

Prise en charge des maladies de la surface oculaire : une approche fondée sur le bon sens



Hon Shing Ong

Clinical and Research Fellow, Corneal and External Disease Service, Moorfields Eye Hospital, Londres, Royaume-Uni.



John KG Dart

Professeur et ophtalmologiste chef de clinique, Corneal and External Disease Service, Moorfields Eye Hospital, Londres, Royaume-Uni.

Même lorsqu'il est difficile de diagnostiquer les pathologies de la surface oculaire, il est souvent possible de les prendre en charge, à condition d'identifier systématiquement les effets fonctionnels observés et la gravité de ces derniers.



La participation des patients est nécessaire à une bonne prise en charge des affections de la surface oculaire. INDE

De nombreuses maladies peuvent affecter la surface oculaire. Le poster en page 36 offre un aperçu des affections les plus courantes et d'autres articles dans ce numéro se concentrent plus particulièrement sur la prise en charge d'une maladie précise. Le présent article a pour ambition de présenter une stratégie systématique pour la prise en charge **générale** des maladies de la surface oculaire.

Lorsque l'on se trouve face à un patient présentant une affection de la surface oculaire, il est bien entendu utile de diagnostiquer précisément cette affection (voir les conseils en pages 25–27 pour l'évaluation et le diagnostic). Toutefois, il est parfois difficile, voire impossible, d'établir ce diagnostic, en raison de la complexité des interactions entre les différents éléments de la surface oculaire. Tout un éventail de maladies peuvent avoir des effets fonctionnels similaires au niveau de la surface oculaire. Ces effets fonctionnels se manifestent par des signes cliniques communs à plusieurs affections, notamment kératite ponctuée superficielle chronique, kératite filamenteuse, érosion cornéenne récurrente, conjonctivite bactérienne ou autre, conjonctivite fibrosante, ulcération cornéenne superficielle chronique, kératite infectieuse et fonte cornéenne (Figure 1).

Fort heureusement, en l'absence d'un diagnostic définitif, il est généralement possible de prendre en charge de manière efficace les affections de la surface oculaire, à condition de baser son approche thérapeutique sur les effets fonctionnels observés et la gravité de ces derniers. Il est donc important d'adopter une approche systématique pour identifier les effets fonctionnels et évaluer leur gravité (voir Figure 2). Un grand nombre de ces effets fonctionnels peuvent être pris en charge par toute une gamme de traitements, comme nous le verrons plus loin.

Remarque : les maladies de la surface oculaire affectent souvent les deux yeux de manière asymétrique. Lorsqu'un patient présente une atteinte unilatérale, il faut commencer par exclure une néoplasie, notamment une néoplasie épidermoïde de la surface oculaire (Figure 1H).

Prise en charge

1. Éliminer les facteurs aggravants

L'élimination des facteurs aggravants (le cas échéant) doit être envisagée pour tout patient présentant une affection de la surface oculaire. Les produits qui irritent la surface de l'œil ont un effet néfaste sur la guérison¹, un exemple courant étant l'utilisation constante de collyres anti-glaucomeux. Il faut cesser l'utilisation de médicaments topiques ou remplacer ceux-ci par un traitement général. S'il est indispensable de continuer les instillations, il faut utiliser si possible des collyres sans conservateurs, particulièrement si le patient doit instiller plus de six gouttes par jour. Il est également recommandé d'éviter l'application de maquillage et produits de beauté sur les paupières et le contour de l'œil. L'élimination des facteurs aggravants est particulièrement importante dans le cas de certaines maladies de la surface oculaire, notamment les allergies oculaires et le syndrome de Stevens-Johnson.

La **blépharite** est une affection fréquente qui doit être maîtrisée, afin de réduire ses effets sur la surface oculaire et la qualité du film lacrymal². Des mesures d'hygiène palpébrale (nettoyage des paupières) permettront d'éliminer les croûtes, débris et bactéries qui s'accumulent sur le bord palpébral dans les cas de blépharite antérieure. L'application de compresses chaudes et le massage des paupières permettent de déboucher les glandes de Meibomius lorsque le bord palpébral postérieur est affecté. Pour prendre en charge la blépharite chez l'adulte, il est souvent utile d'administrer une tétracycline pendant un à trois mois (par ex. 100 mg de doxycycline une fois par jour). **Remarque :** la doxycycline ne doit pas être administrée aux enfants. Pour prendre en charge la blépharite chez l'enfant, ou chez l'adulte ne tolérant pas la doxycycline, on peut utiliser un antibiotique du groupe des macrolides (par ex. 250 mg d'érythromycine deux fois par jour). Ces antibiotiques semblent améliorer les dysfonctionnements des glandes de Meibomius en agissant sur le métabolisme et la sécrétion. Il existe aussi d'autres options thérapeutiques, plus récentes, comme l'application locale d'azithromycine à 1,5 % deux fois par jour pendant

