



Blépharites et anomalies du bord palpébral

Par : Monsieur Peter JM, médecin

Épidémiologie

Même si les pathologies des paupières sont parmi les anomalies oculaires les plus souvent rencontrées, il y a très peu de statistiques quantifiant leur incidence et prévalence au sein d'une population donnée. Certaines des meilleures études font le lien entre la blépharite postérieure (dysfonction des glandes de Meibomius) et l'arrêt du port de Lentilles cornéennes pour cause d'inconfort. Ces études sont souvent basées sur des populations restreintes et n'incluent généralement pas de très jeunes ou très vieux patients. Une étude japonaise a fait le lien entre les dysfonctions des glandes de Meibomius et le syndrome de Sjögren et autre étude japonaise rapportait que 75 % des patients âgés présentaient des signes de dysfonction meibomienne.

Classification

Il n'y a pas de classification universellement acceptée pour les désordres des bords palpébraux. Les blépharites sont souvent classifiées selon leur étiologie, ce qui peut comprendre l'inflammation, l'infection ou l'infestation. Mais généralement les blépharites sont classifiées de façon anatomique, soit la blépharite antérieure qui affecte le bord libre et les cils et la blépharite postérieure qui est associée à l'obstruction ou l'inflammation des glandes de Meibomius. Les deux types peuvent être aussi bien infectieux qu'inflammatoire et la présence simultanée d'inflammation antérieure et postérieure n'est pas inhabituelle.

Une autre façon de les définir est selon les causes sous-jacentes, soit une allergie, une maladie infectieuse, ou des conditions dermatologiques comme la dermatite atopique, la séborrhée, la rosacée ou le psoriasis.

Pathogénèse

Les anomalies du bord palpébral ont des étiologies multiples et non-exclusives. Ces désordres peuvent résulter de l'interaction de plusieurs facteurs comme des problèmes de sécrétion ou des facteurs exo pathogènes. Des changements physico-chimiques de la sécrétion des glandes meibomiennes peuvent provoquer l'obstruction. L'altération des lipides des sécrétions augmente la température de leur point de liquéfaction causant la formation de bouchons et provoquant un déséquilibre du film lacrymal et la sécheresse oculaire par évaporation. Lorsque les lipides des sécrétions sont analysés au spectroscope, on remarque chez les jeunes patients une grande stabilité de la composition physico-chimique, stabilité qui décroît avec l'âge; ces changements significatifs causent l'augmentation du taux d'évaporation et contribuent au bris plus rapide du film lacrymal.

Si le bord des paupières est enflammé, les orifices des glandes de Meibomius se kératinisent et s'obstruent. Une étude de Jester et coll. Montre que lors de l'étude de spécimens histopathologiques, il y a la présence de tissu épithélial ayant proliféré à l'intérieur de l'orifice de la glande de Meibomius. Ce qui nous mène à penser qu'un traitement cherchant seulement à changer la nature des sécrétions ne sera peut-être pas très efficace.

Les microorganismes associés aux blépharites antérieures sont classiquement les staphylocoques; les bactéries les plus souvent trouvées lors de blépharites chroniques sont le *staphylococcus spp*, le *Propionibacterium acnes* et les autres bactéries corynéformes. *P. acnes* a été cultivé dans les sécrétions des glandes de Meibomius de 60 % des jeunes patients présentant des meibomianites et des kératites phlycténulaires; ce microorganisme anaérobie est facile à manquer lors d'un examen clinique et doit être investigué en laboratoire. Les bactéries à gram-négatif semblent jouer un rôle dans les désordres du bord palpébral; bien que peu présentes dans les cultures des jeunes patients, les bactéries à gram-négatif sont de plus en plus fréquentes à mesure que l'âge des patients augmente.

Le rôle des bactéries dans les désordres des glandes de Meibomius est plus complexe que dans les cas de blépharites antérieures. L'infection aiguë peut causer l'hordeolum interne et les autres ulcérations du bord palpébral. Les patients ayant soufferts d'orgelet durant l'enfance ont une plus grande prévalence de rosacée à l'âge adulte. De plus les enzymes et toxines sécrétés par les microorganismes contribuent aux désordres des glandes de Meibomius.

Diagnostic

La différenciation d'une blépharite antérieure et postérieure n'est pas toujours cliniquement évidente dû aux signes et symptômes non-spécifiques. Jackson a suggéré une méthode de différenciation entre la blépharite antérieure staphylococcale, la blépharite antérieure séborrhéique et les blépharites postérieures basé sur une variété de paramètres.

