

Prise en charge thérapeutique de l'œil sec



→ **S. DOAN**

Praticien Hospitalier, Hôpital Bichat et Fondation A. de Rothschild, PARIS.

Le traitement de l'œil sec repose avant tout sur les larmes artificielles. En cas de blépharite, des soins d'hygiène des paupières sont proposés en première intention. Dans les formes plus sévères ou rebelles, on fera appel à tous les autres moyens que nous aborderons plus bas, sachant que leur efficacité et leur tolérance varient avec les patients.

Sécheresse oculaire minime à modérée sans dysfonctionnement meibomien ni blépharite

En l'absence de kératite, on associera des mesures symptomatiques aux larmes artificielles.

1. Les mesures symptomatiques

Un contrôle des facteurs aggravants est important : arrêter les médicaments asséchants, éviter la climatisation, rassurer le patient...

La lubrification oculaire fréquente dans les circonstances desséchantes (lecture, ordinateur, conduite) doit être conseillée.

Le port de lunettes obturantes, éventuellement teintées, permet de protéger l'œil des agressions environnementales et de maintenir une hygrométrie préoculaire importante.

2. Les larmes artificielles

Les larmes artificielles sont nombreuses, avec des propriétés physicochimiques variées. Plusieurs caractéristiques permettent d'orienter leur choix, en fonction de la sévérité des symptômes, et de l'activité visuelle du patient :

>>> La viscosité

Plus elle est élevée, plus la rémanence et donc la durée d'effet sont importantes, mais plus le flou visuel augmente.

>>> La rémanence

Elle augmente non seulement avec la viscosité, mais aussi avec l'effet mucimimétique, qui correspond à la capacité d'adhérer sur les cellules épithéliales de la surface oculaire en remplaçant la couche mucinique.

>>> La présence de lipides

La substitution de la couche lipidique est particulièrement difficile du fait de la complexité de cette structure. Plusieurs produits commercialisés (Aquarest, Cationorm, Lipimix, Liposic, Vyseo) ou à l'étude proposent d'améliorer la stabilité lacrymale en jouant sur la couche lipidique.

>>> La présence d'agents osmoprotecteurs

Il s'agit de traitements visant à protéger les cellules épithéliales du stress osmotique lié à l'hyperosmolarité lacrymale caractérisant toute sécheresse oculaire. C'est le cas de l'Optive.

L'absence de conservateur doit être une priorité ; on privilégiera également les solutions hypo-osmolaires. Une association produit fluide/produit visqueux permet en général de répondre à la majorité des cas. La prescription sera adaptée en fonction de l'efficacité et de la tolérance. En cas d'échec, on vérifiera la compliance et la tolérance des traitements.

Dysfonctionnement meibomien/blépharite

On débute en cas de dysfonctionnement meibomien ou de blépharite par les soins des paupières. En cas d'échec après 1 à 2 mois, et après s'être assuré de la compliance, une antibiothérapie locale ou orale sera prescrite.

MISES AU POINT INTERACTIVES

1. Les soins des paupières

Les **blépharites et dysfonctionnements meibomiens** nécessitent des soins d'hygiène des paupières quotidiens, voire biquotidiens : réchauffement palpébral pendant 5 à 10 minutes, suivi d'un massage appuyé des quatre paupières.

L'utilisation de masques chauds permet de maintenir une chaleur un peu plus constante et prolongée que les cataplasmes simples. Les **lunettes chauffantes** à chambre humide délivrent une température calibrée et constante pendant les 5 à 10 minutes de réchauffement palpébral, ce qui permet d'améliorer la qualité des soins et la compliance. Elles améliorent également la sécheresse oculaire de par le taux d'hygrométrie augmenté à l'intérieur des lunettes.

Les gels émollients et lingettes nettoyantes sont aussi utiles en cas de blépharite antérieure ou d'inflammation importante.

Un sondage/débouchage des glandes meibomiennes est maintenant possible avec l'utilisation de sondes de Maskin, à usage unique. Il semble intéressant surtout en l'absence d'atrophie, lorsque les glandes sont engorgées mais bouchées.