Suite à la page 30 ►

trois jours, à répéter chaque semaine pendant quatre à huit semaines.

Toute affection des paupières et de leurs annexes doit être prise en charge rapidement. Le cas échéant, une intervention de chirurgie palpébrale devra être envisagée.

2. Faciliter la lubrification oculaire

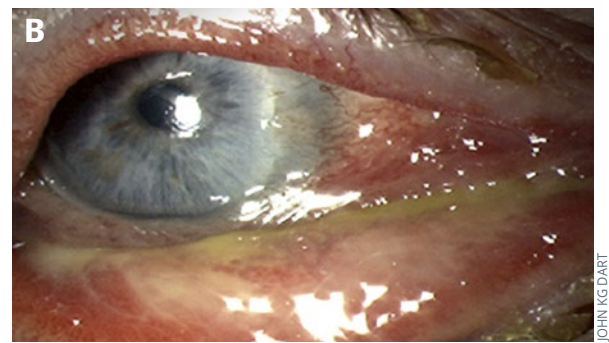
Le recouvrement de la surface oculaire par le film lacrymal physiologique est essentiel à la santé de celle-ci³. Il faut donc envisager de faciliter la lubrification oculaire dans tous les cas d'affection de la surface oculaire, particulièrement

en cas d'œil sec. Les substituts lacrymaux ne sont pas seulement des larmes artificielles, ils permettent également de diluer les irritants présents à la surface de l'œil et de réduire le frottement des paupières sur l'épithélium cornéen. Il existe plusieurs substituts lacrymaux disponibles sur le marché. Certains contiennent de l'hyaluronate, de la carmellose, de l'hypermellose, de l'alcool polyvinylique et de la paraffine. Il existe également des substituts lacrymaux contenant des lipides ou osmoprotecteurs (par ex. glycérine ou L-carnitine). L'excès de mucus peut être traité par un collyre à la N-acétylcystéine.

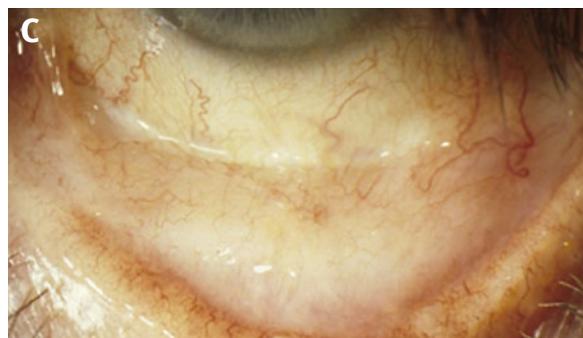
Figure 1. Effets fonctionnels (signes cliniques) des affections de la surface oculaire



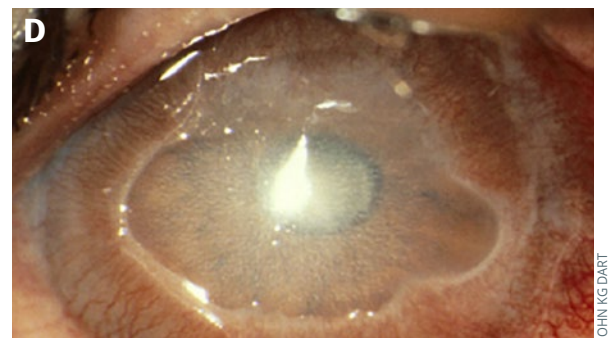
Kératite ponctuée superficielle chronique avec présence de filaments (coloration au rose bengale)



