

Santé Oculaire Communautaire



Un agent bénévole de santé communautaire applique de la fluorescéine pour détecter les érosions de cornée. **NÉPAL**

JESSICA KIM

Kératite microbienne et santé oculaire communautaire

Saisir les opportunités de prévention

Des mesures simples, mises en œuvre par des agents de santé primaire, se sont avérées efficaces pour prévenir la kératite microbienne dans les communautés les plus touchées par cette cause importante de cécité.



Kieran S O'Brien
Coordinatrice de recherche



Jeremy D Keenan
Professeur adjoint



Thomas M Lietman
Directeur et Professeur

Francis I Proctor Foundation and Department of Ophthalmology, University of California, San Francisco, États-Unis.



John P Whitcher
Professeur émérite

La kératite microbienne est une infection de la cornée. Les opacités cornéennes, qui sont souvent dues à des kératites microbiennes, figurent parmi les cinq premières causes de cécité dans le monde. La kératite microbienne affecte de façon disproportionnée les personnes vivant dans les pays à faible ou moyen revenu. Des études ont montré que l'incidence de la kératite microbienne dans des pays comme le Népal et l'Inde peut être jusqu'à dix fois plus élevée qu'aux États-Unis.

La cause la plus fréquente de kératite microbienne est une infection faisant suite à une érosion de la cornée.

La charge de morbidité imputable à la cécité cornéenne est particulièrement importante dans les communautés rurales agricoles des pays à faible ou moyen revenu. Celles-ci sont plus exposées au risque de lésion cornéenne résultant de travaux agricoles, manuels ou domestiques, et pouvant entraîner une infection de la cornée par contact avec des objets contaminés. Comparée aux autres causes de cécité (par exemple, la cataracte), qui touchent généralement les personnes plus âgées, la kératite microbienne tend à affecter les personnes plus jeunes dans les meilleures années de leur vie active.

Suite à la page 2 ➤



À propos de ce numéro

Ce numéro est consacré à la kératite microbienne, une ulcération de cornée causée par des microorganismes qui est l'une des causes principales de cécité cornéenne unilatérale (et parfois bilatérale), particulièrement en milieu pauvre rural. Ce numéro vise à promouvoir les bonnes pratiques en matière de prévention, diagnostic et traitement de la kératite microbienne. Il contient

également des articles pratiques sur les frottis de cornée à but diagnostique, sur les indications et la réalisation d'une tarsorrhaphie, ainsi que des articles sur la communication avec les patients.

Sommaire

- 1 Saisir les opportunités de prévention**
KS O'Brien, JD Keenan, TM Lietman et JP Whitcher
- 4 Diagnostic et prise en charge de la kératite microbienne**
MP Upadhyay, M Srinivasan et JP Whitcher
- 8 Différenciation des kératites fongiques et bactériennes sur la base du tableau clinique**
A Leck et M Burton
- 10 Frottis de cornée et diagnostic**
A Leck
- 13 Réalisation d'une tarsorrhaphie**
S Rajak, D Selva et J Rajak
- 16 Communiquer avec les patients présentant un traumatisme oculaire**
H Roberts et D Patel
- 18 CATARACTE : Évaluation du résultat de la chirurgie de la cataracte : le point de vue des patients**
R Lindfield
- 20 ÉQUIPEMENT : Comprendre et entretenir un microscope opératoire**
I Cordero
- 22 Questions-réponses sur la kératite microbienne**
- 23 Questions sur une image**
- 23 Annonces & Ressources**
- 24 MESSAGES-CLÉS de santé oculaire communautaire dans ce numéro**

Dans les communautés rurales des pays à faible ou moyen revenu, de nombreux obstacles entravent l'accès à une prise en charge appropriée de la kératite microbienne. Les personnes attendent souvent longtemps avant de consulter et ont fréquemment recours à des tradipraticiens, ce qui augmente le risque de perforation et d'autres complications pouvant entraîner une perte visuelle. Pour les patients présentant un ulcère de cornée, les résultats risquent d'être moins bons en raison de l'absence d'options thérapeutiques efficaces et également en raison de l'incapacité des patients à assumer le coût des médicaments lorsqu'un traitement s'avère disponible. Les perspectives de réhabilitation par intervention chirurgicale sont également limitées en raison de la faible disponibilité de greffons cornéens.

