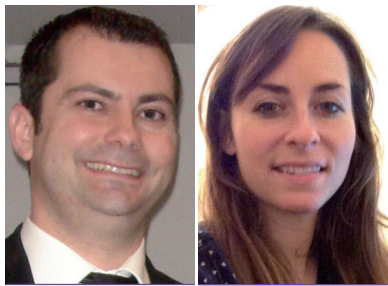


d'Ophthalmologie

Dysfonctionnements des glandes de Meibomius



2. Dysfonctionnement meibomien et chirurgie

Louis Hoffart, Emilie Granget

(Service d'ophtalmologie, Hôpital de la Timone, Marseille)

L'œil sec est une pathologie très fréquente, mais souvent sous-diagnostiquée, à l'origine de potentielles complications postopératoires chez les patients opérés de cataracte et de chirurgie réfractive. Il est important d'être très vigilant chez les patients atteints de sécheresse oculaire en préopératoire afin de planifier la chirurgie de manière sereine et de réaliser un traitement pré- et postopératoire adapté au patient.

Cette série de cinq articles a débuté dans le numéro 186 du mois de janvier 2015 avec le premier volet, Un panorama de Serge Doan et se poursuivra par DGM et sécheresse (F. Chiambaretta), DGM et glaucome (B. Mortemousque) et DGM et inflammation (D. Touboul).

De nombreuses études suggèrent que la chirurgie de la cataracte peut induire une sécheresse oculaire ou bien exacerber les symptômes existants en préopératoire. Cho et al. ont comparé l'incidence et la sévérité de la sécheresse oculaire avant et après chirurgie de la cataracte [1]. Cette étude a montré que les patients qui présentaient une sécheresse en préopératoire avaient une aggravation significative des symptômes et que les patients asymptomatiques voyaient apparaître une sécheresse.

Une attention particulière doit donc être portée à l'examen clinique afin de détecter les patients porteurs de sécheresse symptomatique ou asymptomatique et de prévenir une éventuelle aggravation des symptômes. Ainsi les patients à risque pourront être informés des potentielles complications postopératoires car l'état de la surface oculaire conditionne les résultats de la chirurgie.

L'évaluation de la surface oculaire préopératoire

L'évaluation de la surface oculaire est souvent négligée lors de l'examen préopératoire. L'identification des patients atteints de sécheresse oculaire est parfois un challenge car la corrélation entre les signes cliniques et les symptômes est souvent faible.

Le chirurgien devra s'astreindre à rechercher lors de son interrogatoire les sensations de brûlures, d'irritation, de corps étranger. Une attention particulière devra être portée sur une acuité visuelle fluctuante et un larmolement excessif. Les symptômes de sécheresse seront volontiers exacerbés par le vent, la climatisation, la fumée de cigarette ou bien encore l'usage prolongé de l'ordinateur. Ces symptômes auront tendance à s'aggraver en fin de journée. Certains auteurs vont jusqu'à recommander l'usage d'un questionnaire d'évaluation de la sécheresse oculaire.

L'examen à la lampe à fente reste la référence

Bien que le chirurgien ait accès à de multiples examens complémentaires de quantification de la sécheresse (analyse de l'osmolarité, quantification du ménisque de larmes en OCT, interférométrie de la couche lipidique, aberrométrie, topographies cornéennes), l'examen à la lampe à fente reste l'examen de référence. Néanmoins, la plainte du patient est souvent disproportionnée par rapport à l'examen clinique.

L'examen à la lampe à fente pourra mettre en évidence un Break up Time diminué et recherchera une obstruction des glandes de Meibomius, une blépharite. Si tel est le cas, la dysfonction meibomienne devra être traitée avant la chirurgie.

Une étape importante sera le test avec un marqueur coloré qui pourra mettre en évidence une éventuelle atteinte épithéliale. Dans les cas les plus sévères, on pourra retrouver une kératite confluyente ou filamenteuse. Une attention particulière sera portée sur l'examen de la conjonctive à la recherche d'une hyperhémie, d'un conjunctivochalasis. Les défauts épithéliaux de la conjonctive seront mis en évidence par le vert de lissamine ou le rose bengale. Le test de Schirmer pourra être aussi utile pour différencier les insuffisances de sécrétion aqueuse.

