
Définitions	116
Classification	116
Causes	116
Caractéristiques cliniques	117
Investigations	118
Traitement	119

Définitions

L'œil sec survient quand il y a une insuffisance lacrymale en termes de volume ou de fonction entraînant une instabilité du film lacrymal et une maladie de la surface oculaire.

- 1. Kératoconjonctivite sèche (KCS)** – œil avec un certain degré de sécheresse.
- 2. Xérophtalmie** – œil sec dû à une carence en vitamine A.
- 3. Xérose** – sécheresse intense et kératinisation oculaire dans une conjonctivite cicatrisante sévère.
- 4. Syndrome de Sjögren** – KCS et xérostomie.
 - a. Primaire** – pas associé à une maladie auto-immune distincte.
 - b. Secondaire** – associé à une maladie auto-immune distincte.

Classification

Voir [tableau 7.1](#).

Tableau 7.1 Classification de la KCS

1. *Hyposécrétion*
 - Syndrome de Sjögren
 - Non-Sjögren
2. *Évaporation*
 - Dysfonction des glandes de Meibomius
 - Exposition
 - Déficit de clignement
 - Associée aux lentilles de contact
 - Facteurs environnementaux

Causes

Voir [tableaux 7.2](#) et [7.3](#).

Tableau 7.2 Causes de KCS non-Sjögren

1. *Sécheresse primitive liée à l'âge*
2. *Destruction du tissu lacrymal*
 - Tumeur
 - Inflammation
3. *Absence ou réduction de la glande lacrymale*
 - Chirurgicale
 - Congénitale
4. *Cicatrices conjonctivales avec obstruction des canaux excréteurs de la glande lacrymale*
 - Brûlure chimique
 - Pemphigoïde cicatricielle
 - Syndrome de Stevens-Johnson
 - Trachome ancien
5. *Lésions neurologiques avec perte du réflexe sensoriel ou moteur*
 - Dysautonomie familiale (syndrome de Riley-Day)
 - Maladie de Parkinson
 - Sensation réduite après chirurgie réfractive et port de lentilles de contact
6. *Carence en vitamine A*

Tableau 7.3 Causes de KCS par évaporation

1. *Dysfonction des glandes de Meibomius*
 - Blépharite postérieure
 - Rosacée
 - Kératoconjonctivite atopique
 - Absence de glande de Meibomius congénitale
2. *Lagophtalmie*
 - Exophtalmie sévère
 - Paralysie du nerf facial
 - Cicatrice des paupières
 - Secondaire à une blépharoplastie
3. *Divers*
 - Port de lentilles de contact
 - Facteurs environnementaux tels que la climatisation

Caractéristiques cliniques

1. **Symptômes** – sécheresse, sensation de corps étranger et brûlure.
2. **Conjonctive** – légère kératinisation et rougeur.
3. **Film lacrymal**
 - Le ménisque lacrymal est inférieur à 1 mm de hauteur et peut être absent (Fig. 7.1).

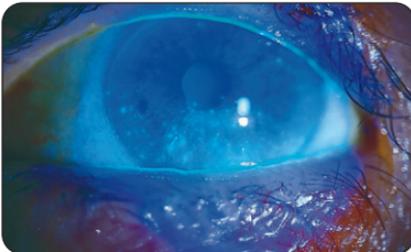


Fig. 7.1 Ménisque lacrymal très fin et kératite ponctuée superficielle inférieure colorée avec la fluorescéine

- Débris muqueux qui bougent avec chaque clignement (Fig. 7.2).
- Mousse dans le film lacrymal ou le long du bord palpébral (Fig. 7.3).

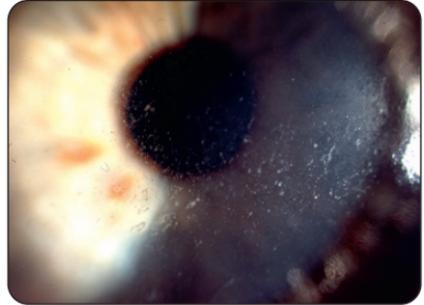


Fig. 7.2 Débris muqueux dans le film lacrymal



Fig. 7.3 Mousse sur le bord palpébral

4. Cornée

- Kératite ponctuée superficielle interpalpébrale et inférieure (voir Fig. 7.1).
- Filaments (Fig. 7.4) et plaques muqueuses qui se colorent avec le rose Bengale (Fig. 7.5).

5. **Complications** – néovascularisation cornéenne superficielle périphérique, perte épithéliale, fonte (Fig. 7.6), perforation (Fig. 7.7), et kératite bactérienne.

