

CONJONCTIVITES BACTÉRIENNES DES ENFANTS

Un collyre antibiotique seulement pour les échecs du lavage oculaire

Résumé

● Les conjonctivites aiguës infectieuses des enfants sont souvent d'origine bactérienne.

● Quel est l'intérêt d'un antibiotique local systématique lors d'une conjonctivite chez les enfants ? Une synthèse méthodique et deux essais récents en soins primaires ont été recensés.

● Selon les résultats de plusieurs essais, et plus particulièrement d'un essai réalisé en soins de premier recours chez des enfants (nouveau-nés exclus) ayant une conjonctivite non-complicquée, environ 50 % d'entre eux guérissent sans antibiothérapie en 4 jours. L'antibiothérapie semble hâter la guérison de moins d'une demi-journée.

● Un essai a comparé, chez des enfants d'au moins un an et des adultes, un collyre antibiotique immédiat, versus un collyre antibiotique en cas de symptomatologie persistant au 3^e jour, versus l'absence de traitement antibiotique. L'antibiothérapie immédiate a hâté la guérison d'un peu plus d'une demi-journée, par comparaison au traitement différé.

● En pratique, retarder le traitement antibiotique local éventuel en fonction de l'évolution clinique semble une attitude raisonnable et sans risque important chez la plupart des enfants.

Rev Prescrire 2006 ; 26 (277) : 771-772.

Une conjonctivite est une inflammation douloureuse de la conjonctive de l'œil, caractérisée par une rougeur et un larmoiement plus ou moins abondant (1,2). Les conjonctivites représentent 1 % à 2 % des consultations de soins de premier recours dans les pays riches. Les causes sont le plus souvent infectieuses ou allergiques (3,4).

térienne ou de cellulite périorbitaire conduit à l'utilisation d'une antibiothérapie locale.

Quel est l'intérêt d'un antibiotique local systématique lors d'une conjonctivite aiguë supposée d'origine bactérienne chez un enfant ?

Un enfant sur deux guérit sans traitement dès le 4^e jour

Une synthèse méthodique du réseau Cochrane apporte des éléments de réponse intéressants. Cinq essais antibiotique local versus collyre placebo, au total chez 1 034 patients de tous âges, ont été regroupés dans cette synthèse (1,8). Dans 3 de ces essais, les patients avaient consulté un ophtalmologiste pour une conjonctivite aiguë d'allure bactérienne évoluant depuis moins de 4 semaines ; les 2 autres ont été réalisés en soins primaires. Les antibiotiques locaux ont été associés à plus de guérison ou de nette amélioration clinique : 65 % des patients étaient considérés comme guéris ou nettement améliorés dans les groupes placebo au bout de 2 à 5 jours, versus 79 % dans les groupes collyre antibiotique, différence statistiquement significative. Aucune complication n'a été observée, quel que soit le traitement reçu (1,8).

Un essai comparatif randomisé a été réalisé en soins de premier recours chez des enfants au Royaume-Uni chez 326 enfants âgés de 6 mois à 12 ans ayant une conjonctivite aiguë, pendant la période hivernale (afin de minimiser le risque de confusion ►►

Chez les enfants, une bactérie est isolée dans environ 50 % à 80 % des cas de conjonctivite : le plus souvent *Haemophilus influenzae*, puis *Streptococcus pneumoniae*, et plus rarement *Moraxella catarrhalis* (a) (2,4,5,6).

Le diagnostic de conjonctivite est simple, mais il est plus difficile en pratique de faire une différence clinique entre conjonctivite bactérienne et conjonctivite virale (3,4). L'aspect congestif particulièrement important, associé à une absence de prurit, un larmoiement faible mais d'aspect purulent, sont plutôt évocateurs d'une conjonctivite bactérienne (7). La crainte d'une complication de kératite bac-

a- Nous n'abordons pas dans cette synthèse les conjonctivites des nouveau-nés dues au gonocoque ou à *Chlamydia trachomatis*.

