



Le chalazion multirécidivant

Paul Dighiero, Christophe Lachot

Le chalazion est défini comme une lésion inflammatoire d'une glande de Meibomius au niveau du tarse palpébral. Cette tuméfaction palpébrale dite «bénigne» est facilement reconnue à l'examen clinique. Elle réalise une atteinte inflammatoire de la glande, faisant suite à l'obturation du canal glandulaire excréteur. Le chalazion peut intéresser une ou plusieurs paupières, voire plusieurs glandes à l'intérieur d'une même paupière. Lorsque le traitement médical par pommades antibio-corticoïdes n'est pas suffisant, on propose la plupart du temps un traitement chirurgical avec excision. Nous présentons dans cet article 2 cas cliniques de patients suivis dans notre centre pour un problème de chalazions récidivants.

Chacune des 4 paupières contient une vingtaine de glandes de Meibomius (GM). Les glandes des paupières supérieures sont plus fines et plus longues que celles des paupières inférieures. On ne connaît pas avec exactitude la part de chaque paupière dans la sécrétion totale de meibum, mais il semblerait que la sécrétion des paupières inférieures soit la plus importante – d'où l'intérêt de la meibographie des paupières inférieures pour un dépistage.

La meibographie permet d'évaluer *in vivo* la morphologie des GM, de manière non invasive et sans désagréments pour le patient. La plupart des meibographes actuels utilisent la lumière infrarouge pour visualiser directement les structures glandulaires – les glandes apparaissent comme des structures tubulaires de couleur blanche. Les meibographes issus de la technologie Tear Science permettent une analyse en transillumination des glandes grâce un éverseur de paupières muni d'une source de lumière infrarouge générant des images en « négatif » – les glandes apparaissent comme des structures tubulaires de couleur noire et la visibilité des structures vasculaires est fortement rehaussée.

Cas clinique N° 1

M. M., âgé de 36 ans, vendeur en grande surface de bricolage, consultait en juin 2018 pour des douleurs de l'œil gauche au réveil. Dans ses antécédents ophtalmologiques, le patient rapportait la notion de chalazions à répétitions (au moins 10 épisodes avec 6 exérèses chirurgicales par 4 ophtalmologistes différents au cours des 6 dernières années).

Son acuité visuelle était de 10/10 OD (+0,50) et 10/10 OG (+0,75). Une meibographie de dépistage a été réalisée à l'aide d'un LipiScan (Johnson & Johnson – AMO) lors de cette consultation, avec une cotation de l'atrophie utilisant la classification en quarts (stade 1 : atrophie < 25% ; stade 2 : 25% < atrophie < 50% ; stade 3 : 50% < atrophie < 75% ; stade 4 : atrophie > 75%).

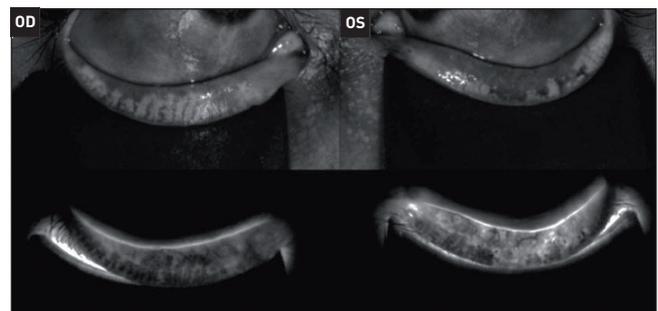


Figure 1. Meibographie des paupières inférieures en LipiScan réalisée en juin 2018, montrant une atrophie glandulaire de stade 2 côté droit et de stade 4 côté gauche.

Clinique

La meibographie infrarouge des 2 paupières inférieures (LipiScan, Tear Science, AMO – J&J) permettait de constater une atrophie glandulaire de stade 2 sur l'OD et de stade 4 sur l'OG (figure 1). Un traitement lubrifiant bilatéral, ainsi qu'une prévention des érosions épithéliales récidivantes nocturnes, a été prescrit par masque nocturne associé à un gel (masque Basic TE distribué par Innophta SAS) (figure 2).

Le patient est perdu de vue pendant 18 mois. Il revient consulter en novembre 2019 pour une importante sensation de brûlure à son œil gauche, associée à un chalazion de la paupière inférieure gauche. Une meibographie en LipiScan (figure 3) et en LipiView (figure 4) est pratiquée pour comparer l'évolution de l'atrophie meibomienne, ainsi qu'une carte pachymétrique épithéliale cornéenne en OCT (figure 5).

