

LE ZONA OPHTALMIQUE

OPHTHALMIC HERPES ZOSTER

M. MSEDDE¹, D. SELLAMI², A. MASMOUDI¹, B. KAMMOUN²,
TH. MEZIOU², J. FEKI², H. TURKI¹

1- Service de Dermatologie,
2- Service d'ophtalmologie CHU Sfax -TUNISIE -

CORRESPONDANCE :

Docteur MSEDDE Madiha
Service de Dermatologie CHU H.Chaker 3029 Sfax, TUNISIE
Tel : 216 74 24 64 56
Fax : 216 74 24 26 27
Email: madiha.mseddi@laposte.net

Résumé

Le zona ophtalmique est une forme fréquente, surtout chez le sujet âgé. Il est causé par une réactivation du virus varicelle zona. Nous rapportons cette entité à travers une série de 10 cas.

A la phase prodromique, le patient peut présenter un malaise, une douleur et une fièvre une semaine précédant l'apparition de l'éruption cutanée.

Les macules érythémateuses évoluent vers des papules et des vésicules dans le dermatome atteint avec apparition ultérieure de pustules et de croûtes.

Des symptômes oculaires peuvent survenir durant les différentes phases de la maladie avec des complications tardives possibles.

Les lésions cutanées dans le dermatome du nerf nasociliaire peuvent indiquer des complications ophtalmologiques sans relation avec l'âge ni la sévérité de l'atteinte cutanée.

Un traitement antiviral précoce (avant 72 heures après le début des signes cutanés) réduit le pourcentage des anomalies oculaires et de la douleur aiguë.

Mots clés : Zona- Oeil - Douleur

Summary

Ophthalmic herpes zoster is a commonly seen disorder. It develops mainly in elderly people. It is caused by reactivation of the *Varicella zoster virus*. We report this entity through a series of 10 cases.

In the prodromal phase, patients may report malaise, pain and low grade fever up to one week before the skin rash appears.

The erythematous macules progress to form clusters of papules and clear vesicles in the affected dermatome. The rash then evolves through stages of pustulation and crusting

Symptoms affecting the eye may occur during the various phases of ophthalmic zoster with possible late complications.

Rash in the dermatome of the nasociliary nerve may indicate ophthalmic complications, it is not related to age or severity of the skin rash.

Early antiviral treatment (within 72 hours after rash onset) reduces the percentage of eye disorders and the acute pain.

Key words : Zoster – Eye – Pain

INTRODUCTION

Le zona ophtalmique est une forme fréquente, surtout chez le sujet âgé. Les manifestations oculaires sont dominées par les kératites et les uvéites. Elles peuvent compromettre la fonction visuelle et sont responsables de la gravité de cette affection.

Nous essayons d'illustrer les différentes présentations cliniques ainsi que les modalités thérapeutiques et évolutives du zona ophtalmique à travers une série de 10 malades colligés dans le service de dermatologie de Sfax sur une période de 5 ans.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons colligés les dossiers de 10 malades qui étaient suivis en dermatologie pour un zona ophtalmique durant une période de 5 ans (2001- 2005). A partir de chaque dossier, nous avons précisé les données anamnestiques, les signes cliniques, les données de l'examen ophtalmologique systématique, les moyens thérapeutiques et les modalités évolutives.

RESULTATS

Nos malades étaient répartis en 9 hommes et une femme. L'âge variait de 20 à 76 ans avec une moyenne de 60 ans.

Le début était marqué par une douleur locale dans 7 cas associée à une sensation de brûlure locale dans un cas et à un érythème dans 2 cas. L'apparition de vésicules était notée d'emblée dans 3 cas. Des signes généraux à type d'hyperthermie étaient notés dans 2 cas.

Le délai entre le début de la symptomatologie et la consultation variait de 2 à 10 jours avec une moyenne de 5,6 jours.



