

Zona ophtalmique chez l'enfant immunocompétent : à propos de deux observations au CHU Sylvanus Olympio de Lomé (Togo)

Ophthalmic shingles in immunocompetent children: about two observations at Sylvanus Olympio University Hospital in Lomé (Togo)

Akolly DAE¹, Guedenon KM¹, Akakpo AS², Maneh N³, Tsolenyanu E¹, Djadou KE¹

1. Service de Pédiatrie du CHU Sylvanus Olympio, Université de Lomé
2. Service de Dermatologie du CHU Sylvanus Olympio, Université de Lomé.
3. Service d'Ophtalmologie du CHU Campus, Université de Lomé.

Auteur correspondant : Akolly Djatougbe Ayaovi Elie, CHU Sylvanus Olympio, 15BP110 Lomé 15 Lomé TOGO ;
Tel : 00228 91610118. Mail : elianeakolly@yahoo.fr

RESUME

Le zona de l'enfant est une affection rare. Sa localisation ophtalmique et la survenue sur un terrain non débilisé est encore plus rare. Le diagnostic est clinique et doit être évoqué devant des vésicules groupées suivant le méramère de la branche ophtalmique du nerf trijumeau. Des complications à type de kératite, d'uvéite antérieure et d'encéphalite peuvent survenir. Le traitement fait appel à l'aciclovir, aux antiseptiques locaux et aux antalgiques. Le pronostic est favorable dans la majorité des cas. Deux cas de zona ophtalmique sont rapportés chez des enfants immunocompétents du fait de la rareté de l'affection surtout dans cette localisation.

Mots clés : zona, enfant, immunocompétent.

SUMMARY

Childhood shingles is a rare condition. Its ophthalmic localization and the occurrence in a non-debilitated area is even rarer. The diagnosis is clinical and must be made in front of vesicles grouped according to the meridian of the ophthalmic branch of the trigeminal nerve. Complications such as keratitis, anterior uveitis and encephalitis may occur. Treatment involves the use of acyclovir, local antiseptics and analgesics. The prognosis is favourable in the majority of cases. Two cases of ophthalmic shingles have been reported in immunocompetent children due to the rarity of the disease, especially in this location.

Keywords : herpes zoster, child, immunocompetent.

INTRODUCTION

Le zona ophtalmique représente entre 10 et 25% de tous les cas de zona. Il correspond à l'atteinte de la branche ophtalmique du nerf trijumeau lors de la réactivation du virus varicelle-zona (VZV) resté latent dans le ganglion de Gasser. Il entraîne des complications oculaires dans 50 à 70% des cas, surtout en cas d'atteinte cornéenne [1]. Le zona est une affection rare chez l'enfant. Sa localisation ophtalmique est encore plus rare (15% des cas) et fait partie des formes graves souvent rencontrées chez l'immunodéprimé. Chez l'enfant, l'affection est bénigne dans la majorité des cas sauf en cas de localisation ophtalmique ou de formes disséminées [2,3]. Le zona survient en général après une exposition in utero (varicelle chez la mère au cours du deuxième trimestre de grossesse) ou en cas de varicelle précoce avant l'âge de un an, mais parfois aucun facteur

favorisant n'est retrouvé [4]. Des cas post vaccinaux ont été rapportés [5,6]. Deux cas de zona ophtalmique sont rapportés chez deux enfants de vingt-sept mois et quatre ans immunocompétents du fait de la rareté de l'affection surtout dans sa localisation ophtalmique.

OBSERVATIONS

Observation 1

Il s'agit d'une fille de quatre ans, sans antécédent médical notable, admise pour lésions vésiculeuses suintantes de la moitié droite du visage évoluant depuis cinq jours dans un contexte fébrile. L'état général était conservé. La température était à 38,5°C à l'admission. L'interrogatoire ne retrouvait pas d'antécédent personnel et familial de varicelle. L'évaluation des paramètres anthropométriques était normale pour l'âge. L'examen dermatologique avait permis de noter un placard vésiculo-bulleux et crouteux avec quelques ulcérations post

bulleuses siégeant au niveau de l'hémiface droite avec atteinte oculaire et surinfection bactérienne faisant évoquer un zona ophtalmique (figures 1, 2).



