

Dr Andreas Berke

## La blépharite séborrhéique

La blépharite est une inflammation chronique bilatérale du pourtour des paupières. Elle est reconnue comme la maladie oculaire la plus fréquente. Les deux formes d'inflammations les plus importantes du pourtour de la paupière sont la blépharite séborrhéique et la blépharite staphylococcique. Cette dernière est induite par les germes *Staphylococcus aureus* et *Staphylococcus epidermidis*. Dans la blépharite séborrhéique on retrouve fréquemment la levure *Malassezia furfur*, bien que ce microbe ne soit pas directement impliqué dans l'initiation de la blépharite séborrhéique. Souvent, les deux formes de blépharite apparaissent conjointement. Non traitées, ces inflammations du pourtour de la paupière peuvent engendrer une conjonctivite chronique et la sécheresse oculaire. Une hygiène consciencieuse de la paupière et de son pourtour représente une stratégie importante du traitement de la blépharite séborrhéique et de la prévention de complications oculaires ultérieures.



*Eczéma séborrhéique du visage,  
paupières incluses*

### 1. La séborrhée et l'eczéma séborrhéique

#### 1.1 La séborrhée

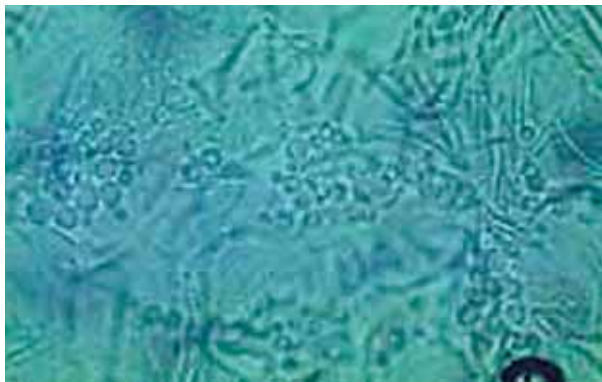
La séborrhée se caractérise par une production excessive de sébum par les glandes sébacées et elle apparaît en particulier sur les zones chevelues et poilues de la tête, sur le visage y compris les paupières et sur le torse. Les symptômes typiques de la séborrhée incluent une peau huileuse et grasse (*Seborrhoea oleosa*) ou une desquamation grasse et sous forme de son de la peau (*Seborrhoea sicca*). La peau a tendance à se salir rapidement. La séborrhée peut s'accompagner de l'acné (*Acne vulgaris*) ou d'un eczéma séborrhéique. Les causes de la séborrhée ne sont que peu connues. On la trouve notamment dans la maladie de Parkinson ou comme effet non désiré de certains médicaments. L'état de santé général n'est pas altéré par la séborrhée.



*Eczéma séborrhéique du cuir chevelu*

#### 1.2 Eczéma séborrhéique

Les glandes sébacées maintiennent la souplesse de la couche cornée de l'épiderme. Elles produisent le manteau acide de la peau et la protègent ainsi des bactéries et des levures. Le manteau acide de la peau peut se dégrader à la suite d'une altération de la production et de la composition du sébum, de même que par une activité excessive ou insuffisante des glandes sébacées. La peau devenue plus délicate représente ainsi un substrat nutritif idéal pour les bactéries et les levures. La levure *Malassezia furfur* est l'envahisseur le plus important d'un terrain cutané affaibli. La sécrétion excessive des glandes sébacées lors d'une séborrhée lui fournit des conditions de vie optimales. En infectant la peau la levure cause des démangeaisons et des inflammations. Afin de se protéger de l'invasion par ces levures, la peau touchée réagit par une kératinisation excessive. Les formes légères se caractérisent par la simple formation de pellicules du cuir chevelu. L'eczéma séborrhéique, en se répandant sur toutes les régions sébacées du corps, produit les symptômes classiques tels que rougeurs, démangeaisons et desquamation de la peau. Parmi les causes potentielles de l'eczéma les spécialistes discutent l'implication, outre une prédisposition héréditaire, du stress, de la surcharge nerveuse, des hormones, des médicaments, ainsi que celle d'un état de maladie généralisé. Cependant, la peau peut également perdre son équilibre naturel à la suite d'une exposition à des produits de soin inadéquats. L'eczéma séborrhéique est très répandu. Globalement il touche entre 3 et 5% de la population, donc entre 180 et 300 millions de personnes. La maladie se déclare en règle générale seulement après la puberté. La classe d'âge la plus touchée est celle entre 40 et 50 ans.