Attention à l'instabilité du film lacrymal

En ce qui concerne les aspects paracliniques, l'instabilité du film lacrymal diminue la fiabilité de la mesure de la kératométrie et peut déboucher sur des erreurs de biométrie ou la correction inadaptée d'un astigmatisme. Enfin, lorsque le film lacrymal est instable, des variations de réfraction significatives peuvent être observées. Un changement du rayon de courbure antérieure du film lacrymal de 7,8 à 7,6 mm pourrait faire varier jusqu'à 1,3D le pouvoir réfractif oculaire [2].

Les attentes des patients en termes de résultats réfractifs étant de plus en plus importantes, les évaluations préopératoires ne devraient être réalisées qu'à condition que le film lacrymal et la surface oculaire soient dans des conditions optimales.

Les traitements préopératoires des syndromes secs

Le traitement préopératoire des syndromes secs va préparer la surface oculaire afin de limiter les complications trophiques. Dans le cas d'un syndrome sec minime, un traitement simple par substituts lacrymaux peut être efficace. Dans les syndromes secs modérés, il faudra conseiller une fréquence d'instillation plus importante (en privilégiant les solutions unidoses). Les crèmes ou gels pourront être administrés le soir au coucher, particulièrement chez les patients présentant une lagophtalmie ou une exposition nocturne.

La mise en place de bouchons lacrymaux pour augmenter le volume lacrymal disponible peut être aussi envisagée chez les patients ayant une sécheresse modérée à sévère en préopératoire. Avant d'initier l'occlusion des points lacrymaux, il est recommandé de diminuer en première intention l'inflammation de la surface oculaire pour ne pas augmenter les concentrations des facteurs immunitaires inflammatoires dans le lac lacrymal et leur temps de contact avec l'œil.

Les dysfonctionnements des glandes de Meibomius et les blépharites sont responsables d'une instabilité du film lacrymal par excès d'évaporation des larmes. De plus, **une dysfonction des glandes de Meibomius non prise en charge en préopératoire est un facteur de risque d'endophtalmie ou de syndrome toxique du segment antérieur** [3]. Des soins palpébraux quotidiens [4] à l'aide de compresses chaudes et de lingettes de préférence stériles doivent être réalisés 14 à 28 jours avant le jour de la chirurgie. Les compléments alimentaires riches en omega-3 peuvent aider à la reconstitution de l'état du film lacrymal par leur action anti-inflammatoire [5].

Les cyclines (systémique, per os ou topique) peuvent être très utiles chez ces patients.

Enfin, de nouveaux dispositifs combinant réchauffement et massage des paupières peuvent être très utiles en traitement adjuvant.

La présence d'une symptomatologie allergique nécessitera une prise en charge adaptée à la fois symptomatique (antihistaminiques topiques, voire systémiques) et étiologique (bilan allergologique, voire désensibilisation).

De plus, dans les sécheresses modérées à sévères, le premier objectif du traitement est de réduire l'état inflammatoire local.

Certains patients atteints de sécheresse oculaire par insuffisance lacrymale (dans le cadre d'un syndrome de Gougerot-Sjögren) présentent des poussées inflammatoires de la surface oculaire. La corticothérapie topique trouve alors une de ses rares indications dans la sécheresse oculaire [6]. Les corticoïdes peuvent être brièvement prescrits, avant de réduire progressivement la posologie pour éviter un effet rebond. Chez ces patients, comme chez ceux pour lesquels la bonne observance des substituts lacrymaux ne suffit pas pour calmer suffisamment les symptômes, se pose la question d'un traitement anti-inflammatoire au long cours, en pratique par un immunosuppresseur topique. *Donnenfeld et al.* ont montré une réduction significative des symptômes et des signes de sécheresse en l'espace de deux semaines chez les patients traités par un immunosuppresseur en préopératoire [7].

Bien que ces précautions nécessitent de reporter le jour de la chirurgie, l'investissement est réellement bénéfique sur la qualité et la stabilité du film lacrymal. Les efforts préopératoires fournis autoriseront de meilleures mesures préopératoires et amélioreront les résultats réfractifs et la satisfaction des patients.

