Le dossier – Cornée, surface oculaire et inflammation : nouvelles approches

Rosacée oculaire de l'enfant : une maladie rare ?

RÉSUMÉ : La rosacée oculaire de l'enfant est une pathologie de la surface oculaire dont le diagnostic est souvent sous-estimé. Il peut s'agir initialement d'un œil rouge de l'enfant peu symptomatique ou de chalazions récidivants. La symptomatologie peut être plus sévère avec une blépharokératoconjonctivite et des atteintes sévères de la surface oculaire à type de kératite sévère, d'ulcère et/ou d'abcès stérile. Ces complications potentiellement cécitantes peuvent survenir sans traitement adapté. L'examen systématique des paupières et dermatologique général doit être effectué. Les principes du traitement incluent les soins des paupières, le traitement de la sécheresse oculaire, l'éviction des causes infectieuses et le traitement anti-inflammatoire.

D. BREMOND-GIGNAC
Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital Universitaire Necker Enfants-malades, Université de Paris V René Descartes, INSERM UMRS 1138 Team 17, Université Sorbonne Paris Cité, PARIS.

La pathologie de la surface oculaire de l'enfant est fréquente et l'œil rouge est la pathologie la plus classique. Cependant, les formes sévères de ces pathologies sont rares. Il est essentiel de savoir diagnostiquer les formes cliniques sévères de l'œil rouge et savoir reconnaître les pièges devant l'examen du patient. La rosacée oculaire de l'enfant peut se manifester par une forme légère de blépharoconjonctivite s'accompagnant d'un œil sec ou de formes beaucoup plus sévères de blépharokératoconjonctivite avec atteinte majeure de la surface oculaire potentiellement cécitante.

Diagnostic clinique

1. Signes cliniques et examen clinique de l'enfant

Chez l'enfant, les signes cliniques sont souvent trompeurs et peuvent se limiter à un œil rouge isolé. Les signes peuvent inclure des clignements, un prurit, un larmoiement et/ou des sécrétions. La rosacée oculaire de l'enfant se présente initialement sous forme d'une blépharoconjonctivite, puis secondairement sous forme d'une blépharokératoconjonctivite dans les formes plus évoluées.

L'examen du segment antérieur s'effectue au biomicroscope pour rechercher un œil sec et une atteinte cornéenne et palpébrale. L'examen ophtalmologique inclut ultérieurement systématiquement un examen de la réfraction avec une évaluation sous cycloplégique, sous atropine adaptée à l'âge ou sous cyclopentolate. Le fond d'œil est systématiquement réalisé à cette occasion.

Une attention particulière est portée aux antécédents familiaux, au mode d'apparition et aux signes associés comme les atteintes cutanées. Ces différentes formes doivent être bien individualisées car elles peuvent évoluer vers une forme plus sévère. L'atteinte cutanée doit toujours être recherchée (***fig. 1***).

2. Formes cliniques initiales

Le diagnostic initial peut être difficile chez le jeune enfant qui présente un œil rouge fugace disparaissant avec des traitements – lavages oculaires avec du sérum physiologique – mais récidivant. La rougeur oculaire est-elle unilatérale

Le dossier – Cornée, surface oculaire et inflammation : nouvelles approches

ou bilatérale ? L'atteinte unilatérale ou bilatérale asymétrique est fréquente. La dysfonction des glandes de Meibomius (***fig. 2***) entraîne initialement un œil sec avec quelques points de kératite superficielle. La présentation peut aussi se faire par des chalazions récidivants plus ou moins résolutifs. Ils sont le signe direct d'une mauvaise fonction des glandes de Meibomius. Les chalazions peuvent alors être traités indépendamment des paupières et, dans ce cas, les récidives sont fréquentes alors que la maladie n'a pas été reconnue.

3. Formes cliniques sévères

Les formes sévères associent une kératite plus ou moins importante. Les kératites se présentent aussi comme un œil rouge qui peut s'accompagner de photophobie et de baisse d'acuité visuelle. Le diagnostic s'effectue à la lampe à fente après instillation de collyre à la fluorescéine et permet de déterminer le score cornéen d'Oxford. Il faut rechercher une vascularisation du rebord palpébral et des phlycténules conjonctivales qui signent le diagnostic de forme sévère (***fig. 3***).

4. Complications de la rosacée oculaire

Les formes sévères peuvent se compliquer de néovascularisation cornéenne limbique inférieure inflammatoire (***fig. 4***). Il peut aussi survenir un ulcère cornéen ou un pseudo-abcès inflammatoire, ce dernier peut être confondu avec un abcès purement infectieux.

5. Bilan dermatologique

Le bilan dermatologique recherche à l'interrogatoire les flushs cutanées. L'examen recherche des télangiectasies, un érythème, des papules cutanées, des lésions périorales.

6. Diagnostic différentiel

Les formes sévères comme la kératoconjonctivite vernale (VKC) ou la kératoconjonctivite atopique (AKC) peuvent affecter sévèrement la surface oculaire et constituent un diagnostic différentiel avec les atteintes sévères de la rosacée.