La blépharite postérieure coexiste souvent avec le syndrome de l'œil sec ou la rosacée. La couche lipidique du film lacrymal empêche l'évaporation de la couche aqueuse et permet au film lacrymal de garder sa stabilité, de ce fait une réduction ou une altération des sécrétions meibomiennes causent un changement de concentration et une désaturation du film lacrymal contribuant ainsi à l'œil sec.

La rosacée est une atteinte dermatologique fréquente qui affecte souvent la région oculaire. Les signes sont l'érythème permanent, les papules et pustules ainsi que la télangiectasie. La rosacée peut affecter les paupières, la conjonctive, la sclère et la cornée. L'atteinte des paupières inclut la blépharite postérieure dans 90% des cas et la blépharite antérieure dans 50% des cas; les patients atteints de rosacée ont souvent des troubles séborrhéiques avec obstruction des glandes de Meibomius et l'œil sec résulte des irritations de la surface oculaire supprimant la production de larmes.

Histoire de cas et examen clinique

Les symptômes des désordres du bord palpébral incluent des paupières douloureuses, de l'irritation, une sensation de grattement ou de picotement, des yeux rouges, des yeux secs ou larmoyants, une sensation de corps étranger, de la photophobie, une intolérance aux lentilles cornéennes et des paupières collées surtout au réveil. Les signes sont des yeux enflés et rouges, un épaississement du bord palpébral, et des cils d'apparence inhabituelle, cils brisés, avec collerettes ou englués de sécrétions séborrhéiques. Il peut aussi y avoir des altérations de la conjonctive et de la cornée ainsi que des orgelets ou chalazion.

Il n'y a pas toujours concordance entre les signes et les symptômes des désordres palpébraux. Certains patients ont des signes sévères mais des symptômes légers et à l'inverse certains ayant des signes légers ont des symptômes très sévères. Une explication possible est que le système peut s'adapter à une douleur chronique, Belmonte a suggéré que les premiers stades de blépharite chronique causaient une hypersensibilité des terminaisons nerveuses, alors qu'une inflammation de plus longue date cause une diminution du seuil de sensibilité de ces mêmes récepteurs. En évaluant la sévérité des désordres du bord palpébral il est donc important de prendre en compte autant les symptômes du patient que les signes cliniques.

Outils diagnostiques

Un certain nombre d'outils diagnostiques sont actuellement disponibles pour évaluer les atteintes de la surface oculaire. La cartographie wavefront est une excellente méthode pour documenter les changements du film lacrymal dans le temps. Chez les patients aux yeux secs ayant une kératopathie ponctuée superficielle, le total des aberrations d'ordre supérieur était significativement plus grand qu'en l'absence de telle kératopathie.

Le temps de bris du film lacrymal est toujours une bonne technique pour documenter l'œil sec. Les images topographiques en séries sont aussi utiles pour documenter l'état des surfaces oculaires. L'interférométrie est également utilisée pour évaluer l'épaisseur de la couche lipidique du film lacrymal. L'acuité visuelle fonctionnelle est aussi un bon indicateur puisqu'elle est diminuée dans les cas de bris rapide du film lacrymal.

L'outil clinique le plus utilisé est sans doute l'osmolarité du film lacrymal. L'osmolarité reflète la concentration ac-

due des électrolytes, ce qui est non seulement caractéristique du syndrome de l'œil sec, mais qui en est l'élément central causant les dommages des surfaces oculaires. L'osmolarité est depuis longtemps reconnue comme le test diagnostique par excellence de l'œil sec mais son usage a toujours été limité aux recherches cliniques parce qu'elle nécessite une grande dextérité du clinicien et un bon volume de larmes. L'introduction d'une nouvelle nanotechnologie en Europe permet de collecter et mesurer de très faible volume de larmes et est appelée à devenir le nouveau standard pour le diagnostic de l'œil sec.

Traitements

Il existe quatre types de traitements pour les problèmes du bord palpébral : mécaniques, pharmaceutiques, nutritionnels, et hormonaux. L'approche mécanique consiste à donner les instructions aux patients d'appliquer de la chaleur et de nettoyer les cils. Il est important d'aviser les patients qui utilisent du shampoing de bébé que trop de shampoing peut irriter les yeux et causer une détérioration encore du plus grande de la couche lipidique des larmes. Une bonne façon de contourner la chose est d'utiliser les lingettes humides de nettoyage oculaires ou la forme liquide de ces nettoyants.

