J Fr. Ophtalmol., 2006; 29, 8, 883-888
© 2006. Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ARTICLE ORIGINAL

Kératites bactériennes sévères : étude rétrospective clinique et microbiologique

J. Kerautret, L. Raobela, J. Colin

Service d'Ophtalmologie, Groupe Hospitalier Pellegrin, Bordeaux.
Correspondance : J. Kerautret, Service d'Ophtalmologie, Groupe Hospitalier Pellegrin, place Amélie Raba-Léon, 33076 Bordeaux CEDEX, France.
E-mail : julien.kerautret@chu-bordeaux.fr
Reçu le 17 mai 2005. Accepté le 2 juin 2006.

Serious bacterial keratitis: a retrospective clinical and microbiological study

J. Kerautret, L. Raobela, J. Colin

J. Fr. Ophtalmol., 2006; 29, 8: 883-888

Aim: To define clinical and microbiological characteristics of patients with bacterial keratitis hospitalized in the Bordeaux University Hospital Department of Ophthalmology.

Methods: A retrospective study of patients presenting serious bacterial keratitis was conducted over 32 months. Clinical features (age, risk factors, description, and visual acuity), progression, and bacteriological characteristics were statistically analyzed.

Results: Seventy-three patients were hospitalized from January 2000 to August 2003. The mean age was 43.6 years old. The mean delay for referral was 6 days. Risk factors were noted in 93.1% of cases: contact lens wear (50% of risk factors); keratopathy (25%); corneal trauma (8.8%); general disease (8.8%); and corneal surgery (7.3%). Bacteriological cultures of corneal smears isolated an organism in 57.7% of cases. *Pseudomonas aeruginosa* (29.2%) and coagulase-negative *Staphylococcus* (22.9%) were the most frequent species. Gram-negative bacilli and Gram-positive cocci were also present. Gram-negative bacilli were largely dominant when associated with contact lenses (59.3% of bacteria in contact lens-related keratitis). Visual outcome was significantly correlated with anterior chamber inflammation and initial poor visual acuity.

Discussion: In this study, Gram-negative bacilli keratitis appeared to be clearly dominant in cases of contact lens wear. This fact is complementary to the increase in Gram-positive cocci in developed countries, even with contact lens wear.

Key-words: Bacterial keratitis, infectious keratitis, contact lens wear, Pseudomonas aeruginosa, risk factor, microbiological profile.

Kératites bactériennes sévères : étude rétrospective clinique et microbiologique

But : Définir les aspects cliniques et microbiologiques des abcès cornéens pris en charge dans le service d'Ophtalmologie du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective des patients hospitalisés au CHU de Bordeaux entre le mois de janvier 2000 et le mois d'août 2003 pour une kératite bactérienne sévère. Les caractéristiques cliniques (âge, facteurs de risque, acuité visuelle), évolutives et microbiologiques ont été soumises à une analyse statistique.

Résultats : Soixante-treize patients ont présenté une kératite bactérienne sévère entre janvier 2000 et août 2003. L'âge moyen était de 44 ans. Le délai moyen de consultation était de 6 jours. Un facteur de risque a été identifié dans 93,1 % des cas. Les plus fréquents ont été les suivants : le port de lentilles de contact (50 %), une kératopathie chronique (25 %), un traumatisme cornéen (8,8 %), une immunodépression générale (8,8 %), une chirurgie cornéenne (7,3 %). Le prélèvement cornéen a permis d'isoler une bactérie dans 57,7 % des cas. *Pseudomonas aeruginosa* (29,2 % des bactéries) et *Staphylococcus* coagulase négatif (22,9 %) ont été les espèces les plus fréquemment rencontrées. Les bacilles Gram négatif et les cocci Gram positifs étaient représentés de façon égale. Lors du port de lentilles de contact, les bacilles Gram négatif étaient largement prédominants (59,3 % des bactéries sous lentilles). L'évolution défavorable était statistiquement déterminée par l'importance de la réaction inflammatoire de la chambre antérieure et par l'acuité visuelle initiale.

Conclusion : Dans cette étude, les bacilles Gram négatif, espèces plus virulentes, étaient largement incriminés en cas de kératite sévère sous lentille de contact. Ce résultat apparaît complémentairement à la recrudescence générale des abcès dus aux cocci Gram positifs.

Mots-clés : Kératite bactérienne, kératite infectieuse, lentille de contact, Pseudomonas aeruginosa, facteur de risque, profil microbiologique.

INTRODUCTION

Les kératites bactériennes sont une cause importante de morbidité oculaire. Ces infections menacent gravement la vision alors même qu'un traitement bien conduit est rapidement instauré. La perforation cornéenne et l'endophtalmie représentent les complications les plus tragiques, et l'acuité visuelle est souvent notablement diminuée par une opacité cornéenne dans l'axe.

Les caractéristiques épidémiologiques et microbiologiques des kératites bactériennes sont extrêmement variables géographiquement. L'incidence varie par exemple de 11 pour 100 000 personnes par an aux États-Unis, jusqu'à 799 pour 100 000 personnes par an au Népal [1, 2]. Les facteurs de risque de ces infections sont les traumatismes oculaires dans les pays en voie de développement et le port de lentilles souples hydrophiles dans les pays industrialisés. Au sud de l'Inde, 65,4 % des abcès cornéens sont d'origine traumatique. Aux États-Unis, 52 % étaient liés au port de lentilles de contact dans les années 80. L'avènement des lentilles de contact souples hydrophiles à renouvellement traditionnel ou à renouvellement fréquent a induit dès la fin des années 70 une recrudescence majeure de kératites bactériennes [1, 3]. Depuis le début des années 90, on constate une diminution de cette tendance, attribuée à l'efficacité des fluoroquinolones topiques mises à la disposition des ophtalmologistes (ofloxacine et ciprofloxacine) [4-6]. Parmi les différentes bactéries res-

ponsables de ces infections, *Staphylococcus* est le genre le plus souvent incriminé.