Conjonctivite bactérienne



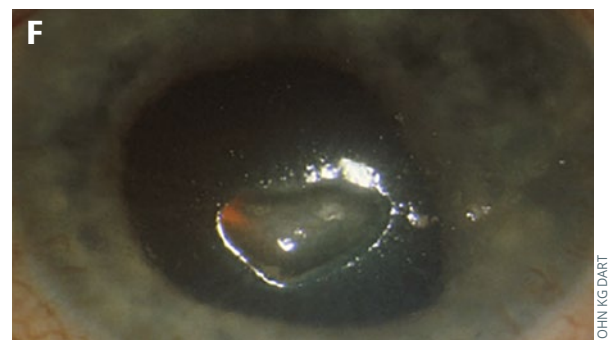
Changements observés en cas de conjonctivite fibrosante (fibrose sous-épithéliale de la conjonctive tarsale et raccourcissement des culs-de-sac conjonctivaux)



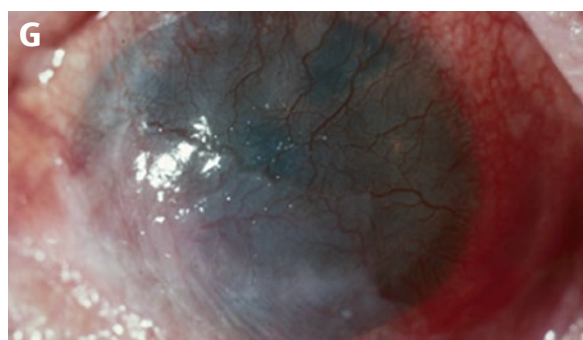
Ulcération cornéenne superficielle étendue dans une cornée vascularisée



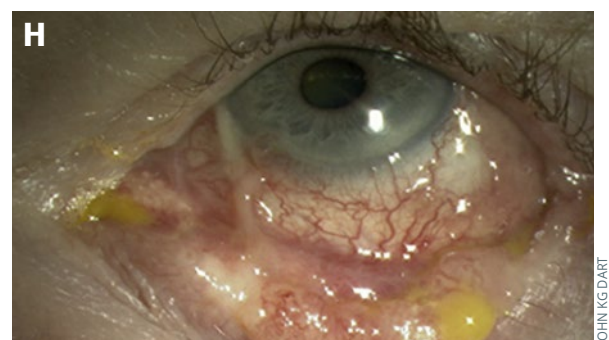
Kératite à *Candida*



Fonte cornéenne centrale



Atteinte de la surface oculaire avec épithélialisation, néovascularisation et opacification cornéenne



Néoplasie épidermoïde de la surface oculaire

Il est préférable d'utiliser des lubrifiants oculaires sans conservateurs dans le cas de patients présentant une affection de la surface oculaire. L'usage excessif de collyres avec conservateurs, lorsque ceux-ci ne sont pas dilués par un film lacrymal normal, peut entraîner des intolérances ou des effets toxiques au niveau de la surface oculaire et entraver la guérison.

En cas de sécheresse oculaire par insuffisance aqueuse, l'occlusion des points lacrymaux peut empêcher le drainage des larmes et prolonger l'effet des substituts lacrymaux. L'occlusion des points lacrymaux peut aggraver les symptômes de blépharite ; cette dernière doit donc être traitée au préalable. La cautérisation des points lacrymaux entraîne une occlusion permanente. Les parasymphomimétiques peuvent également s'avérer utiles s'ils sont bien supportés par le patient. Pour les patients présentant une atteinte grave de la surface oculaire, un collyre au sérum autologue aura des effets bénéfiques, mais ce traitement coûte cher et n'est pas toujours disponible.

3. Envisager l'utilisation de lentilles thérapeutiques

L'utilisation de lentilles de contact thérapeutiques (LCT) peut s'avérer utile dans la prise en charge d'une sécheresse oculaire grave ou d'une ulcération cornéenne superficielle persistante. Les mécanismes d'action proposés incluent la modification des interactions entre les paupières, le film lacrymal et la surface oculaire, la rétention de la matrice de fibrine à la surface de la cornée lésée, ainsi que la rétention des larmes sous des lentilles rigides. En cas de sécheresse oculaire par insuffisance aqueuse, il faut éviter les LCT en silicone hydrogel, en raison du risque élevé d'infection. En cas de sécheresse oculaire très importante, les LCT souples ou en silicone hydrogel ne donnent pas de bons résultats car elles se resserrent et réduisent la diffusion d'oxygène. Les LCT sclérolaires rigides et perméables (permettant l'échange de gaz) recouvrent la cornée et la majorité de la conjonctive. Ceci permet de prévenir une évaporation lacrymale trop importante et protège la surface oculaire en cas d'anomalies palpébrales.