*Malassezia furfur: «Spaghetti aux quenelles». On reconnaît les hyphae sous forme de «spaghetti» et les cellules de levure arrondies sous forme de «quenelles»*

### 1.3 Malassezia furfur

Lors des maladies séborrhéiques de la peau on se trouve généralement en présence de la levure *Malassezia furfur*. L'apparence de *Malassezia furfur* dans les prélèvements est volontiers décrite comme l'image de «spaghetti aux quenelles» (voir illustration 3). La levure en question ne se trouve pourtant pas à l'origine de la séborrhée, mais elle en renforce les symptômes. *Malassezia furfur* fait partie de la flore résidente de la peau et dans des conditions normales elle ne représente aucune menace pour cette dernière. Parmi les facteurs favorisant une prolifération excessive de ce champignon on compte une humidité élevée et une forte sudation. Puisque son métabolisme dépend de la disponibilité d'acides gras à longues chaînes, sa prolifération est favorisée énormément par une peau huileuse ou grasse. Même en cas d'occupation normale de la peau, cette levure est capable de renforcer la séborrhée. La responsabilité en incombe à des lipases, des enzymes décomposant les lipides. L'activité des lipases libère les acides gras qui déploient des effets toxiques sur la peau. En outre, *Malassezia furfur* est capable d'activer la voie alternative du système des compléments. Les réactions de ce système engendrent d'autres dommages cutanés. Dans la littérature ophtalmique *Pytirosporium ovale*, respectivement orbiculaire, sont fréquemment mentionnés comme agents déclenchant l'eczéma et la blépharite séborrhéique. Dans des conditions de culture favorable, les deux espèces de levures se laissent transformer l'une dans l'autre et ce phénomène a récemment pu être confirmé par une analyse génomique. En 1986, la Commission Internationale de Taxonomie des Champignons a introduit le nom *Malassezia* en l'honneur du pathologiste parisien Louis Charles Malassez (1862–1910), à la place de *Pytirosporium*.

### 2. La blépharite séborrhéique

La blépharite séborrhéique antérieure est une maladie des glandes de Zeiss et des glandes de Moll, situées sur le bord de la paupière. Elle est fréquemment accompagnée d'un eczéma séborrhéique. Sa localisation peut se limiter à la partie antérieure de la paupière (blépharite antérieure) mais elle peut aussi bien être associée à une blépharite staphylococcique ou à une inflammation des glandes de Meibomius (blépharite postérieure).



*Glande de Zeiss avec son canal sécrétoire*

### 2.1 Blépharite antérieure

Une blépharite antérieure concerne la peau à la face antérieure de la paupière. Elle s'étend jusqu'à la ligne grise, la ligne de Marx. La blépharite séborrhéique antérieure est la forme la plus répandue de la blépharite antérieure. Habituellement, le cuir chevelu et le visage sont également touchés. Parmi les symptômes caractéristiques on compte une inflammation (non infectieuse) du bord de la paupière, des squames sèches, ainsi que des sécrétions huileuses qui collent les cils. En outre on observe fréquemment des pellicules du cuir chevelu, des sourcils et de l'oreille interne. L'inflammation du bord de la paupière peut également s'étendre à la cornée et provoquer une kératite superficielle. La sécheresse oculaire est une complication commune de la blépharite séborrhéique.

La sécheresse oculaire est causée par des lipases qui sont libérées ou bien par la levure *Malassezia furfur* ou par des bactéries (*Staphylococcus aureus* ou *Corynebacterium acne*). Ces lipases détruisent le composant lipidique du fil lacrymal. Le syndrome de la sécheresse oculaire est décrit par le patient concerné en terme de prurit, de brûlure, de sensation de poussière, respectivement de corps étranger dans les yeux. A la suite de la sécheresse oculaire on observe également une production lacrymale excessive (epiphora).



*Blépharite séborrhéique avec squames et cils collés*



*Séborrhée meibomienne: Gouttelettes huileuses bouchant les canaux d'évacuation des glandes de Meibomius*

### 2.2 Blépharite postérieure

La cause de la blépharite postérieure est une dysfonction des glandes de Meibomius localisées dans la face postérieure des paupières. Cette maladie de la paupière peut se déclarer en tant que séborrhée de Meibomius ou en tant qu'inflammation des glandes meibomiennes (meibomiite). On la trouve aussi fréquemment associée à une blépharite séborrhéique antérieure.