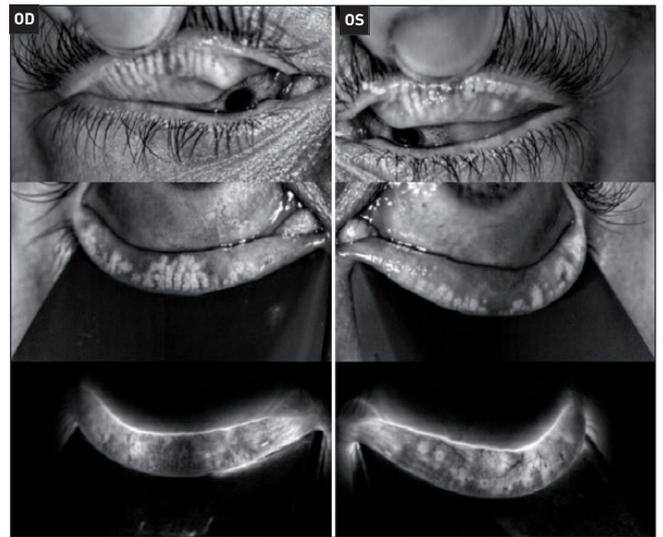


Figure 4. Meibographie des 4 paupières en LipiView II réalisée en novembre 2019. Noter la meilleure définition de la structure glandulaire en LipiView. L'analyse des paupières supérieures confirme l'atrophie asymétrique avec un stade 4 de l'OG.



Figure 2. Masque nocturne permettant de limiter les frottements nocturnes de la paupière sur la zone de fragilité cornéenne. Ce masque est muni de 2 mousses qui peuvent être retirées pour obtenir un effet de chambre humide, ou conservées pour limiter les mouvements palpébraux.

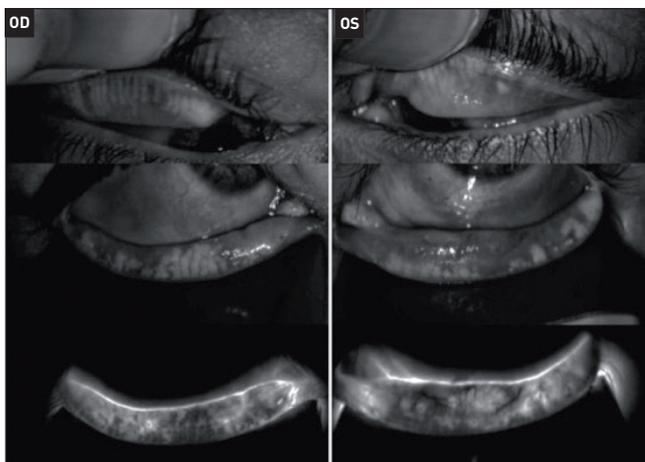


Figure 3. Meibographie des 4 paupières en LipiScan réalisée en novembre 2019, comparable à la précédente de juin 2018, avec une atrophie majeure des glandes côté gauche.

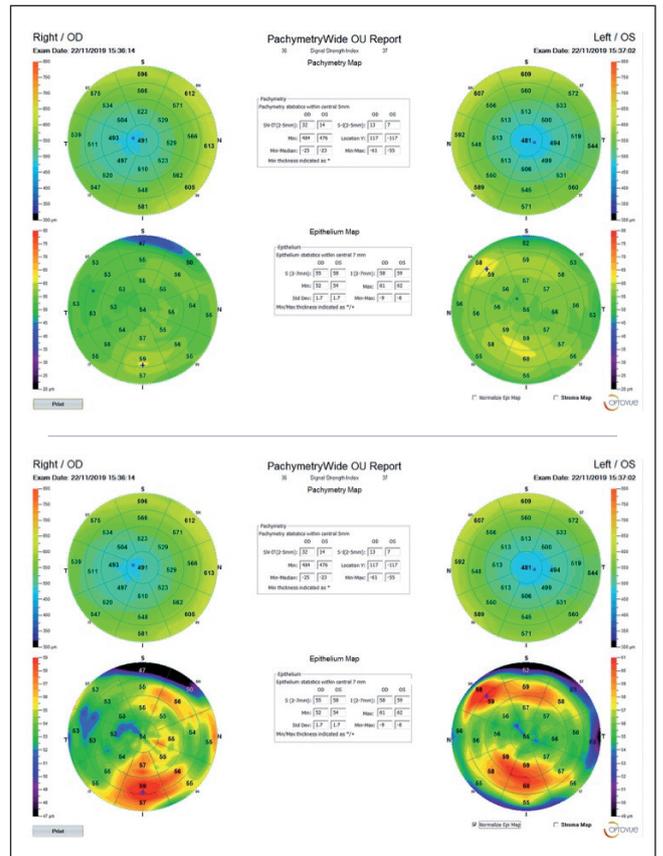


Figure 5. Carte pachymétrique épithéliale cornéenne en OCT Optovue, XR Avanti Expert. Noter sur l'image du bas l'accentuation de l'hyperplasie avec l'échelle normalisée (zones rouges).

