

Case report: Management of a corneal perforation complicating blepharoconjunctivitis in psoriasis

Dr K. Housni, Dr S. Belaaroussi, Dr Z. Laftimi, Dr X. Kora, Pr L. Elmaaloum,
Pr B. Allali, Pr A. Elkettani.

Service d'Ophthalmologie pédiatrique - Hôpital 20 Aout 1953 – CHU Ibn Rochd Casablanca.

Résumé : La Blépharo-conjonctivite est une pathologie ophtalmologique qui combine la blépharite et la conjonctivite. Elle peut se rencontrer dans le cadre des dermatoses telles que le psoriasis. La perforation cornéenne reste la complication la plus redoutable de la blépharo-conjonctivite, car elle peut engager le pronostic visuel, d'où l'intérêt de la prévention par une prise en charge thérapeutique précoce et adaptée. Nous rapportons dans ce travail un cas d'une perforation cornéenne compliquant une blépharo-conjonctivite associée au psoriasis. Nous mettrons le point sur la gestion de cette complication grave.

Date of Submission: 15-06-2021

Date of Acceptance: 30-06-2021

I. Introduction

La Blépharo-conjonctivite est une pathologie ophtalmologique qui combine la blépharite et la conjonctivite. Elle est caractérisée par l'inflammation du bord libre palpébral ainsi que la conjonctive adjacente. Elle se complique souvent d'un syndrome sec oculaire pouvant aller de la simple altération du film lacrymal à la perforation de cornée.

La blépharo-conjonctivite est d'origine multifactorielle selon sa localisation, mode d'évolution et le tableau clinique qui la caractérise. Parmi les étiologies on cite l'infection au staphylocoque, le dysfonctionnement mébomien mais aussi les origines systémiques et les dermatoses telles que la rosacée, les dermites séborrhéiques et le psoriasis.

Nous rapportons un cas d'une perforation cornéenne compliquant une blépharo-conjonctivite associée au psoriasis. Nous mettrons le point sur la gestion de cette complication grave.

II. Observation

Il s'agit d'un enfant de sexe féminin, âgée de 10 ans, ayant comme antécédent un psoriasis cutané sans atteinte rhumatismale depuis 7 ans sous dermocorticoïdes.

L'enfant s'est présentée au service des urgences ophtalmologiques pour un tableau d'œil rouge douloureux droit avec baisse de l'acuité visuelle sans notion de traumatisme, évoluant depuis 24h avant son admission. L'examen ophtalmologique de l'œil concerné retrouve une acuité visuelle non corrigée à compte les doigts de près ; l'examen biomicroscopique objective une hyperhémie conjonctivale, une blépharite mixte, des phlyctènes conjonctivales, une perforation cornéenne périphérique en inféro-nasal mesurant 2mm/2mm avec un appel néo vasculaire, un seidel spontané positif, une kératite ponctuée superficielle (KPS) en inférieur et une chambre antérieure très diminuée de profondeur. (**Figure 1**)