La séborrhée meibomienne est reconnaissable par une distension des glandes de Meibomius. Sous l'effet d'une légère pression, ces glandes sécrètent de grandes quantités de lipides qui sont décelables sous forme de gouttelettes huileuses ou d'accumulations de substances cireuses sur le bord de la paupière. La conséquence de la sécrétion excessive des glandes meibomiennes est un film lacrymal très gras. On observe fréquemment de la mousse dans le ménisque du film lacrymal ou sur la conjonctive. Cette mousse est le résultat de la formation de micelles composées d'acides gras libres et de divers monoglycérides. Dans les cas graves, on observe dans le canthus interne une sécrétion mousseuse, également appelée mousse meibomienne. Le taux élevé d'acides gras libres dans le film lacrymal est à l'origine de brûlures des yeux.

La meibomiite primaire est une inflammation des glandes meibomiennes qui touche principalement la région des canaux excrétoires de ces glandes. Approximativement un tiers de toutes les meibomiites est associé à un eczéma séborrhéique. Les glandes meibomiennes enflées sont couvertes par des lipides sous forme d'un capuchon. Le durcissement des sécrétions meibomiennes dans les canaux d'évacuation amène une occlusion de ces derniers et une accumulation des sécrétions à l'intérieur des glandes ce qui peut provoquer la formation d'un chalazion. Les altérations dans les glandes meibomiennes peuvent finalement toucher la cornée et la conjonctive où elles se trouvent à l'origine d'une kératite ponctuée superficielle ou d'une conjonctivite papillaire chronique. Environ un tiers des patients présentant une meibomiite primaire souffrent d'un film lacrymal instable. Lors d'un constat d'eczéma séborrhéique il n'est pas rare que l'on observe en même temps une meibomiite avec blépharite secondaire. Dans ce cas, les glandes meibomiennes présentent des altérations moins importantes que lors d'une meibomiite primaire. Dans ce status, la cornée et la conjonctive ne souffrent que de modifications mineures. Le film lacrymal se trouve altéré dans environ un quart des patients présentant une meibomiite avec blépharite secondaire.



*Occlusion sous forme de capuchon d'une glande meibomienne par des sécrétions épaisses et huileuses*

### 2.3 Lipides et blépharite

Lors d'une blépharite séborrhéique, les sécrétions lipidiques par les glandes de Zeiss et les glandes de Moll sont altérées. Durant une meibomiite primaire la sécrétion meibomienne se distingue de la sécrétion normale par un manque flagrant en acides gras insaturés. Les acides gras insaturés sont cruciaux pour la consistance liquide de la sécrétion meibomienne. Un manque d'acides gras insaturés résulte en une consistance de la sécrétion «semblable à du dentifrice». Ceci engendre un engorgement des canaux d'évacuation comme on peut l'observer dans la meibomiite primaire et dans la meibomiite associée à une blépharite séborrhéique. Dans la blépharite séborrhéique le taux d'acides gras insaturés est très élevé ce qui produit une liquéfaction de la sécrétion. Ces acides gras insaturés sont liés à des glycérides ou au cholestérol. Seulement les acides gras libres participent au déclenchement de réactions inflammatoires. Cependant, la libération des acides gras insaturés des glycérides et du cholestérol ne peut se faire qu'en présence de lipases. Ces lipases se retrouvent dans le film lacrymal de façon naturelle ou bien elles peuvent être mises à disposition par des micro-organismes tels que *Malassezia furfur*, *Staphylococcus aureus* ou *Corynebacterium acne*. L'acide linoléique, un acide gras poly-insaturé, est transformé par l'action de lipoxgénases en HNE (4-hydroxy-2-nonénel). Cette substance possède des propriétés chimiotactiques qui lui permettent d'attirer différents types de cellules inflammatoires dont les granulocytes neutrophiles. L'acide linoléique et

l'acide oléique (acide gras mono-insaturé) sont à leur tour capables d'activer directement ces neutrophiles immigrés et de les inciter à relâcher des radicaux d'oxygène hautement réactifs. Ces radicaux d'oxygène engendrent finalement des dégâts tissulaires.



