

Les blépharites

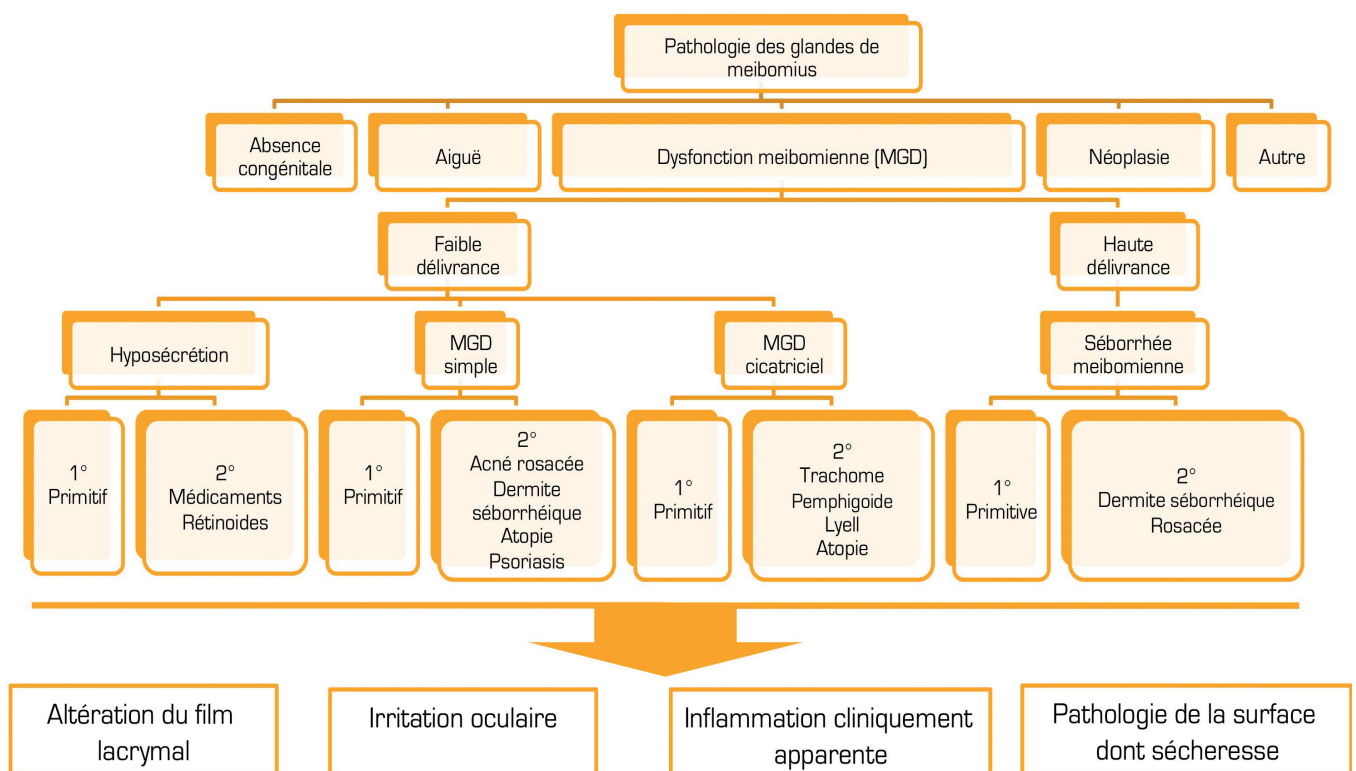
Serge Doan

Les blépharites correspondent à l'inflammation du bord libre palpébral. On distingue les blépharites antérieures, siégeant dans la région d'implantation des cils, et les blépharites postérieures, qui associent un dysfonctionnement des glandes de Meibomius à une inflammation. Les blépharites mixtes regroupent les deux précédentes. Elles sont une cause fréquente d'irritation, de sécheresse ou d'inflammation oculaire [1].

Vers une nouvelle classification

La classification des dysfonctionnements meibomiens (MGD) a été récemment revisitée dans le cadre d'un travail de consensus international, le MGD Workshop [2] (tableau I). On distingue ainsi les MGD avec hypoproduction (les plus fréquents) des formes hyperproductives que l'on retrouve parfois dans la rosacée ou la dermite séborrhéique. Les formes hypoproduitives sont également subdivisées en formes simples et cicatricielles. Les formes simples sont liées à une

hyperviscosité du meibum qui stagne dans les glandes de Meibomius, le plus souvent dans le cadre d'une rosacée ou d'une dermite séborrhéique, ou également d'une allergie. La ménopause est aussi un facteur de MGD avec hyposécrétion, la production de meibum étant sous la dépendance de la testostérone. Les formes cicatricielles correspondent à une fibrose périglandulaire qui accentue l'hyposécrétion. Elles sont liées aux conjonctivites fibrosantes comme les syndromes de Lyell et Stevens-Johnson, les pemphigoides



Hôpital Bichat et Fondation A. de Rothschild, Paris

Tableau I. Nouvelle classification des blépharites [d'après 2].

des muqueuses, mais également la rosacée et l'atopie.