Même en cas d'accès à des soins médicaux appropriés, les cicatrices cornéennes résultant du processus de guérison entraînent souvent une déficience visuelle, en dépit du succès du traitement antimicrobien. Les essais cliniques comparant les différents traitements antimicrobiens de la kératite microbienne n'ont généralement pas mis en évidence de différences au niveau de l'acuité visuelle après traitement. La seule exception est que l'on a prouvé que la natamycine était plus efficace que le voriconazole dans le traitement des ulcères fongiques. Les essais cliniques testant les traitements adjuvants de type corticostéroïdes locaux pour réduire les cicatrices n'ont généralement pas réussi à démontrer de différence significative au niveau du résultat visuel en cas de kératite bactérienne.

Étant donné les limitations associées aux options thérapeutiques disponibles, la prévention secondaire (c'est-à-dire la prévention de la déficience visuelle chez les personnes présentant une lésion ou infection cornéenne) pourrait être la meilleure solution pour réduire la perte visuelle liée à la kératite microbienne.

Une série d'études menées en Asie du Sud-Est semble indiquer que l'application d'une pommade antimicrobienne peu de temps après la survenue de l'éraflure cornéenne pourrait considérablement réduire l'incidence de la kératite microbienne. L'étude « Bhaktapur Eye Study », menée au Népal, fut la première à démontrer les résultats prometteurs de programmes communautaires de prévention de la kératite microbienne. Dans cette étude, des agents de santé oculaire primaire issus de la communauté ont été formés à diagnostiquer des érosions de cornée avec des bandelettes de fluorescéine et une lampe torche à lumière bleue. Ils administraient ensuite du chloramphénicol par voie locale aux patients présentant une perte de

Revue de
**Santé Oculaire
Communautaire**
VOLUME 13 • NUMÉRO 16 • 2016



Rédactrice en chef de l'édition anglaise

Elmien Wolvaardt Ellison

Rédactrice consultante pour l'édition française

Dr Paddy Ricard

Comité de rédaction

Dr Nick Astbury
Professeur Allen Foster
Professeur Clare Gilbert
Dr Ian Murdoch
Dr GVS Murthy
Dr Daksha Patel
Dr Richard Wormald
Dr David Yorston

Conseillers

Catherine Cross
(Infrastructure et Technologie)

Pak Sang Lee
(Équipement)
Dianne Pickering
(Soins oculaires)

Conseillers pour ce numéro

Dr Matthew Burton
Professeur Allen Foster

Conseillers pour l'édition française

Dr Daniel Etya'ale
Dr Pierre Huguet
Dr Joseph Oye
Dr Serge Resnikoff
Marcia Zondervan

Assistante de rédaction Anita Shah

Maquette Lance Bellers

Impression Newman Thomson

Publication en ligne Sally Parsley

Correspondance et inscriptions pour les francophones

Revue de Santé Oculaire Communautaire, International Centre for Eye Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London WC1E 7HT, Royaume-Uni.
Courriel : Anita.Shah@Lshhtm.ac.uk

La *Revue de Santé Oculaire Communautaire* est publiée deux fois par an et **envoyée gratuitement aux abonnés des pays en développement**. Merci de bien vouloir faire parvenir votre nom, votre profession, votre adresse postale, votre numéro de téléphone et votre courriel à la *Revue de Santé Oculaire Communautaire*, à l'adresse ci-dessus.



La taie cornéenne résultant de la cicatrisation peut entraîner une déficience visuelle

substance de l'épithélium cornéen. Cette étude a montré que, parmi les patients dont l'érosion de cornée a été prise en charge, seulement 4 % ont développé un ulcère cornéen et qu'un ulcère de cornée ne se développait que lorsque le traitement antibiotique avait été mis en œuvre plus de 18 heures après la survenue de la lésion oculaire. Une étude semblable, menée au Bhoutan, a corroboré ces résultats et semble indiquer qu'un programme de prévention de la kératite microbienne peut être efficace même dans des régions rurales isolées. Au Myanmar, après la mise en œuvre d'un programme impliquant les agents de santé oculaire villageois, on a observé de faibles taux d'ulcères bactériens et fongiques, bien inférieurs aux estimations précédentes. Un essai aléatoire réalisé en Inde du Sud parmi des patients présentant une érosion de cornée a montré un faible taux d'ulcère cornéen parmi les personnes ayant reçu un traitement antibiotique, semblable au taux observé chez les patients ayant reçu à la fois un traitement antibiotique et un traitement antifongique ; ceci suggère qu'une prophylaxie antibiotique peut à elle seule prévenir à la fois les infections bactériennes et les infections fongiques.

