

Les kératalgies récidivantes et leurs traitements cicatrisants

Ali Fadlallah, Jean-Marc Legeais



Une kératalgie récidivante correspond à des épisodes successifs de douleur, larmoiement et sensation de corps étranger dans un œil.

Chaque épisode est traité de la même manière, comme un ulcère traumatique par lubrifiant local, cycloplégique et pansement compressif, et les récurrences peuvent disparaître. Une lentille peut être utile dans certains cas. Des ulcères sévères, récidivants peuvent être traités par micropuncture de la cornée ou par photokératectomie au laser excimer.

Un témoignage

Depuis 2 ans et demi, je souffre d'une kératalgie récidivante. J'ai consulté cinq ophtalmos et je n'ai toujours pas réussi à m'en débarrasser... Je vis avec ce problème, en me mettant des gouttes et de la pommade dans les yeux dans les périodes de crises... Bien sûr, ce n'est pas très grave en soi, mais très douloureux, très perturbant, j'en suis devenue dépressive... Je suis quasiment réveillée toutes les nuits. Au début, c'était l'œil gauche qui était atteint, puis ça a été quasiment terminé mais c'est l'œil droit qui a pris la relève... C'est très rarement les deux en même temps. De plus, je souffre parfois horriblement pendant une durée très variable, d'un quart d'heure à une demi-journée, et quand la crise est terminée, il n'y a pas de traces...

N.F., 26 ans.

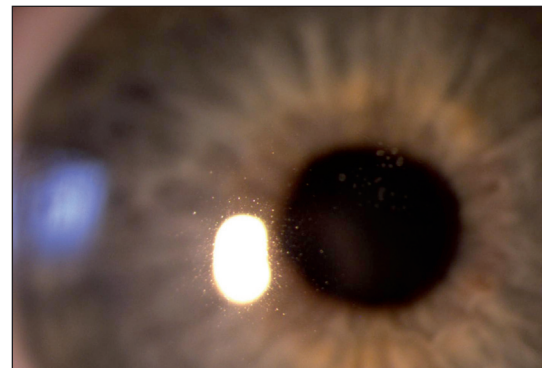
Les manifestations de la kératalgie récidivante surviennent le plus souvent le matin au lever. L'examen montre une ulcération cornéenne épithéliale. Fréquemment, un ulcère traumatique a précédé l'apparition de la kératalgie quelques semaines ou mois auparavant. Un défaut de fixation de l'épithélium cicatrisé sur la membrane de Bowman sous-jacente est à l'origine de cette pathologie.

Étiologies

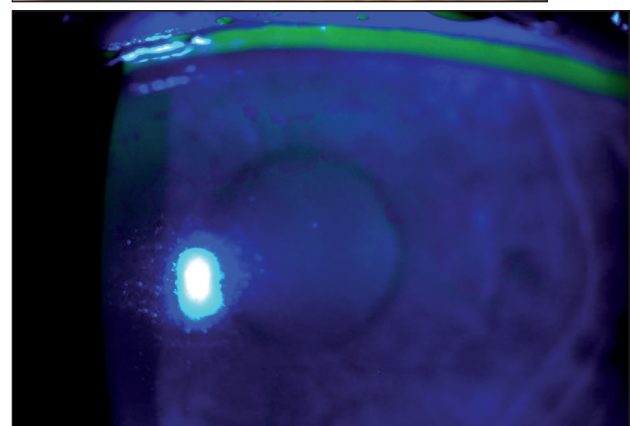
Dystrophie de Cogan (*epithelial basement membrane dystrophy*)

La symptomatologie fonctionnelle apparaît à l'âge adulte, plutôt chez la femme jeune : douleurs par épisodes d'érosion épithéliale, baisse de vision par irrégularité de surface. La plupart des patients restent asymptomatiques.

L'examen à la lampe à fente montre des lésions vésiculeuses gris blanchâtre dont la taille et la forme varient dans le temps et dans l'espace sans lésions cicatricielles induites (*figure 1*). D'autres aspects cliniques ont été isolés. Les lésions en « carte de géographie » sont l'aspect le plus typique (*figure 2*). Elles sont grises, très irrégulières dans leurs contours et semblent entourer des plages



◀ **Figure 1.**
Lésions vésiculeuses parapupillaire supérieure.



▼ **Figure 2.**
Lésions « en carte géographique ».