L'hyposécrétion meibomienne est avant tout responsable d'une sécheresse qualitative par hyperévaporation lacrymale. Le meibum peut également avoir une toxicité directe et générer une inflammation palpébrale (blépharite) ou conjunctivo-cornéenne. Une surinfection bactérienne chronique au sein des glandes de meibomius obstruées aggrave l'inflammation de la surface oculaire et le dysfonctionnement meibomien de par l'action des lipases bactériennes. Le rôle de *Demodex follicularum*, parasite des cils se nourrissant du sébum accumulé à leur base dans le cadre d'une blépharite séborrhéique, est peu clair. Enfin, une kératinisation progressive des canaux excréteurs meibomiens aggrave le tableau.

La clinique

Les symptômes sont non spécifiques lorsqu'ils traduisent une « irritation » conjunctivale et se confondent avec ceux d'une sécheresse oculaire. L'inflammation des paupières induit des symptômes plus évocateurs puisque localisés aux paupières : rougeurs, brûlures, croûtes... :

- télangiectasies importantes du bord libre, correspondant à des dilatations vasculaires du bord libre. Elles sont physiologiques chez le sujet âgé lorsqu'elles sont d'importance modérée ;
- œdème conjonctival autour des méats des glandes de Meibomius ;
- bouchons kératinisés siégeant à l'abouchement des glandes de Meibomius constituant un signe majeur de dysfonctionnement meibomien ;
- chalazions ou voussures du bord libre qui traduisent également l'anomalie de drainage des glandes de Meibomius ;
- irrégularité du bord libre, avec des dépressions en forme de cratère à l'emplacement des méats meibomiens, traduisant des cicatrices avec atrophie meibomienne ;
- aspect mousseux et bulleux des larmes au niveau du bord libre traduisant une meiborrhée ;
- temps de rupture du film lacrymal (*break-up time*) réduit du fait de l'anomalie de la couche lipidique meibomienne lacrymale. Par contre, le test de Schirmer est en général normal ;
- kératite ponctuée inférieure qui attire l'attention sur une pathologie du bord libre ;
- conjonctivite papillaire chronique fréquente, avec parfois fibrose sous-conjonctivale ;
- blépharite antérieure éventuellement associée, sous forme de croûtes ou collerettes à la base des cils

et d'une inflammation antérieure (figure 1). Il s'agit le plus souvent d'une blépharite séborrhéique. Le *Demodex folliculorum* est souvent retrouvé dans ce cas, sans que sa responsabilité n'ait été formellement établie. En cas de perte des cils avec ulcères et inflammation du bord libre et orgelets, une blépharite staphylococcique est par contre probable.

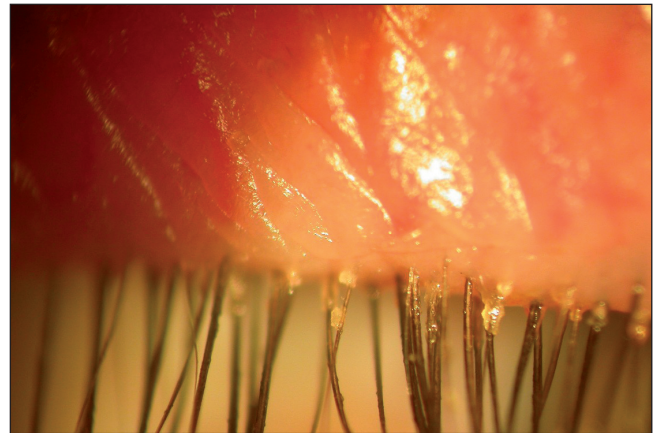


Figure 1. Blépharite antérieure.

Quels sont les signes qui vont confirmer le diagnostic de meibomite en cas de doute ?

- À l'interrogatoire : des antécédents de chalazion, de rosacée cutanée ou de dermite séborrhéique.
- L'examen du meibum est un élément clé du diagnostic positif et du diagnostic de gravité. Il fait appel à une manœuvre de meibopression consistant à presser les glandes de Meibomius pour examiner leur meibum. On notera la cinétique de sortie du meibum, sa couleur et sa viscosité. Le meibum normal a l'aspect d'huile d'olive et sort facilement. Un meibum pathologique sort difficilement et prend un aspect louche et visqueux (figure 2). L'absence totale de meibum à la meibopression traduit une atrophie meibomienne de mauvais pronostic car très difficile à traiter.
- Les cicatrices cornéennes sont également quasi pathognomoniques :
 - leur siège limbique inférieur est très évocateur ;
 - elles sont souvent néovascularisées en pinceau ou en éventail (figure 3),
 - avec amincissement arciforme ou arrondi en regard d'une taie stromale.
- Une inflammation cornéenne, prenant la forme d'ulcères ou d'infiltrats catarrhaux inférieurs ressem-

Clinique

blant à des abcès cornéens (*figure 4*), ou, plus rarement, de phlyctènes cornéennes, est typique de la rosacée oculaire. Ces lésions peuvent évoluer vers la perforation en l'absence de traitement (corticoïdes