Ces études démontrent qu'il est possible de former des agents de santé villageois à diagnostiquer les érosions de cornée et à administrer un traitement prophylactique et que cette simple intervention peut être efficace. Ces études indiquent également que les outils énumérés ci-après

peuvent permettre d'identifier et de prévenir la kératite microbienne :

- 1 **Fluorescéine.** L'application de fluorescéine, sous forme de solution ou de bandelettes stériles, permet de colorer les érosions et pertes de substance de l'épithélium cornéen.
- 2 **Lampe torche à lumière bleue.** Sous un éclairage bleu, une érosion de cornée apparaît en vert après coloration à la fluorescéine.
- 3 **Loupes binoculaires.** Celles-ci peuvent aider à identifier la présence d'une érosion de cornée.
- 4 **Prophylaxie.** Lorsqu'une érosion de cornée a été identifiée, il faut appliquer une pommade antibiotique et une pommade antifongique trois fois par jour pendant trois jours, afin de prévenir l'infection.
- 5 **Éducation.** Les campagnes d'éducation sanitaire informent les membres de la communauté locale sur la kératite microbienne et les encouragent à consulter en cas de lésion oculaire.

En dépit du recul des maladies infectieuses oculaires, la kératite microbienne demeure une cause importante de perte visuelle dans le monde. S'il est indispensable de continuer à explorer les modalités de traitement des ulcères de cornée, nous devons également axer nos efforts sur les opportunités de prévention. Dans les pays à faible ou moyen revenu, la prévention de la kératite microbienne s'avère une intervention prometteuse dans la lutte contre la cécité cornéenne. Un essai aléatoire à grande échelle au niveau communautaire est actuellement en cours au Népal (« Village Integrated Eye Worker trial », NIH-NEI U10EY022880) et étudie la prévention des ulcères de cornée par des agents de santé villageois formés à cet effet. Une autre étude similaire, en Inde du Sud, étudie plus avant l'effet de programmes d'éducation sur l'ulcère de cornée.

À l'avenir, en augmentant la sensibilisation et la mise en œuvre de stratégies préventives, il devrait être possible de réduire la charge de morbidité de la cécité cornéenne dans le monde.

Références

- 1 Whitcher JP et al. Corneal ulceration in the developing world – a silent epidemic. *Br J Ophthalmol.* 1997;81(8):622–3.
- 2 Upadhyay MP et al. The Bhaktapur eye study: ocular trauma and antibiotic prophylaxis for the prevention of corneal ulceration in Nepal. *Br J Ophthalmol.* 2001;85(4):388–392.
- 3 Srinivasan M et al. Corneal ulceration in south-east Asia III: prevention of fungal keratitis at the village level in south India using topical antibiotics. *Br J Ophthalmol.* 2006;90(12):1472–1475.

Site Internet

Les anciens numéros de la Revue sont disponibles sur le site :

www.revuesoc.com

Le contenu peut être téléchargé sous format HTML ou sous format PDF.

Copyright

Cette revue est publiée par le International Centre for Eye Health, à la London School of Hygiene and Tropical Hygiene, au Royaume-Uni.

Sauf indication contraire, les droits d'auteur des articles sont partagés entre les auteurs cités et *Community Eye Health Journal*. Les illustrateurs et photographes conservent les droits d'auteurs de chaque image ou illustration publiée dans la *Revue de Santé Oculaire Communautaire* et le *Community Eye Health Journal*.

Sauf indication contraire, le contenu de la présente revue est placé sous contrat de licence Creative Commons Attribution-Non commercial (CC BY-ND), qui autorise sans restrictions son utilisation, sa

distribution et sa reproduction sur quelque support que ce soit à des fins non commerciales, à condition de citer les détenteurs des droits d'auteurs.

ISSN 1993-7210

Avis de non-responsabilité

Les auteurs sont seuls responsables de leurs articles et le contenu ne reflète pas nécessairement les opinions de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Même si toutes les précautions ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu de cette revue, la London School of Hygiene and Tropical Medicine ne peut se porter garante de l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

La mention des produits de certaines compagnies ou certains fabricants n'implique pas que ceux-ci soient agréés par la London School of Hygiene and Tropical Medicine ou que celle-ci recommande leur utilisation plutôt que celle d'autres produits de même nature qui ne sont pas cités dans cette revue.

La Revue est soutenue par :