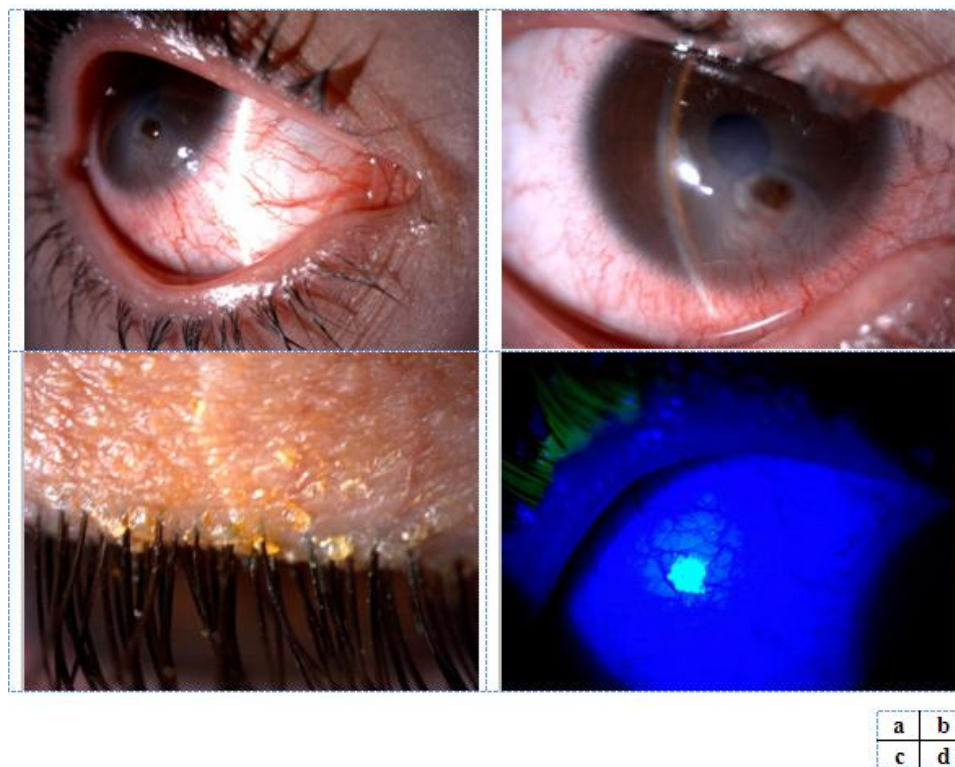


Figure 1 : signes cliniques objectivés à l'examen biomicroscopique

a,b : perforation cornéenne inféro-nasale avec appel néo vasculaire et une chambre diminuée de profondeur. **c :** squames à la base des cils.

d : phlyctène conjonctivale

L'examen de l'œil adelphe retrouve une acuité visuelle non corrigée à 6/10 ème, une blépharite mixte, un Break-up-time (BUT) diminué, une KPS en inférieur. Le reste de l'examen est sans particularité .

L'examen dermatologique a objectivé des lésions érythémato-squameuses au niveau des coudes et de la face antérieure de la jambe gauche. (**figure 2**)



Figure2 : lésions érythémato-squameuses au niveau de la face antérieure de la jambe en rapport avec le psoriasis.

La patiente a été hospitalisée ; elle a bénéficié d'une autogreffe d'un patch cornéen à chaud.

Après désinfection locale et parage soigneux du fond et des berges de la perforation, un greffon lamellaire cornéen a été disséqué soigneusement sur le quadrant temporel supérieur puis transposé sur la zone de la perforation où il est fixé par des points en mono-filament 10/0. **(figure 3)**

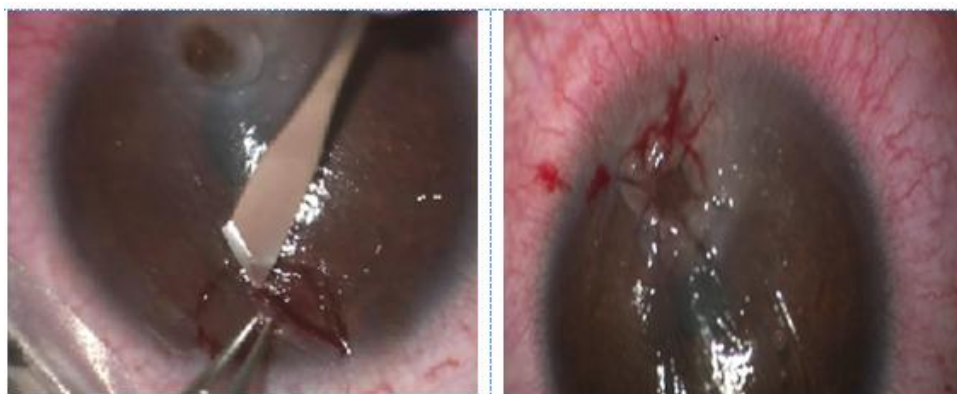


Figure 3 : a : dissection du greffon lamellaire du quadrant supéro temporal
b : fixation du greffon sur le site la perforation par des points séparés de monofilament 10.0

L'enfant a été mise sous antibiothérapie per os à base de Josamycine , une corticothérapie locale de courte durée , des cures d'antibiothérapie locale à base d'azythromicine pendant 6 mois ,des larmes artificielles et une cycloplégie pendant 2 mois. Nous avons également insisté sur la nécessité d'une bonne hygiène palpébrale par application de compresses humides.

L'évolution a été favorable, avec une bonne cicatrisation du greffon, reformation de la chambre antérieure et régression des signes inflammatoires.