Les précautions peropératoires

Les anesthésiants topiques contenant des conservateurs comme le chlorure de benzalkonium sont potentiellement toxiques pour l'épithélium cornéen et devront donc être utilisés avec précaution chez les patients porteurs d'une sécheresse sévère. Si nécessaire, l'anesthésie pourra être complétée préférentiellement par une injection intracaméculaire de lidocaïne.

Les patients porteurs de blépharite auront nécessairement besoin d'un rinçage abondant au sérum physiologique dans la réalisation du champ stérile de manière à nettoyer l'excès de meibum au niveau cornéen qui pourrait **gêner la visibilité peropératoire et augmenter le risque d'infection postopératoire.**

De plus, la phacoémulsification vise à minimiser les traumatismes cornéens à travers les micro-incisions. Plusieurs équipes ont étudié les changements de sensibilité cornéenne et l'état de la surface oculaire après chirurgie de la cataracte. Sitompul *et al.* ont démontré une diminution de la sensibilité cornéenne et de la sécrétion de larmes après la chirurgie de la cataracte [8]. **Un dysfonctionnement meibomien surajouté aura donc pour potentielle conséquence une altération de l'intégrité épithéliale.**

Les précautions postopératoires

Les collyres postopératoires fréquemment utilisés sont les macrolides, quinolones, corticostéroïdes, anti-inflammatoires non stéroïdiens et larmes artificielles chez les patients atteints de sécheresse oculaire.

Sur les surfaces oculaires altérées ou à risque, on préférera prescrire des antibiotiques sans conservateur.

Dans les cas sévères de sécheresse oculaire, le traitement anti-inflammatoire par corticoïdes pourra voir sa posologie augmenter à raison de 4 gouttes par jour pour les doses de départ, avec une décroissance ensuite. De manière moins conventionnelle, de la cyclosporine topique pourra être ajoutée en postopératoire, dont l'usage pourra être plus prolongé que les corticoïdes.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont utilisés de manière courante pendant la période postopératoire afin de diminuer l'état inflammatoire et diminuer les douleurs. Cependant, les anti-inflammatoires topiques sont connus pour ralentir la cicatrisation épithéliale et potentiellement entraîner des ulcères cornéens. Une précaution toute particulière devra donc être prise chez les patients porteurs de sécheresse oculaire, tout spécialement chez les sujets atteints de pathologies auto-immunes telles qu'un Gougerot-Sjögren, un Steven-Johnson, une réaction du greffon contre l'hôte : il sera recommandé de ne pas utiliser les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Enfin, une lubrification intense de la surface oculaire réduira les douleurs postopératoires, améliorera la qualité de vision postopératoire ; encore une fois, il faudra privilégier les collyres sans conservateurs pendant la période postopératoire précoce.

Bibliographie

1. Cho YK, Kim MS. Dry eye after cataract surgery and associated intraoperative risk factors. *Korean J Ophthalmol.* 2009;23(2):65-73.
2. Montés-Micó R. Role of the tear film in the optical quality of the human eye. *J Cataract Refract Surg.* 2007;33(9):1631-5.
3. Barry P, Cordovés L, Gardner S. ESCRS guidelines for prevention and treatment of endophthalmitis following cataract surgery: data, dilemmas and conclusions. Paper presented at: the European Society of Cataract and Refractive Surgeons; 2013; Dublin, Ireland
4. Geerling G, Tauber J, Baudouin C *et al.* The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the subcommittee on management and treatment of meibomian gland dysfunction. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2011;52(4):2050-64.
5. Creuzot C, Passemard M, Viau S *et al.* Improvement of dry eye symptoms with polyunsaturated fatty acids. *J Fr Ophtalmol.* 2006;29(8):868-73.
6. Byun YJ, Kim TI, Kwon SM *et al.* Efficacy of combined 0.05% cyclosporine and 1% methylprednisolone treatment for chronic dry eye. *Cornea.* 2012;31(5):509-13.
7. Donnenfeld ED, Solomon R, Roberts CW *et al.* Cyclosporine 0.05% to improve visual outcomes after multifocal intraocular lens implantation. *J Cataract Refract Surg.* 2010;36(7):1095-100.
8. Sitompul R, Sancoyo GS, Hutauruk JA, Gondhowiardjo TD. Sensitivity change in cornea and tear layer due to incision difference on cataract surgery with either manual small-incision cataract surgery or phacoemulsification. *Cornea.* 2008;27 Suppl 1:S13-8.