Figure 1 : Vésicules groupées sur un fond érythémateux

A la phase d'état, une infiltration sous jacente à l'érythème était notée dans 8 cas (fig.1), des vésicules groupées en bouquets étaient constantes (fig.1), des vésicules isolées étaient notées dans 6 cas, leur contenu était louche dans 5 cas, il était clair dans les autres cas. Des ulcérations étaient notées dans 8 cas, elles étaient associées à des croûtes dans 7 cas, à une nécrose dans 5 cas et à des lésions purpuriques dans un cas (fig.2).



Figure 2 : Ulcérations, croûtes et nécrose au cours de l'évolution

L'atteinte du front et de la paupière supérieure était constante, celle du cuir chevelu était notée dans 2 cas, de l'oreille homolatérale dans 2 cas, de la région temporale dans 2 cas, du nez dans 2 cas et du plis nasogénien dans 1 cas. Une extension à toute l'hémiface dans un cas et des lésions vésiculeuses au niveau du thorax étaient notées dans un cas.

Une atteinte de l'état général était notée dans 6 cas, elle était à type d'hyperthermie dans 3 cas et d'asthénie dans 4 cas.

Les signes ophtalmologiques étaient une photophobie dans 2 cas, un larmoiement excessif dans 1 cas, une conjonctivite dans 6 cas et une kératite dans 4 cas. Des adénopathies étaient notées dans 3 cas. Elles étaient sous maxillaires dans 2 cas et sous mentonnières dans un cas.

L'évolution des lésions cutanées était de 10 jours à 3 mois (infection surajoutée). Des cicatrices atrophiques étaient notées dans 5 cas. L'atteinte du côté gauche était dominante (8 cas/10).

Un traitement à base d'aciclovir en intraveineux était prescrit dans 8 cas avec une durée de 5 à 9 jours. Il était associé à l'aciclovir ophtalmique dans 5 cas, des antiseptiques oculaires et des soins locaux cutanés dans tous les cas.

Une infection cutanée surajoutée ayant nécessité l'administration d'une antibiothérapie

antistaphylococcique était notée dans un cas. Une douleur post zostérienne importante justifiait le recours à des antalgiques dans 8 cas, ces derniers étaient associés à des neuroleptiques dans 5 cas.

DISCUSSION

Le zona ophtalmique est une localisation particulière par sa présentation clinique, ses complications oculaires et algiques potentiellement graves. Il forme 10 à 30% des cas de zona avec une incidence annuelle de 0,3% qui passe de 0,26% entre 20 et 29 ans à 1% après 80 ans [1,2]. Chez l'enfant, il est rare et de meilleur pronostic [3]. Un pic d'incidence est noté entre 50 et 70 ans surtout chez le sexe masculin. Les facteurs prédisposant sont surtout l'âge et une pathologie sous-jacente (10%) (Hémopathie, SIDA, lupus, radiothérapie, chimiothérapie, transplantation d'organe, corticothérapie prolongée, néoplasie) [1,2]. Les formes des immunodéprimés sont volontiers graves [4]. Les douleurs post zostériennes sont plus fréquentes après l'âge de 60 ans (30 à 50% à 60 ans et 71 à 75% après 70 ans [1,5], persistant plus de 3 mois dans 30 à 50% des cas et plus d'un an dans 22 à 33%) [2, 4].

L'atteinte de la branche frontale est la plus fréquente [5]. L'atteinte du ganglion géniculé donne éruption de la zone de Ramsay-Hunt, douleur auriculaire, paralysie faciale et lagophtalmie.

A la phase de début, les douleurs unilatérales du dermatome du trijumeau précédent de 3 ou 4 jours l'éruption [1]. Elles sont à type de brûlure, dysesthésie voire en coup de poignard [2,4], avec asthénie, hyperthermie modérée et parfois adénopathie prétragienne ou sous-maxillaire unilatérale [1].

Sur des plaques érythémateuses discrètement infiltrées apparaissent des vésicules isolées ou en bouquet, évoluant vers des ulcérations se recouvrant de croûtes en 10 à 15 jours laissant des cicatrices déprimées [2]. Dans 2 à 20% des cas, des vésicules sont retrouvées en dehors du dermatome intéressé [6]. Le syndrome infectieux est le plus souvent discret, l'adénopathie persiste 10 jours, une réaction méningée biologique est notée dans 50% [2]. Les troubles sensitifs sont à type d'hyperesthésie initiale, puis anesthésie superficielle et profonde. Il existe des formes

graves, hémorragiques ou nécrosantes et des formes généralisées avec parfois encéphalite ou atteinte viscérale. Des poussées successives sont possibles avec coexistence d'éléments d'âge différent.