► diagnostique avec une conjonctivite allergique) (b,c)(4).

L'essai a comparé en double aveugle un collyre contenant du *chloramphénicol* (groupe intervention) versus un collyre placebo avec un excipient à base d'acide borique à 1,5 % et de borax à 0,3 % (groupe placebo) (d,e)(4).

Le critère principal de jugement a été le taux de guérison clinique à 7 jours (absence de douleur, de rougeur, et d'écoulement).

Sous placebo, environ 15 % des enfants ont été considérés guéris au deuxième jour, 50 % au quatrième jour, et 75 % au sixième jour.

Au 7^e jour, 79 % des enfants du groupe placebo ont été considérés comme guéris, versus 86 % du groupe antibiotique (absence de différence statistiquement significative : l'intervalle de confiance à 95 % allant d'une différence absolue de 16 % en faveur de l'antibiothérapie à 1 % en faveur du placebo). La guérison des enfants sous antibiotique est survenue en moyenne 0,3 jour avant celle des enfants sous placebo.

Rares rechutes et complications.

Comme cela a été observé dans les essais analysés dans la synthèse Cochrane, les rechutes ont été rares dans l'essai en soins primaires, moins de 5 %, sans différence entre les 2 groupes (4).

2 % des enfants de chaque groupe ont eu un événement indésirable ; 1 enfant a eu un œdème des paupières et du visage sous *chloramphénicol*.

Dans cet essai, comme dans les autres essais versus placebo déjà cités, aucune complication sérieuse à type de kératite ou de cellulite périorbitaire n'est survenue (4,8).

Retarder le traitement antibiotique en fonction de la clinique

Un essai comparatif randomisé, publié après la synthèse Cochrane, a été réalisé en soins de premier recours au Royaume-Uni chez 307 enfants âgés d'au moins 1 an et adultes ayant une conjonctivite infectieuse (9). Il a comparé 3 stratégies : collyre antibiotique (*chloramphénicol*) immédiat, collyre antibiotique différé (au 3^e jour selon l'évolution clinique, jugée par le patient ou son entourage), pas d'antibiotique (groupe témoin). 99 % des

patients du groupe immédiat ont effectivement reçu l'antibiotique, 53 % du groupe différé et 30 % du groupe témoin ont également reçu un collyre antibiotique. La durée moyenne des symptômes modérés a été de 3,3 jours avec le traitement immédiat, 3,9 jours avec le traitement différé, 4,8 jours chez les témoins (différences statistiquement significatives pour toutes les comparaisons).

Une complication de cellulite périorbitaire a été rapportée, sous *chloramphénicol*. Les récurrences ont été les moins nombreuses parmi les patients du traitement différé.

En pratique : le lavage, mais pas d'antibiotique systématique

L'évolution naturelle des conjonctivites bactériennes est rassurante chez les enfants de plus de 6 mois. La plupart guérissent spontanément sans complication ni rechute. L'ajout d'un antibiotique semble hâter la guérison de quelques heures seulement en moyenne.

Retarder le traitement antibiotique en fonction de l'évolution clinique a l'avantage d'exposer moins d'enfants aux antibiotiques.

Proposer un lavage simple durant les 3 à 4 premiers jours, et n'instaurer une antibiothérapie que pour les enfants qui restent symptomatiques, a pour conséquence de réduire de moitié le nombre de traitements antibiotiques, sans préjudice notable pour le patient.

Cette stratégie a été testée avec succès dans un essai comparatif randomisé. Elle mérite d'être connue et appliquée souvent chez les enfants, et probablement aussi chez les adultes. Cependant, ces conseils ne s'appliquent pas aux patients immunodéprimés ni à ceux ayant des signes d'infection compliquée, ni aux nouveau-nés : chez eux, la prudence incite à ne pas retarder l'antibiothérapie locale.

