

■ Revues générales

Érosions cornéennes récidivantes : quelle stratégie thérapeutique ?

RÉSUMÉ : Les érosions cornéennes récidivantes correspondent à des épisodes successifs de douleur, larmoiement et sensation de corps étranger. Les manifestations surviennent généralement le matin au lever et sont liées à la déchirure de l'épithélium cornéen par l'ouverture palpébrale. Les étiologies sont idiopathiques (dystrophie épithéliale de Cogan) ou post-traumatiques. Cette pathologie est accessible à des traitements efficaces, qui vont de la simple lubrification de la surface oculaire par des larmes artificielles à la photokératectomie thérapeutique.



L. HOFFART, G. HO WANG YIN
Clinique Monticelli-Vélodrome,
MARSEILLE.

Les érosions cornéennes ou kératolgies récidivantes correspondent à des épisodes successifs associant douleur, larmoiement et sensation de corps étranger. Les manifestations surviennent généralement le matin au lever et sont liées à la déchirure de l'épithélium cornéen par l'ouverture palpébrale. Fréquemment, un ulcère traumatique a précédé l'apparition de la symptomatologie de quelques semaines ou mois. Un défaut de fixation de l'épithélium cicatriciel sur la membrane de Bowman sous-jacente est à l'origine de cette pathologie.

■ Étiologies

1. Dystrophie épithéliale de Cogan

Cette dystrophie est la plus fréquente des dystrophies de cornée, avec une prévalence dans la population générale variant de 2 à 42 % selon les auteurs. Elle est le plus souvent non héréditaire, plus rarement de transmission autosomique dominante [1]. Elle est également connue sous le nom de *Map-Dot-Fingerprint Dystrophy* chez les Anglo-Saxons.

Elle se caractérise par des érosions récidivantes, spontanées ou secondaires

à un traumatisme minime, débutant à l'adolescence [2]. La survenue de douleurs nocturnes est également typique et elles n'apparaissent pas uniquement le matin au réveil. Les paupières ont en effet tendance à adhérer à l'épithélium cornéen pendant le sommeil puis à le déplacer au moment de leur ouverture, qui survient soit au réveil, soit la nuit durant les phases de sommeil paradoxal.

Histologiquement, ces lésions sont la conséquence d'un défaut de la membrane basale qui est épaissie, multilamellaire et orientée en travées au sein de l'épithélium. Les hémidesmosomes, qui permettent l'adhérence des cellules épithéliales à la membrane basale, sont non fonctionnels, ce qui explique les érosions récidivantes par décollement de l'épithélium [3].

La physiopathologie de la dystrophie de Cogan est discutée. L'origine génétique est remise en cause par le caractère le plus souvent sporadique et la non-récidive à long terme après photokératectomie réfractive. Par ailleurs, son association avec les érosions récidivantes non traumatiques ainsi que la rosacée oculaire font discuter une origine inflammatoire.

I Revues générales

La symptomatologie fonctionnelle apparaît à l'âge adulte, plutôt chez la femme jeune – douleurs par épisodes d'érosion épithéliale ou baisse de vision par irrégularité de surface –, mais la plupart des patients restent asymptomatiques. L'atteinte est bilatérale et peut revêtir différents aspects à la lampe à fente : lésions “vésiculeuses” gris blanchâtre, dont la taille et la forme varient dans le temps et dans l'espace, sans lésions cicatricielles résiduelles (**fig. 1**). Les lésions en “carte de géographie” sont l'aspect

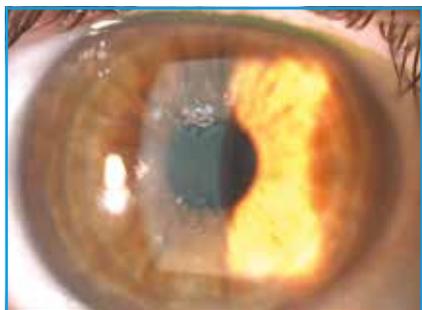


Fig. 1 : Aspect de dystrophie épithéliale se présentant sous forme d'opacités punctiformes ou linéaires grisâtres.

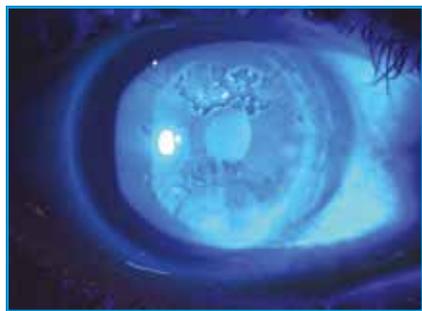


Fig. 2 : Aspect de dystrophie épithéliale se présentant sous forme de lésions en “carte de géographie”.



Fig. 3 : Aspect de dystrophie épithéliale se présentant sous forme d'opacités en “empreinte digitale”.

le plus typique (**fig. 2**). Elles sont grises, très irrégulières dans leurs contours et semblent entourer des plages 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 (**fig. 3**). Les anomalies de répartition du film lacrymal ainsi que des irrégularités de l'épithélium peuvent être à l'origine d'une baisse d'acuité visuelle.

L'instabilité épithéliale est confirmée, en cas de doute, à l'aide d'un écouvillon stérile après instillation d'un collyre anesthésique. La possibilité de déplacer le feuillet épithélial est tout à fait typique du tableau.