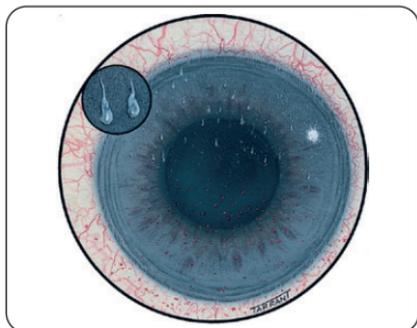


Fig. 7.4 Filaments

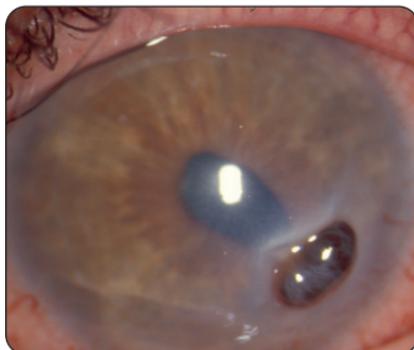


Fig. 7.7 Perforation cornéenne



Fig. 7.5 Plaques muqueuses colorées avec le rose Bengale

Investigations

- 1. Temps de rupture du film lacrymal** – inférieur à 10 s dans l'hyposécrétion et la dysfonction des glandes de Meibomius (Fig. 7.8).

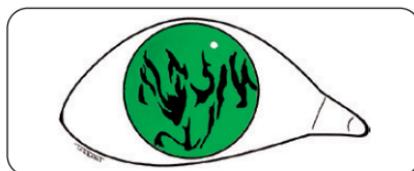


Fig. 7.8 Rupture du film lacrymal

- 2. Test de Schirmer** – inférieur à 10 mm après 5 min sans anesthésie et inférieur à 6 mm avec anesthésie : le test est anormal (Fig. 7.9).



Fig. 7.6 Fonte cornéenne avec lentille pansement

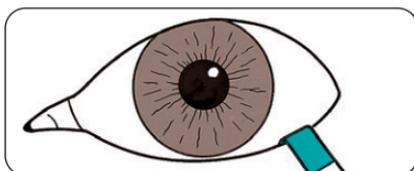


Fig. 7.9 Test de Schirmer

3. **Fluorescéine** – colore l'épithélium cornéen et conjonctival endommagé.
4. **Rose Bengale** – coloration interpalpébrale de la cornée et de la conjonctive dans l'hyposécrétion (Fig. 7.10).

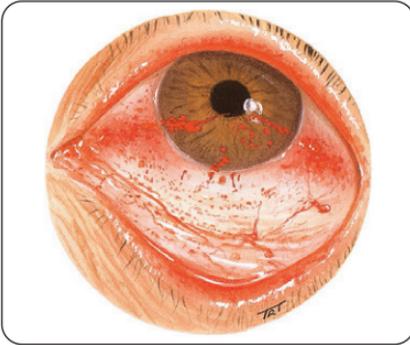


Fig. 7.10 Coloration par le rose Bengale

Traitement

Topique

1. Gouttes et gels de substitution lacrymale

- Dérivés de cellulose pour les cas bénins.
- Les carbomères sont plus durables.
- Alcool polyvinylique dans les déficits en mucine.
- Hyaluronate de sodium pour favoriser la cicatrisation épithéliale.
- Sérum autologue dans les cas sévères.
- Povidone et chlorure de sodium.

2. **Agents mucolytiques** – gouttes d'acétylcystéine pour les filaments et les plaques muqueuses.

3. **Corticoïdes faibles en topique** – traitement complémentaire pour les exacerbations aiguës.
4. **Ciclosporine topique** – augmente le nombre de cellules calciformes et inverse la métaplasie conjonctivale squameuse.

Occlusion méatique

1. **Temporaire** – insertion d'un bouchon de collagène dans les canalicules qui se dissout en 1–2 semaines pour s'assurer qu'un épiphora ne se produit pas après occlusion permanente.
2. **Prolongée et réversible** – bouchon de silicone ou de collagène à longue durée d'action qui se dissout en 2–6 mois (Fig. 7.11).



Fig. 7.11 Bouchon méatique en place

3. **Permanente** – cautérisation des canalicules dans les formes sévères d'yeux secs et réponse positive aux bouchons temporaires sans épiphora.

Autres options

1. **Tarsorrhaphie** – diminue la surface d'évaporation par réduction de l'ouverture palpébrale.

- 2. Injection de toxine botulique** – pour contrôler le blépharospasme dans les formes sévères.
- 3. Agonistes cholinergiques oraux** – la pilocarpine peut aussi être bénéfique pour la xérostomie.
- 4. Zidovudine** – dans le syndrome de Sjögren primaire.
- 5. Transplantation des glandes sous-mandibulaires** – pour les yeux secs intenses, nécessite une intervention chirurgicale importante et tend à des niveaux inacceptables de mucus dans le film lacrymal.