Enfin, le système Lipiflow permet un réchauffement des glandes meibomiennes par le versant postérieur des paupières, au moyen d'une coque chauffante. Dans le même temps, un système de coussinets va drainer le meibum en massant la face antérieure des paupières. Une seule séance de massage, durant 12 minutes, serait nécessaire. D'après les quelques études publiées, l'effet serait supérieur aux soins des paupières conventionnels, et durerait au moins 9 mois. Le système reste cependant encore peu répandu car coûteux.

2. Les antibiotiques locaux

Plusieurs études montrent l'efficacité de l'azithromycine en collyre en cas

de dysfonctionnement meibomien ou de blépharite. C'est l'effet antibiotique, mais probablement aussi l'effet anti-enzymatique, qui permet d'améliorer la qualité du meibum en diminuant la charge bactérienne et en inhibant les lipases bactériennes qui altèrent les lipides meibomiens.

Les schémas thérapeutiques sont actuellement très variés, avec des traitements discontinus (du fait de l'accumulation intratissulaire de l'azithromycine) sur 3 à 28 jours, et des fréquences de renouvellement également variables. Nous utilisons en général des *pulses* de 3 jours consécutifs (2 gouttes par jour), répétés initialement 2 à 3 fois par mois, puis espacés en fonction de l'efficacité. En cas de mauvaise tolérance, une instillation unique au coucher (pendant 6 jours consécutifs) peut permettre de continuer le traitement.

3. Les antibiotiques oraux

L'avantage du traitement systémique est d'agir également sur l'atteinte cutanée d'une rosacée. Cependant, les effets secondaires systémiques sont plus fréquents.

Les **cyclines** de seconde génération (doxycycline, minocycline, lymécycline) représentent le traitement oral de référence des rosacées. Elles ont des propriétés anti-infectieuses et anti-inflammatoires, anti-enzymatiques et antimétalloprotéases qui expliquent l'amélioration du meibum et de l'inflammation palpébrale. Une dose de 30 mg/j est suffisante pour obtenir un effet anti-inflammatoire, même si les protocoles thérapeutiques utilisent des doses plus élevées. Les principales contre-indications sont l'âge inférieur à 8 ans (ou l'absence de dents définitives) et la grossesse. La prise se fait classiquement à distance des laitages. Une protection solaire permet d'éviter la photosensibilisation.

Un traitement continu sur plusieurs mois, ou discontinu 1 mois sur 2 initia-

lement puis plus espacé, est en général efficace.

L'**azithromycine** orale est intéressante en raison de ses propriétés antibactériennes et anti-inflammatoires, et de sa demi-vie longue. Elle semblerait aussi efficace que les cyclines, mais avec moins de contre-indications et moins d'effets secondaires. Les schémas thérapeutiques sont variables et discontinus, par exemple 500 mg/j 3 jours de suite tous les 10 jours, ou 250 mg/j 10 jours par mois.

On peut également utiliser d'autres macrolides comme l'érythromycine, et également le métronidazole.

Sécheresse sévère avec kératoconjonctivite sèche, ou échec des traitements de première intention

On peut associer initialement la vitamine A en pommade, et éventuellement les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en collyre. En cas de crise, une courte cure de corticoïdes locaux permet de passer un cap.

La ciclosporine en collyre est alors indiquée, ainsi que les bouchons méatiques.

Dans les formes les plus rebelles, le collyre au sérum autologue et les verres scléraux sont souvent d'un grand secours.

1. Les anti-inflammatoires locaux

Les **anti-inflammatoires non stéroïdiens** ont un effet antalgique parfois très intéressant dans les formes modérées à sévères. On se méfiera en cas de kératite, car il existe alors un risque d'ulcération épithéliale de par l'effet anesthésiant du collyre.

Les **corticoïdes** sont souvent efficaces lors des crises douloureuses. Attention au risque infectieux sur ce terrain fragile.

Une cure peut également accompagner le début d'un traitement par ciclosporine ou la pose de bouchons méatiques.