L'examen ophtalmologique de l'OD à 2 mois en post-opératoire a trouvé une AV corrigée à 6/10 avec +2.50 (-3 à 170).une régression de la blépharite, une cornée claire en dehors d'une légère cicatrice au site de la perforation. **(figure 4)**

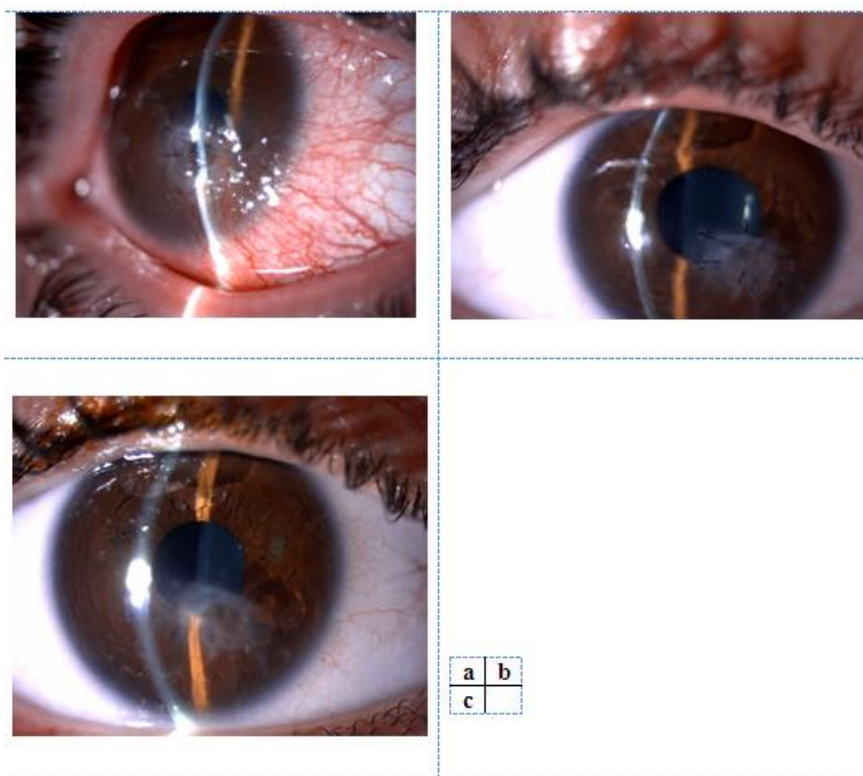


Figure 3 : aspects de la cicatrisation du greffon. a : J1 pos-opératoire. **b** : J20 post-opératoire. **c** : J60 post-opératoire.

III. Discussion

La blépharconjonctivite se manifeste par un large éventail de symptômes tels que l'irritation, brûlure, démangeaisons et rougeur des bords des paupières, Un écoulement larmoyant, mousseux et gras, écailles adhérent aux cils, et parfois la survenue des orgelets et chalazions à répétition. L'examen ophtalmologique objective la présence d'une collerette ou de squames autour des cils, un érythème et télangiectasies du bord libre de la paupière, une hyperhémie conjonctivale, un BUT diminué, une kératite ponctuée superficielle.

La sécheresse oculaire est observée chez 25 à 56% des patients souffrant de blépharite chronique (dans 48% des patients atteints d'un dysfonctionnement meibomein obstructif et 79% des ceux atteints de blépharite séborrhéique) [1, 2,3,4]. 35% des patients présentent un film lacrymal très instable avec un temps de rupture réduit et un test de Schirmer positif [5]. En revanche, 78% des patients souffrant de sécheresse oculaire souffrent de blépharite chronique [6].

Les atteintes cornéennes compliquant les blépharo-conjonctivites sont fréquentes. Elles peuvent inclure une kératite ponctuée superficielle, ulcères et infiltrats marginaux, pannus et phlyctène cornéens. Ces lésions peuvent se rencontrer aussi bien chez les enfants que les adultes [7]. L'atteinte cornéenne est généralement périphérique. Les ulcères cornéens peuvent évoluer vers une infection voire même une perforation. Ils laissent souvent des cicatrices après leurs guérisons [8]. L'atteinte cornéenne périphérique peut être expliquée par la prépondérance des cellules de Langerhans présentatrices d'antigène et la présence d'une plus grande quantité de l'unité de reconnaissance de la voie classique du complément C1 dans la périphérie par rapport au centre de la cornée. Le complexe antigène-anticorps activera ainsi le complément plus efficacement au niveau de la périphérie cornéenne [8].

Les blépharo-conjonctivites sont souvent associées aux dermatoses. La rosacée oculaire et la dermatite séborrhéique représentent les pathologies les plus fréquentes touchant les paupières et la surface oculaire. La dermatite séborrhéique a été diagnostiquée chez 100% des patients avec blépharite séborrhéique associée à une méibomite, et chez 82% des patients avec blépharite séborrhéique et une méiborhée [4]. Près de 100% des patients atteints d'acné rosacée présentaient une blépharite associée à un dysfonctionnement meibomein; l'atteinte oculaire a précédé les manifestations cutanées dans 20% [9]. 10% des patients ayant une blépharoconjonctivite chronique associée à une dermatose souffrent d'une dermatite atopique [10].