Fig. 1 : Éversion palpébrale avec réaction folliculaire aspécifique sans papilles allergiques.

Fig. 2 : Rebord palpébral avec *pluggings* dus à une dysfonction des glandes de Meibomius.

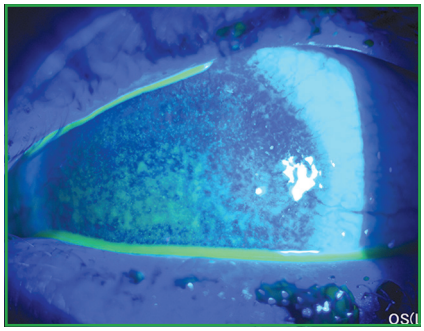

Fig. 3 : Kératite sévère.

Fig. 4 : Néovascularisation cornéenne.

Physiopathologie de la rosacée

L'étiologie de la rosacée oculaire est mal connue, cependant plusieurs composantes entrent en jeu telles que la composante inflammatoire et la composante vasculaire. Certains facteurs infectieux pourraient aussi intervenir. Une interaction avec *Demodex* semble probable. La rosacée oculaire s'accompagne souvent de manifestations cutanées qui sont plus fréquentes chez les patients à peau claire. Au niveau palpébral, la dysfonction des glandes de Meibomius est prépondérante, entraînant la blépharoconjonctivite. Cette dysfonction des glandes provoque des anomalies de la surface oculaire à type d'œil sec accompagnant la blépharokératoconjonctivite.

Principes thérapeutiques (*fig. 5*)

La prise en charge va reposer sur plusieurs principes :
– le traitement de la surface oculaire, en particulier le traitement de l'œil sec ;
– le traitement des dysfonctions des glandes de Meibomius ;
– le traitement de causes infectieuses éventuelles ;
– le traitement anti-inflammatoire ;
– le traitement dermatologique.

1. Traitement de la surface oculaire

Un traitement adapté doit être instauré rapidement pour éviter les complications à type d'ulcération ou d'ulcère de cornée. Une hydratation de la surface oculaire est réalisée à l'aide d'agents mouillants de préférence sans conservateurs et adaptés selon la sécheresse oculaire observée.

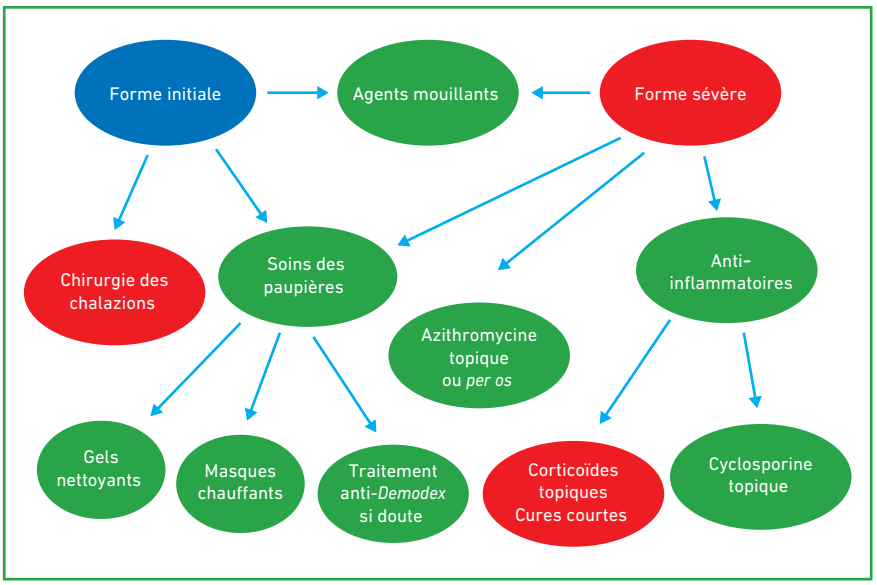

Fig. 5: Différentes thérapeutiques de la rosacée oculaire de l'enfant.

2. Traitement des dysfonctions des glandes de Meibomius

Les principes du traitement, après le diagnostic de rosacée oculaire, reposent sur les soins des paupières. Sont nécessaires des lavages oculaires combinés au nettoyage palpébral pour vider les orifices des glandes de Meibomius. Les différents types de lunettes chauffantes permettent de liquéfier le meibum et un meilleur nettoyage du rebord palpébral.

3. Traitement de causes infectieuses éventuelles

Des antibiotiques *per os* ou topiques peuvent être utilisés. Les antibiotiques topiques, tels les macrolides/azalides (azithromycine), sont utilisés et agissent aussi sur l'inflammation. Le traitement adapté consiste à prescrire ces antibiotiques topiques à dose contrôlée au long cours par cure et associés à des soins de paupière.

Un traitement par antibiotiques *per os* est indiqué lorsqu'il existe une atteinte cutanée nécessitant un traitement mais, en général, le traitement topique est privilégié. Dans ce cas chez l'enfant, le traitement *per os* consiste à utiliser des macrolides ou l'azithromycine. Il faut par ailleurs surveiller d'éventuels signes de surinfections à *Demodex* et traiter par ivermectine ou lingettes ou dérivés de l'arbre à thé si des engainements des cils sont visibles et font suspecter une infestation.

