

Inflammation des paupières et de la surface oculaire

Lorsque l'ophtalmologie rencontre la dermatologie

—●— **Serge DOAN**, ophtalmologiste

Hôpital Bichat et Fondation A. de Rothschild,
Paris

—●— **Michel CASTELAIN**, dermatologue

Consultation de dermato-ophtalmo allergologie, Hôpital Sainte Marguerite,
Marseille

—●— **Stephan FAUQUIER**, ophtalmologiste

Consultation de dermato-ophtalmo allergologie, Hôpital Sainte Marguerite,
Marseille



La paupière, carrefour anatomique entre la peau et l'œil, est le pont reliant l'ophtalmologie et la dermatologie.

De par leur proximité topographique, la peau palpébrale et la surface oculaire sont soumises à des facteurs environnementaux communs (allergènes, microorganismes, polluants,...). Leur origine embryologique étant identique, les réactions inflammatoires, qu'elles soient liées à une pathologie locale ou générale, sont souvent comparables.

Ainsi, plusieurs affections de la surface oculaire peuvent être associées à une atteinte cutanée en particulier palpébrale. C'est le cas notamment de la rosacée ou de la dermatite séborrhéique. Il faudra penser à rechercher les signes dermatologiques qui seront d'une grande aide diagnostique.

A l'inverse, certaines affections dermatologiques comme par exemple l'eczéma des paupières, peuvent avoir une participation ophtalmologique. Les lésions de la surface oculaire doivent alors être systématiquement recherchées.

Nous aborderons dans cette brochure les pathologies inflammatoires atteignant la surface oculaire et la peau que l'on rencontre le plus fréquemment, et où les deux spécialités sont complémentaires.

LA ROSACÉE ET LA DERMITE SÉBORRHÉIQUE	P 3
ECZÉMA DES PAUPIÈRES	P 7
LES MALADIES BULLEUSES CUTANÉO-MUQUEUSES	P 11
LES BLÉPHAROCONJONCTIVITES INFECTIEUSES.....	P 15
MALADIES DE SYSTÈME	P 18
CONCLUSION	P 19
RÉFÉRENCES	P 19

1. LA ROSACÉE ET LA DERMITE SÉBORRHÉIQUE

Fréquence 🏹🏹🏹🏹 ; sévérité 🏹 à 🏹🏹🏹🏹

Rosacée et dermite séborrhéique représentent de loin les plus fréquentes des pathologies touchant paupières et surface oculaire. Si elles sont souvent bénignes et banales, il faut cependant savoir les rechercher devant des symptômes de sécheresse oculaire ou, plus rarement, devant une inflammation cornéo-conjonctivale.

Rosacée oculaire



Fig. 1 - Dysfonctionnement meibomien avec glandes de Meibomius enkystées et bouchons meibomiens

Blépharite séborrhéique

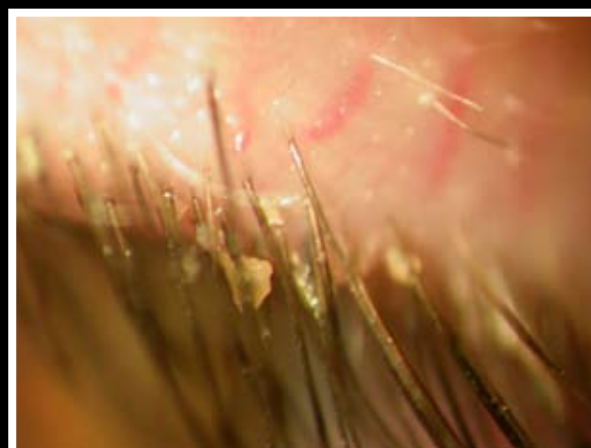


Fig. 2 - Blépharite séborrhéique avec croûtes à la base des cils

L'ATTEINTE OCULAIRE

L'atteinte oculaire est très banale et souvent asymptomatique. Le dysfonctionnement meibomien est à l'origine de la majorité des signes et symptômes. Une inflammation d'origine toxique, infectieuse ou immunologique peut s'y associer au niveau palpébral, conjonctival ou cornéen.

Les symptômes sont le plus souvent ceux non spécifiques d'une sécheresse ou d'un inconfort oculaire. Une rougeur oculaire ou du bord libre palpébral est aussi souvent rapportée. Un antécédent de chalazions récidivants doit être recherché.

L'examen clinique est primordial car il permet le diagnostic. L'expression clinique peut être très variable.

Le bord libre est le siège de télangiectasies, et parfois d'une inflammation postérieure. Les glandes de Meibomius sont souvent engorgées, remplies d'un meibum visqueux et louche, parfois à l'origine de bouchons kératinisés et de chalazions (Fig. 1). L'évolution se fait vers une atrophie avec irrégularité du bord libre. Une blépharite antérieure avec présence de collerettes grasses à la base des cils est plus souvent retrouvée en cas de blépharite séborrhéique (Fig. 2).

