

## Mises au point interactives – Surface oculaire



**S. DOAN**

Service d'Ophtalmologie,  
Hôpital Bichat,  
Fondation Ophtalmologique  
Adolphe de Rothschild,  
PARIS.

**C**omme dit si bien mon maître THX (nom de code du Pr Thanh Hoang-Xuan), si tu cherches un dysfonctionnement des glandes de Meibomius (DGM), tu le trouveras souvent. On retrouve en effet un DGM chez plus de 50 % de la population. Celui-ci n'est cependant pas toujours symptomatique, loin de là. Quand doit-on le rechercher ? Faut-il toujours le traiter ? Comment ? Voici les questions dont nous allons discuter dans cet article.

### Comment rechercher le dysfonctionnement des glandes de Meibomius ?

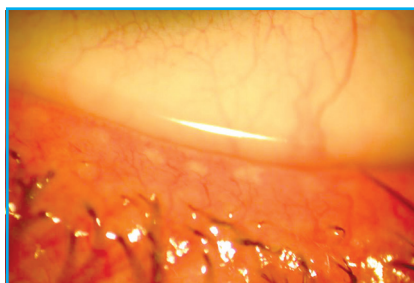
C'est l'examen clinique du bord libre qui permet de poser le diagnostic. La présence d'une inflammation et d'un remaniement du bord libre, de télangiectasies (**fig. 1**), de bouchons meibomiens, d'antécédents de chalazions sont autant d'arguments évocateurs.

On ne se fiera pas à la normalité du bord libre. Seule la meibopression permettra de poser le diagnostic de DGM devant un meibum visqueux, blanchâtre, sortant mal ou peu (**fig. 2**). À l'inverse, une séborrhée meibomienne se traduira par un meibum très fluide en grande quantité et avec des larmes mousseuses.

Le temps de rupture des larmes (BUT) raccourci inférieur à 10 s traduit la sécheresse évaporative du DGM. L'examen du visage recherche une rosacée ou une dermite séborrhéique.

Les examens d'imagerie peuvent être utiles car objectivant l'atteinte meibomienne :

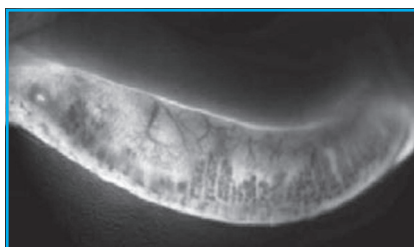
## Dysfonctionnements meibomiens, faut-il tous les traiter ?



**Fig. 1 :** Blépharite postérieure.



**Fig. 2 :** Dysfonctionnement meibomien avec meibum pâteux.



**Fig. 3 :** Meibographie avec atrophie meibomienne partielle (LipiView2).

- la meibographie permet d'imager les glandes de Meibomius et d'objectiver une éventuelle atrophie meibomienne (**fig. 3**) ;
- l'interférométrie du film lacrymal permet de mesurer l'épaisseur du film lipidique des larmes.

### ■ Quand faut-il traiter ?

Il n'est probablement pas justifié de traiter tous les DGM asymptomatiques.

Cependant, en cas de chirurgie du segment antérieur ou avant port de lentilles, un traitement préventif peut être conseillé. En effet, les DGM sont de grands pourvoyeurs de sécheresse oculaire post-chirurgie réfractive, post-cataracte ou après port de lentilles de contact. Ils peuvent également provoquer des complications trophiques, inflammatoires ou infectieuses. Il semble donc licite de rechercher un DGM dans ces contextes particuliers et de le traiter. L'examen clinique et les machines de diagnostic doivent faire, dans l'idéal, partie du bilan préop ou pré-lentilles.

Les DGM symptomatiques, eux, doivent bien sûr être traités. Les DGM étant en particulier la première cause de sécheresse toutes causes confondues, ils doivent être recherchés devant une sécheresse *a fortiori* résistante aux larmes artificielles.

Les complications inflammatoires cornéennes ou conjonctivales s'inscrivent le plus souvent dans le cadre d'une rosacée oculaire et nécessitent aussi un traitement adapté (inflammation conjonctivale, infiltrats catarrhaux, kératoconjonctivite phlycténulaire...). Il en va de même des insuffisances limbiques progressives de la rosacée oculaire.

### ■ Comment traiter ?

Le traitement de fond des DGM repose sur l'hygiène quotidienne des paupières à vie : réchauffement des paupières par tout système délivrant en continu une chaleur douce (compresses, gant de toilette, masques chauffants, lunettes chauffantes) puis massage appuyé des 4 paupières.

