Sécheresse oculaire : ces patients qui souffrent et chez qui on ne trouve rien

RÉSUMÉ : Une sécheresse très symptomatique sans signes cliniques majeurs s'explique par des douleurs neuropathiques, par dysfonctionnement des voies sensitives oculaires. La prise en charge en est très difficile, reposant sur les traitements des sécheresses sévères, les antalgiques des douleurs neuropathiques et la prise en charge psychologique, au mieux dans un centre de traitement de la douleur.

S. DOAN
Service d'Ophtalmologie, Hôpital Bichat et Fondation A. de Rothschild, PARIS.

"Docteur, vous êtes mon dernier espoir. Tous les ophtalmologistes me disent que je n'ai rien, mais je souffre atrocement de cette sécheresse oculaire. Les larmes qu'on me donne ne font rien. Cela ne pourra pas durer longtemps comme cela." Voilà qui résume une situation peu fréquente mais très difficile à gérer, où les symptômes sont au premier plan alors que les signes sont minimes. Cette entité clinique a été identifiée comme étant liée à des douleurs neuropathiques [1] et a fait l'objet d'une mise au point conséquente dans le dernier rapport du TFOS DEWS II paru en 2017 [2].

Quel est le mécanisme des douleurs neuropathiques ?

Ce terme de douleur neuropathique sous-tend une lésion d'un nerf sensitif, avec réparation anormale à l'origine des douleurs. Le Lasik, de par la section des nerfs cornéens, est une cause classique de douleurs neuropathiques. Cependant, dans toute sécheresse chronique, on sait qu'il existe des altérations des nerfs cornéens. On retrouve dans les douleurs neuropathiques de la sécheresse de nombreuses anomalies nerveuses cornéennes. L'inflammation cornéenne est un autre élément bien démontré par la microscopie confocale, mais dont le mécanisme exact n'est pas en encore élucidé.

L'hyperévaporation stimule les récepteurs cornéens au froid qui envoient au système nerveux central une information de sécheresse. Il semble y avoir comme une erreur d'aiguillage au niveau des synapses avec le 2e neurone, avec une stimulation aberrante de la voie de la douleur. C'est la douleur neuropathique périphérique qui est inhibée lorsqu'on instille un anesthésiant local. En cas de chronicisation, il y a également une diminution de l'inhibition du signal douloureux par les voies descendantes. C'est la sensibilisation centrale, qui agit comme un cercle vicieux, avec dans ce cas l'absence d'effet de l'anesthésiant topique.

Cette anomalie de contrôle de la douleur peut être uniquement oculaire ou plus générale, avec des douleurs chroniques extraoculaires, voire une fibromyalgie ou une neuropathie à petites fibres. Le terrain psychologique joue également un rôle important, le caractère anxieux ou dépressif favorisant et amplifiant toute douleur chronique.

Que retrouve-t-on le plus souvent cliniquement ?

Ce qui frappe est la pauvreté de l'examen clinique par rapport aux symptômes. La sensation de sécheresse oculaire s'associe à une douleur oculaire. Les symptômes douloureux ont un fond chronique

avec des exacerbations spontanées ou provoquées. Ils sont de plusieurs types :
– hyperalgésie : douleurs anormalement élevées en réponse à un stimulus douloureux, par exemple le vent ;
– allodynie : douleur induite par stimulus non douloureux comme la lumière et/ou changement de la température de l'air (air conditionné/temps chaud) ;
– dysesthésie : sensation anormale et désagréable.

La douleur est avant tout oculaire mais peut aussi irradier en périoculaire et évoluer vers des céphalées. Un facteur déclenchant est souvent retrouvé tel qu'une chirurgie réfractive, une conjonctivite, une chirurgie de la cataracte, un essai de lentilles, mais également un choc psychologique…

Le retentissement est souvent majeur, avec un impact important sur la qualité de vie. Les activités personnelles et professionnelles peuvent être très altérées et un état dépressif, voire suicidaire, est fréquent. À cela s'ajoutent l'incompréhension et l'impuissance des soignants, et l'échec des traitements classiques de l'œil sec. L'utilisation de questionnaires spécifiques peut être intéressante (M. Sassi, thèse de médecine, 2017).