L'hyper-évaporation par insuffisance meibomienne se traduit par une diminution du temps de rupture des larmes et explique les signes de sécheresse.

Une inflammation conjonctivale peut évoluer par poussées puis laisser place à une fibrose

Rosacée

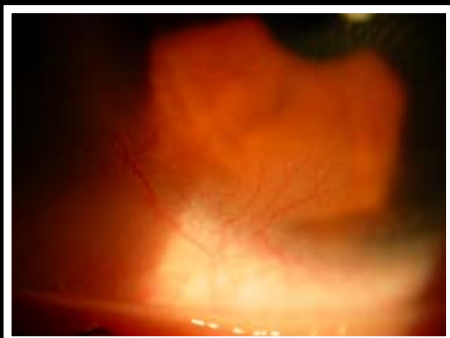


Fig. 3 - Pannus cornéen inférieur dans une rosacée oculaire

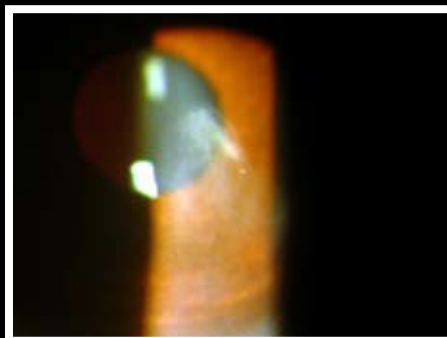


Fig. 4 - Cicatrice cornéenne dans le cadre d'une rosacée de l'enfant



Fig. 5 - Rosacée du visage

conjonctivale en général modérée. La conjonctivite phlycténulaire est une forme très particulière concernant le sujet jeune, voire l'enfant.

L'atteinte cornéenne est fréquente et souvent bénigne, à type de kératite ponctuée superficielle inférieure chronique, qui peut évoluer vers un pannus inférieur caractéristique (Fig.3). Plus rarement, des infiltrats marginaux souvent

inférieurs peuvent évoluer par crise, laissant des cicatrices opaques néovascularisées caractéristiques. L'atteinte cornéenne des conjonctivites phlycténulaires est potentiellement sévère car pouvant altérer la vision en cas de lésions centrales (Fig. 4).

Sclérites et épisclérites sont rares mais classiques.

L'ATTEINTE CUTANÉE

LA ROSACÉE

Les atteintes cutanées et oculaires de la rosacée sont simultanées dans près d'un tiers des cas.

En dermatologie, la rosacée est banale et facile à reconnaître. Elle est fréquente à la maturité et coexiste volontiers avec la dermatite séborrhéique ; elle peut aussi affecter la femme jeune et peut se rencontrer chez l'enfant et l'adolescent. La rosacée peut être aggravée par une corticothérapie locale. Elle témoigne d'anomalies vasculaires primitives du visage et de phénomènes vasomoteurs. Les bouffées vasomotrices sont déclenchées par les boissons et les aliments chauds, l'alcool, les épices, ainsi que les expositions à une source de chaleur ou l'exposition solaire.

Les follicules du visage sont le siège d'une colonisation accrue par un parasite saprophyte : *Demodex folliculorum* dont la prolifération entraîne l'apparition de papulo-pustules. Il peut aussi pulluler au niveau des cils, mais sa responsabilité dans l'atteinte oculaire est discutée.

On distingue 3 stades de rosacée :

- érythémato-télangiectasique (couperose),
- papulo-pustuleuse (plus caractéristique et plus accessible au traitement),
- rhinophyma plus tardif (ou éléphantiasis facial, notamment nasal) (Fig. 5).

Dermite séborrhéique



Fig. 6 - Dermite séborrhéique et blépharite

LA DERMITE SÉBORRHÉIQUE

Elle prédomine, comme le suggère son nom, dans les zones où les glandes sébacées sont abondantes : le massif centro-facial, le cuir chevelu, la région sternale et le dos.

Le sébum est un bon milieu de culture pour une levure : *Malassezia furfur*. Sa prolifération est vraisemblablement à l'origine des signes cliniques de la dermite séborrhéique que sont la rougeur, les petites squames grasses et parfois les démangeaisons (Fig. 6).

La dermite séborrhéique est l'apanage de l'homme adulte. Elle serait plus sévère chez les alcooliques, les parkinsoniens, les patients atteints d'infection par le VIH, ou d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures. Elle est classiquement augmentée par les contrariétés, le stress, le surmenage, la fatigue, qui semblent stimuler la sécrétion sébacée.

La dermite séborrhéique est plus une exagération d'un phénomène physiologique qu'une véritable maladie et on ne peut donc pas la guérir, mais l'améliorer au coup par coup en obtenant des rémissions. Le patient doit donc être prévenu de la récurrence de l'affection et de la nécessité de traitements itératifs.