Le diagnostic positif est parfois difficile (éruption localisée, atypique ou disséminée) [2]. L'éruption peut être absente (*zona sine herpette*) [2] faisant discuter migraine, névralgie du trijumeau, douleur dentaire ou otite.

Les algies post-zostériennes, fréquentes et de physiopathologie discutée, accompagnent l'éruption et peuvent persister bien au-delà [1]. Elles sont estimées minime dans 31%, modérée dans 10% et sévère dans 6% des cas [4].

Les manifestations oculaires, pouvant précéder l'éruption cutanée, sont dominées par les kératites, les uvéites antérieures et les nécroses rétinienne. Elles peuvent compromettre la fonction visuelle et font la gravité de l'affection [2]. Le bilan ophtalmologique précoce avec étude de la sensibilité cornéenne et une surveillance ophtalmologique régulière et rapprochée est souhaitable [3,4].

Les complications sont essentiellement oculaires (50 à 70% des cas). Elles sont indépendantes de l'âge et de la sévérité de l'atteinte cutanée [2]. Il s'agit de lésions palpébrales, des voies lacrymales et cornéennes (inaperçues par hypoesthésie cornéenne dans 40% des cas) [3,4]. Des uvéites antérieures (40% des cas), parfois hypertensive et granulomateuses, sont d'évolution imprévisible parfois émaillée de récidives. Des complications à distance et plus graves à type de chorioretinite en foyers et d'atteinte rétinienne et vasculaires peuvent se voir [2]. Des paralysies oculomotrices précoces (10 à 20%), surtout de la III^e paire, sont régressives [1]. La neuropathie optique aiguë, forme majeure de morbidité, peut être responsable d'une diminution permanente de la vision [7,8].

Le traitement médical précoce (18 à 72 heures) est basé sur la chimiothérapie antivirale (aciclovir, valaciclovir, famciclovir). Il agit sur la réplication virale, réduit la durée et la sévérité du rash cutané et les complications surtout ophtalmologiques, contribue à la réduction de la douleur post zostérienne et

modifie favorablement le pronostic de la maladie surtout chez les sujets âgés [2,7,9,10,11]. Son effet sur la douleur de la phase aiguë est controversé [4].

L'aciclovir est utilisé à la dose de 800 mg par voie orale, 5 fois par jour, ou en perfusion : 10 mg/kg/8 heures, en milieu hospitalier, durant 7 jours au moins, avec une surveillance hématologique et rénale [1, 11].

Pour juguler l'inflammation intraoculaire liée à l'infection zostérienne, des corticoïdes topiques ou en injections sous conjonctivales sont à manipuler avec prudence et toujours sous couverture antivirale [1].

Le traitement cutané fait appel à des antiseptiques et des antibiotiques locaux. L'application de pommade à l'aciclovir est possible toujours associée à un antiviral systémique [2]. Des collyres antiseptiques, antibiotiques, corticoïdes, cicatrisants cornéens, mydriatiques ou bêta-bloquants pourront être utiles [12]. La chirurgie palpébrale est indiquée pour les lésions cicatricielles. La greffe de cornée est proposée à distance de l'épisode infectieux et sous couverture antivirale systémique pour éviter les récurrences sur greffon.

Le traitement des algies post-zostériennes est délicat [4, 13]. En phase aiguë, sont indiqués des antalgiques de classe II, rarement la morphine [1, 14]. La vitamine B12, la cimétidine, les antidépresseurs ou les anticonvulsivants peuvent soulager le paroxysme hyperalgique [1, 6]. La corticothérapie générale, controversée, est indiquée en cas de nécrose rétinienne aiguë [1, 5]. La radiothérapie du ganglion de Gasser, l'acupuncture, la neurostimulation transcutanée, la mésothérapie et les blocs analgésiques (nerfs frontal et nasociliaire) peuvent être utilisés [1, 6, 12, 13].

