

SÉCHERESSE OCULAIRE

Dysfonctionnement des Glandes de Meibomius (DGM)
et chirurgie réfractive



Docteur Anne-Sophie MARTY

Cabinet d'Ophtalmologie Thiers - Clinique Ophtalmologique Thiers
Bordeaux - France

Mots clés

Syndrome Sec Oculaire (SSO) - Sécheresse oculaire - Surface Oculaire -
Dysfonctionnement des Glandes de Meibomius (DGM) - Film Lacrymal -
Chirurgie réfractive - eTAO - C.Diag® - Meibographie - C.Stim® -
Lumière Intense Pulsée - Intense Pulsed Light (I.P.L.)

Résumé

Prise en charge, du diagnostic au traitement, d'une patiente atteinte de **Syndrome Sec Oculaire (SSO)** de type mixte **aggravé** suite à une **chirurgie réfractive**.

Un diagnostic complet a été réalisé à travers un examen clinique et des examens avec la plateforme d'imagerie **C.Diag®**.

Un traitement symptomatique associé à un traitement de **Lumière Intense Pulsée** avec l'**I.P.L. C.Stim®** ont été initiés sur cette patiente. Après 3 séances d'**I.P.L. C.Stim®**, **la patiente a retrouvé une qualité de vie** grâce à une nette amélioration des symptômes ressentis et une amélioration du DGM avec une meilleure expression et qualité du meibum.

1

Examen
clinique

2

Examen
para-clinique

3

Traitement
I.P.L. C.Stim®

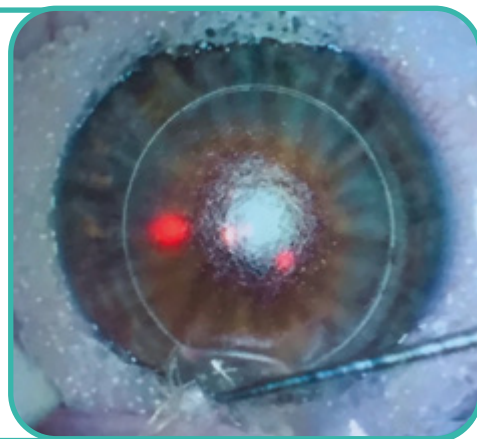
4

Résultats
à 2 mois

Anamnèse

- Patiente de 30 ans
- Directrice adjointe dans le médico-social
- Lasik myopique en 2018
- Début des symptômes en 2019
- Sensation d'œil sec, picotement, larmoiement, brûlure, rougeur, douleur nocturne OD>OG

- **Fréquence des symptômes 5/10**
- **Intensité des symptômes 8/10**
- **DEQ-5=13**



1 Examen clinique

Traitement en place :

- Soins de paupières, exercices de clignement
- Larmes artificielles à la demande (Hyloconfort®, Hylovis lipo®, Liposic® ou Pommade vitamine A®, Naabak®)
- Intolérance Azyter®, Ikervis®, Doxycycline®
- Bouchon lacrymal méat inférieur gauche

Facteurs de risque de SSO :

- Lasik
- Utilisation des écrans
- Rosacée cutanée
- Antécédents de chalazions
- Ancienne porteuse de lentilles
- Allergie acariens, pollen, sous antihistaminique au long cours

Examen ophtalmologique :

OD		OG
10/10 P2	AV	10/10 P2
+0,25 (-0,25 110°)	Réfraction	plan
12	PIO	15

Examen à la lampe à fente :

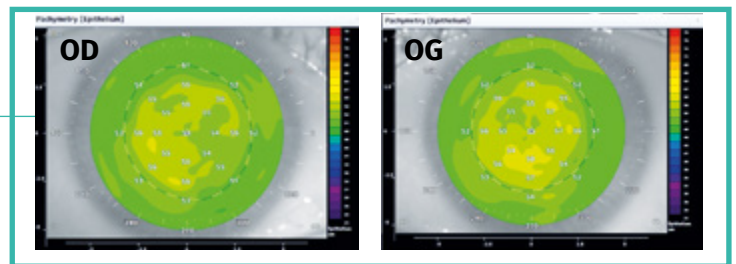
- Pas de kératite ponctuée superficielle
- Défaut d'étalement de la fluorescéine (présence de SPOT)
- BUT moyen 7 sec//8 sec
- Télangiectasies du bord libre
- Meibum pâteux
- Hyperhémie conjonctivale
- Papilles conjonctivales
- LIPCOF



2 Examen para-clinique

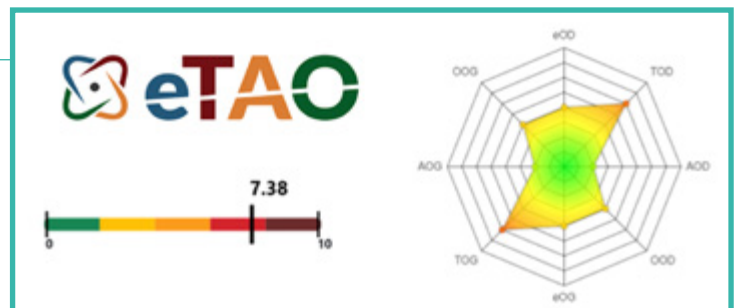
1. Mapping épithélial :

- Début d'atrophie épithéliale de façon concentrique



2. Score eTAO

- Le rapport d'examen eTAO permet de donner un score global d'atteinte de sécheresse oculaire