Pourtant, l'examen clinique est très pauvre. Il existe une sécheresse évaporative avec BUT (*break up time*) court, un dysfonctionnement meibomien et un clignement incomplet. Il n'y a pas ou peu de kératite, pas de kératoconjonctivite sèche. La douleur peut persister à l'instillation d'anesthésiant en cas de sensibilisation centrale.

La personnalité du patient est souvent particulière avec un caractère anxieux, dépressif, obsessionnel ou encore hystérique voire schizophrène. Des douleurs extraoculaires sont également fréquentes.

Quelle prise en charge thérapeutique ?

Le traitement est souvent complexe car les douleurs sont rebelles aux traitements classiques de la sécheresse. Il faut utiliser tout l'arsenal thérapeutique à disposition, même si la clinique n'est pas sévère. On adressera également les patients dans un centre de traitement de la douleur.

1. Les traitements ophtalmologiques

Les larmes artificielles et les soins des paupières avec rééducation du clignement sont bien sûr le traitement de base, en association à des lunettes à chambre humide.

On associe dans un premier temps un antibiotique oral (cyclines) ou local (azithromycine) à un collyre AINS (anti-inflammatoire non stéroïdien), qui a un effet antalgique très intéressant. On évitera l'AINS si la cornée est fragile (kératite ponctuée superficielle [KPS], anesthésie) car il existe un risque d'ulcère cornéen induit. Les corticoïdes topiques peuvent aussi être efficaces mais seront réservés aux crises, en privilégiant ceux à faible puissance (hydrocortisone, fluorométholone).

En cas d'échec, la ciclosporine en collyre à 0,05 ou 0,1 % est prescrite mais souvent très mal tolérée. Des bouchons méatiques peuvent aider les symptômes de sécheresse mais n'ont en général pas d'effet sur la douleur. L'IPL (*intense pulsed light therapy*), traitement des dysfonctionnements meibomiens, et le collyre RGTA (Cacicol dont la commercialisation a été arrêtée depuis le 17 décembre 2019 aux pharmacies d'officine, aux professionnels et établissements de santé) peuvent aussi être tentés. Par contre, le collyre au sérum autologue est efficace dans bon nombre de cas mais la logistique est complexe. Enfin, les lentilles sclérales peuvent aussi grandement aider, mais sont souvent très mal tolérées, les patients refusant toute sensation étrangère sur leur surface oculaire…

2. Les traitements généraux des douleurs neuropathiques

C'est en adressant les patients dans un centre de traitement de la douleur que l'on pourra les évaluer de façon globale et proposer des traitements orientés pour la douleur neuropathique. Les antalgiques classiques peuvent aider, mais ce sont surtout les traitements plus spécifiques comme la pregabaline ou la gabapentine qui sont utilisés, ainsi que d'autres anti-épileptiques. Une prise en charge psychologique est également indispensable. Enfin, les médecines alternatives doivent certainement être tentées.

Conclusion

Au total, ces patients qui souffrent et chez qui l'on ne trouve rien doivent être écoutés et pris en charge comme une sécheresse oculaire sévère associée à des traitements des douleurs neuropathiques, souvent en centre spécialisé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Galor A, Moein HR, Lee C *et al.* Neuropathic pain and dry eye. *Ocul Surf*, 2018;16:31-44.
2. Belmonte C, Nichols JJ, Cox SM *et al.* TFOS DEWS II pain and sensation report. *Ocul Surf*, 2017;15:404-437.

L'auteur a déclaré des activités de consultant pour Alcon, Allergan, Bausch + Lomb, Johnson & Johnson, Horus, Santen et Théa.