La ciclosporine en collyre représente aujourd'hui le traitement de choix des sécheresses rebelles. Elle est prescrite à concentration de 0,05 % à 0,1 % 1 à 4 fois par jour, mais des doses plus importantes peuvent être nécessaires, en particulier dans les sécheresses auto-immunes. La ciclosporine commerciale à 0,05 % (Restasis, disponible dans le syndrome de Gougerot via une autorisation transitoire d'utilisation - ATU) ou en préparation magistrale dans certaines pharmacies hospitalières a souvent un effet notable dans les sécheresses modérées à sévères, en particulier sur la kératite, mais, d'après les études, moins sur les symptômes (raison pour laquelle le produit n'est toujours pas commercialisé en France). Une diminution des autres traitements est en général possible. L'effet peut être retardé (jusqu'à 6 mois). Le problème majeur reste la tolérance qui est médiocre dans 15 à 20 % des cas, mais peut être améliorée par une corticothérapie locale initiale.

2. Les bouchons lacrymaux

Trop souvent oubliés, ils représentent une option thérapeutique souvent intéressante. On les évitera cependant en cas de blépharite. Une corticothérapie locale initiale ou un traitement préalable par ciclosporine est théoriquement nécessaire en cas d'inflammation.

Les nouveaux dispositifs disponibles sont intéressants car plus simples à poser. Le modèle méatique *Painless plug* est main-

tenant en taille unique car étiré sur un mandrin. D'autres modèles sont intracanalaires (*Formfit*, Opaque) et éventuellement résorbables. Au vu du peu de complications, leur utilisation devrait être plus fréquente, même si leur efficacité est inconstante.

3. Le collyre au sérum autologue à 20 %

Ce traitement peut avoir un effet intéressant en cas d'épithéliopathie chronique ou de trouble de la cicatrisation cornéenne. Son efficacité est vraisemblablement liée à la multitude de facteurs de croissance (vitamine A, EGF, NGF, TGF) et anti-inflammatoires (TIMP, IL1r) présents dans ce collyre. Sa tolérance est bonne, et si le risque infectieux est classique, peu de cas ont été observés. La préparation du sérum autologue est complexe et assurée par peu de centres hospitaliers en France (Hôpital des Quinze-Vingts, Strasbourg, Dijon, Toulouse). Les collyres devant être stockés à -80 °C et ayant une durée de vie très limitée lorsque décongelés, de nombreux déplacements du patient sont nécessaires, ce qui rend la disponibilité souvent problématique.

4. Les verres scléaux

Ces lentilles de grande taille sont un concept ancien, mais reviennent à la mode grâce aux nouveaux matériaux perméables à l'oxygène. Elles révolutionnent aujourd'hui la prise en charge de ces pathologies cornéennes ou l'épithélium est défaillant et où il existe un facteur mécanique irritatif. C'est en particulier le cas des syndromes de Stevens-Johnson/Lyell et des pemphigoïdes cicatricielles, mais également de toutes les kératopa-

thies chroniques symptomatiques comme les kératoconjunctivites sèches. Les verres scléaux permettent de diminuer les symptômes, et également d'améliorer l'acuité visuelle. De grand diamètre, ils prennent appui sur la conjonctive bulbaire à distance du limbe et passent en pont sur la cornée, maintenant un film aqueux précornéen. Leur disponibilité reste limitée même si plusieurs fabricants proposent aujourd'hui ces modèles. La manipulation de tels verres est également parfois un facteur d'échec. Le risque infectieux est difficile à évaluer, vu le faible nombre de cas, mais serait peut être inférieur à celui des lentilles classiques.

Conclusion

Le traitement des sécheresses oculaires peut nécessiter une combinaison de divers outils plus ou moins accessibles, mais qui permettront au plus grand nombre de patients d'être soulagés. De nombreux traitements spécifiques sont en cours de développement, visant en particulier la composante inflammatoire de la sécheresse.

Pour en savoir plus

DOAN S. La sécheresse oculaire : de la clinique au traitement. Paris : Medcom. 2009.

L'auteur a déclaré être consultant pour les laboratoires Alcon, Bausch+Lomb, Théa.