LE TRAITEMENT

- Traitement de l'atteinte oculaire

Le traitement de base des dysfonctionnements meibomiens repose sur les soins (bi)quotidiens d'hygiène des paupières. Ils visent à purger les glandes meibomiennes en réchauffant les paupières pendant 5 minutes puis en massant le bord libre de façon appuyée. Une toilette soigneuse des croûtes et collerettes est ensuite réalisée. Les soins doivent être longuement et clairement expliqués, car la cause majeure d'échec est leur mauvaise réalisation. Ils doivent être effectués sur une très longue période, voire à vie, sachant que leur effet peut être retardé de plusieurs semaines.

On associera systématiquement des lavages oculaires au sérum physiologique non conservé, ainsi que des larmes artificielles non conservées.

Dans les formes rebelles, une antibiothérapie orale par cyclines sera associée, par exemple en cure mensuelle alternée un mois sur deux, ou encore trois mois à pleine dose suivi d'un traitement prolongé à demi-dose. Il faudra respecter les contre-indications (enfant de moins de 8 ans, femme enceinte, allergie, insuffisance

rénale ou hépatique sévère, traitement par rétinoïdes) et se méfier d'une photosensibilisation. Les macrolides et antibiotiques imidazolés oraux peuvent être utilisés en cas de contre-indication (en particulier chez l'enfant) mais semblent moins efficaces.

En cas de surinfection franche, une pommade antibiotique antistaphylococcique sera appliquée sur le bord libre.

Les corticoïdes locaux ne sont indiqués qu'en cas de complications inflammatoires telles que des infiltrats catarrhaux cornéens, une kératoconjonctivite phlycténulaire, une sclérite ou un chalazion. Ils devront être prescrits sur une courte durée. En cas de corticodépendance, un immunosuppresseur inhibiteur de la calcineurine en collyre (0,5 à 2%) peut aussi être efficace. En cas de syndrome sec majeur rebelle, un traitement par collyre avec ce même immunosuppresseur à faible dose (0,05%) peut être utile.

A noter que les rétinoïdes antiacnéiques oraux, parfois utilisés dans l'acné, doivent être arrêtés car ils aggravent le dysfonctionnement meibomien et la sécheresse.

Le traitement d'une colonisation des cils par *Demodex folliculorum* est très discuté. L'hygiène des paupières est le plus souvent efficace car les *Demodex* se logent dans les croûtes et les collerettes ciliaires. En cas d'échec, certains préconisent l'utilisation de pommade en local à base de dérivés mercuriels, voire d'antiparasitaires type ivermectine oral en traitement minute (1 à 4 cp en une prise).

- Traitement de l'atteinte cutanée

Dans la rosacée

Des mesures hygiénodietétiques permettent de diminuer les poussées : on évitera les sources importantes de chaleur, l'alcool, les aliments

irritants (acides, café, épices), l'exposition au soleil. Les corticoïdes topiques aggravent ou induisent la rosacée cutanée.

Le traitement de référence de la rosacée cutanée repose sur les cyclines de deuxième génération par voie orale (100 puis 50 mg/jour pendant plusieurs mois) et localement les crèmes à base d'un dérivé imidazolé. Dans les cas d'intolérance ou de résistance aux cyclines, on peut avoir recours à ce dérivé imidazolé per os.

Le laser vasculaire peut être utilisé pour traiter la couperose.

Enfin, certains patients cortico-aggravés par un traitement prolongé et cortico-dépendants ont pu bénéficier d'un traitement local par un immunosuppresseur inhibiteur de la calcineurine topique cutané pour faciliter le sevrage des corticostéroïdes.

Dans la dermatite séborrhéique

Le traitement fait appel à des shampooings et des crèmes contenant un antipelliculaire de référence, ou des imidazolés locaux, ou un antifongique. Une corticothérapie locale brève de quelques jours utilisant des corticoïdes de classe II ou III est parfois nécessaire en début de traitement pour calmer l'inflammation, car les antifongiques topiques sont irritants et inflammatoires. Les médicaments agissant sur le sébum (les rétinoïdes antiacnéiques) sont peu actifs ou trop violents et toxiques pour la surface oculaire dans les formes habituelles, mais on peut avoir recours à ces derniers dans les formes sévères cutanées.

2. ECZÉMA DES PAUPIÈRES

Les eczémata des paupières s'intègrent dans 2 cadres nosologiques qu'il ne faut pas confondre : l'eczéma de contact d'une part, et la dermatite atopique d'autre part.

Eczéma de contact



Fig. 7 - Eczéma de contact à un collyre



Fig. 8 - Eczéma de contact à un démaquillant

L'ALLERGIE DE CONTACT

Fréquence ; sévérité

Les paupières sont un site privilégié d'allergie de contact du fait de la finesse de la peau à ce niveau.