Figure 1 : Placard vésiculo-bulleux et crouteux du front



Figure 2 : Ulcérations post bulleuses de l'hémi-front droit

L'examen ophtalmologique avait permis de retrouver une tuméfaction palpébrale supérieure et inférieure, une inflammation de la conjonctive tarsale inférieure, un chémosis, une cornée claire et une conjonctive bulbaire normale. La sérologie rétrovirale était négative. L'évolution a été favorable sous traitement symptomatique (paracétamol injectable 15 mg/kg toutes les six heures, détersion et antiseptique à base d'hypochlorite de sodium), antibiotique (amoxicilline-acide clavulanique à la dose de 80 mg/ kg/ jour par voie générale en intraveineuse et acide fusidique en crème localement) et acyclovir 200 mg toutes les 8 heures par voie orale pendant cinq jours. Elle était sortie au sixième jour d'hospitalisation. Une semaine après la

sortie, elle a été revue en contrôle et elle présentait une dépigmentation post cicatricielle ; il n'y avait aucune séquelle ophtalmologique, l'acuité visuelle était normale (Figure 3).



Figure 3 : Dépigmentation post cicatricielle de l'hémi-front droit

Observation 2

Il s'agit d'un nourrisson de 27 mois de sexe masculin admis pour lésions vésiculo-croûteuses fronto-temporo-pariétales droites et otorrhée purulente bilatérale évoluant depuis quatre jours dans un contexte non fébrile (Figure 4).



Figure 4 : Lésions vésiculo-croûteuses fronto-temporo-pariétales droites

Il avait un bon état général. Le poids et la taille étaient normaux pour l'âge. Il présentait une adénopathie sous mandibulaire droite douloureuse d'environ deux centimètres de grand axe. Il n'y avait pas d'antécédent de varicelle. Après aspiration, l'otoscopie avait permis de retrouver des tympons congestifs. La sérologie rétrovirale était négative. L'éruption étant peu profuse et en l'absence d'atteinte oculaire sévère, il a bénéficié d'une prise en charge symptomatique (paracétamol par voie orale et antiseptique à base d'hypochlorite de sodium) et antibiotique pour l'otite suppurée (ciprofloxacine gouttes auriculaires pendant sept jours). L'évolution a été favorable et il était sorti au neuvième jour d'hospitalisation. Le rendez-vous de contrôle après la sortie n'avait pas été honoré par les parents.

DISCUSSION

Le zona est rare chez le patient immunocompétent. Des cas sporadiques ont été rapportés [7-11]. L'incidence du zona après une varicelle clinique est estimée entre 20 et 63 cas pour 100 000 personnes années ; les cas post vaccinaux ont une incidence moindre estimée à 14 cas pour 100 000 personnes-années [12,13]. Il n'y avait pas d'antécédent de varicelle clinique et aucun de nos patients n'avait été vacciné contre la varicelle. Cet antécédent n'avait été retrouvé que dans 28% au cours de l'étude de MITRA en Inde [3]. Dans les pays où la vaccination anti varicelle est systématique, elle peut expliquer l'augmentation du nombre de cas de zona pédiatrique. La survenue de cas de zona sans notion de vaccination et d'épisode de varicelle notifié dans la petite enfance peut s'expliquer par la survenue de formes frustes passées inaperçues. Le diagnostic du zona est clinique en présence de lésions typiques. Il n'est fait recourt aux examens paracliniques (culture virale, immunofluorescence directe, technique de *polymerase chain reaction* (PCR) sur vésicules cutanées ; sérologie VZV) qu'en présence d'une éruption atypique. Il se manifeste par une douleur suivie d'un érythème 48 à 72 heures avant le début de l'éruption faite de vésicules groupées suivant le dermatome concerné. En général, les lésions ne traversent pas la ligne médiane mais des cas bilatéraux ont été rapportés [14]. Les formes thoraciques sont les plus fréquentes en pédiatrie ; la localisation

ophtalmique est rare [3,5]. Les patients immunodéprimés ont 20 à 100 fois plus de risque de développer un zona [15].