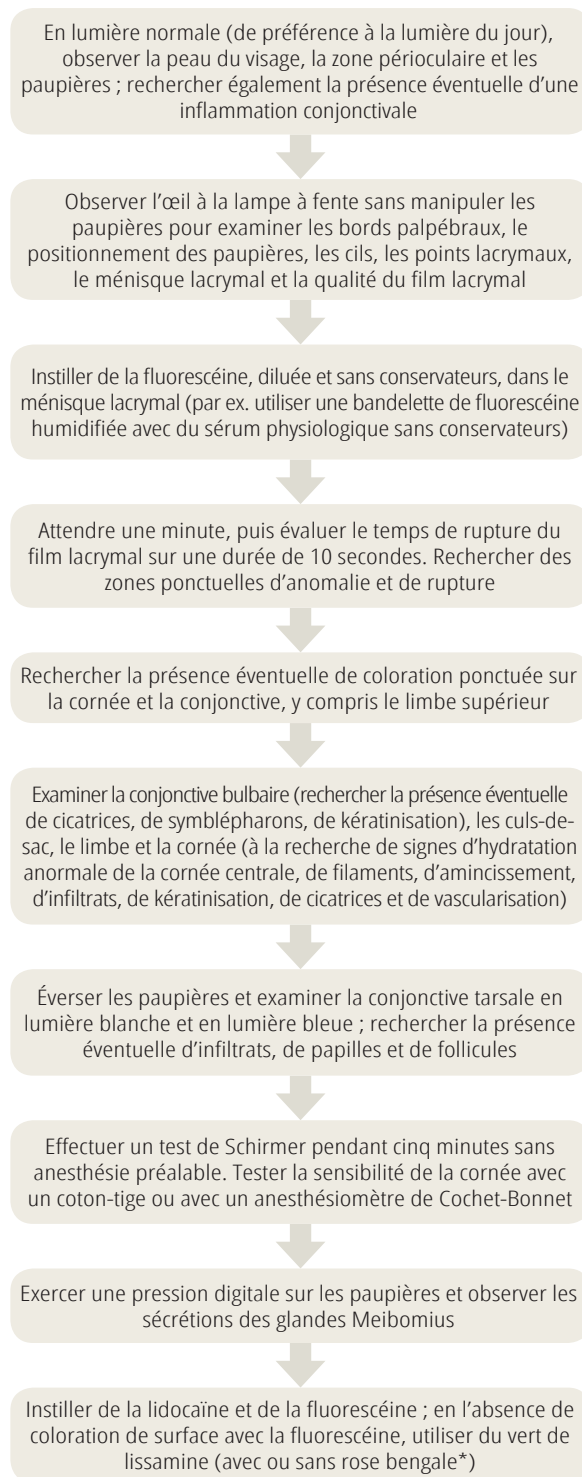
4. Lutter contre l'inflammation de la surface oculaire

Pratiquement toutes les affections de la surface oculaire présentent une composante inflammatoire. Les caractéristiques cliniques de l'inflammation de la surface oculaire incluent douleur, injection de la conjonctive (rougeur), dilatation des vaisseaux conjonctivaux, limbite, œdème conjonctival (chémosis), rougeur palpébrale et œdème palpébral (Figure 3).

L'inflammation de la surface oculaire peut se traiter. Les corticoïdes choisis dépendront de la gravité de l'inflammation. Dans le cas d'une inflammation légère de la surface oculaire, on peut utiliser un traitement corticoïde faible en application locale (par ex. fluorométholone ou prednisolone à 0,5 % sans conservateurs) soit de façon ponctuelle selon les besoins, soit en traitement de courte durée en diminuant progressivement les doses. Une inflammation grave (par ex. dans le cas d'une LCET ou limbo-conjonctivite endémique tropicale aiguë), il faudra utiliser un traitement local plus puissant (par ex. dexaméthasone à 0,1 % ou prednisolone à 1 %). La fréquence des instillations dépendra de la gravité de la maladie. Dans les cas où vous prévoyez l'utilisation prolongée de corticoïdes, il vous faudra régulièrement évaluer l'état du cristallin et de la papille optique et mesurer la pression intraoculaire, afin de surveiller l'apparition éventuelle d'effets secondaires comme la cataracte et le glaucome.