L'ATTEINTE DERMATOLOGIQUE

Les allergènes peuvent parvenir de façon variée au niveau de la conjonctive et des paupières (aéroportée, manuportée, contact direct, proximité, systémique...) et sont très nombreux à pouvoir déclencher un eczéma des paupières (cosmétiques, produits professionnels ou d'hygiène) ou une conjonctivite de contact ou les deux (collyres en particulier avec conservateurs, pommades ophtalmologiques, aéroallergènes, produits en suspension dans l'air) (Fig. 7; Fig. 8). Il s'agit la plupart du temps d'une allergie de contact retardée, mais des allergies de type

immédiat peuvent se rencontrer notamment avec le latex. L'eczéma de contact des paupières doit faire rechercher une conjonctivite associée et d'autres localisations typiques de l'allergie (faces latérales du cou par exemple avec les parfums ou les vernis à ongles).

Un bilan allergologique est indispensable, associant les prick-tests classiques aux aéroallergènes (lecture en 20 minutes), aux fondamentaux que sont les patch tests retardés (lecture à 48 et 96 heures) aux produits de contact.

L'ATTEINTE OCULAIRE

Elle est moins fréquente que l'eczéma de contact, mais est parfois difficile à reconnaître.

Les symptômes sont avant tout un prurit avec sensations de brûlures oculaires. L'examen montre une hyperhémie conjonctivale avec sécrétions et surtout une conjonctivite folliculaire très évocatrice qui doit faire rechercher une exposition à un topique, en particulier un collyre avec conservateur. Il peut également s'agir d'une conjonctivite papillaire aiguë qui correspond probablement plus à une conjonctivite toxique. L'eczéma palpébral peut être absent, et il faut alors rechercher une hyperhémie et un œdème du bord libre palpébral.

Le dermatologue est souvent d'une grande aide.

LE TRAITEMENT

Il repose sur l'éviction de l'allergène.

Si l'inflammation est importante, une corticothérapie locale cutanée et/ou oculaire de courte durée peut être nécessaire.

Au niveau cutané, on évitera les corticoïdes trop puissants de classe I et II sur la peau des paupières, pour préférer les dermocorticoïdes de classe III ou IV.

Le traitement est inférieur à une semaine, et est complété par l'application d'une crème hydratante.

Le traitement oculaire se limitera le plus souvent à des lavages oculaires par des solutés de rinçage sans conservateur. Les corticoïdes en collyres sont parfois utiles à la période initiale, et doivent être idéalement sans conservateur. Les antiallergiques classiques sont en général inefficaces.

DERMATITE ET (KÉRATO)CONJONCTIVITE ATOPIQUE

Fréquence  (peau),  (œil) ;
sévérité  à  (œil)

La dermatite atopique est l'une des 3 maladies atopiques avec l'asthme et la rhinoconjonctivite allergique. Si elle est fréquente, l'atteinte ophtalmologique qui lui est associée est heureusement beaucoup plus rare mais difficile à prendre en charge.

L'ATTEINTE CUTANÉE

La peau est le siège d'une sécheresse anormale ou xérose dès le plus jeune âge avec une altération de la barrière cutanée rendant la peau plus sensible aux irritants et aux allergènes. Les zones de prédilection de l'eczéma varient selon l'âge, des convexités dans les premières

années, aux grands plis plus tard, aux mains presque toujours et au visage et au cou souvent, à l'adolescence et plus tard, notamment chez la femme.

L'ATTEINTE OCULAIRE

Contrairement à l'atteinte cutanée qui apparaît dans l'enfance, la kératoconjonctivite atopique survient à l'âge adulte, entre 30 et 40 ans. Des antécédents de kératoconjonctivite vernale ou de conjonctivite saisonnière sont souvent retrouvés.

La maladie évolue par poussées très invalidantes sur un fond chronique, avec des crises de

Blépharoconjonctivite atopique



Fig. 9 - Blépharoconjonctivite atopique : eczéma palpébral responsable d'un ectropion rétractile

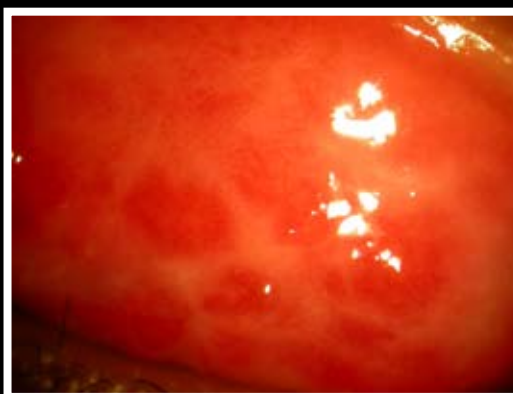


Fig. 10 - Kératoconjonctivite atopique : fibrose conjonctivale entourant d'anciennes papilles géantes palpébrales supérieures



Fig. 11 - Cicatrice cornéenne dans une kératoconjonctivite atopique

prurit, brûlures oculaires, larmoiements avec sécrétions, et moins souvent photophobie. Une notion de corticodépendance est fréquente.

