

■ Revues générales

La rosacée oculaire est-elle la même maladie que la rosacée cutanée ?

RÉSUMÉ : La rosacée peut toucher les paupières et la surface oculaire. L'atteinte principale est l'inflammation des paupières ou blépharite, avec un dysfonctionnement des glandes de Meibomius qui engendre des symptômes de sécheresse oculaire liés à une hyperévaporation des larmes.

Des complications infectieuses et immunologiques de la surface oculaire et en particulier de la cornée sont classiques, en rapport avec une surinfection meibomienne. La vision peut être altérée dans les formes sévères avec atteinte cornéenne.

Le traitement repose sur les soins d'hygiène des paupières, les antibiotiques, voire les anti-inflammatoires.



S. DOAN

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

La rosacée est une “maladie” banale en dermatologie, tout comme en ophtalmologie, de par sa fréquence. Si le mécanisme initial est vraisemblablement le même, l'expression clinique au niveau oculaire est particulière, car tous les organes de la surface oculaire peuvent être impliqués : paupières (en particulier glandes de Meibomius), film lacrymal, conjonctive et cornée.

Le dysfonctionnement des glandes de Meibomius semble être l'altération primitive dans la rosacée. Le meibum est une sécrétion sébacée issue des glandes de Meibomius palpébrales qui s'abouchent au bord libre des 4 paupières. On compte entre 20 et 30 glandes par paupière. Le meibum est excrété dans les larmes dont il forme la couche lipidique laquelle a pour rôle essentiel de limiter l'évaporation lacrymale. Au cours de la rosacée, le meibum est trop visqueux et stagne dans les glandes, avec de nombreuses conséquences sur la surface oculaire.

Une différence avec l'atteinte cutanée est que la forme oculaire de la rosacée impacte souvent la qualité de vie, voire la vision dans les formes les plus sévères.

■ Les points (presque) communs

Même si l'atteinte oculaire peut être initialement isolée, dans environ 20 % des cas, une atteinte cutanée de rosacée survient presque toujours au cours de l'évolution, mais parfois avec une forme *a minima*. Ainsi, des télangiectasies modérées du visage avec *flushes* sont des critères suffisants pour que l'ophtalmologiste pose le diagnostic de rosacée en présence d'une blépharite.

1. Les phénomènes vasculaires

L'érythrocouperose cutanée a son pendant palpébral, sous forme de télangiectasies palpébrales de la partie cutanée, ou du bord libre. On notera ainsi une **blépharite**, avec rougeur soit de la paupière, soit de son bord libre (**fig. 1**), avec des épisodes d'aggravation dont les facteurs alimentaires sont moins évidents que pour la peau. Il peut s'y associer un œdème palpébral.

Au niveau conjonctival, on peut observer les mêmes modifications vasculaires sur la face postérieure des paupières. La conjonctive bulbaire (recouvrant le blanc de l'œil) peut également être hyperhémée,

Revue générale

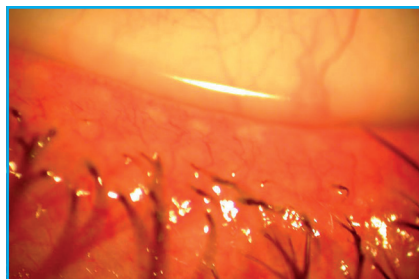


Fig. 1 : Blépharite avec inflammation du bord libre palpébral.

sous forme d'œil rouge, mais uniquement par accès et non de façon chronique.

2. Les inflammations/infections des glandes sébacées

>>> La modification des productions sébacées dans les glandes de Meibomius (meibum) est un facteur clé dans l'atteinte oculaire palpébrale. L'anomalie du meibum explique bon nombre de signes et symptômes, allant de la stase à l'inflammation et à l'infection. La forme papulopustuleuse cutanée peut être comparée à la survenue de chalazions, qui sont des granulomes inflammatoires aigus d'une ou plusieurs glandes de Meibomius palpébrales. Ils se manifestent par des tuméfactions inflammatoires nodulaires profondes de la paupière, douloureuses (fig. 2). Ils évoluent vers la fistulisation spontanée, ou vers l'enkystement.

>>> La responsabilité du *Demodex* dans ces inflammations n'est pas claire en ce qui concerne l'atteinte oculaire. En effet, la cause exacte des chalazions n'est aujourd'hui pas connue, même si pour certains il s'agirait d'une obstruction

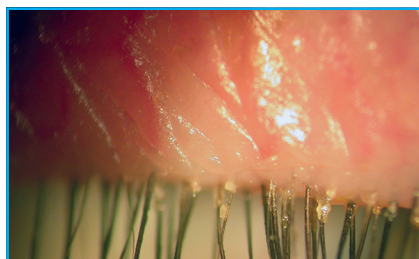


Fig. 2 : Chalazion.



Fig. 3 : Blépharite antérieure à *Demodex*, avec croûtes et collerettes à la base des cils.

meibomienne par *Demodex brevis*. On sait par contre qu'il peut exister une colonisation par *Demodex follicularum* des follicules pilosébacés au niveau des cils palpébraux. Elle prend alors un aspect caractéristique de blépharite croûteuse antérieure au niveau de la base des cils (fig. 3). Les patients sont dans ce cas loin d'être tous symptomatiques, se plaignant alors de prurit et de brûlures du bord libre et/ou des yeux.