2. Érosions cornéennes récidivantes

L'étiologie la plus fréquente est le traumatisme cornéen mais elles peuvent apparaître spontanément en dehors d'un traumatisme [4]. Le début est souvent précoce, dans la première décennie.

Les lésions sont uni- ou bilatérales. 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 au frottement [5].

■ Traitement

1. Traitement médical

Initialement, le traitement des kératalgies récidivantes est médical et le traitement lubrifiant est la base de la prise en charge des érosions récidivantes. Le trai-

tement symptomatique comprend des larmes artificielles à base de carbomère et d'acide hyaluronique qui seront appliquées plusieurs fois par jour ou à volonté, selon les besoins du patient, associées à des gels lubrifiants au coucher afin de prévenir un épisode nocturne.

Les osmoprotecteurs qui protègent l'épithélium de l'hyperosmolarité lors des déficits lacrymaux pourraient être efficaces sur la stabilité de l'adhésion des cellules épithéliales. De même, les solutions hypertoniques (solution hypertonique de NaCl 5 % ou diméticone) peuvent contribuer à une certaine stabilité épithéliale par effet osmotique. Un pansement nocturne peut consister en l'application d'agents trophiques au coucher, notamment par la prescription de vitamine A en pommade.

Le port continu d'une lentille thérapeutique a été proposé en cas d'érosions récidivantes [6], mais son efficacité est inférieure à celle des agents mouillants et expose à un risque important de complications, en particulier infectieuses, sans compter la reprise évolutive des érosions épithéliales à l'arrêt du port.

2. Traitement chirurgical

La photokératectomie thérapeutique peut être proposée à tous les patients symptomatiques, en cas de résistance au traitement médical ou en présence d'une baisse d'acuité visuelle. Plus de 95 % de succès avec une amélioration de l'acuité visuelle et une diminution de la fréquence des érosions récidivantes sur le long terme ont été rapportés [7]. La photoablation doit être superficielle, de 5 à 10 μm , afin de ne pas modifier la réfraction par le traitement.

La récurrence, bien que rare, est possible et survient le plus souvent sur le 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 [8].

Revue générale

D'autres techniques ont été décrites mais sont rarement utilisées en pratique courante, telles que la micropuncture par une aiguille 27 ou 30 G [9]. Cette méthode semble efficace dans la mesure où elle permet de créer des cicatrices à l'interface entre l'épithélium et le stroma, qui permettra par la suite une meilleure adhérence des cellules épithéliales à la surface cornéenne.

Conclusion

Bien que les érosions cornéennes récidivantes soient une pathologie bien connue de l'épithélium cornéen, les recherches concernant l'étiologie et les options thérapeutiques se poursuivent. Les tendances actuelles sont de privilégier les traitements lubrifiants ou le port d'une lentille thérapeutique en première intention. Lorsque le traitement médical n'est pas efficace, une photokératectomie thérapeutique peut permettre d'améliorer significativement la symptomatologie et la qualité de vie des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. LAIBSON PR. Recurrent corneal erosions and epithelial basement membrane dystrophy. *Eye Contact Lens*, 2010;36: 315-317.
2. ROSE GE, LAVIN MJ. Pathogenesis of recurrent corneal erosion: a further aetiological factor? *Trans Ophthalmol Soc U K*, 1986;105:453-456.
3. LABBÉ A, NICOLA RD, DUPAS B *et al.* Epithelial basement membrane dystrophy: evaluation with the HRT II Rostock Cornea Module. *Ophthalmology*, 2006; 113:1301-1308.
4. DAS S, SEITZ B. Recurrent corneal erosion syndrome. *Surv Ophthalmol*, 2008; 53:3-15.
5. WILLIAMS R, BUCKLEY RJ. Pathogenesis and treatment of recurrent erosion. *Br J Ophthalmol*, 1985;69:435-437.
6. FRAUNFELDER FW, CABEZAS M. Treatment of recurrent corneal erosion by extended-wear bandage contact lens. *Cornea*, 2011;30:164-166.
7. BOURGES JL, DIGHERO P, ASSARAF E *et al.* La photokératectomie thérapeutique dans le traitement de la dystrophie microkystique de Cogan. *J Fr Ophtalmol*, 2002;25:594-598.
8. POGORELOV P, LANGENBUCHER A, KRUSE F *et al.* Long-term results of phototherapeutic keratectomy for corneal map-dot-fingerprint dystrophy (Cogan-Guerry). *Cornea*, 2006;25:774-777.
9. MALECHA MA. Anterior stromal puncture for recurrent corneal erosion after laser in situ keratomileusis. *J Cataract Refract Surg*, 2004;30:496-498.

POINTS FORTS

- Les érosions cornéennes récidivantes correspondent à des épisodes successifs associant douleur, larmoiement et sensation de corps étranger.
- Les étiologies sont idiopathiques (dystrophie épithéliale de Cogan) ou post-traumatiques.
- Les traitements lubrifiants ou le port d'une lentille thérapeutique sont préconisés en première intention.
- Lorsque le traitement médical n'est pas efficace, une photokératectomie thérapeutique est indiquée.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.