de sécrétions purulentes importantes, comme d'ailleurs celle de larmoiements importants (seulement 11.5% des réponses), sont des notions subjectives difficiles à définir précisément pour le médecin. Pourtant, ces deux notions font partie des critères de gravité et donc nécessitent des antibiotiques.

On retrouve également une majorité de prescriptions chez l'enfant témoignant probablement là aussi d'une habitude de prescription. L'âge, comme l'étiologie bactérienne, reste un déterminant important de la prescription d'antibiotique dans notre échantillon.

Le chémosis (24.6%) et l'œdème palpébral (34.4%) sont moins pourvoyeurs de prescription d'antibiotiques dans notre échantillon. Cela pourrait être lié à une méconnaissance de leur caractère de gravité dans ce genre de situation ou bien, plus pragmatiquement, parce que les médecins ne les relieraient pas à l'étiologie bactérienne.

La probable insuffisance de formation des médecins aux modalités de prescription des antibiotiques, notamment concernant les critères de gravité et les facteurs de risques, et, pour certains d'entre eux, la difficulté posée par leur définition en pratique, sont donc à souligner ici.

2. Antibiotique prescrit selon l'âge

On peut tout d'abord remarquer des tendances qui se dégagent quel que soit l'âge dans notre échantillon :

- La faible prescription de quinolones (<5%) et des associations antibiotique/corticoïde (< 7%), à réserver en deuxième intention, va dans le sens de la recommandation de l'AFSSAPS de 2004. Ces résultats peuvent rendre optimiste puisque des études plus anciennes retrouvent des taux bien plus élevés. Il semblerait que sur ce point les pratiques se modifient peu à peu.
- En dehors du nouveau-né, la tobramycine (Tobrex®) s'impose clairement comme l'antibiotique le plus prescrit. Cette première place peut être compréhensible chez l'adulte, mais moins chez l'enfant et le nourrisson où les germes en cause imposeraient davantage la rifamycine ou l'azithromycine (Azyter®). La distinction de prescription avec l'adulte semble être un point important que les médecins devraient davantage connaitre.
- La majorité des médecins interrogés utilise le même antibiotique quel que soit l'âge, ceci confirme l'idée précédente et peut faire supposer que ces médecins ne retiennent qu'un antibiotique dans leur arsenal thérapeutique.

Ensuite, chaque classe d'âge apporte un éclairage particulier :

- Chez l'adulte, l'azithromycine est la seconde alternative après la tobramycine. On aurait pu s'attendre à une prescription inverse. En effet, leur durée de traitement plus courte (3 jours) favorisant l'observance, leur meilleure pénétration tissulaire, ainsi que leur moindre participation à l'antibiorésistance que les aminosides, en font un antibiotique de choix. Néanmoins, l'expérience clinique semble suggérer une moins bonne tolérance locale de l'Azithromycine (picotements), sans qu'aucune différence de tolérance n'ai été démontré actuellement.
- La rifamycine est davantage prescrite dans les catégories d'âge basses ce qui constitue une évolution logique même si elle reste insuffisamment prescrite notamment chez l'enfant et le nourrisson où elle cible mieux les germes et où sa couleur orangée est gage d'observance.
- Chez l'enfant et le nourrisson, l'acide fusidique (fucithalmic®) est prescrit dans près de 15 % des cas. L'acide fusidique n'est pas actif sur des germes de la flore respiratoire présents dans ces catégories d'âge comme l'Haemophilus Infuenzae ou Moraxella catarrhalis, il vaudrait donc mieux éviter de le prescrire dans cette situation.

Le nouveau -né est un cas plus spécifique car beaucoup moins rencontré en médecine générale. C'est pourquoi, cette question était la seule à réponse non obligatoire du questionnaire car tous les médecins interrogés n'avaient pas été forcements confrontés à cette situation. Cependant, depuis la recommandation de 2010 sur la prophylaxie des infections conjonctivales du nouveau-né, il n'y a plus de mise en place de collyres systématique en salle de naissance qui a été remplacé par une prophylaxie ciblée. Sachant que la majorité des sorties de maternité ont lieu avant le 5ème jour de vie, la vigilance de tous les professionnels de santé doit ainsi être renforcée et il nous paraissait donc important d'interroger les médecins généralistes sur ce cas. Trois idées se dégagent de notre échantillon :

1- La conjonctivite du nouveau-né ne semble apparemment pas constituer une difficulté en soit pour le médecin généraliste puisque, seul 14% des médecins ayant répondu demandent systématiquement un avis spécialisé. Ce résultat suggère, qu'en pratique, les généralistes prescrivent le plus souvent un traitement avant d'avoir recours au spécialiste dans cette situation précise. Pourtant, la conjonctivite du nouveau-né fait partie des situations où l'avis d'un ophtalmologiste est recommandé. On aurait pu s'attendre à davantage d'orientation vers le spécialiste, d'autant plus que la présence d'une conjonctivite à gonocoque ou à chlamydia nécessite un traitement par voie générale.
2- Concernant les antibiotiques eux même, il s'agit du seul cas où la rifamycine est majoritairement prescrite, ce qui est pertinent. Toutefois, la tobramycine et l'acide fusidique, qui représentent à eux deux près de 30 % des réponses ne sont pas actifs, respectivement sur l'un ou les deux germes spécifiques du nouveau-né, chlamydia et gonocoques, qu'ils convient d'éliminer en premier lieu. Il reste donc encore à améliorer les connaissances des médecins généralistes sur ce point.
3- Seul 4 médecins n'ont pas répondu à cette question ce qui nous amène à penser qu'il ne s'agit pas d'une situation aussi peu rencontrée en médecine générale que supposée.