Hôtel-Dieu, Paris

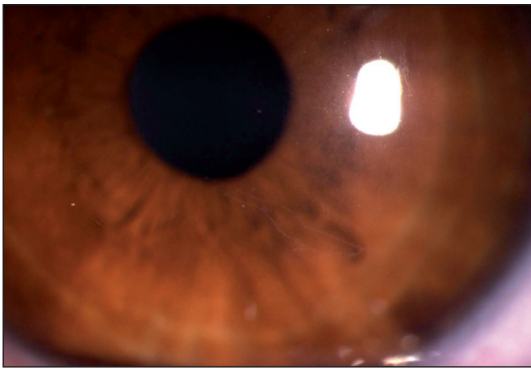


Figure 3.
Lésions en « empreinte digitale » en parapupillaire inférieur.

de cornée saine. Les lésions en « empreinte digitale » apparaissent souvent parallèles entre elles et concentriques, localisées au centre de la cornée ou juste à proximité (figure 3).

Érosions cornéennes récidivantes (*recurrent erosion*)

Leurs étiologies sont nombreuses, la plus fréquente étant le traumatisme cornéen. Elles peuvent apparaître spontanément en dehors d'un traumatisme ou également dans de nombreuses dystrophies, plus particulièrement dans celles de Meesmann et de Cogan.

Le début est souvent précoce, dans la première décennie. La fréquence des épisodes douloureux diminue dans le temps. C'est souvent au réveil que survient la crise. La symptomatologie persiste deux à trois jours. Les patients décrivent parfois des épisodes de douleurs matinales, aiguës, avec larmoiement à l'ouverture des paupières, en dehors des épisodes aigus et sans lésions visibles en biomicroscopie. Il s'agit d'érosions épithéliales cornéennes pures, dont le fond est clair et sans œdème cornéen associé. L'épithélium se détache facilement et part en lambeaux. Les lésions sont uni- ou bilatérales.

Traitement

Traitement médical

Au début, le traitement des kératalgies récidivantes est médical.

La cicatrisation épithéliale peut être favorisée par des molécules comme l'acétylcystéine à 5%, ayant des propriétés anticollagénase.

Le traitement symptomatique est un traitement substitutif par des larmes artificielles en collyre (de préférence sans conservateurs ni excipients) à base de carbomère, d'acide hyaluronique (de préférence de forte concentration 0,2% associé à des gels lubrifiants et mouillants qui seront appliqués plusieurs fois par jour ou à volonté selon les besoins du patient. Une nouvelle classe de collyres existe : les osmoprotecteurs qui protègent l'épithélium de l'hyperosmolarité des déficits lacrymaux,

et pourraient être efficaces sur la stabilité de l'adhésion des cellules épithéliales.

Les solutions hypertoniques peuvent également contribuer à une certaine stabilité épithéliale par effet osmotique ; on site spécialement le traitement par une solution hypertonique de NaCl 5% et le traitement par la diméticone : formation d'un *tapis moléculaire* de polarisation dirigée entraînant au niveau de l'œil une hydrophilie plus grande de l'assise superficielle épithéliale et une diminution de l'hydrophilie de la substance mucoïde du stroma.

Le pansement occlusif nocturne correspond le plus souvent à un *pansement pharmacologique* par des agents trophiques, spécifiquement par la pommade vitamine A ophthalmologique.

Traitement chirurgical

La micropuncture par une aiguille 27 G ou 30 G semble également efficace dans la mesure où elle permet de créer des microcicatrices à l'interface entre l'épithélium et le stroma. Ceci permettra par la suite une meilleure adhérence des cellules épithéliales sur la surface cornéenne.

Si ce traitement est devenu insuffisant ou s'il existe une baisse d'acuité visuelle, le meilleur traitement actuellement est la photoablation thérapeutique (ou photokératectomie thérapeutique, PKT) au laser excimer (193 nm) qui est très efficace (mode thérapeutique retrouvé dans la plupart des plates-formes de chirurgie réfractive : Allegretto (Alcon), VisX (AMO), Amaris (Schwind)... La photoablation doit être très superficielle, de 5 à 10 µm (toujours inférieure à 20 µm), et ainsi la réfraction est très peu modifiée par le traitement. Plusieurs techniques de PKT existent avec des profils d'ablations différents :

- large zone d'ablation,
- ablation focale,
- transépithéliale,
- kératectomie manuelle superficielle associée à une PKT étendue,
- PKT avec des fluides de masquage : technique de lissage (avec de la méthylcellulose, en cas de surface rugueuse),
- PKT associée à une photokératectomie (PKR) (correction des amétropies associées).

Ces différentes techniques sont adaptées en fonction de l'étendue de la lésion, de sa profondeur et de la présence de troubles réfractifs associés. Les effets iatrogènes sont rares. La complication principale reste l'amétropie induite, mais une correction ultérieure reste toujours possible. La récurrence reste toujours le premier souci et elle arrive le plus souvent au bord de l'ancien traitement. Une répétition du traitement peut se faire en secteur (ablation focale) et à plusieurs reprises en fonction du besoin clinique et de l'étendue de la lésion.