La sérologie rétrovirale était négative chez les deux patients et les hémogrammes réalisés de même que la croissance staturo-pondérale normale ne faisaient pas suspecter d'autres déficits immunitaires. Le statut immunologique au moment de la primo-infection VZV (taux bas de cellules NK, de lymphocytes et de cytokines) est le principal facteur de développement du zona car de ce statut dépend la capacité de l'individu à maintenir le virus latent dans les ganglions sensitifs. En effet, l'immunité humorale permet de contenir un VZV réactivé à un seul dermatome comme le montre l'ascension des anticorps anti- VZV de type IgA et IgG ; l'immunité cellulaire intervient dans le maintien de la phase de latence [4,14]. Le traitement du zona de l'enfant fait appel aux antiseptiques locaux et aux antalgiques. En cas d'indication de traitement antiviral (localisation ophtalmique, formes disséminées, terrain immunodéprimé), le traitement de première intention est fait à base d'aciclovir par voie orale ou injectable à la dose de 20 mg/kg/8 heures pendant cinq à sept jours. Le pronostic est excellent. Les névralgies post zostériennes sont rares chez l'enfant. Les complications les plus fréquentes sont la surinfection bactérienne et la dépigmentation post cicatricielle ; plus rarement peuvent survenir, une encéphalite, une kératite ou une uvéite antérieure [1,12].

CONCLUSION

Ces deux observations permettent de confirmer le caractère rare et bénin du zona de l'enfant. Seules les formes atypiques nécessiteront une confirmation paraclinique. Sa prise en charge est symptomatique. Le terrain immunodéprimé, congénital ou acquis, et la localisation ophtalmique sont des facteurs de gravité nécessitant le recours au traitement antiviral et l'aciclovir reste le traitement de référence.

RÉFÉRENCES

1. Bourcier T, Borderie V, Laroche L. Zona ophtalmique. EMC-Ophtamologie. 2004(1) : 79–88.

2. Katakam BK, Kiran G, Kumar U. A prospective study of herpes zoster in children. *Indian J Dermatol*. 2016;61:534–9.
3. Mitra B, Chopra A, Talukdar K, Saraswat N, Mitra D, Das J. A Clinico-epidemiological Study of Childhood Herpes Zoster. *Indian Dermatol Online J*. 2018; 9(6): 383–388.
4. Kakourou T, Theodoridou M, Mostrou G, Syriopoulou V, Papadogeorgaki H, Constantopoulos A et al. Herpes zoster in children. *J Am Acad Dermatol*. 1998;39:207–10.
5. Weinmann S, Chun C, Schmid DS, Roberts M, Vandermeer M, Riedlinger K et al. Incidence and clinical characteristics of herpes zoster among children in the varicella vaccine era, 2005–2009. *J Infect Dis*. 2013;208:1859–68.
6. Matsubara K, Nigami H, Haiugaya H, Baba K. Herpes zoster in a normal child after varicella vaccination. *Acta Paediatr Jpn*. 1995;37:648–650.
7. Leung AKC, Barankin B. Bilateral symmetrical herpes zoster in an Immunocompetent 15-Year-Old Adolescent Boy. *Case Rep Pediatr*. 2015, Article ID 121549.
8. Sutton J, Walsh R, Franklin J. Pediatric Patient with a Rash. *West J Emerg Med* 2014; 15(4):372–74.
9. Oladokun RE, Olomukoro CN, Owa AB. Disseminated herpes zoster ophthalmicus in an immunocompetent 8-year old boy. *Clin Pract*. 2013;3:e16.
10. Agharbi FZ. Zona de l'enfant: à propos de deux cas. *Pan Afr Med J*. 2019;32:199.
11. Zinelabidine K, Meziane M, Mikou O, Mernissi FZ. Zona chez le nourrisson: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J*. 2010;7:8
12. Leung AKC, Robson WLM, Leong AG. Herpes zoster in childhood. *J Pediatr Health Care*. 2006;20(5):300–303.
13. Wen SY, Liu WL. Epidemiology of pediatric herpes zoster after varicella infection: A population-based study. *Pediatrics*. 2015;135:e565–71.
14. Feder H, Hoss D. Herpes zoster in otherwise healthy children. *Pediatr Infect Dis J*. 2004;23(5):451–457.
15. Staikov I, Neykov N, Marinovic B, Lipozenčić J, Tsankov T. Herpes zoster as a systemic disease. *Clin Dermatol*. 2014 ; 32(3) :424–429.