A l'examen, il existe presque toujours un eczéma chronique des paupières souvent invalidant, une paupière épaissie et parfois un ectropion rétractile des paupières inférieures (Fig. 9).

L'inflammation conjunctivo-palpébrale est importante avec une conjunctivite papillaire oedémateuse volontiers fibrosante et parfois des papilles géantes (Fig. 10). Une meibomite est constamment associée, avec perte des cils. L'atteinte cornéenne est variable mais peut être sévère : kératite ponctuée, ulcères, plaques vernaies, pannus, cicatrices néovasculaires, in-

suffisance limbique, surinfections herpétiques, bactériennes ou fongiques. Les séquelles visuelles ne sont pas rares (Fig. 11). Le kératocône est une association classique, de même que la cataracte atopique et le décollement de la rétine. Enfin, les complications liées à la corticodépendance (glaucome, cataracte) sont particulièrement fréquentes et doivent être dépistées.

LE TRAITEMENT

- Le traitement oculaire

Les collyres devront si possible, dans ce contexte d'allergie chronique, ne pas contenir de conservateurs. Une lubrification abondante est indispensable. Les antiallergiques représentent le traitement de fond, avant tout les collyres antidégranulants mastocytaires, voire les antihistaminiques locaux, les collyres multi-bloqueurs ou les antihistaminiques oraux. Une corticothérapie locale est souvent nécessaire au cours des poussées. La corticodépendance est fréquente et fait courir le risque d'hyperto-

nie, glaucome cortisonique, cataracte et surinfection herpétique ou bactérienne qui sont particulièrement fréquentes dans cette pathologie.

Un immunosuppresseur inhibiteur de la calcineurine en collyre à 0,5 – 2% permet une épargne en corticoïdes lorsqu'il est bien toléré.

Les formes sévères peuvent nécessiter l'usage des immunosuppresseurs généraux.

- Le traitement cutané

Il repose sur les crèmes hydratantes en application pluriquotidienne. Les dermocorticoïdes de classe III ou IV sont nécessaires pendant les poussées. Dans les formes rebelles, les immunosuppresseurs topiques cutanés permettent de diminuer l'utilisation des corticoïdes. Ils permettent de plus de diminuer l'inflammation oculaire par un mécanisme qui n'est aujourd'hui pas éclairci.

3. LES MALADIES BULLEUSES CUTANÉO-MUQUEUSES

Ces maladies se caractérisent par la présence de décollements bulleux cutanés, associés à une inflammation érosive des muqueuses en particulier oculaires pouvant aboutir à une fibrose conjonctivale. Ce sont d'une part les maladies auto-immunes du type pemphigoïde cicatricielle, et d'autre part les toxidermies que sont les syndromes de Lyell et de Stevens-Johnson.

Pemphigoïde cicatricielle



Fig. 12 - Pemphigoïde oculaire cicatricielle avec symblépharons et conjonctivite

LA PEMPHIGOÏDE CICATRICIELLE ET LES AUTRES MALADIES BULLEUSES AUTO-IMMUNES

Fréquence 👁 ; sévérité 👁 👁 à 👁 👁 👁 👁

La dermatose bulleuse auto-immune (DBAI) impliquant le plus souvent la conjonctive est la pemphigoïde cicatricielle, qui touche le sujet âgé et se caractérise par la fabrication d'anticorps anti-membrane basale cutané-conjonctivale. Elle est responsable de conjonctivite fibrosante et peut fréquemment atteindre la muqueuse buccale et plus rarement la peau. Le diagnostic se fait par la recherche de dépôts d'anticorps anti-membrane basale in situ en immunofluorescence directe, plus que par la recherche d'anticorps circulants ou l'immunoblot dont les résultats sont inconstants. Les autres DBAI sont plus rarement associées à une atteinte conjonctivale.

L'ATTEINTE OCULAIRE

Il s'agit d'une conjonctivite fibrosante potentiellement cécitante. Les symptômes sont ceux d'une conjonctivite banale mais rebelle. C'est parfois un trichiasis qui fait découvrir la maladie, ou une opération de la cataracte qui la déclenche.