L'application locale de ciclosporine A s'est révélée efficace dans le traitement de plusieurs affections de la surface oculaire et elle n'entraîne pas les effets indésirables de la corticothérapie. Toutefois, la ciclosporine est souvent mal

Figure 2. Examen ophtalmologique d'un patient présentant une affection de la surface oculaire



*Le rose bengale n'est plus disponible dans certains pays.

supportée en période d'aggravation de la maladie et il faut attendre plusieurs semaines après la dose initiale pour obtenir son plein effet thérapeutique. Il a été démontré que la ciclosporine est mieux tolérée si on l'introduit après quelques semaines de corticothérapie locale⁴.

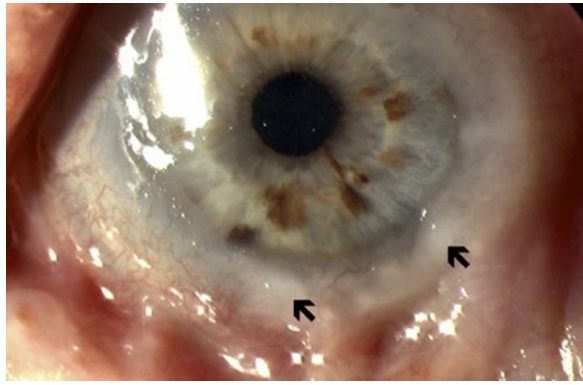
Le traitement des allergies oculaires (notamment conjonctivite allergique aiguë, saisonnière ou chronique, LCET et kératoconjonctivite atopique) comprend des stabilisateurs de la membrane des mastocytes (par ex. nécredomil, lodoxamide), des antihistaminiques (par ex. émédastine, loratidine, chlorphénamine) ou des médicaments ayant ces deux actions (par ex. olopatadine).

Suite à la page 32 ➤

Figure 3. Inflammation oculaire grave dans les affections de la surface oculaire (soit conjonctivite fibrosante)



Injection conjonctivale importante avec dilatation vasculaire



Inflammation du limbe cornéen (limbte)

Dans les cas d'inflammation grave de la surface oculaire (par ex. fonte cornéenne ou pemphigïde des muqueuses), il faut commencer rapidement un traitement immunosuppresseur afin d'éviter la perte de vision⁵. Dans ce type de situation, vous pouvez commencer l'administration de corticoïdes à dose immunosuppressive (par ex. prednisolone 1 mg/kg une fois par jour et 500 à 1 000 mg de méthylprednisolone par voie intraveineuse une fois par jour pendant un à trois jours), puis diminuer progressivement les doses sur une durée de un à trois mois une fois l'inflammation maîtrisée. Il faut administrer des médicaments épargneurs de corticoïdes (par ex. mycophénolate, azathioprine, cyclophosphamide) lorsque l'on envisage une évolution de la maladie sur une longue durée.

Dans le cas d'une affection de la surface oculaire mal contrôlée par le traitement local ou lorsqu'il y a persistance d'une inflammation subaiguë grave, on peut utiliser un traitement d'épargne cortisonique sans corticoïdes. L'utilisation de ce type d'agents immunosuppresseurs requiert des connaissances spécialisées, un suivi et des installations adaptées. Il faut envoyer ces patients dans un service spécialisé si les services de santé locaux ne sont pas aptes à soutenir ce type de traitement.

5. Prendre en charge les ulcérations cornéennes superficielles chroniques et la kératite microbienne

La prise en charge des ulcérations cornéennes superficielles chroniques repose sur l'élimination des facteurs aggravants, la stimulation de l'épithélialisation, l'amélioration de la stabilité de l'épithélium, la restauration de la membrane basale et le renouvellement de l'épithélium. En cas d'ulcération cornéenne superficielle chronique secondaire à une kératopathie neurotrophique, un collyre à base de facteur de croissance neuronale pourra s'avérer utile. Il a été montré que les traitements à base de sérum autologue et à base de facteur de croissance neuronale stimulent l'épithélialisation.