Cette étude quantitative est peu propice à analyser les raisons de ces prescriptions mais l'on peut tout de même émettre, à partir de nos résultats, plusieurs hypothèses pragmatiques basées sur diverses publications existantes, ou sur d'autres domaines de prescription d'antibiotique.

1- La pharmacopée importante en termes de collyres antibiotiques, complexifie la prescription, ce qui pourrait pousser le médecin à ne retenir qu'un seul antibiotique à activité large (ex : Tobrex®).
2- La sensibilité croissante des médecins aux problématiques de résistance bactérienne pourrait expliquer la baisse de prescription des quinolones et d'association d'antibiotiques au regard de l'écologie bactérienne.
3- La conjonctivite bactérienne est particulière en ce sens qu'il s'agit d'une des rares pathologies où l'origine bactérienne ne doit pas être systématiquement sanctionnée d'un traitement antibiotique. La sur-prescription pourrait donc également être liée en partie au conditionnement des médecins (bactérien = antibiotique)

F. ORIENTATION :

L'orientation du patient vers le spécialiste fait partie intégrante des missions du médecin généraliste. Nous avons, dans cette partie, voulu étudier deux situations précises :

1- Le cas du nourrisson où l'imperforation du canal lacrymal est fréquente et nécessite une démarche spécialisée systématique au-delà de 3 mois.
2- La conjonctivite allergique où l'orientation précoce vers l'allergologue permettra via une détermination précise de l'allergène de mettre en place des mesures ciblées et une éventuelle immunothérapie afin d'améliorer au mieux la qualité de vie du patient.

A cela, a été ajoutée une question plus globale afin d'apprécier le degré de coordination entre le médecin généraliste et l'ophtalmologiste pour la conjonctivite.

1. Conjonctivite du nourrisson : avis ophtalmologique

Tout d'abord, l'absence d'avis systématique parait évidente dans notre échantillon (0.8%) De même pour la nécessité d'orienter vers l'ophtalmologiste en cas de résistances au traitement (79.5%). Ces chiffres pouvaient être attendus et sont le reflet d'une pratique judicieuse en ce sens que l'on ne saurait-ce passer d'un examen ophtalmologique approfondi dans ce genre de cas. Les chiffres plus mitigés pour les larmoiements prolongés et les récidives, tous deux évocateurs d'imperforation du canal lacrymal, font évoquer la persistance d'une méconnaissance de cette pathologie particulière chez bon nombre des médecins généralistes qu'il conviendrait de lever.

2. Conjonctivite allergique : bilan allergologique

Deux principaux effectifs sont à mettre en perspective ici. Les médecins adressant leur patient à l'allergologue en présence de plusieurs épisodes et ceux n'adressant que si le traitement entrepris n'a pas soulagé le patient. Idéalement le premier cas devrait être la règle pour maximiser la qualité de vie des patients. Toutefois, ces réponses sont probablement liées aux faibles effectifs des allergologues et à leurs disponibilités qui obligent les médecins à adopter en pratique une démarche plus pragmatique. A noter, tout de même, que le critère du terrain allergique semble occuper une place importante dans ce raisonnement.

Une étude de 2014 portant sur les ophtalmologistes a retrouvé une orientation vers un allergologue des conjonctivites allergiques dans moins de 10% des cas (53). Il ne s'agit donc pas d'une pratique propre au médecin généraliste.

Les tests multi-allergiques semblent être une solution toute indiquée pour pallier le manque d'allergologue, notamment en cas de doute diagnostique. Leurs meilleures connaissances et l'intégration de l'atteinte oculaire dans les algorithmes de prescription pourrait permettre d'améliorer la rapidité de prise en charge du patient (14).

3. Conjonctivite sur l'exercice d'une année : avis ophtalmologique

L'absence de recours à l'ophtalmologiste et le recours pour 1 à 3 cas par an sont largement majoritaires dans notre échantillon (88,5%). Ceci pourrait laisser penser que cette pathologie a un caractère bénin, d'autant qu'il s'agit d'une affection le plus souvent autolimitante. Toutefois, les conjonctivites d'emblée sévères et les complications, même si elles sont plus rares, existent ce qui pourrait expliquer les avis plus fréquents pour certains médecins (11,5% de 4 cas ou plus par an). D'autres facteurs ont pu influencer ces résultats notamment, une coordination avec le spécialiste limitée par des effectifs d'ophtalmologistes en diminution (4) et des délais d'attente importants peu compatibles avec une pathologie aigüe. C'est alors peut-être les complications des conjonctivites nécessitant un examen ophtalmologique, les formes atypiques et la résistance aux traitements entrepris qui orienteront vers l'ophtalmologiste.