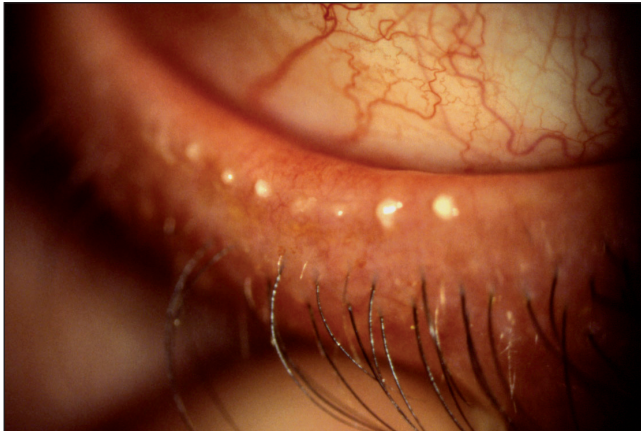


Figure 2. Meibum visqueux.

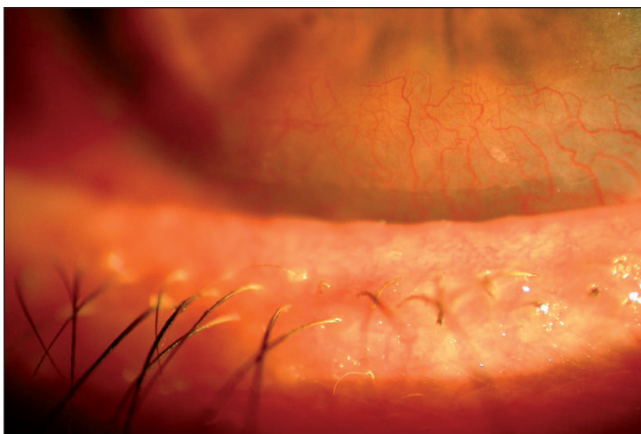


Figure 3. Pannus inférieur.

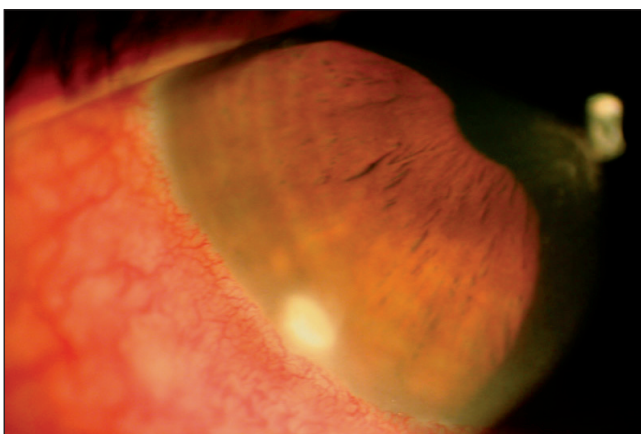


Figure 4. Infiltrat catarrhal.

locaux). Une surinfection, en pratique assez rare, devra être écartée.

- Des signes de rosacée cutanée complètent le tableau : épisodes d'érythème déclenchés par la chaleur, télangiectasies cutanées, éruptions papuleuse ou pustuleuse, rhinophyma aux stades avancés. Une dermite séborrhéique doit aussi être recherchée : irritation cutanée et squames grasses des sillons nasogéniens, de la région intersourcilière et du pourtour du cuir chevelu.

- Il faut individualiser **la forme de l'enfant** qui est souvent unilatérale, caractérisée par un œil rouge avec photophobie, des antécédents de chalazions et, surtout, à l'examen, une blépharite avec kératoconjonctivite phlycténulaire. Cette forme peut se compliquer de néovaisseaux inférieurs et d'infiltrats cornéens qui laissent souvent des cicatrices néovascularisées pouvant menacer la vision.

Traitement

Le traitement de fond de la meibomite repose sur l'hygiène quotidienne des paupières à vie : réchauffement des paupières par un gant de toilette tiède puis massage appuyé du bord libre. Le nettoyage du bord libre est nécessaire, surtout en cas de blépharite antérieure. Les substituts lacrymaux sont systématiquement associés.

Dans les formes rebelles, une antibiothérapie peut être prescrite. Classiquement, c'est un traitement par voie orale par cyclines (avant tout doxycycline ou minocycline 100 mg/j), macrolides ou métronidazole au long cours, qui sera prescrit en cure mensuelle alternée un mois sur deux. Plusieurs publications suggèrent l'efficacité de l'azithromycine en collyre, avec des schémas d'administration discontinuée allant de 3 à 28 jours, avec une périodicité variable.

Les corticoïdes locaux ne sont indiqués qu'en cas de complication cornéenne inflammatoire, et la ciclosporine locale en collyre à 2 % en cas de corticodépendance.

Bibliographie

1. Doan S. La sécheresse oculaire : de la clinique au traitement. Paris:Medcom 2009.
2. Nelson JD, Shimazaki J, Benitez-del-Castillo JM *et al.* The international workshop on meibomian gland dysfunction: Report of the definition and classification subcommittee. Invest Ophthalmol Vis Sci, Special Issue 2011;52:1930-7.