>>> La stagnation du meibum favorise une surinfection par des bactéries commensales staphylocoques et *P. acnes*. Cette particularité de l'atteinte palpébrale est responsable d'une inflammation qui peut diffuser à toute la surface oculaire et engendrer des complications spécifiques (cf. infra).

>>> Les traitements anti-infectieux sont identiques à ceux de l'atteinte cutanée, mais ils sont souvent prescrits en seconde intention, en cas d'échec des larmes artificielles et des soins palpébraux. Il s'agit surtout des cyclines et de l'azithromycine. L'ivermectine est peu prescrite par les ophtalmologistes, même si son efficacité peut être très intéressante dans les formes antérieures de blépharite à *Demodex*.

Les différences

1. L'atteinte oculaire est potentiellement plus sévère

La sécheresse oculaire et la blépharite peuvent être invalidantes sur le plan

des symptômes, avec un impact parfois important sur la qualité de vie. Les complications cornéennes sont peu fréquentes, mais elles peuvent entraîner une baisse de vision parfois définitive. Il convient de noter les **symptômes de sévérité** que sont douleur, photophobie et baisse de vision.

2. La sécheresse oculaire

Les sécrétions sébacées des glandes de Meibomius sont altérées au cours de la rosacée :

- l'augmentation de viscosité du meibum est responsable d'une diminution d'excrétion qui induit une hyperévaporation du film lacrymal. En effet, le meibum est le principal facteur retardant l'évaporation des larmes. D'où une **sécheresse qualitative évaporative** avec sensations oculaires de sécheresse, de corps étranger, de brûlure, de picotements avec parfois larmoiement paradoxal au vent ou au froid. Une sensibilité particulière à l'environnement (climatisation, pollution, fumée...) est souvent notée. L'examen clinique retrouve une quantité de larmes normale, mais avec une diminution du temps de rupture des larmes (*break-up time*) témoignant d'une instabilité lacrymale. Une banale kératite ponctuée par un dessèchement cornéen peut être présente ;
- une dénaturation physico-chimique du meibum est source d'inflammation du bord libre oculaire et de la surface oculaire ;
- une prolifération bactérienne dans les glandes de Meibomius explique des réactions inflammatoires et infectieuses.

3. Les complications inflammatoires et infectieuses

Les sécrétions meibomiennes dénaturées induisent une **inflammation diffuse de la surface oculaire**, survenant par crises sur fond chronique : hyperhémie palpébrale, œil rouge, hyperhémie conjonctivale et, plus rarement, sclérites et épisclérites. Les symptômes d'inflammation (larmoiement, brûlures

Revue générale

oculaires) sont classiquement associés. L'inflammation aggrave les symptômes de sécheresse oculaire.

Une inflammation chronique va également être délétère sur la surface oculaire, entraînant une **fibrose conjonctivale** avec des symblépharons (diagnostic différentiel des pemphigoïdes des muqueuses), une **épithéliopathie cornéenne chronique**, une **néovascularisation cornéenne périphérique**, une **altération des cellules souches cornéennes**.

La surinfection bactérienne par la flore commensale (surtout staphylocoques et *P. acnes*) au sein des glandes de Meibomius est inconstante mais a plusieurs conséquences :

- les bactéries dégradent le meibum via leurs lipases, participant à le rendre plus visqueux et inflammatoire ;
- elles sont responsables d'une inflammation non spécifique et également de réactions d'hypersensibilité de type 3 ou 4 vis-à-vis des antigènes bactériens, qui peuvent être sévères lorsqu'elles touchent la cornée : les kératites et **kératoconjunctivites inflammatoires** aiguës dites **catarrhales** ou **phlycténulaires** (**fig. 4**) sont souvent très symptomatiques avec photophobie, larmoiement et douleur. Elle peuvent mimer un abcès cornéen, mais les prélèvements sont stériles. Elles induisent des **cicatrices opaques** et une **néovascularisation cornéenne** (**fig. 5**). La vision peut être altérée si la cicatrice est centrale ;
- les kératites bactériennes sont en pratique rares par opposition aux kératites inflammatoires catarrhales.

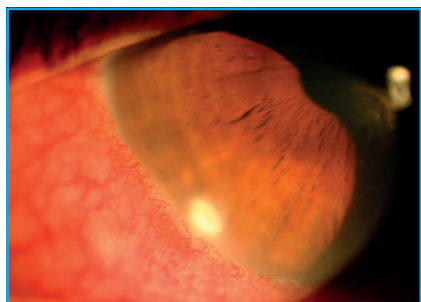


Fig. 4 : Inflammation cornéenne aiguë.

POINTS FORTS

- L'atteinte oculaire dans la rosacée est très fréquente, mais elle peut évoluer indépendamment de l'atteinte cutanée.
- La blépharite et la sécheresse oculaire sont les manifestations les plus fréquentes.
- Les formes sévères peuvent évoluer vers la cécité.
- Une collaboration étroite entre les spécialistes est indispensable, avec un avis ophtalmologique en cas de signe de gravité.