Cette difficulté à analyser ces résultats vient sans doute du fait que la question n'était pas assez précise. En effet, nous ne pouvons pas déterminer le motif de l'avis spécialisé (Doute diagnostic ? facteur de risque ou critère de gravité ? résistance aux traitements ?). Cela a donc introduit un biais de confusion.

A noter, qu'il n'existait pas de corrélation dans notre échantillon entre le mode d'exercice et le nombre de cas orientés vers le spécialiste.

G. PERSPECTIVES :

Cette étude a mis en évidence des situations bien maitrisées, et d'autres à améliorer. Dans ce sens, nous pouvons émettre plusieurs propositions afin d'améliorer ces pratiques :

1- La réalisation d'une étude qualitative sur ce sujet pourrait permettre de mieux définir les déterminants de prescription des médecins généralistes afin de cibler d'avantage les informations à délivrer aux médecins.

2- Le développement de la coordination, entre les différents intervenants du parcours de soins du patient, pourrait permettre de faciliter la prise en charge et de limiter les consultations inutiles.

3- La diffusion de ces connaissances à d'autres professions de santé comme les sages-femmes, les infirmières et les pharmaciens pourrait permettre de limiter le nombre de consultations chez le médecin généraliste. Notamment pour le pharmacien, concernant la conjonctivite bactérienne, où il peut prodiguer conseils et traitement antiseptique dans les formes simples (54).

4- Le développement et la commercialisation de collyres unidoses sans conservateur pour les antibiotiques où cette forme n'existe pas (Ex : rifamycine)

5- Le support pédagogique de l'item 212 de l'ECN (polycopié national du collège des ophtalmologistes universitaires de France) mériterait d'être plus précis concernant la prise en charge de la conjonctivite. En effet, il n'intègre pas la recommandation de l'AFSSAPS de 2004, préconisant une antibiothérapie systématique devant une conjonctivite bactérienne.

6- Les formations concernant la conjonctivite, et l'ophtalmologie en générale, pourraient être mieux intégrées dans le cursus des médecins.

7- La recommandation de l'AFSSAPS de 2004 pourrait être mieux diffusée, notamment par l'intermédiaire de support plus didactique, car 12 ans après sa sortie, elle ne semble pas avoir été assimilée par une majorité de médecins.

8- Afin de mieux s'adapter aux soins de premier recours, la création d'une nouvelle recommandation sur les conjonctivites, non spécifique à la prescription des antibiotiques et définissant des démarches thérapeutiques précises mériterait de voir le jour.

VII. **CONCLUSION**

La conjonctivite aigüe constitue le premier motif de consultation ophtalmologique en médecine générale. Les trois principales étiologies, par ordre croissant de fréquence, sont bactériennes, virales et allergiques. Notre étude auprès des médecins généralistes de l'Eure et de la Seine Maritime a permis d'avoir un aperçu des pratiques des médecins généralistes concernant cette pathologie.

La conjonctivite allergique est apparue comme le diagnostic clinique le plus aisé pour les médecins généralistes. La prescription de collyre était adaptée, cependant, une majorité des médecins interrogés lui associait un antihistaminique per os non nécessaire et les règles d'hygiène étaient moins prescrites que pour les autres étiologies. Les médecins généralistes semblaient adopter une démarche pragmatique, en ne privilégiant pas l'avis de l'allergologue lors du bilan initial, mais en réservant ce bilan allergologique aux formes récidivantes et à l'échec des traitements entrepris. Les tests multi-allergiques pourraient permettre de palier, dans une certaine mesure, les faibles effectifs des allergologues.

Pour les conjonctivites virales à adénovirus, aucun critère clinique ne semblait se dégager et il existait, de manière surprenante une faible corrélation avec la présence d'un ganglion prétragien, rattaché à tort à l'étiologie bactérienne. Cette difficulté diagnostique pourrait s'expliquer par la frontière mince entre bactérien et viral pour cette pathologie, notamment en présence de sécrétions non identifiables. Conformément aux recommandations, l'association règles d'hygiène et lavage oculaire a été largement utilisée et, dans un contexte étiologique connu, les prescriptions d'antibiotique n'ont pas été abusives. Les collyres antiseptiques ont constitué une alternative pour un quart des médecins, alors que la surinfection bactérienne est exceptionnelle et qu'ils ont leur toxité propre. Les stratégies d'évictions ont été peu employées au regard du risque épidémique, probable conséquence de leur coût sociétal.

Concernant, la conjonctivite bactérienne, les sécrétions purulentes et les paupières collées étaient, à juste titre, les critères principaux de diagnostic alors que deux autres critères évocateurs, l'absence de prurit et d'antécédant de conjonctivite, ne semblaient pas être rattachés à l'origine bactérienne. Le lavage oculaire, les règles d'hygiène et la stratégie d'éviction ont été mieux respectés pour cette étiologie. La prescription de topiques antibiotiques était, cependant, quasiment systématique dans notre échantillon, ce qui nous laisse penser que la prescription d'antibiotiques reste encore la règle devant une conjonctivite bactérienne. De même, les facteurs de risque et critères de gravité nécessitant cette prescription n'étaient pas encore bien assimilés. Par ailleurs, Les collyres antiseptiques ont été utilisés dans seulement un quart des cas alors qu'il s'agit d'une alternative simple aux antibiotiques en l'absence de situations à risque. La recommandation de L'AFSSAPS de 2004 semble donc être méconnue par la majorité des médecins de notre échantillon.