Synthèse élaborée collectivement par la Rédaction, sans aucun conflit d'intérêts ©La revue Prescrire

b- Les enfants ont été exclus s'ils étaient immunodéprimés, ou sous antibiotique par voie générale, ou allergiques au chloramphénicol, ou s'ils avaient des signes d'infection compliquée telle une cellulite périorbitaire (réf. 4).

c- Un germe a été identifié chez 80 % des enfants. 67 % des enfants avaient au moins un type de bactérie, 3 % un type de virus, et 10 % bactérie et virus (réf. 4).

d- Le chloramphénicol garde son efficacité sur les bactéries les plus fréquemment rencontrées dans les conjonctivites bactériennes, *Haemophilus influenzae* et *Streptococcus pneumoniae* par exemple. Selon un ouvrage de référence, il reste le traitement local de choix (réf. 5).

e- L'acide borique possède de faibles propriétés bactériostatiques (réf. 10). En France, cette substance est utilisée en association avec le borax dans des solutions pour lavage ophtalmique (*Dacryosérum*®, *Dacudoses*®), et comme excipient de certains collyres (*Boroclarine*®, *Dacryoboroline*®, *Ophthalmine*®, *Sophtal*®), selon les RCP version dictionnaire Vidal 2006.

Recherche documentaire

Notre recherche documentaire a reposé sur le suivi prospectif et continu des sommaires des principales revues internationales, des **Current Contents-Clinical Medicine** et des **bulletins de l'International Society of Drug Bulletins (ISDB)** mis en œuvre au sein du **Centre de documentation Prescrire**. Nous avons, par ailleurs, interrogé les bases de données **BML, Embase/Excerpta Medica Drugs and Pharmacology (1991, 3^e quarter 2006), IREB, Infobanque AMC, Nelhgf, NGC, Medline (1995-August week 3, 2006), Reactions (1983-July 2006), The Cochrane Library (CSDR, DARE, HTA ; 2006, issue 3)**, ainsi que les sites internet des organismes suivants : **AHRQ, HAS, DIFEX, NICE, NIH, SIGN, Uspstf** pour la dernière fois le 28 août 2006.

1- Prescrire Rédaction "Traitement des conjonctivites aiguës d'allure bactérienne" *Rev Prescrire* 2000 ; **20** (206) : 377-378.

2- Epling J et Smucny J "Bacterial conjunctivitis" *Clin Evid* 2006 ; **15** : 895-899.

3- Rietveld RP et coll. "Predicting bacterial cause in infectious conjunctivitis : cohort study on informativeness of combinations of signs and symptoms" *BMJ* 2004 ; **329** : 206-208.

4- Rose PW et coll. "Chloramphenicol treatment for acute infective conjunctivitis in children in primary care : a randomised double-blind placebo-controlled trial" *Lancet* 2005 ; **366** : 37-43.

5- "Eye infections". In "Martindale The complete drug reference" 34^e ed., The Pharmaceutical Press, London 2005 : 127.

6- Buznach N et coll. "Clinical and bacterial characteristics of acute bacterial conjunctivitis in children in the antibiotic resistance era" *Pediatr Infect Dis J* 2005 ; **24** (9) : 823-828.

7- Prescrire Rédaction "Œil rouge : avant tout, poser un diagnostic" *Rev Prescrire* 1992 ; **12** (121) : 421-427.

8- Sheikh A et coll. "Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis" (Cochrane review). In : "The Cochrane Library" John Wiley and Sons, Chichester 2006, issue 3 : 12 pages.

9- Everitt HA et coll. "A randomised controlled trial of management strategies for acute infective conjunctivitis in general practice" *BMJ* 2006 ; **333** : 321-324.

10- "Boric acid". In "Martindale The complete drug reference" 34^e ed., The Pharmaceutical Press, London 2005 : 1662.

DCI	France	Belgique	Suisse
<i>chloramphénicol</i> collyre	CEBENICOL®	CHLORAMPHENICOL ERFA® ou autre	SEPTICOL® (pommade)