Le nettoyage du bord libre est nécessaire, surtout en cas de blépharite antérieure

ou d'inflammation importante du bord libre, avec des lingettes ou gels adaptés. En cas de blépharite antérieure très crouteuse, un débridement mécanique peut être utile (appareil BlephEx). Dans le cas d'une blépharite à *Demodex*, les lingettes contenant de l'huile d'arbre à thé à 2,5 % (Blephademodex) sont très efficaces (cure d'un mois), et dans une moindre mesure les produits nettoyants moins concentrés (gel nettoyant Vyséo, Stériblef). Dans les cas sévères, un traitement oral ou local par ivermectine peut être prescrit.

Les substituts lacrymaux sont systématiquement associés. Les émulsions permettent théoriquement de compléter la phase lipidique du film lacrymal (Aquarest, Cationorm, Neovis total, Systane balance).

Le port de lunettes fermées permet de limiter l'évaporation et de protéger les yeux de l'environnement.

Dans les formes rebelles, une antibiothérapie peut être prescrite, plus à visée anti-inflammatoire qu'anti-infectieuse. Classiquement, c'est la voie orale par cyclines (avant tout doxycycline) au long cours qui sera prescrite, en cure mensuelle alternée 100 mg/j un mois sur deux en respectant les contre-indications et précautions d'emploi (éviter en particulier l'exposition au soleil). L'azithromycine orale est une alternative intéressante car elle a peu de contre-indications et une demi-vie longue, qui permet un schéma d'administration discontinu (par exemple 2 x 250 mg/j 3 jours de suite, 1 ou 2 fois par mois). L'azithromycine en collyre (Azyter) est privilégiée par certains car n'a pas les effets secondaires généraux d'une antibiothérapie orale, alors qu'elle semble avoir une efficacité équivalente. On l'utilise par cure de 3 jours (1 goutte matin et soir), répétée 1 à 3 fois par mois. L'intolérance locale (brûlures, rougeurs oculaires) est fréquente et peut être diminuée en espaçant les doses (1 goutte par jour pendant 6 jours).

Les corticoïdes locaux ne sont indiqués qu'en cas de complication cornéenne inflammatoire, en cure courte.

La ciclosporine locale en collyre à 2 % (en préparation hospitalière) est très utile en cas de forme inflammatoire corticodépendante type kératoconjonctivite phlycténulaire ou infiltrats catarrhaux. La ciclosporine plus diluée à 0,05 % (préparation hospitalière) peut également être proposée dans les sécheresses sévères rebelles. La forme commerciale Ikervis 0,1 % n'a l'AMM qu'en cas de kératoconjonctivite sèche.

La thérapie pulsée avec massage palpébral automatisé (LipiFlow) est efficace pour désobstruer et drainer les glandes meibomiennes. Il s'agit de coques oculaires chauffantes avec système de drainage palpébral par ballonnets (**fig. 4**). L'effet d'une séance de 15 min de traitement, qui s'effectue en cabinet, peut perdurer plusieurs mois voire années.

L'*Intense Pulsed Light* (IPL) est une nouvelle stratégie thérapeutique des sécheresses par DGM. Elle consiste à délivrer 5 à 10 flashes de lumière blanche de forte intensité sur la région périoculaire ou, pour certains, sur les paupières, au moyen d'une lampe au xénon (**fig. 5**). Le mode d'action reste hypothétique (effet thermique, vasculaire, anti-infectieux, remodeling tissulaire, modulation de la régulation nerveuse). 3 à 4 séances espacées de 2 à 4 semaines sont nécessaires. Les résultats sur les symptômes



**Fig. 4 :** LipiFlow, dispositif oculaire.



**Fig. 5 :** IPL (E-Eye).

et les signes peuvent être excellents, même dans les cas les plus sévères, mais avec une variabilité importante en fonction des patients. L'effet peut durer 6 à 12 mois. Plusieurs machines sont disponibles aujourd'hui en France : E-Eye, Lumenis M22, Eye-Light.

## Conclusion

Les dysfonctionnements meibomiens sont très fréquents, et doivent être recherchés devant une sécheresse rebelle, avant chirurgie oculaire en particulier réfractive, et en cas d'inflammation de la surface oculaire. L'arsenal thérapeutique s'élargit constamment pour répondre de mieux en mieux aux demandes des patients.

## POUR EN SAVOIR PLUS

- DOAN S. *La sécheresse oculaire : de la clinique au traitement*. Paris, Medcom, 2009.
- DOAN S, BRÉMOND-GIGNAC D, CASTELAIN M *et al*. Blépharites et dysfonctionnement meibomien. In: PISELLA PJ, BAUDOUIN C, HOANG-XUAN T, editors. *Surface oculaire*. Rapport de la SFO, Elsevier-Masson, 2015.

L'auteur a déclaré des liens d'intérêts avec les laboratoires Alcon-Novartis, Allergan, Bausch + Lomb, Horus, Johnson & Johnson, Santen et Théa.