La tobramycine s'impose nettement, comme l'antibiotique le plus prescrit dans notre échantillon, devant l'azithromycine, l'acide fusique et la rifamycine dans les catégories d'âge basses. Cette pratique n'est pas la plus efficiente car l'azithromycine, moins pourvoyeuse de résistances bactériennes multiples et à la posologie favorisant l'observance, aurait dû être préférée. De même, chez l'enfant et

le nourrisson, les germes en cause imposeraient davantage la Rifamycine ou l'Azithromycine. La faible prescription de quinolones et des associations cortisonées dans notre échantillon allait, quant à elle, dans le sens des recommandations. La majorité des médecins interrogés ont utilisé le même antibiotique quel que soit l'âge, ce qui pourrait laisser supposer qu'ils ne retiennent qu'un topique antibiotique dans leur arsenal thérapeutique.

Concernant le nouveau-né, l'avis spécialisé a été peu demandé alors qu'il s'agit d'une situation qui le nécessite. L'absence de prophylaxie systématique à la naissance, recommandée depuis 2010, nécessite une vigilance accrue de la part des professionnels de santé. Par ailleurs, l'imperforation du canal lacrymal du nourrisson, à l'origine de larmoiements et de conjonctivites répétées, ainsi que sa prise en charge semblent encore trop peu connues des médecins interrogés.

D'autres études, qualitatives pour explorer les déterminants des thérapeutiques, et, quantitatives pour tester d'autres populations, serait susceptibles de confirmer toutes ces tendances. L'amélioration des pratiques pourrait, quant à elle, passer par plusieurs mesures. Tout d'abord, par la modification de l'item 212 de l'ECN qui n'intègre pas la recommandation de l'AFSSAPS de 2004. Ensuite, par la meilleure intégration de la spécialité ophtalmologique dans le cursus du médecin et lors des formations médicales continues. Enfin, par une mise à jour des recommandations existantes, notamment pour définir des démarches diagnostiques et thérapeutiques précises adaptées aux soins de premier recours et l'amélioration de leur diffusion.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

(1) Observatoire de la médecine générale. Société Française de Médecine Générale. Résultat de consultation conjonctivite. [Internet] Disponible sur le site : http://omg.sfmg.org/content/donnees/donnees.php (Consulté le 30/10/16)

(2) AFSSAPS. Collyres et autres topiques dans les infections oculaires superficielles. Paris, 2004, 25 p. [Internet] Disponible sur le site : http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/_documents/consensus/2004-atb-locale-OPH-recos-afssaps.pdf

(3) Petricek I, Prost M, Popova A. The differential diagnosis of red eye : survey of medical practitionners from Eastern Europe and the Middle East. Ophthalmologica, 2006, 220 : 229-37.

(4) Académie Française D'Ophtalmologie (A.F.O.) Les besoins en ophtalmologistes d'ici 2030. Travail préparé par la Commission Démographie et Santé Publique du SNOF, Rapporteur : Dr Thierry BOUR, Mars 2011, p.87.

(5) Collège des ophtalmologistes universitaires de France. Item 212, Œil rouge et/ou douloureux. Polycopié national des enseignants 2010, p.113-123. [Internet] Disponible sur http://www.sfo.asso.fr/files/files//16_OEIL_ROUGE%2520_2010%5B1%5D.pdf

(6) Santallier M. Anatomie de l'Œil : la conjonctive. Site de l'équipe de strabologie et de réfraction du CHU de Nantes. [Internet]. Disponible sur : http://www.fnro.net/ophtalmologie/Anatomie/AnatOE_Conjonctive/AnatOE_Conjonctive.html (Consulté le 30/010/2016)

(7) Renier G. Immunologie de l'œil. Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique, 2008, 48 : 303-313.

(8) [internet] https://www.vidal.fr/classifications/vidal/ (Consulté le 30/10/2016)

(9) Robert PY. Prescrire les antibiotiques par voie locale en ophtalmologie. Journal français d'ophtalmologie, 2007, 30 : 417-422.

(10) Leonardi A., Bogacka E, Fauquert J.L et al. Allergie oculaire: reconnaître et diagnostiquer les réactions d'hypersensibilité de la surface oculaire. Revue française d'allergologie, 2014, 54 : 377-388.

(11) Singh K, Axelrod S, Bielory L. The epidemiology of ocular and nasal allergy in the United States, 1988-1994. J Allergy Clin Immunol, 2010, 126 : 778-83.

(12) Pisella.PJ, Fauquert JL. l'allergie oculaire : rapport annuel des sociétés d'ophtalmologie de France. Coordonnateurs, Bull Soc Ophtalmol Fr CVII , 2007, 1-328.