Cas clinique N° 2

M. F. homme caucasien de 24 ans, consultait en novembre 2019 pour un chalazion de la paupière inférieure gauche résistant au traitement médical par pommade

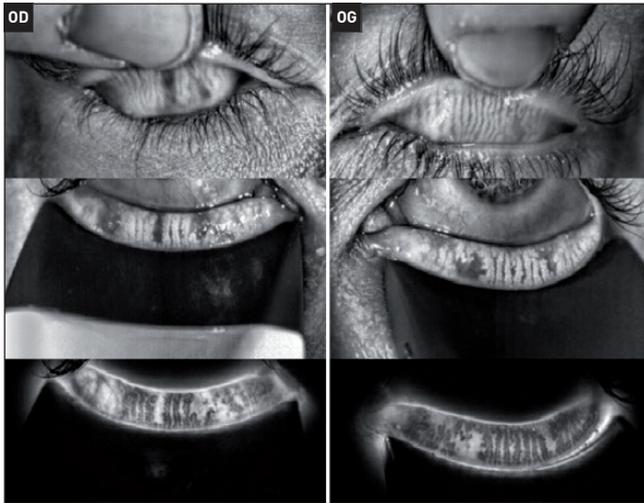


Figure 6. Meibographie en LipiView II montrant des zones d'atrophie glandulaire bilatérales.

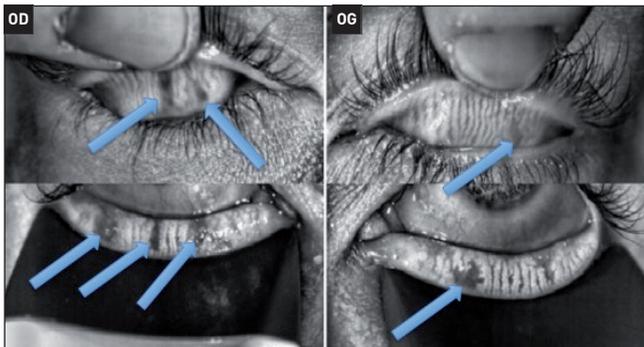


Figure 7. Meibographie en LipiView II. Les flèches bleues représentent les zones d'atrophie consécutives aux chalazions récidivants.

antibiocorticoïde instauré depuis 3 semaines par son médecin généraliste.

Il signalait la survenue de chalazions récidivants depuis 4 ans (au moins 3 épisodes certains).

Son acuité visuelle était de 10/10 ODG sans correction. Une meibographie en LipiView II a été réalisée lors de cette première consultation (*figure 6*). L'atrophie meibomienne était déjà proche de 50% à l'œil droit et de 30% à l'œil gauche. Les zones d'atrophie correspondant aux épisodes de chalazion rapportés par le patient sont bien visibles (*figure 7*).

Commentaires et enseignements

Ces 2 cas cliniques illustrent l'intérêt de réaliser une meibographie systématique pour bilancer tous les épisodes de chalazion, notamment chez les patients présentant des épisodes récidivants et/ou bilatéraux et/ou résistants à un traitement médical classique.

Cette analyse meibographique est essentielle pour quantifier le degré d'atrophie des glandes de Meibomius et adapter la prise en charge thérapeutique, qui doit être très énergique dans le cas d'une atrophie glandulaire avérée chez des patients jeunes.

L'arsenal thérapeutique s'est considérablement enrichi ces dernières années, notamment pour la prise en charge des chalazions récalcitrants avec le laser de basse énergie et/ou pour la prévention de nouveaux épisodes par la thérapie pulsée séquentielle (LipiFlow).

Le chalazion ne doit plus être considéré comme une pathologie totalement bénigne et dénuée de tout intérêt, mais plutôt comme la phase aiguë d'une pathologie chronique potentiellement invalidante nécessitant une prise en charge spécialisée, notamment pour éviter les atrophies glandulaires consécutives à chaque nouvel épisode de chalazion.

Pour en savoir plus

TFOS DEWS II. Ocular Surface Journal, July 2017 et <http://www.tfosdewsreport.org>

Pisella PJ, Baudouin C, Hoang-Xuan T. Surface Oculaire. Rapport de la SFO 2015. Elsevier-Masson.

Dighiero P. Corrélation entre l'atrophie de l'épithélium cornéen et l'atrophie des glandes de Meibomius dans 2 cas de kératocône. Les Cahiers d'Ophtalmologie. 2019;230:30-3.

El Maftouhi A, C Baudouin C. OCT et sécheresse oculaire. Les Cahiers d'Ophtalmologie. 2019;225:50-4.

Doan S. Dysfonctionnements meibomiens, faut-il tous les traiter ? Réalités Ophtalmologiques. 2019;260:12-3.

Dighiero P, Lachot C. Comment choisir son meibographe en 2019 ?

Réalités Ophtalmologiques. 2019;265:43-8.

Stonecipher K, Potvin R. Low level light therapy for the treatment of recalcitrant chalazia : a sample case summary. Clin Ophthalmol. 2019;13:1727-33.

Dighiero P. Évaluation de 4 meibographes pour le diagnostic de l'atrophie des glandes de Meibomius. Les Cahiers d'Ophtalmologie. 2019;232:28-31.

Blackie CA, Carlson AN, Korb DR. Treatment for Meibomian gland dysfunction and dry eye symptoms with a single-dose vectored thermal pulsation: a review. Curr Opin Ophthalmol. 2015;26(4):306-13.

Dighiero P. Organisation de la consultation de sécheresse oculaire en libéral. Réflexions Ophtalmologiques. 2019;229:31-6.