4. Traitement anti-inflammatoire et immunomodulateurs

Les corticoïdes topiques sont très efficaces sur les formes sévères et les complications, cependant il faut les utiliser *a minima* pour éviter une corticodépendance. Les immuno-modulateurs telle la ciclosporine topique sont prescrits pour traiter les formes sévères. La ciclosporine est un traitement corticoépargneur essentiel pour éviter les complications chez l'enfant.

5. Traitement dermatologique

Si le bilan dermatologique complet retrouve des manifestations cutanées de la rosacée de l'enfant, un traitement systémique est institué en accord avec le dermato-pédiatre. Un traitement local cutané est souvent indiqué.

Conclusion

La pauvreté des symptômes accompagnant l'œil rouge chez l'enfant peut être trompeuse et occulter un œil sec chronique ou une blépharite. L'examen de l'enfant présentant des chalazions récidivants nécessite d'examiner les rebords palpébraux et la surface oculaire. La prise en charge repose sur les soins des paupières permettant de nettoyer le meibum anormal obturant les glandes. Un traitement mouillant pour la surface oculaire permet de combattre l'œil sec. Sur le traitement de fond, le traitement par azithromycine en cure topique est aujourd'hui préférable aux traitements par azithromycine ou macrolides en cure *per os*. Pour les formes sévères phlycténulaires, la ciclosporine topique est essentielle au traitement corticoépargneur. La prise en charge des enfants avec rosacée nécessite un traitement des paupières et de l'œil sec. D'autres étiologies d'œil rouge de l'enfant, plus rares, demandent un examen ophtalmologique avec un bilan plus ciblé avant une prise en charge adaptée.

La rosacée oculaire de l'enfant qui se caractérise par une blépharokératoconjonctivite peut entraîner une baisse d'acuité visuelle et les ophtalmologistes doivent être vigilants de façon à effectuer un diagnostic précoce et instituer un traitement à long terme. Ces enfants nécessitent une prise en charge et un suivi ophtalmologique régulier.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Benarous A, Iscar C, Roussel C *et al.* Ulcère vernal atypique chez un enfant de 3 ans. *J Fr Ophtalmol*, 2016;39:e133-136.
- D. Bremond-Gignac. Conjonctivites infectieuses et inflammatoires. In: Bourges JL (coord.). *Urgences ophtalmologiques*. Rapport de la Société Française d'Ophtalmologie. Éd. Masson, mai 2018.
- Brémond-Gignac D, Nischal KK, Mortemousque B *et al.* Atopic keratoconjunctivitis in children: clinical features and diagnosis. *Ophthalmology*, 2016;123:435-437.

Le dossier – Cornée, surface oculaire et inflammation : nouvelles approches

- Cheng AM, Sheha H, Tseng SC. Recent advances on ocular *Demodex* infestation. *Curr Opin Ophthalmol*, 2015;26:295-300.
- Cribier B. Physiopathologie de la rosacée. *Ann Dermatol Venereol*, 2014;141: S158-164.
- Doan S, Gabison E, Chiambaretta F *et al.* Efficacy of azithromycin 1.5% eye drops in childhood ocular rosacea with phlyctenular blepharokerato-conjunctivitis. *J Ophthalmic Inflamm Infect*, 2013;3:38.
- Doan S, Gabison E, Gatinel D *et al.* Topical cyclosporine A in severe steroid-dependent childhood phlyctenular keratoconjunctivitis. *Am J Ophthalmol*, 2006;141:62-66.
- Donnenfeld E, Pflugfelder SC. Topical ophthalmic cyclosporine: pharmacology and clinical uses. *Surv Ophthalmol*, 2009;54:321-338.
- Labetoulle M, Bourcier T, Doan S; DIDACTIC group. Classifying signs and symptoms of dry eye disease according to underlying mechanism via the Delphi method: the DIDACTIC study. *Br J Ophthalmol*, 2019;103:1475-1480.
- Miguel AI, Salgado MB, Lisboa MS *et al.* Pediatric ocular rosacea: 2 cases. *Eur J Ophthalmol*, 2012;22:664-666.
- Bremond-Gignac D. Ophtalmologie pédiatrique. In: Bourrillon A (coord.). *Pédiatrie pour le praticien*. Éd. Masson, 2011.
- Rousta ST. Pediatric blepharokeratoconjunctivitis: is there a 'right' treatment? *Curr Opin Ophthalmol*, 2017;28:449-453.
- Suzuki T, Teramukai S, Kinoshita S. Meibomian glands and ocular surface inflammation. *Ocul Surf*, 2015;13: 133-149.
- Thode AR, Latkany RA. Current and emerging therapeutic strategies for the treatment of meibomian gland dysfunction (MGD). *Drugs*, 2015;75:1177-1185.
- Utine CA, Stern M, Akpek EK. Clinical review: topical ophthalmic use of cyclosporin A. *Ocul Immunol Inflamm*, 2010;18:352-361.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.