(13) Chiambaretta F, Gerbaud L, Fauquert JL. La prise en charge de la conjonctivite allergique. Enquête observationnelle auprès des ophtalmologistes. Journal Français d'ophtalmologie, 2014, 37 : p.9-17.

(14) Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE et al. Allergic Rhinitis and its impact on asthma (ARIA) guidelines: revision. J Allergy Clin Immunol, 2010, 126 : 466-76.

(15) Haute Autorité de Santé. Indication du dosage des IgE spécifiques dans le diagnostic et le suivi des maladies allergiques. Paris, 2005, 145 p.

(16) Leonardi A, Battista MC, Gismondi M et al. Antigen sensitivity evaluated by tear-specific and serum-specific IgE, skin tests, and conjonctival and nasal provocation tests in patients with ocular allergic disease. Eye, 1993, 7 : 461-4.

(17) Raffard M, Partouche H. Allergologie en pratique. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 2-0093,2008.

(18) Berger W, Abelson MB, Gomes PJ, Beck M et al. Effects of adjuvant therapy with 0.1% olopatadine hydrochloride ophtalmic solution on quality of life in patients with allergic rhinitis using systemic or nasal therapy. Ann Allergy Asthma Immunol, 2005, 95 : 361-371.

(19) Bielory L, Lien KW, Biegelsen S. Efficacy and tolerability of newer anti-histamines in the treatment of allergic conjonctivitis. Drugs, 2005, 65 : 691-8.

(20) Van Bijsterveld O.P, Van Hemel O.L. Inflammatory sequelae after adenovirus infection. Journal Français d'ophtalmologie, 1988, 11 : p.25-29.

(21) Gordon Y.J, Aoki K, Kinchington R. Adenovirus keratoconjunctivitis. Ocular infection and immunity. St Louis, 1996, p.877.

(22) Renard G. Kératoconjonctivites à adénovirus. Journal Français d'ophtalmologie, 2010, 33 : p.586-592.

(23) Uchio E., Aoki K, ohno S. Rapid diagnosis of adenoviral conjonctivitis on conjunctival swabs by 10-minute immunochomatography Ophthalmology 1997 ; 104 : 1294-1299.

(24) Dart J.K, El-Amir A.N, Madison T et al. Identification and control of nosocomial adenovirus kératoconjonctivitis in an ophthalmic department. Br J Ophthalmol, 2009, 93 : 18-20.

(25) Stoesser F, Colin J. Atteinte herpétique du segment antérieur. Encycl. Méd. Chir. Ophtalmologie, 2005, p.171-184.

(26) [Internet] http://www.snof.org/encyclopedie/herp%C3%A8s-oculaire (consulté 30/10/16)

(27) Leveque N, Huguet P, Norder H et al. Les Enterovirus responsables de conjonctivite aiguë hémorragique. Médecine et Maladies Infectieuses, 2010, 40 : p.212-218.

(28) Rietveld RP, Riet G, Bindels PJE et al. The treatment of acute infectious conjunctivitis with fusidic acid: a randomised controlled trial. Br J General Pract, 2005, 55 : 924-930.

(29) Azari A, Barney N. Conjunctivitis a systematic review of diagnosis and treatment. J Am Assoc, 2013, 310 : 1721-1729.

(30) Hovding G. Acute bacterial conjunctivitis. Acta Ophtalmol, 2008, 86 : 5-17.

(31) Creuzot-Garcher C, Bron A. Conjonctivites : clinique, bilan, étiologie, traitement, Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de médecine Akos, 2013 8(6) : 1-6.

(32) Batellier L, Doan S, Baudoin F et al. Diagnostic biologique des conjonctivites, Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier Masson SAS, Paris), 2010, Ophtalmologie (21-130-B-10), 10 : 1-18.

(33) Rose PW, Harnden A, Brueggemann AB et al. Chloramphenicol treatment for acute infective conjunctivitis in children in primary care: a randomised double-blind placebo controlled trial, Lancet, 2005, 366 : 37-43.

(34) Tribolet S, Gillard P, Lefebvre A et al. Conjonctivite néonatale à Neisseria gonorrhoeae : illustration clinique, prophylaxie et perspectives d'avenir, Archives pédiatriques, 2016, 23 : 297-300.

(35) Rietveld RP, Riet G, Bindels PJE et al. Predicting bacterial cause in infectious conjunctivitis: cohort study on informativeness of combinations of signs and symptoms. BMJ, 2004, 329 : 206-10.

(36) Van Weert HC, Tellegen E, Ter Riet G. A new diagnostic index for bacterial conjunctivitis in primary care. A re-derivation study. Eur J Gen Pract, 2014 ; 20(3) : 202-8.

(37) Knauf HP, Silvany R, Southern Jr PM et al. Susceptibility of corneal and conjunctival pathogens to ciprofloxacin. Cornea, 1996, 15 : 66-71.

(38) Goldstein MH, Kowalski RP, Gordon YJ. Emerging fluoroquinolone résistance in bacterial keratitis: a 5-year review. Ophthalmology, 1999, 106 : 1313-1318.

(39) Bourcier T, Thomas F, Borderie V et al. Bacterial keratitis: predisposing factors, clinical and microbiological review of 300 cases. Br J Ophthalmol, 2003, 87 : 834-838.