La kératite microbienne est l'une des principales complications des affections chroniques de la surface oculaire. Dans tous les cas d'ulcération cornéenne superficielle chronique, il faut procéder à l'exclusion de ce diagnostic en employant les techniques de microbiologie qui conviennent. Les patients suivant un traitement corticoïde local ou un traitement immunosuppresseur général peuvent présenter une infection sans infiltrat cornéen. En cas de suspicion d'infection, commencer un traitement empirique avec un antimicrobien à large spectre. On utilise fréquemment des fluoroquinolones en première intention (par ex. moxifloxacin à 0,5 % ou levofloxacin à 0,5 %). En cas de suspicion ou de diagnostic d'infection fongique, arrêter la corticothérapie et commencer un traitement antifongique approprié.

6. Prise en charge chirurgicale

Lorsque les traitements non chirurgicaux ne parviennent pas à guérir une ulcération cornéenne superficielle chronique, on peut avoir recours à une fermeture palpébrale par injection de toxine botulique ou à une tarsorrhaphie centrale temporaire pour favoriser la stabilité épithéliale. En cas d'ulcération cornéenne superficielle chronique réfractaire, des greffes de membrane amniotique, une kératectomie lamellaire ou une kératoplastie lamellaire peuvent permettre d'améliorer la membrane basale. Les petites perforations peuvent être traitées par l'application de colle cyanoacrylate et d'une lentille pansement. Lorsque la perforation est de plus grande taille, il faut recourir à une kératoplastie thérapeutique lamellaire ou perforante.

En cas d'échec de toutes les interventions décrites ci-dessous, on peut envisager de renouveler l'épithélium par une reconstruction de surface. Pour prendre en charge une insuffisance au niveau de la surface oculaire due à un déficit de cellules souches limbiques, on peut envisager une greffe allogénique ou autologue de cellules souches limbiques (allogènes ou autologues)⁶.

Le recouvrement par un lambeau conjonctival sacrifie la vision, mais ce geste atténue l'inconfort éprouvé par le patient, diminue l'inflammation oculaire et favorise la cicatrisation. S'il s'avère impossible de mobiliser la conjonctive en raison d'une fibrose trop importante, une greffe de muqueuse buccale permettra de fournir un épithélium stable.

Participation du patient

Il peut être difficile de bien prendre en charge les affections de la surface oculaire. Beaucoup d'entre elles, comme par exemple les allergies oculaires, sont des affections chroniques. Il est souvent possible de maîtriser les symptômes, mais pas de les éliminer complètement. Rechutes et poussées sont également fréquentes, et la plupart des traitements nécessitent la participation du patient sur une longue période.

Avant tout traitement, il est important d'informer les patients et de leur offrir un soutien psychologique. Il faut que le patient comprenne sa maladie et les résultats thérapeutiques auquel il peut s'attendre, car il peut s'agir d'un traitement à vie. Il faut convenir avec le patient d'une stratégie de prise en charge de la maladie et celui-ci doit savoir comment accéder aux services de santé en cas de rechute.

Conclusion

Il est parfois difficile de diagnostiquer précisément la cause sous-jacente d'une affection de la surface oculaire, car beaucoup de maladies peuvent affecter la surface de l'œil. En l'absence d'un diagnostic définitif, il peut s'avérer suffisant d'identifier les effets fonctionnels de la maladie sous-jacente à la surface de l'œil et de les prendre en charge comme il se doit.

Références

- 1 Dart J. Corneal toxicity: the epithelium and stroma in iatrogenic and factitious disease. *Eye*. Nov 2003;17(8): 886–892.
- 2 Suzuki T et al. Meibomian glands and ocular surface inflammation. *The ocular surface*. Apr 2015;13(2): 133–149.
- 3 Bron AJ. The Doyné Lecture. Reflections on the tears. *Eye*. 1997;11 (Pt 5): 583–602.
- 4 Sheppard JD et al. Effect of loteprednol etabonate 0.5% on initiation of dry eye treatment with topical cyclosporine 0.05%. *Eye & contact lens*. Sep 2014;40(5): 289–296.
- 5 Saw VP et al. Immunosuppressive therapy for ocular mucous membrane pemphigoid strategies and outcomes. *Ophthalmology*. Feb 2008;115(2): 253–261 e251.
- 6 Holland EJ, Schwartz GS. Changing concepts in the management of severe ocular surface disease over twenty-five years. *Cornea*. Sep 2000;19(5): 688–698.