3. Analyse de la surface oculaire par C.DIAG®

Hauteur du ménisque de larmes :

abaissée OD= 0,17 mm // OG = 0,23 mm

Interférométrie : correcte ODG

NIBUT : diminué à 8 sec OD // 10,4 sec OG

→ **Instabilité lacrymale légère**

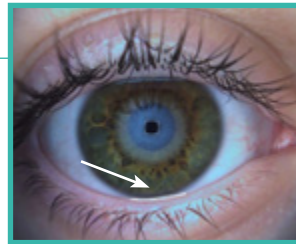
Meibographie en transillumination :

Atrophie stade 1 des GM (perte des GM < à 25%),
télangiectasies stade 2, noter la présence du
bouchon lacrymal OG (flèche)

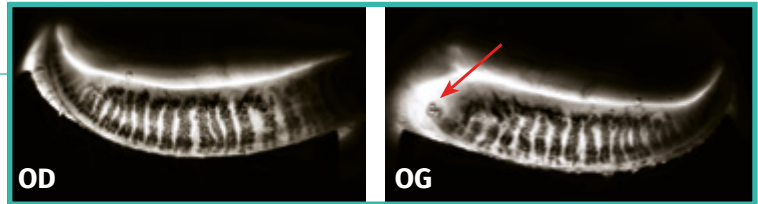
Analyse du clignement : pathologique OD>OG

→ **Fréquence de clignement insuffisante OD**

→ **Clignement incomplet à plus de 50%**



→ **Déficit aqueux**



Focus | L'intolérance aux lentilles

=> Un patient ancien porteur de lentilles et devenu intolérant aux lentilles avec le temps doit faire craindre l'apparition d'un DGM.

=> L'intolérance aux lentilles est un motif fréquent de consultation en vue d'une chirurgie réfractive.

=> Le port des lentilles : - peut entraîner un clignement anormal,



- scinde le film lacrymal en 2 (pré et post lentille),
- rend la couche lipidique plus fine et inégale (couche lipidique),
- induit une hypoesthésie cornéenne provoquant un taux de renouvellement lacrymal plus faible (couche aqueuse),
- diminue les cellules à mucus (couche mucinique).

=> Le travail sur écran est la principale cause de clignement incomplet.

Le port de lentilles pour travailler sur écran est souvent mal toléré à cause du DGM induit.

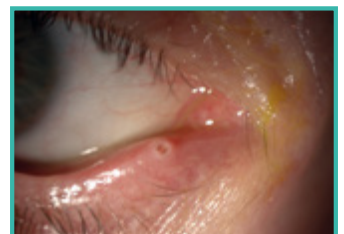
Diagnostic

Sécheresse oculaire mixte par dysfonctionnement des glandes de Meibomius (DGM) modéré associé à un déficit aqueux post chirurgie réfractive

→ **Bilan ophtalmologique à la recherche d'un syndrome sec oculaire systématique avant une chirurgie réfractive**

Prise en charge initiale

- Pose de bouchons méatiques OD
- Poursuite des soins de paupières et des exercices de clignement
- Rajout d'un mucoprotecteur Systane Ultra®
- Proposition d'une désensibilisation chez l'allergologue



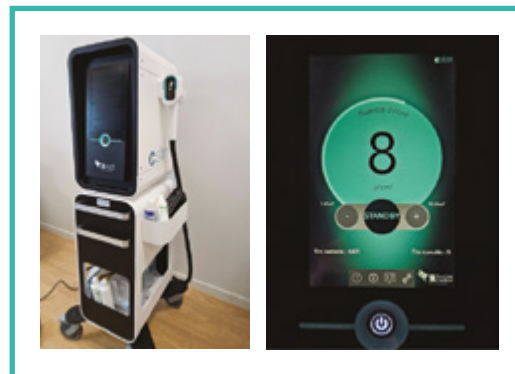
RDV de contrôle à 3 mois

- Symptômes diminués mais toujours présents malgré une bonne observance thérapeutique

- ▶ **Traitement I.P.L. C.STIM® débuté**
- ▶ **Poursuite du traitement symptomatique**

3 Traitement I.P.L. C.STIM®

- Protocole de traitement en 3 séances à J0, J15 et J30
- 4 tirs par séance et par coté à une fluence de 8 J/cm²
- Lunettes de protection patient et médecin
- Expression du meibum à la pince après chaque séance.



4 Résultats à 2 mois

- **Nette amélioration des symptômes ressentis :**
 - ▶ **Retour dernière séance :** « les yeux sont plus confortables ».
 - ▶ **Larmes artificielles :** continue d'en mettre à droite uniquement en journée et Liposic® le soir au coucher.
 - ▶ **Masque chauffant et soins de paupières :** elle réalise 3 fois par semaine l'hygiène des paupières.
 - ▶ **Clignements forcés :** elle les réalise lors des pauses sur écran au travail.
 - ▶ **Environnement :** elle évite le chauffage dans la chambre.
 - **Examen clinique :**
 - ▶ Pas de KPS
 - ▶ BUT 10 sec//10 sec
 - ▶ Diminution des télangiectasies du bord libre
 - ▶ Meibum plus fluide OG > OD à la meiboexpression
- **Nécessité de poursuivre au long cours le traitement symptomatique**
- **Retraitement par I.P.L. si besoin**

Conclusions

- Traitement par I.P.L. C.STIM® est **rapide, efficace et sûr.**
- La **sécheresse oculaire** après une chirurgie **réfractive cornéenne (ou cristallinienne)** est une **cause majeure d'insatisfaction** post-opératoire.
- Le **traitement par IPL** peut être facilement proposé aux patients souffrant déjà d'un **DGM en préopératoire et/ou en post-opératoire** dès que le traitement local symptomatique est insuffisamment efficace.