

## QUESTIONS FLASH

### Les conjonctivites fibrosantes : le point de vue du dermatologue

M. ALEXANDRE

Centre de référence des maladies bulleuses auto-immunes-IDF, Hôpital Avicenne, BOBIGNY.

Les conjonctivites fibrosantes ne sont pas uniquement l'affaire de l'ophtalmologiste et, bien souvent, leur prise en charge nécessite une collaboration étroite entre ophtalmologistes et dermatologues.

Schématiquement, on distingue deux situations :

- celle au cours de laquelle l'ophtalmologiste sollicite le dermatologue ;
- celle au cours de laquelle, à l'inverse, le dermatologue a besoin de l'expertise de l'ophtalmologiste.

#### >>> L'expertise du dermatologue au service de l'ophtalmologiste au cours d'une conjonctivite fibrosante

Il s'agit le plus souvent du bilan étiologique d'une conjonctivite fibrosante, avec de nombreux diagnostics possibles. Certaines situations ne requièrent pas d'avis dermatologique soit parce qu'il s'agit d'un diagnostic évident (antécédent de nécrolyse épidermique toxique, de brûlure...), soit parce qu'il s'agit d'un diagnostic purement ophtalmologique (séquelle de conjonctivite infectieuse, trachome ou conjonctivite fibrosante induite par des collyres). Tandis que d'autres sont des diagnostics dermatologiques où l'examen cutané-muqueux du dermatologue, éventuellement associé à des examens complémentaires, va pouvoir orienter l'ophtalmologiste. Parmi ces causes dermatologiques, deux diagnostics sont au premier plan :

- les lichens : lichen plan (LP) ou lichen plan pemphigoïde (LPP) ;
- les pemphigoïdes des muqueuses (PM),



Fig. 1: Conjonctivite fibrosante au cours d'une pemphigoïde cicatricielle : inflammation, comblement du cul-de-sac conjonctival et symblépharon (stade IIC IIIA) (photo du Dr Serge Doan).



Fig. 2: Conjonctivite fibrosante au cours d'une pemphigoïde cicatricielle : ankyloblepharon (stade IV) (photo du Dr Serge Doan).

notamment la pemphigoïde cicatricielle (PC), qui constitue la principale cause de conjonctivite fibrosante (fig. 1 et 2).

Ces diagnostics engagent le pronostic visuel en l'absence de traitement.

Le dermatologue pourra également être utile dans le diagnostic d'une rosacée, d'une atopie ou d'un syndrome de Sjögren pourvoyeurs de conjonctivites fibrosantes, en gardant à l'esprit à la fois que la rosacée oculaire et la kératoconjonctivite atopique peuvent évoluer sans signe cutané associé et qu'il faut rester prudent avec ces diagnostics car, s'agissant de pathologies fréquentes, on peut les poser par "facilité" et méconnaître un lichen ou une PM en réalité associés.

Ce sont donc ces diagnostics de lichen et PM qu'il faut s'acharner à poser ou

à éliminer par un examen attentif de la peau et de toutes les muqueuses, en connaissant la possibilité de lésions totalement asymptomatiques (notamment génito-anales et laryngées). L'examen clinique recherchera des lésions actives de PM (bulles et érosions) et des lésions cicatricielles (atrophie, lésions pseudo-licheniennes, synéchies), ainsi que des lésions blanches évocatrices de lichen.

On pratiquera, bien sûr, des biopsies pour histologie et immunofluorescence directe (IFD) et, si possible, immunomicroscopie électronique (IME) en préférant la peau puis la bouche, puis les organes génitaux externes et l'anus, le but étant d'essayer d'éviter autant que possible d'avoir à biopsier la conjonctive car on sait que ce geste peut aggraver la maladie. Néanmoins, on peut être amené à le faire chez des patients ayant une atteinte oculaire isolée. Par expérience, les biopsies ORL et œsophagiennes rapportent de minuscules fragments et ne sont presque jamais contributives. Les examens sérologiques – IFI (immunofluorescence indirecte), IFI peau clinique, ELISA et Western Blot – sont rarement contributifs, l'immense majorité des patients atteints de PM n'ayant pas d'anticorps (AC) circulants.

#### >>> L'expertise de l'ophtalmologiste au service du dermatologue au cours d'une conjonctivite fibrosante

Les situations sont ici plus variées.

- Le 1<sup>er</sup> cas de figure est celui d'un patient suivi pour une PM et pour lequel le dermatologue demandera à l'ophtalmologiste de dépister une atteinte oculaire non évidente. En effet, si les fibres évoluées (grade 3 ou 4) sont faciles à dépister pour le dermatologue, cela peut être plus difficile pour les grades 2 et quasi impossible pour les grades 1. Par ailleurs, l'ophtalmologiste va permettre de scorer précisément l'inflammation et la fibrose. Il est ainsi capital de statuer d'emblée sur la pré-

sence d'une atteinte ophtalmologique et sur sa sévérité, car cela conditionne les choix thérapeutiques, les formes oculaires graves étant une indication aux immunosuppresseurs en 1<sup>re</sup> intention alors que les moins sévères peuvent être traitées par dapsone.