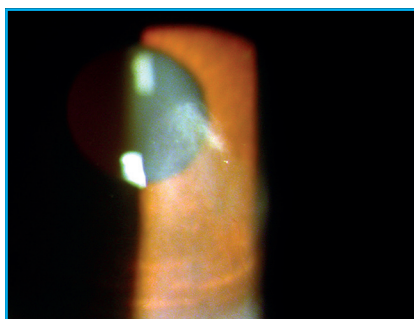


Fig. 5 : Cicatrice cornéenne après inflammation aiguë.

4. La forme de l'enfant ou de l'adulte jeune

Si la rosacée cutanée de l'enfant est rare et bénigne, la forme oculaire est plus fréquente, mal connue mais **potentiellement grave**. Cette dernière se manifeste par des chalazions à répétition (**fig. 2**), puis des épisodes d'œil rouge avec photophobie, souvent unilatéraux, évoluant sur des mois, voire des années.

L'examen retrouve une blépharite importante avec un dysfonctionnement meibomien majeur, une hyperhémie conjonctivale et une conjonctivite phlycténulaire. La gravité de cette forme clinique est l'atteinte cornéenne sous forme d'une kératite ponctuée superficielle chronique qui peut se compliquer d'infiltrats cornéens aigus (**fig. 4**), évoluant vers des cicatrices opaques avec néovascularisation cornéenne (**fig. 5**) et parfois baisse de vision. L'atteinte cutanée est souvent discrète, limitée à une

érythrocouperose avec kératose pilaire et parfois des éruptions papulopustuleuses fugaces.

Les différences thérapeutiques

Le traitement de la rosacée oculaire diffère sensiblement de celui de l'atteinte cutanée, seuls les antibiotiques étant utilisés en commun. À noter que les rétinoïdes sont à éviter car ils aggravent le dysfonctionnement meibomien.

1. Le traitement de base

Il vise à réguler la sécrétion meibomienne et à corriger la sécheresse oculaire. Il est basé sur les soins des paupières et les larmes artificielles.

>>> Les soins des paupières sont fondamentaux. Ils doivent être quotidiens et prolongés à vie. Ils consistent en un réchauffement palpébral pendant 5 minutes avec un gant de toilette tiède, des compresses ou un masque ou des lunettes chauffantes, suivi d'un massage court mais appuyé des 4 paupières pour purger les glandes meibomiennes. Une toilette du bord libre avec des gels ou lingettes dédiés peut compléter le traitement en cas de croûtes ou d'inflammation importante.

>>> Les larmes artificielles, si possible sans conservateur, seront utilisées systématiquement.

2. Les formes rebelles

Dans les formes rebelles au traitement de base, une **antibiothérapie** prolongée pendant plusieurs mois est utile. Localement, c'est l'azithromycine en collyre qui est le plus souvent utilisée, les autres macrolides et les cyclines n'étant pas disponibles par voie topique. Elle s'administre en cures discontinues de 3 à 6 jours répétées 1 à 3 fois par mois. Les autres antibiotiques locaux sont peu utilisés dans cette indication.

Par voie orale, les cyclines sont les plus prescrites, même si l'azithromycine est une solution intéressante de par le côté discontinu des traitements. Ainsi, des cures de 3 à 10 jours répétées régulièrement ou à la demande peuvent remplacer un traitement continu par cyclines. Le métronidazole est très peu utilisé.

En cas de blépharite antérieure avec surinfection prouvée par *Demodex*,

l'ivermectine orale ou topique peut être utilisée. L'efficacité est très variable selon les patients.

L'utilisation des **anti-inflammatoires** est une particularité de l'atteinte oculaire. Les collyres et pommades **corticoïdes** sont réservés au chalazions ou aux cas d'inflammation cornéenne sévère. Cependant, l'utilisation prolongée de corticoïdes topiques oculaires fait courir le risque de cataracte, d'hypertonie oculaire, voire de glaucome. Leur prescription doit être faite sous contrôle d'un ophtalmologiste.

Dans les formes corticodépendantes ou les plus rebelles, la **ciclosporine en collyre** est alors utilisée, à des concentrations dépendant de la forme clinique : faible pour les sécheresses rebelles, forte pour les formes inflammatoires comme les kératoconjunctivites phlycténulaires, catarrhales ou les formes sévères de l'enfant ou de l'adulte jeune.

■ Conclusion

Les atteintes cutanée et oculaire de la rosacée comportent bien sûr beaucoup d'analogies, mais également des spécificités dont il faut tenir compte pour la prise en charge thérapeutique. Une collaboration dermato-ophtalmologique est indispensable dans les formes sévères.

POUR EN SAVOIR PLUS :

- DOAN S. Blépharites. *EMC Ophtalmologie*, 2012;21-100-C25.
- DOAN S. La sécheresse oculaire : de la clinique au traitement. *Medcom*, 2009.

L'auteur a déclaré les conflits d'intérêts suivants : Alcon-Novartis, Allergan, Bausch & Lomb, Horus, Santen, Thea.