(40) Sanfilippo CM, Morrissey I, Janes R et al. Surveillance of the Activity of Aminoglycosides and Fluoroquinolones Against Ophthalmic Pathogens from Europe in 2010–2011. Current Eye Research, 2016, 41(5) : 581-9.

(41) Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Recommandations de bonne pratique. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Novembre 2011, [Internet] Disponible sur http://www.infectiologie.com/UserFiles/File/medias/Recos/2011-infections-respir-hautes-recommandations.pdf

(42) C. Abadie, J. Le Garrec. Le larmoiement du nourrisson. Images en Ophtalmologie, janvier-février-mars 2012, VI(1).

(43) AFSSAPS. Prophylaxie des infections conjonctivales du nouveau-né. Novembre 2010, [Internet] Disponible sur http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/8d7b81471c088327d5343c5c102feafa.pdf

(44) Dageville C. La prophylaxie des infections conjonctivales du nouveau-né est-elle justifiée dans les maternités françaises ? Archives de pédiatrie, 2016 22 : 128-129.

(45) Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés Version consolidée au 06 décembre 2016 , Legifrance, [Internet] Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886460 (Consulté le 30/10/2016)

(46) Rault J.F, Lebreton Lerouvillois G. La démographie médicale en région Haute-Normandie, situation en 2013 Ordre National des Médecins. 2013, p 37-39.

(47) Dana V.Wallace, Mark S.Dykewicz, Oppenheimer J et al. Pharmacologic Treatment of Seasonal Allergic Rhinitis: Synopsis of Guidance From the 2017 Joint Task Force on Practice Parameters. Clinical Guideline, 28 November 2017.

(48) LAZREG S, COLIN J, RENAULT D and al. Traitement de la conjonctivite allergique perannuelle et saisonnière : comparaison de deux protocoles thérapeutiques. Journal Français d'ophtalmologie, 2008, 31 (10), p.961-967.

(49) Jefferis J, Perera R, Everitt H et all. Acute infective conjunctivitis in primary care: who needs antibiotics? An individual patient data meta-analysis. Br J Gen Pract, 2011, 61(590) : 542-8.

(50) Everitt H, Kumar S, Little P. A qualitative study of patients' perceptions of acute infective conjunctivitis. Br J Gen Pract, 2003, 53 (486) : 36-41.

(51) Everitt H, Little P, Smith P. A randomised controlled trial of management strategies for acute infective conjunctivitis in general practice. BMJ, 2006, 333(7563) : 321.

(52) Le Garisson B. Identification de la prise en charge thérapeutique des conjonctivites aigües en médecine générale. Enquête auprès des médecins généralistes de l'Indre. Université de Limoges. Décembre 2014, p 95.

(53) Chiambaretta F, Gerbaudb L, Fauquert J.L. La prise en charge de la conjonctivite allergique. Enquête observationnelle auprès des ophtalmologistes. Journal français d'Ophtalmologie, 2014, 37, January 2014, p.9-17.

(54) T. Vantrepote. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en pharmacie. Le point sur la prise en charge des conjonctivites bactériennes en 2016. Quel conseil à l'officine ? Université Lille 2, juin 2017.

IX. ANNEXES

ANNEXE 1 :

Orientation étiologique devant une conjonctivite aigüe

	Conjonctivite virale	Conjonctivite bactérienne	Conjonctivite allergique
Enfant	+	+	=
Sujet Agé	-	+	-
Terrain allergique	-	-	++
Antécédent de conjonctivite	=	-	+
Atteinte unilatérale	=	=	-
Atteinte bilatérale	=	=	+
Prurit	=	-	++
Rhinite	+	-	+
Larmoiements	+	=	+
Yeux collés	=	++	-
Sécrétions séro-muqueuses	+	=	=
Sécrétions purulentes	=	+	-
Adénopathie prétragienne	++	-	-
Œdème palpébral	-	=	+
Chémosis	=	=	+
LEGENDE: ++: Très probable	+ : Probable	= : Neutre	- : Moins probable

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE

ÉTUDE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CONJONCTIVITE AIGUË EN MÉDECINE GÉNÉRALE : Enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure et de la Seine Maritime

1. Présentation

Ce questionnaire est anonyme, il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, elles doivent juste être le reflet de vos pratiques.

* 1. ÂGE

- entre 25 et 35 ans
- entre 35 et 45 ans
- entre 45 et 55 ans
- entre 55 et 65 ans
- entre 65 et 75 ans

* 2. ACTIVITÉ

- Rurale
- Semi-rurale
- Urbaine

ÉTUDE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CONJONCTIVITE AIGUË EN MÉDECINE GÉNÉRALE : Enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure et de la Seine Maritime

2. Orientation Clinique

* 3. DEVANT QUELLES DONNÉES CLINIQUES SUSPECTEZ-VOUS UNE **CONJONCTIVITE ALLERGIQUE** :