Les objectifs de cette étude sont de définir les caractéristiques épidémiologiques, bactériologiques et évolutives des kératites bactériennes prises en charge dans le service d'Ophtalmologie du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons étudié rétrospectivement les dossiers des patients hospitalisés pour un diagnostic de kératite bactérienne au CHU de Bordeaux entre janvier 2000 et août 2003.

Les critères d'hospitalisation d'un patient ayant un abcès cornéen étaient une monophtalmie, un âge inférieur à 15 ans, un état d'immunodépression, un antécédent de chirurgie cornéenne, un infiltrat cornéen supérieur à 2 mm (selon son plus grand diamètre), une localisation centrale de la lésion, une inflammation intra-oculaire, une endophtalmie, une sclérite associée, une préperforation et *a fortiori* une perforation. Les critères d'inclusion étaient l'existence d'une ulcération cornéenne accompagnée d'un infiltrat stromal dont l'origine bactérienne était prouvée par analyse microbiologique d'un prélèvement cornéen ou par amélioration franche sous traitement antibiotique. Tous les patients ayant une suspicion de kératite virale active, fongique ou amibienne ont été exclus de l'étude.

Les paramètres étudiés ont été la date de naissance, l'âge, le sexe, les antécédents ophtalmologiques et généraux, la date d'admission, le délai de consultation, le traitement préalablement administré (topique ou général), le traitement habituel, les facteurs d'exposition identifiables (synonymes de facteurs prédisposant ou de facteurs de risque), l'acuité visuelle, l'examen biomicroscopique, les résultats microbiologiques des prélèvements cornéens effectués ainsi que des prélèvements de liquide de conservation des lentilles de contact, le traitement instauré dans le service, l'évolution.

Nous avons également recherché les facteurs d'exposition : le port de lentille de contact, la notion de traumatisme cornéen, l'existence d'une maladie de surface oculaire (syndrome sec) et d'une maladie palpébrale (blépharite), l'existence d'une pathologie cornéenne sous-jacente (kératopathie bulleuse, dystrophie cornéenne, kératite neurotrophique, kératoconjonctivite allergique, syndrome de Stevens-Johnson, pemphigoïde oculaire cicatricielle, rosacée, trachome, kératomalacie), une chirurgie oculaire antérieure notamment cornéenne (chirurgie réfractive, greffe de cornée), une maladie ophtalmologique extra-cornéenne et une maladie immunodépressive. En cas de prescription de lentille thérapeutique, nous avons considéré comme facteur d'exposition, la pathologie cornéenne sous-jacente. Le traitement habituel de chaque patient a été pris en considération, qu'il soit d'ordre ophtalmologique ou d'ordre général. De même, tout traitement préalable de la kératite, prescrit par un ophtalmologiste, par un médecin généraliste ou auto-administré a été relevé.

Nous avons également pris en compte les caractères cliniques suivant : la taille de la lésion selon ses deux plus grands diamètres, la localisation (centrale, paracentrale, périphérique), la profondeur de l'infiltrat (inférieure à 1/3 de l'épaisseur cornéenne, entre 1/3 et 2/3, au-delà), l'existence d'une inflammation endoculaire évaluée par effet Tyndall de 1 à 4. L'acuité visuelle a été évaluée par l'échelle de Snellen.

Pour chaque abcès, un grattage cornéen a été réalisé. Le prélèvement est effectué par débridement mécanique profond des berges et de la base de l'ulcère après instillation d'une goutte d'oxybuprocaïne. Un étalement sur lame de microscope est adressé au laboratoire pour examen direct avec coloration de Gram et de May-Grünwald-Giemsa. Après transport en milieu Portagerm®, le prélèvement est ensemencé sur milieux de culture : gélose chocolat Polyvitex®, gélose sang, bouillon cœur cervelle. Toute kératite suspecte d'infection à germe atypique notamment à mycobactérie est ensemencée sur milieu de Lowenstein-Jensen. Les lentilles de contact ou le liquide de conservation sont analysés en milieu pourpe bromo cresol, gélose sang et gélose chocolat Polyvitex®. Une biopsie cornéenne est réalisée en seconde intention devant l'absence de résultat microbiologique du prélèvement et l'inefficacité d'un traitement antibiotique à large spectre. Une fenêtre thérapeutique avec arrêt de tout traitement à visée anti-infectieuse pendant 48 heures est respectée avant chaque nouveau prélèvement bactérien. Les biopsies cornéennes sont réalisées au bloc opératoire, au couteau type Crescent®, sur la zone abcédée, en passant en cornée saine, en dehors de l'axe optique, après instillation d'anesthésique topique. La profondeur de découpe est comprise entre 0,2 et 0,3 mm. Le prélèvement est examiné directement après coloration de May Grünwald Giemsa, de Gram, PAS (periodic acid schift) et de Ziehl. L'échantillon cornéen est ensemencé sur milieux de culture : gélose chocolat (Polyvitex®), milieux de Sabouraud avec antibiotique sans inhibiteur et agar pauvre à 0,2 % en présence d'*Escherichia coli*.

Les liens statistiques possibles entre deux variables ont été évalués par test du Khi-2 sur le logiciel Microsoft Excel®. Un lien entre deux variables s'établissant pour une valeur $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Nous avons dénombré 73 cas de kératites bactériennes sur une durée de 32 mois. Le sex-ratio était de 1,28 (41 femmes pour 32 hommes). L'âge moyen était de 43,6 ans, allant de 9 ans jusqu'à 93 ans. Chaque pa-

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/4025142

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/4025142

Daneshyari.com