- Le 2<sup>e</sup> cas de figure est celui de la surveillance d'une PM avec atteinte oculaire sous traitement pour laquelle l'ophtalmologiste va s'assurer que les objectifs thérapeutiques (disparition de l'inflammation et des sécrétions) sans progression de la fibrose sont bien atteints. Par ailleurs, en cas de rougeur oculaire, l'ophtalmologiste pourra dépister les causes de rougeur non liées à l'activité de la PM (kératite, trichiasis...).

- Le 3<sup>e</sup> cas de figure est celui dans lequel l'ophtalmologiste va pouvoir prendre en charge ce qui est spécifiquement chirurgical, notamment la correction d'un trichiasis, en gardant à l'esprit que cela ne peut se faire qu'une fois la maladie parfaitement stable et contrôlée par le traitement médical et sous couvert d'un renforcement de celui-ci au risque d'aggraver la maladie.

#### En résumé :

- Les conjonctivites fibrosantes ont des causes multiples et, dans de nombreux cas, le dermatologue peut aider au diagnostic étiologique.
- Tout doit être mis en œuvre pour ne pas méconnaître les diagnostics de lichen plan, lichen plan pemphigoïde et pemphigoïde des muqueuses.
- La biopsie conjonctivale ne s'envisage qu'en dernier recours.
- Le traitement est avant tout médical.
- La prise en charge chirurgicale ne doit jamais être envisagée si la maladie n'est pas contrôlée.

- Une collaboration étroite ophtalmologiste/dermatologue est indispensable à une bonne prise en charge des malades.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

## La rosacée oculaire

**G. GABISON**

Praticien attaché à l'APHP,  
Cabinet de Dermatologie, SAINT-MAURICE.

**L**a rosacée est une pathologie fréquente en dermatologie, avec une nette prédominance féminine (2/3 des cas); elle est plus fréquente à partir de 30 ans.

En ophtalmologie, il existe une parité sexuelle ainsi qu'une forme spécifique de l'enfant.

Les atteintes ophtalmologiques sont sous-estimées, pouvant être discrètes, avec une dissociation anatomoclinique inverse à celle retrouvée en dermatologie. Ainsi, en dermatologie, les patientes se plaignent de sensations de brûlure et de peau irritable alors qu'il n'y a pas de lésion visible. En revanche, en ophtalmologie, l'atteinte peut être sévère avec très peu de signes cliniques. Ces derniers sont à rechercher en raison de leur gravité potentielle.

Si nous considérons l'ensemble des atteintes ophtalmologiques :

- 20 % sont isolées ;
- dans 30 % des cas, les atteintes dermatologiques et ophtalmologiques ont commencé en même temps ;
- 50 % débutent par une rosacée cutanée, l'atteinte ophtalmologique étant secondaire sans que l'on puisse parler de complication.

On compte quatre formes cliniques de rosacée :

- forme érythémateuse : *flush*, télangiectasies ("couperose") : c'est déjà de la rosacée ;
- forme papulo-pustuleuse ;
- rhinophyma (qui peut toucher d'autres zones du visage : menton, front, joue, oreilles...);
- forme oculaire.

Il existe une variante : la forme granulomateuse non inflammatoire, caractérisée par un œdème dur, typiquement du front, mais c'est un diagnostic à évoquer devant une modification fixe d'une autre partie du visage.

Il convient d'interroger nos patients à la recherche de signes ophtalmologiques souvent non signalés. Ceux-ci sont non spécifiques :

- sensation de corps étranger ;
- sécheresse oculaire objectivable ;
- picotement, prurit, brûlures ;
- blépharite ;
- rougeur du bord libre des paupières ;
- croûtelles à la base des cils ;
- orgelet, perte des cils ;
- chalazion, granulome lipidique : mébius visqueux ;
- hyperhémie conjonctivale ;
- inflexion des cils vers l'intérieur de l'œil : trichiasis, d'où un frottement provoquant une irritation cornéenne ;
- vision floue transitoire fluctuante du fait d'une mauvaise qualité des larmes ;
- la dernière complication, et la plus sévère, est l'atteinte cornéenne avec douleur, photophobie et baisse de l'acuité visuelle pouvant aller jusqu'à la cécité.

En dehors du chalazion et de l'atteinte cornéenne, ces signes sont communs à la rosacée et à la dermite séborrhéique. Dans le cas de la dermite séborrhéique, le mébius est irritant.

### Physiopathologie plurifactorielle

Avant tout, il existe un terrain favorisant, aussi appelé "malédiction des Celtes"