- [ ] Enfant
- [ ] Sujet âgé
- [ ] Antécédent de conjonctivite
- [ ] Absence d'antécédent de conjonctivite
- [ ] Atteinte unilatérale
- [ ] Atteinte bilatérale
- [ ] Prurit
- [ ] Absence de prurit
- [ ] Larmoiement
- [ ] Rhinite
- [ ] Un œil collé
- [ ] Deux yeux collés
- [ ] Sécrétions séro-muqueuses
- [ ] Écoulement purulent
- [ ] Absence d'écoulement purulent
- [ ] Adénopathie prétragienne
- [ ] Œdème palpébral
- [ ] Chémosis (Œdème de la conjonctive)

* 4. DEVANT QUELLES DONNÉES CLINIQUES SUSPECTEZ-VOUS UNE **CONJONCTIVITE VIRALE** :

- [ ] Enfant
- [ ] Sujet Âgé
- [ ] Antécédent de conjonctivite
- [ ] Absence d'antécédent de conjonctivite
- [ ] Atteinte unilatérale
- [ ] Atteinte bilatérale
- [ ] Prurit
- [ ] Absence de Prurit
- [ ] Larmoiement
- [ ] Rhinite
- [ ] Un œil collé
- [ ] Deux yeux collés
- [ ] Sécrétions séro-muqueuses
- [ ] Écoulement purulent
- [ ] Absence d'écoulement purulent
- [ ] Adénopathie prétragienne
- [ ] Œdème palpébral
- [ ] Chémosis

* 5. DEVANT QUELLES DONNÉES CLINIQUES SUSPECTEZ-VOUS UNE **CONJONCTIVITE BACTÉRIENNE** :

- [ ] Enfant
- [ ] Sujet Âgé
- [ ] Antécédent de conjonctivite
- [ ] Absence d'antécédent de conjonctivite
- [ ] Atteinte unilatérale
- [ ] Atteinte bilatérale
- [ ] Prurit
- [ ] Absence de prurit
- [ ] Larmoiement
- [ ] Rhinite
- [ ] Un œil collé
- [ ] Deux yeux collés
- [ ] Sécrétions séro-muqueuses
- [ ] Écoulement purulent
- [ ] Absence d'écoulement purulent
- [ ] Adénopathie prétragienne
- [ ] Œdème palpébral
- [ ] Chémosis

ÉTUDE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CONJONCTIVITE AIGUË EN MÉDECINE GÉNÉRALE : Enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure et de la Seine Maritime

3. Thérapeutique

* 6. SI VOUS SUSPECTEZ UNE CONJONCTIVITE **ALLERGIQUE**, QUEL(S) TRAITEMENT(S) / MESURE(S) INSTAUREZ VOUS :

- [ ] Des règles d'hygiène
- [ ] Un sérum / soluté pour lavage oculaire
- [ ] Un collyre antiseptique
- [ ] Un collyre anesthésique
- [ ] Des larmes artificielles
- [ ] Un collyre anti-inflammatoire
- [ ] Un collyre cortisoné
- [ ] Un collyre cicatrisant
- [ ] Un collyre anti-allergique
- [ ] Un traitement antibiotique local
- [ ] Un prélèvement bactériologique
- [ ] Un traitement antihistaminique par voie générale
- [ ] Un arrêt de travail / une éviction scolaire

* 7. SI VOUS SUSPECTEZ UNE CONJONCTIVITE **VIRALE**, QUEL(S) MESURE(S) / TRAITEMENT(S) INSTAUREZ VOUS :

- [ ] Des règles d'hygiène
- [ ] Un sérum / soluté pour lavage oculaire
- [ ] Un collyre antiseptique
- [ ] Un collyre anesthésique
- [ ] Des larmes artificielles
- [ ] Un collyre anti-inflammatoire
- [ ] Un collyre cortisoné
- [ ] Un collyre cicatrisant
- [ ] Un collyre anti-allergique
- [ ] Un traitement antibiotique local
- [ ] Un prélèvement bactériologique
- [ ] Un traitement antihistaminique par voie générale
- [ ] Un arrêt de travail / une éviction scolaire

* 8. SI VOUS SUSPECTEZ UNE CONJONCTIVITE **BACTÉRIENNE**, QUEL(S) TRAITEMENT(S) / MESURE(S) INSTAUREZ VOUS :

- [ ] Des règles d'hygiène
- [ ] Un sérum / soluté pour lavage oculaire
- [ ] Un collyre antiseptique
- [ ] Un collyre anesthésique
- [ ] Des larmes artificielles
- [ ] Un collyre anti-inflammatoire
- [ ] Un collyre cortisoné
- [ ] Un collyre cicatrisant
- [ ] Un collyre anti-allergique
- [ ] Un traitement antibiotique local
- [ ] Un prélèvement bactériologique
- [ ] Un traitement anti-histaminique par voie générale
- [ ] Un arrêt de travail / une éviction scolaire

ÉTUDE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CONJONCTIVITE AIGUË EN MÉDECINE GÉNÉRALE : Enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure et de la Seine Maritime

4. Antibiotique

* 9. DEVANT UN TABLEAU ÉVOCATEUR DE CONJONCTIVITE INFECTIEUSE, DANS QUELLES SITUATIONS INSTAUREZ-VOUS UN TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE LOCAL :

