

KERATITE (KERATOCONJONCTIVITE): INFECTION BACTERIENNE

• *Aspects cliniques et commentaires*

- Peut être aiguë chez les patients avec pathologies sous-jacentes.
- Peut être secondaire au syndrome de l'œil sec ou être lié au port de lentilles de contact (infection due à des bacilles à Gram-négatif).
- Douleur, photophobie, vision altérée.
- Consultation ophtalmologique rapide essentielle.
- Injections sous-conjonctivales d'antibiotiques.
 - Ne sont plus recommandées à cause du risque de cicatrices interférant avec une chirurgie ultérieure.
 - (Comme les antibiotiques systémiques) elles ne semblent pas améliorer significativement l'efficacité du traitement topique.
- Collyres fortifiés.
 - La stabilité de la tobramycine (1,4%) et de la céfazoline (5%) dans les collyres fortifiés (préparations magistrales) est de 3 jours à température ambiante.
 - Un intervalle de 5 minutes doit être respecté entre l'instillation des 2 antibiotiques.

• *Pathogènes impliqués*

- Staphylocoques.
- Streptocoques.
- *Pseudomonas aeruginosa*.
- *Moraxella* spp.
- *Enterobactéries*.
- *Nocardia* spp.
- *Corynebacterium* spp.

• *Traitement anti-infectieux empirique*

- Régimes et posologies standard: instillation de préparations magistrales de collyres fortifiés [(1 goutte d'une solution à 1,4% de tobramycine + 1 goutte de d'une solution à 5% de céfazoline) q30min pendant quelques heures, suivie par l'instillation de 1 goutte de chaque collyre q1h pour le reste du premier jour de traitement, suivie par l'instillation de 1 goutte de chaque antibiotique à une fréquence moindre].
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté): 14 jours.