Cliniquement, il existe une fibrose conjonctivale caractérisée par la présence de symblépharons et d'un comblement du cul-de-sac conjonctival (Fig. 12). En poussée, la conjonctive est hyperhémique avec des sécrétions nombreuses. L'évolution est marquée par l'apparition d'un trichiasis, d'un syndrome sec et surtout d'une kératite

Pemphigoïde cicatricielle

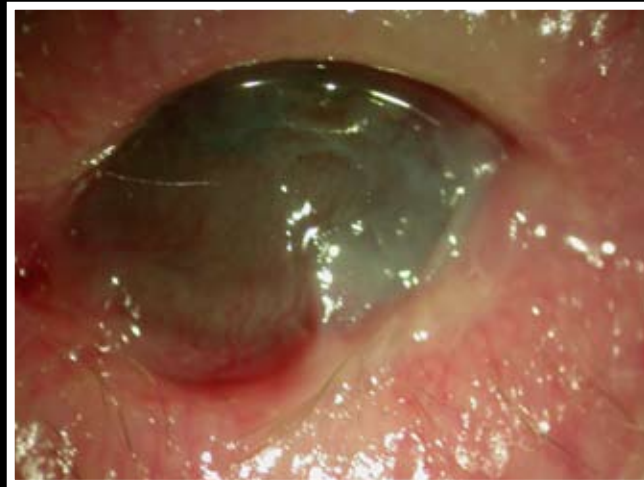


Fig. 13 - Pemphigoïde cicatricielle sévère avec ankyloblépharon et envahissement cornéen

ponctuée, d'ulcères cornéens pouvant se surinfecter, puis de cicatrices néovascularisées opaques. L'insuffisance limbique est inconstante mais peut aboutir à l'envahissement complet de la cornée par une conjonctive kératinisée (*Fig. 13*). La cécité cornéenne n'est pas rare dans les formes sévères.

La biopsie conjonctivale n'est réalisée qu'en cas d'absence de preuve immunohistologique. Les atteintes extra-oculaires (buccale et cutanée en particulier) doivent être systématiquement recherchées par un spécialiste car elles peuvent permettre le diagnostic histologique et orienter la prise en charge qui doit être multidisciplinaire.

L'ATTEINTE CUTANÉE

Moins fréquente que l'atteinte muqueuse (25% des cas), elle est très évocatrice de la maladie. Elle atteint surtout la partie supérieure du corps (cuir chevelu, visage, haut du tronc). Il s'agit d'une éruption bulleuse, avec des bulles

tendues sur une peau qui n'est généralement pas érythémateuse. Contrairement à l'atteinte muqueuse, il n'y a que peu de cicatrices après les poussées cutanées.

L'atteinte buccale prend la forme d'une gingivite érosive, avec des ulcérations muqueuses rapportées comme des aphtes par les patients. Les autres atteintes sont plus rares, mais peuvent être graves comme l'atteinte laryngée ou oesophagienne synéchiante.

LE TRAITEMENT

Il est avant tout systémique, basé sur une sulfone antilépromateuse ou les immunosuppresseurs au long cours, et éventuellement les corticoïdes. Localement, seuls les traitements mouillants oculaires ont un rôle, parfois en association aux corticoïdes locaux.

Syndrome de Lyell



Fig. 14 - Syndrome de Lyell avec atteinte palpébrale, phase aiguë

LES SYNDROMES DE STEVENS-JOHNSON ET LYELL

L'ATTEINTE CUTANÉE

Il existe initialement une altération majeure de l'état général à type de syndrome pseudo-grippal qui précède les lésions cutanées. Celles-ci sont initialement maculo-papuleuses érythémateuses, puis bulleuses. La nécrose conflue et aboutit à des décollements cutanés en placards (Fig. 14). On parle de syndrome de Stevens-Johnson si l'atteinte corporelle est inférieure à 10%, de syndrome de Lyell au delà de 30%, et de syndrome de chevauchement entre les deux. L'atteinte des muqueuses (buccale, oculaire, génitale, anale) est quasi constante, de type érosive. Les complications générales sont fréquentes à la phase aiguë, à type de troubles hydro-électrolytiques, détresse respiratoire aiguë et septicémie, pouvant engager le pronostic vital. Les lésions cutanées cicatrisent au bout de 3 semaines.

L'ATTEINTE OCULAIRE

Elle évolue en 2 phases.

La phase aiguë est concomitante de l'atteinte cutanée, avec une conjunctivite parfois érosive avec sécrétions, fausses membranes, ulcérations cornéennes. Des symblépharons peuvent apparaître précocement.

La phase chronique survient après la guérison cutanée. Elle se caractérise par une inflammation conjonctivale chronique avec kératite souvent très symptomatique. La formation de symblépharons et le comblement des culs de sacs conjonctivaux sont constants. Une kératinisation de la conjonctive et du bord libre est fréquente, de même qu'un syndrome sec par instabilité lacrymale qui est aggravé par une meibomite. Les lésions cornéennes à type de kératite ponctuée et d'ulcération chronique pou-

Syndrome de Lyell



Fig. 15 - Syndrome de Lyell : Séquelles cornéennes

vant se surinfecter sont favorisées par l'insuffisance limbique, le syndrome sec et le trichiasis. Elles aboutissent à des séquelles cornéennes opaques altérant fréquemment la vision (Fig. 15).

LE TRAITEMENT

A la phase aiguë, c'est le traitement des complications générales (troubles hydro-électrolytiques, infection, ...) et les soins locaux cutanés,

associés au niveau oculaire à des mouillants, à une libération mécanique des brides et, pour certains, aux antibiotiques, corticoïdes et greffe de membrane amniotique.