Un traitement préventif est surtout indiqué chez les sujets de plus de 55 ans [4, 5]. L'aciclovir ou le valaciclovir, à dose efficace avant la 72^e heure, sont efficaces, leur usage est systématique en cas de zona ophtalmique [6, 15].

La "vaccination passive", indiquée chez les sujets immunodéprimés et les personnes âgées, est partiellement efficace après un contact avec une personne infectée [7]. Les immunostimulants auront aussi un rôle [1]. Le vaccin vivant atténué, avec deux injections chez l'adulte, réduit l'incidence des algies post zostériennes de 66,5% et du zona de 51,3% [7].

REFERENCES

- 1- Fouchard N, Saiag P. Facial herpes zoster. *Ann Dermatol Venereol* 1999 ; 126 : 870-3.
- 2- Opstelten W., Zaal M J. Managing ophthalmic herpes zoster in primary care. *BMJ* 2005; 331: 147-51.
- 3- De Freitas D, Martins EN, Adan C, Alvarenga LS, Pavan-Langston D. Herpes zoster ophthalmicus in otherwise healthy children. *Am J Ophthalmol* 2006 ; 142 : 393-9
- 4- Zaal MJ, Volker-Dieben HJ, D'Amaro J. Risk and prognostic factors of postherpetic neuralgia and focal sensory denervation : a prospective evaluation in acute herpes zoster ophthalmicus. *Clin J Pain* 2000 ; 16: 345-51.
- 5- Gain P., Thuret G., Chiquet C., Pascal J., Michaud P., Maugery J., Navez M. Facial anesthetic blocks in the treatment of acute pain during ophthalmic zoster. *J Fr Ophthalmol* 2003 ; 26 : 7-14.
- 6- Zaal MJ, Volker-Dieben HJ, D'amaro J. Prognostic value of Hutchinson's sign in acute herpes zoster ophthalmicus. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2003 ; 241 : 187-91
- 7- Zaal MJ, Volker-Dieben HJ, D'Amaro J. Visual prognosis in immunocompetent patients with herpes zoster ophthalmicus. *Acta Ophthalmol Scand* 2003 ; 81 : 216-20
- 8- Papeix C, Dumurgier J, Milea D, Pierrot DC. Complete ophthalmoplegia complicating ophthalmic herpes zoster. *Rev Neurol* 2005 ; 161 : 590-2.
- 9- Colin J, Prisant O, Cochener B, Lescale O, Rolland B, Hoang-Xuan T. Comparison of the efficacy and safety of valaciclovir and acyclovir for the treatment of herpes zoster ophthalmicus. *Ophthalmology* 2000 ; 107 : 1507-11
- 10- Tyring S, Engst R, Coriveau C and al. Famciclovir for ophthalmic zoster: a randomised aciclovir controlled study. *Br J Ophthalmol* 2001 ; 85: 576-81.
- 11- Zaal MJ, Volker-Dieben HJ, Wienesen M, D'Amaro J, Kijlstra A. Longitudinal analysis of varicella-zoster virus DNA on the ocular surface associated with herpes zoster ophthalmicus. *Am J Ophthalmol* 2001 ; 131: 25-9.
- 12- Opstelten W, van Wijck AJ, Stolker RJ. Interventions to prevent postherpetic neuralgia: cutaneous and percutaneous techniques. *Pain* 2004 ; 107: 202-6
- 13- Lagoutte F. Pain and zona ophtalmica. *J Fr Ophthalmol* 2000 ; 23: 391-3.
- 14- Haas N, Holle E, Hermes B, Henz BM. Acute herpes zoster neuralgia. Retrospective analysis of clinical aspects and therapeutic responsiveness. *Dermatology* 2001 ; 202: 302-7.
- 15- Decroix J, Partsch H, Gonzalez R and al. Factors influencing pain outcome in herpes zoster: an observational study with valaciclovir. Valaciclovir International Zoster Assessment Group (VIZA). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000 ; 14: 23-33.