Devant les antécédents de notre patiente, nous avons retenu le psoriasis comme étant l'étiologie de sa blépharo-conjonctivite. En effet, l'atteinte oculaire dans le cadre du psoriasis est peu fréquente; elle est présente dans 10% des cas du psoriasis. Toutes les structures oculaires peuvent être atteintes. La blépharite reste le signe le plus fréquent [11,12]. Elle se manifeste par des lésions érythémato-squameuses avec un dysfonctionnement meibomein du à une obstruction des canaux excréteurs des glandes de Meibomus par les squames. La sécrétion lacrymale conservée (le test de Schirmer est normal) mais de moins bonne stabilité (le temps de rupture du film lacrymal est abaissé) [13]. L'atteinte conjonctivale peut atteindre 64% des psoriasis selon certaines études [14]; elle se manifeste par des lésions rouges jaunâtres sur la conjonctive palpébrale, ou une xérose de la conjonctive bulbaire. La conjonctivite peut se compliquer d'un symblépharon ou trichiasis. L'atteinte cornéenne dans le psoriasis est rare; elle est généralement secondaire à des complications de la blépharo-conjonctivite telles que la sécheresse oculaire, le trichiasis. Elle se manifeste le plus souvent par une kératite ponctuée superficielle; parfois on peut trouver des opacités cornéennes superficielles ou profondes, infiltrats stromaux, néo-vascularisation, des érosions [14]. Les autres atteintes ophtalmologiques liées au psoriasis sont plus rares: épisclérite, uvéite, chorioretine... Ainsi, notre patiente bénéficie régulièrement d'un examen ophtalmologique minutieux et complet à la recherche des signes cliniques dans le cadre de son psoriasis.

Plusieurs techniques chirurgicales ont été décrites pour la gestion des perforations cornéennes périphériques compliquant des ulcères cornéens inflammatoires. L'utilisation de colle cyanoacrylate peut être utilisée en cas de perforation inférieure à 2 mm avec la mise en place d'une lentille thérapeutique [15]. La greffe de membrane amniotique en multicouches trouve également sa place dans la gestion de perforations cornéennes; elle a l'avantage de réduire l'inflammation et favoriser la cicatrisation épithéliale [16]. Enfin, en cas de perforation de plus grande taille, une greffe périphérique en patch, lamellaire ou perforante sera indiquée. Dans certains cas, la réalisation d'un recouvrement conjonctival complet ou partiel est nécessaire [17].

Dans notre cas, nous avons eu recours à l'autogreffe d'un patch cornéen. C'est une technique non décrite dans la littérature. Son indication trouve sa place dans les perforations cornéennes périphériques de moins de 3 mm, quand l'accès aux greffons cornéens et aux membranes amniotiques est difficile.

Le principe consiste à prélever sur une zone saine de la même cornée, loin de la zone de l'ulcération, un greffon d'épaisseur suffisante et de diamètre supérieur à la zone réceptrice, ce dernier est alors transposé puis fixé par des points séparés de mono filament 10/0 sur la zone de la perforation après avoir réaliser un bon paragage du fond et des berges de celle-ci.[18].

L'autogreffe du patch cornéen reste une technique simple et efficace, dont les résultats anatomiques sont satisfaisants. [19]

Le traitement de base de la blépharo-conjonctivite repose sur l'hygiène palpébrale avec application de chaleur sur les paupières (Les lunettes chauffantes compresses humides). Les soins de paupières sont associées à des cures d'antibiothérapie locale à base de l'azithromycine topique en première intention). Dans les formes les plus sévères une antibiothérapie per os est prescrite : Les cyclines, utilisables chez l'adulte, sont contre-indiquées chez l'enfant de moins de 8 ans et peuvent dans certains cas être remplacées par l'érythromycine ou metronidazole [20]. Une corticothérapie de courte durée peut être prescrite lors des poussées. Enfin la ciclosporine est utilisée lors de l'escalade thérapeutique, en cas d'absence d'amélioration avec les mesures prises précédemment, à visée d'épargne cortisonnée.[21]

IV. Conclusion

La blépharo-conjonctivite est un motif fréquent de consultation. Le diagnostic positif est facile et repose essentiellement sur l'examen clinique. En revanche, la recherche d'une étiologie de la blépharo-conjonctivite nécessite un bon interrogatoire avec un examen somatique à la recherche des signes cliniques extra-oculaires notamment cutanés pouvant nous orienter vers une maladie de système ou une dermatose.