*Un chalazion, complication d'une blépharite postérieure*

### 2.4 Complications

#### 2.4.1 Blépharite staphylococcique

Les dépôts huileux qui s'accumulent au bord de la paupière forment un environnement propice à la colonisation et à la prolifération bactérienne. Il n'est donc pas rare de trouver une surinfection de la paupière par des staphylocoques ce qui aggrave la blépharite séborrhéique sous-jacente. Les staphylocoques disposent d'une série d'exotoxines parmi lesquelles on retrouve des lipases. Ces lipases sont capables de dégrader les lipides de la sécrétion meibomienne. Ce processus, également appelé «saponification du film lipidique», dégage des acides gras libres. Ces derniers exercent des effets toxiques directs sur l'épithélium cornéen ce qui peut provoquer une kératite ponctuée superficielle. La dégradation du composant lipidique du film lacrymal a pour conséquence une évaporation accélérée du composant aqueux, engendrant la sécheresse oculaire. La kérato-conjonctivite sèche représente donc une des possibles complications d'une blépharite séborrhéique traitée de manière insuffisante. Différentes toxines bactériennes endommagent les cils. Il peut en résulter une perte (madarose) ou un blanchiment des cils (poliose). Parmi les autres complications on compte des cils déviés en dedans (trichiasis). Le frottement des cils sur la surface de l'œil lors de chaque battement de la paupière peut produire des dégâts de la cornée extrêmement douloureux.



*Blépharite staphylococcique avec atteinte de la cornée et de la conjonctive accompagnée d'une madarose*

#### 2.4.2 Chalazion

Le chalazion est la conséquence d'une occlusion du canal d'évacuation des glandes meibomiennes associée d'une inflammation lipo-granulaire. Son apparition est particulièrement fréquente chez les patients présentant une meibomiite ou un eczéma séborrhéique ainsi qu'en présence d'acné rosacée. Le chalazion est de forme arrondie et de couleur pâle. Il grandit lentement. De par la pression qu'il exerce sur la cornée il peut induire un astigmatisme résultant en une perte de l'acuité visuelle.

### 3. Traitement

L'hygiène de la paupière est le b.a.-ba de tout traitement de la blépharite séborrhéique. Parmi d'autres raisons à l'hygiène, il s'agit en particulier d'éviter une blépharite staphylococcique avec ses complications. Chez le porteur de lentilles de contact, l'hygiène des paupières permet d'éviter des altérations du film lacrymal qui pourraient dégénérer en sécheresse oculaire et le dépôt excessif de lipides sur les lentilles de contact.

L'hygiène des paupières devrait s'accompagner d'un traitement de la séborrhée du cuir chevelu et du visage. En règle générale il suffit de laver le cuir chevelu régulièrement avec un shampoing contre les pellicules. Dans le cadre de l'hygiène des paupières il faudrait veiller à enlever les squames et les sécrétions huileuses au minimum une fois par jour. Un shampoing doux ou des tampons de démaquillage sont tout à fait appropriés. En cas de sécheresse oculaire associée il peut être nécessaire d'appliquer des larmes artificielles ou du collyre. Un dégraissement des bords de la paupière avec du bicarbonate de sodium peut également s'avérer utile. En présence d'une blépharite staphylococcique un traitement aux antibiotiques peut s'imposer.

Une hygiène méticuleuse des paupières est également prioritaire dans le traitement de la blépharite postérieure. Les sécrétions meibomiennes solidifiées peuvent être liquéfiées à l'aide de compresses chaudes. Afin d'éliminer les sécrétions excessives, il faudrait vider les glandes meibomiennes de leur contenu par une légère pression et ceci une fois par jour. Les squames et les sécrétions huileuses provenant d'une éventuelle séborrhée associée doivent également être enlevés au minimum une fois par jour. Dans les cas graves, un traitement aux antibiotiques peut même être indiqué. Un schéma thérapeutique envisageable consisterait en la prise de tétracycline (250 mg par voie orale, 4x/jour), de doxycycline (50 mg par voie orale, 2x/jour). Selon les circonstances le traitement doit être continué pendant des semaines ou des mois. L'effet de la thérapie aux antibiotiques repose probablement sur la diminution d'acides gras libres. L'élimination des bactéries par les antibiotiques ayant supprimé la source de lipases, il n'y a plus moyen de libérer les acides gras.