A la phase chronique, les lubrifiants oculaires sont nécessaires, parfois associés au niveau oculaire aux corticoïdes, à un immunosuppresseur inhibiteur de la calcineurine en local, au collyre au sérum autologue et aux verres scléraux.

4. LES BLÉPHAROCONJONCTIVITES INFECTIEUSES

De nombreux agents infectieux peuvent être responsables d'une atteinte des paupières et de la surface oculaire. Nous n'aborderons que les causes les plus fréquentes que sont l'herpès, le zona et le *Molluscum contagiosum*.

Herpès

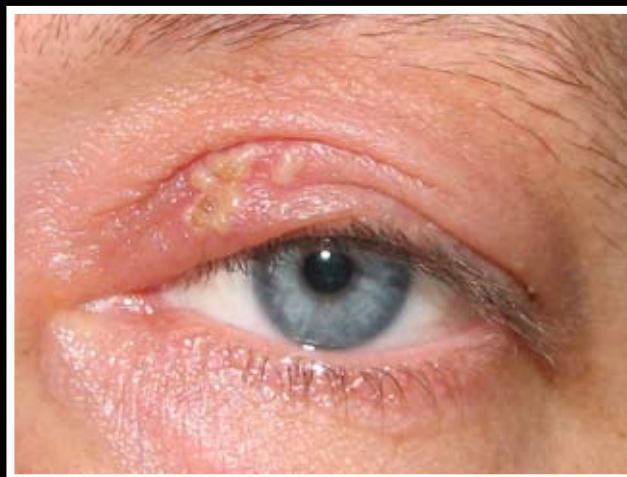


Fig. 16 - Herpès palpébral

HERPÈS

Fréquence 🦋🦋 ; sévérité 🦋 à 🦋🦋🦋🦋

Le diagnostic d'une infection à *Herpes simplex virus* est en général aisé devant l'atteinte unilatérale et les antécédents d'atteinte similaire ou d'atteinte labiale dans un contexte déterminé (fièvre, fatigue, règles, ...). La blépharoconjonctivite herpétique peut cependant être parfois de diagnostic plus difficile.

L'ATTEINTE CUTANÉE

L'herpès palpébral provoque souvent un œdème palpébral important prurigineux et cuisant, au sein duquel les lésions élémentaires herpétiques peuvent être masquées. Il s'agit de petites vésicules en bouquet sur peau érythémateuse, qui font place à des érosions croûteuses (Fig. 16). Une adénopathie prétragienne est souvent pré-

sente.

L'ATTEINTE OCULAIRE

Elle se limite le plus souvent à une conjonctivite folliculaire accompagnant les lésions palpébrales. Parfois s'y associe d'emblée une atteinte conjonctivale (ulcère conjonctival arrondi) ou cornéenne (kératite dendritique, géographique, interstitielle, nécrosante, disciforme, endothélie) voire uvéale.

LE TRAITEMENT

Le traitement repose sur les antiviraux (en local ou général).

Zona frontal

Fig. 17 - Zona ophtalmique

ZONA

Le zona ophtalmique correspond à l'atteinte de la branche ophtalmique du nerf trijumeau (V1) par le *virus Zona varicelle* (VZV). Il touche avant tout le sujet âgé ou immunodéprimé.

L'ATTEINTE CUTANÉE

Après les prodromes (fièvre, céphalées, douleurs cutanées), survient l'éruption caractéristique faite de vésicules douloureuses unilatérales disséminées sur le dermatome atteint. Elle intéresse le plus souvent le front, la paupière supérieure et le nez (Fig. 17). L'atteinte de la pointe et de l'aile du nez (signe de Hutchinson par atteinte de la branche nasociliaire) est plus fréquemment associée à une atteinte oculaire. Les vésicules s'ulcèrent et laissent place à des croûtes qui guérissent en 2 à 4 semaines en laissant place à des cicatrices pigmentées. L'atteinte des paupières peut être à l'origine d'une malposition palpébrale cicatricielle. Les douleurs post-zostériennes sont souvent problématiques.

L'ATTEINTE OCULAIRE

Elle survient dans plus de la moitié des cas en l'absence de traitement antiviral. Il s'agit le plus souvent d'une conjonctivite folliculaire aiguë, qui peut s'accompagner d'une kératite (ponctuée superficielle, pseudodendritique, avec infiltrats/ulcères stromaux marginaux ou non, avec endothélite) voire d'une uvéite avec atrophie irienne. La kératite neurotrophique séquellaire peut engager le pronostic fonctionnel et anatomique oculaire. Les atteintes ischémiques intraoculaires et des annexes sont variées et classiques mais peu fréquentes. Kératite et uvéite peuvent récidiver à distance de l'épisode aigu.

LE TRAITEMENT

Il repose sur les antiviraux généraux administrés précocement dès l'éruption.