L'approche nutritionnelle consiste en une diète ou des suppléments diététiques comprenant un ratio 1 :1 d'oméga-6 et d'oméga-3, ce qui serait bénéfique pour les inflammations autant oculaires que systémiques. Une diète recommanderait la consommation de poisson d'eau douce trois fois par semaine et des suppléments d'huile de poisson ou d'huile de lin à raison d'un gramme par jour.

L'approche pharmacologique inclut les antibiotiques et les anti-inflammatoires, l'utilisation d'agents topiques permet d'éviter les effets secondaires qui pourraient être causés par des médicaments oraux, comme les problèmes gastro-intestinaux, la sensibilité au soleil et les supra infections surtout avec les fungus comme *Candida spp.* Les patients préfèrent un dosage d'une fois par jour. Le traitement habituel est d'utiliser les onguents ophtalmiques d'érythromycine ou de bacitracine, mais les nouvelles formulations d'antibiotiques comme l'azithromycine dans un véhicule muco-adhérent permettent une meilleure pénétration des tissus et une efficacité améliorée. L'azithromycine dans un véhicule muco-adhérent peut être utilisée directement sur les cils pour le traitement des désordres du bord palpébral chroniques.

L'utilisation de médicaments anti-inflammatoires est fréquente comme traitement adjuvant quand une dermatite séborrhéique ou atopique est aussi présente. Les médicaments combinant les deux types d'agents donnent de bons résultats dans les cas d'atteinte modérées à sévères de blépharokératoconjunctivite.

La cyclosporine topique a aussi été utilisée dans ces cas et l'étude de Rubin & Rao a montré que la cyclosporine donne de meilleurs résultats que les corticostéroïdes topiques.

L'approche hormonale pour traiter les désordres du bord palpébral n'a pas encore été établie mais le fait que les glandes de Meibomius sont sensibles aux androgènes en fait une hypothèse des plus plausibles. Chez les patients atteints du syndrome d'insensibilité aux androgènes on retrouve des dysfonctions des glandes de Meibomius et des yeux secs.

Pour les patients dont les atteintes du bord palpébral sont de légères à modérées avec des symptômes significatifs, le traitement consiste d'abord dans une bonne hygiène des paupières et possiblement un antibiotique topique à large spectre. Pour les patients dont l'atteinte est plus sévère avec formation de croûtes et une progression de l'inflammation sur les autres surfaces oculaires, l'utilisation de corticostéroïdes topiques est nécessaire. Si les patients ont déjà subi des échecs avec de telles thérapies, il faut considérer faire une culture pour déterminer le micro-organisme en cause qui pourrait être résistant aux antibiotiques.

Dans le cas des atteintes postérieures de légères à modérées, le traitement se fera par compresses chaudes et antibiotiques oraux; des agents additionnels peuvent être utilisés comme des corticostéroïdes topiques pour une courte période de temps. Si un syndrome d'œil sec est aussi présent, l'utilisation de cyclosporine est aussi suggérée. Chez les enfants de moins de huit ans, l'antibiotique de choix est l'érythromycine qui s'est avéré sécuritaire chez les jeunes enfants.

Conclusion

Avec le développement d'agents topiques de plus en plus efficaces, le besoin d'une antibiothérapie à long terme est réduit. Le traitement des désordres palpébraux utilise un éventail d'approche modulé selon la sévérité des signes et symptômes. Les nouvelles formulations des agents pharmacologiques plus puissants et pouvant pénétrer le bord palpébral, permet d'entrevoir une résolution plus rapide des symptômes. Certaines questions restent en suspens comme la durée du traitement, la fréquence des traitements et la durabilité des améliorations.

Source : *Ophthalmology Times*, Février 2009

Programme d'assurance pour les membres de l'AOQ

Laissez-nous le soin d'ajuster vos assurances



Profitez de la
MEILLEURE OFFRE*
pour vos assurances
automobile et habitation !

10% de rabais

minimum garanti sur les primes d'assurances
auto-habitation de la concurrence

24 mois d'économie garantie

Protégez votre **cabinet** en profitant
d'**économies exclusives** et de
couvertures propres à vos activités.

- Protections tous risques sur le contenu
- Protection tous risques sur le bâtiment, incluant bris de glace et valeur à neuf
- Responsabilité civile générale, en cas de blessures corporelles ou dommages matériels
- Assurance vol et détournement sans franchise
- Franchise décroissante

1 877 543-2960

www.dpmm.ca/aoq

Prenez de l'assurance.



* Certaines conditions s'appliquent.

L'Optométriste - juillet-août 2009