- [ ] Nourrisson
- [ ] Enfant
- [ ] Porteur de lentilles de contact
- [ ] Paupières collés le matin
- [ ] Larmoiements importants
- [ ] Œdème palpébrale
- [ ] Sécrétions purulentes
- [ ] Sécrétions purulentes importantes
- [ ] Chémosis

* 10. EN PREMIÈRE INTENTION, QUEL EST VOTRE TOPIQUE ANTIBIOTIQUE DE CHOIX CHEZ LE **NOURRISSON**: *

* 11. EN PREMIÈRE INTENTION, QUEL EST VOTRE TOPIQUE ANTIBIOTIQUE DE CHOIX CHEZ **L'ENFANT**: *

* 12. EN PREMIÈRE INTENTION, QUEL EST VOTRE TOPIQUE ANTIBIOTIQUE DE CHOIX CHEZ **L'ADULTE**: *

13. EN PREMIÈRE INTENTION, QUEL EST/SERAIT VOTRE TOPIQUE ANTIBIOTIQUE DE CHOIX CHEZ LE **NOUVEAU NÉE**: *

*Chaque menu déroulant proposait l'ensemble des antibiotiques locaux disponibles ; la question 13 comportait le choix de réponse supplémentaire : avis spécialisé systématique et une réponse n'était pas obligatoire.

ÉTUDE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA CONJONCTIVITE AIGUË EN MÉDECINE GÉNÉRALE : Enquête auprès des médecins généralistes de l'Eure et de la Seine Maritime

5. Orientation du patient

* 14. DEVANT UN TABLEAU DE CONJONCTIVITE INFECTIEUSE CHEZ UN NOURRISSON :

- [ ] Vous adressez à l'ophtalmologiste en cas de récidive
- [ ] Vous adressez à l'ophtalmologiste en cas de larmoiements prolongés associés
- [ ] Vous adressez à l'ophtalmologiste en cas de résistance au traitement
- [ ] Vous adressez systématiquement à l'ophtalmologiste

* 15. SI VOUS SUSPECTEZ UNE CONJONCTIVITE ALLERGIQUE, VOUS ORIENTEZ VOTRE PATIENT POUR UN BILAN ALLERGOLOGIQUE :

- ○ Jamais
- ○ Dès la première consultation
- ○ Dès la première consultation avec notion de terrain allergique
- ○ Après plusieurs épisodes
- ○ Après plusieurs épisodes avec notion de terrain allergique
- ○ Uniquement si le patient n'est pas soulagé par les traitements entrepris

* 16. SUR L'EXERCICE D'UNE ANNÉE, COMBIEN DE PATIENTS PRÉSENTANT UN TABLEAU ÉVOCATEUR DE CONJONCTIVITE, ADRESSEZ-VOUS A UN OPHTALMOLOGISTE :

- ○ Aucun
- ○ 1 à 3
- ○ 4 à 6
- ○ 6 à 9
- ○ 10 et plus

Merci de Cliquer sur « Terminé » **ci-dessous pour enregistrer vos réponses**

RESUME

Les effectifs d'ophtalmologistes baissent et risquent d'augmenter les consultations pour conjonctivite aigüe en médecine générale. Le diagnostic étiologique de la conjonctivite est complexe à cause de similitudes cliniques. Pour lutter contre l'antibiorésistance, l'AFSSAPS a donné un cadre de prise en charge à la conjonctivite bactérienne. Cependant, il n'existe pas de schéma standardisé de prise en charge pour les conjonctivites virales et allergiques. La prophylaxie ciblée des conjonctivites à la naissance nécessite une vigilance accrue chez le nouveau-né. Afin d'identifier les pratiques des médecins généralistes devant une conjonctivite aigüe, nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive quantitative d'octobre 2016 à janvier 2017. 122 médecins ont répondu à notre questionnaire. Aucun critère clinique ne semblait caractériser la conjonctivite virale, alors qu'une association erronée du ganglion prétragien à l'étiologie bactérienne était retrouvée. Le diagnostic de conjonctivite allergique était le plus aisé et une majorité des médecins a prescrit une association d'antiallergique topique et per os non nécessaire. La thérapeutique de la conjonctivite virale est apparue conforme aux recommandations même si les collyres antiseptiques ont constitué une alternative thérapeutique inutile. La prescription de topiques antibiotiques devant une conjonctivite bactérienne a été, à tort, quasi systématique, et les situations à risque nécessitant ces collyres antibiotiques, ne semblaient pas être assimilées par les praticiens. La tobramycine s'imposait nettement comme l'antibiotique le plus prescrit dans notre échantillon, devant l'azithromycine pourtant plus pertinente. Les règles d'hygiène, primordiales, ont bien été indiquées par les médecins. Ils ont orienté peu de conjonctivites allergiques vers l'allergologue et peu de nouveau-nés vers l'ophtalmologiste. L'amélioration des pratiques pourrait passer par des soins spécialisés plus accessibles, la meilleure intégration de la spécialité ophtalmologique dans le cursus du médecin, la définition de démarches diagnostiques et thérapeutiques précises adaptées aux soins de premier recours et l'amélioration de leur diffusion.

Mots-clés : Conjonctivite, diagnostic, prise en charge, médecine générale, déclaratif.

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.