Les complications cornéennes liées aux blépharo-conjonctivites sont parfois menaçantes pour la vue ; elles peuvent être prévenues par une prise en charge précoce et adaptée associant un traitement médical et une bonne hygiène palpébrale.

Bibliographie

- [1]. Bowman RW, Dougherty JM, McCulley JP (1987) Chronic blepharitis and dry eyes. *Int Ophthalmol Clin* 27:27–35
- [2]. Mathers WD (1993) Ocular evaporation in meibomian gland dysfunction and dry eye. *Ophthalmology* 100:347–351
- [3]. Mathers WD, Shields WJ, Sachdev MS, Petroll WM, Jester JV (1991) Meibomian gland dysfunction in chronic blepharitis. *Cornea* 10:277–285
- [4]. McCulley JP, Dougherty JM, Deneau DG (1982) Classification of chronic blepharitis. *Ophthalmology* 89:1173–1180
- [5]. McCulley JP, Sciallis GF (1977) Meibomia keratoconjunctivitis. *Am J Ophthalmol* 84:788–793
- [6]. Heiligenhaus A, Koch JM, Kruse FE, Schwarz C, Waubke TN (1995) [Diagnosis and differentiation of dry eye disorders]. *Ophthalmologie* 92:6–11
- [8]. Heiligenhaus A, Koch JM, Kemper D, Kruse FE, Waubke TN (1994) [Therapy of dry eye disorders]. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 204:162–168
- [9]. De Leener H, Maudgal PC (1993) Chronic blepharitis, meibomitis and corneal lesions. *Bull Soc Belge Ophtalmol* 249:101–106
- [10]. Borrie P (1953) Rosacea with special reference to its ocular manifestations. *Br J Dermatol* 65:458–463
- [11]. Huber-Spitzy V (2005) [Blepharitis]. *Klin Monatsbl Augenheilkd* 222:R55–R67; quiz R68–R72
- [12]. Ayala F, Fabbrocini G, Bacchilega R, Berardesca E, Caraffini S, Corazza M, et al. Eyelid dermatitis: an evaluation of 447 patients. *Am J Contact Dermat* 2003;14:69–74.
- [13]. Guin JD. Eyelid dermatitis: a report of 215 patients. *Contact Dermatitis* 2004;50:87–90.
- [14]. Zengin N, Tol H, Balevi S, Gunduz K, Okudan S, Endogru H. Tear film and meibomian gland functions in psoriasis. *Acta Ophthalmol Scand* 1996;74:358–60.
- [15]. Algarni A. Association between psoriasis and ocular disorders: A narrative review. *Clin Med Invest* 2017, Volume 2(2): 2–4, doi: 10.15761/CMI.1000126
- [16]. Vera L, Benzerroug M, Gueudry J, et al. Mise au point sur l'utilisation des colles tissulaires en ophtalmologie. *J Fr Ophtalmol* 2009 ; 32 : 290-305.
- [17]. Muraine M, Gueudry J, Toubeau D, et al. Intérêt des greffes de membranes amniotiques dans les pathologies oculaires de surface J Fr Ophtalmol 2006 ; 29 : 1070-83.
- [18]. Boidin H, Gueudry J, Portmann A, et al. Le recouvrement conjonctival : une technique toujours d'actualité. *J Fr Ophtalmol* 2012 ; 35 : 170-5
- [19]. A. El Kettani , MO. Moustaine , K. Zaghoul, Autokératoplastie lamellaire ipsilatérale pour traitement d'une desmécécèle pré-perforative: à propos d'un cas. *Journal Français D'Ophthalmologie*. Doi:10.1016/j.jfo.2020.02.023.
- [20]. M. Bouazza, A. Amine Bensemali, M. Elbelhadji, L. Benhmidoune, H. El Kablib, N. El M'daghri, M. Soussi Abdallaouid, K. Zaghoulou, A. Amraoui. Perforations cornéennes non traumatiques : modalités thérapeutiques. *Journal français d'ophtalmologie (2015)*, JFO-1163; No. of Pages 8
- [21]. Meisler DM, Raizman MB, Traboulsi EI. Oral erythromycin treatment for childhood blepharokeratitis. *J AAPOS*. 2000;4(6):379-80.
- [22]. Delphine Hong , Adrien Coutu. Une rosacée oculaire chez un enfant, *Les Cahiers d'Ophtalmologie* 2017;n°206:28-9.

Dr K. Housni, et. al. “ Case report: Management of a corneal perforation complicating blepharoconjunctivitis in psoriasis.” *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 20(06), 2021, pp. 33-37.