Molluscum contagiosum

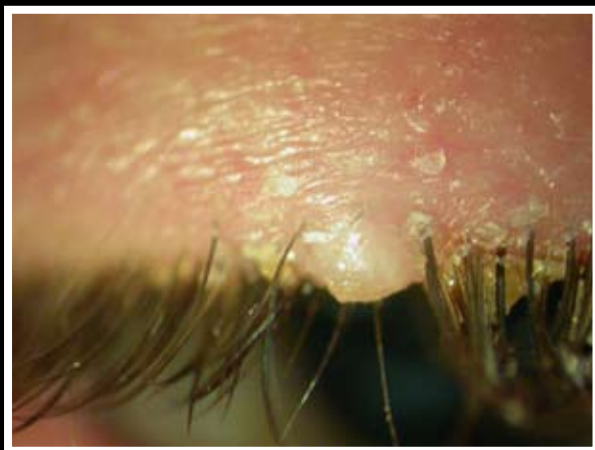


Fig. 18 - Molluscum contagiosum de la paupière supérieure



Fig. 19 - Conjonctivite folliculaire liée à un Molluscum contagiosum

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Fréquence 👁 ; sévérité 👁 à 👁 👁

Il s'agit d'une infection par un *Pox virus* plus fréquente chez les enfants (contamination dans les piscines) et les patients immunodéprimés. Elle évolue lentement, mais des autocontaminations sont fréquentes. Il faut donc rechercher et traiter toutes les lésions.

L'ATTEINTE CUTANÉE

Elle se caractérise par la présence de Molluscum, qui sont de petites lésions papuleuses en tête d'épingle, nacrées, de quelques millimètres dont le centre est ombiliqué (Fig. 18). Elles ne sont pas inflammatoires, apparaissent lentement et peuvent être isolées ou groupées.

L'ATTEINTE OCULAIRE

L'atteinte oculaire est parfois trompeuse car les signes conjonctivaux n'attirent pas l'attention vers les paupières. Il s'agit d'une conjonctivite

folliculaire souvent bilatérale mais très asymétrique, avec quelques sécrétions et une irritation oculaire et palpébrale parfois importante (Fig. 19). Une kératite ponctuée peut être présente, avec rarement un pannus. C'est au niveau de la peau des paupières qu'il faut rechercher le Molluscum, qui prend le même aspect qu'ailleurs au niveau du corps. Il s'accompagne parfois d'une réaction squameuse et eczématiforme des paupières.

LE TRAITEMENT

Il repose sur la destruction des Molluscum par agent chimique (mais loin des yeux), ablation de leur centre à la curette, excision chirurgicale, photocoagulation ou cryoapplication.

5. LES MALADIES DE SYSTÈME

L'atteinte combinée œil-paupières est peu fréquente dans les maladies de système.

Il peut par exemple s'agir de :

- granulomes cutanés associés à des granulomes conjonctivaux ou à une inflammation oculaire granulomateuse (sarcoïdose, tuberculose,...)
- purpura cutané associé à une vascularite oculaire comme une sclérite ou une uvéite postérieure (Wegener, polyarthrite rhumatoïde,...)
- un érythème du visage en aile de papillon associé à une uvéite dans le cadre d'un lupus aigu disséminé
- des nodules palpébraux douloureux, des paupières et du visage et une sclérite dans un syndrome de Sweet.

CONCLUSION

Paupières et surface oculaire sont donc étroitement liées, pour le meilleur et pour le pire.

L'analyse sémiologique des paupières est ainsi indispensable en cas de pathologie de la surface oculaire et permet d'orienter au mieux diagnostic et traitement.

Une collaboration étroite entre dermatologues et ophtalmologistes permet le plus souvent de résoudre les cas difficiles.

Références :

- Hoang-Xuan T et col. *Pathologies inflammatoires chroniques de la conjonctive. Rapport annuel des Sociétés d'Ophtalmologie de France. Lamy Ed Marseille 1998.*
- Doan S. et Col. *Pathologie médicale des paupières. Encycl Med Chir Ophtalmol 2009.*
- Cribier B. *La rosacée. Masson Ed Paris 2002.*
- Collège des Enseignants de dermato-vénéréologie de France. *Dermatite séborrhéique. Ann Dermatol Venereol 2003 ; 130: 3S186-8.*
- Pisella PJ et Fauquert JL. *L'allergie oculaire. Rapport annuel des Sociétés d'Ophtalmologie de France. Lamy Ed Marseille 2007.*

Inflammation des paupières
et de la surface oculaire

Lorsque l'ophtalmologie rencontre la dermatologie

BLE BRO 0209

LABORATOIRES
Théa
Moteur d'innovation

12, rue Louis Blériot . ZI du Brézet . 63017 Clermont-Ferrand CEDEX 2
Tel. +33 473 98 14 36 . Fax +33 473 98 14 38

www.laboratoires-thea.com