

Les blépharites infectieuses

Diagnostic et prise en charge

Dr Stéphan Fauquier*

INTRODUCTION

Les blépharites infectieuses sont des pathologies très fréquentes. Elles peuvent être aiguës et antérieures type herpès, ou postérieures dans le cas d'un chalazion isolé. Il n'y a dans ce cas que rarement un problème diagnostique ou thérapeutique.

Une blépharite chronique pose en revanche fréquemment des problèmes diagnostiques ou thérapeutiques, car l'étiologie est fréquemment plurifactorielle.

Elle peut également être reliée à une pathologie systémique type rosacée ou dermite séborrhéique. Ces deux dernières seront également abordées, car elles sont fréquemment à l'origine de surinfections.

Pour des raisons didactiques, nous allons distinguer les blépharites antérieures des postérieures même si nous verrons que la frontière est assez floue dans la réalité.

Les blépharites antérieures touchent la peau des paupières et/ou les cils et l'on distingue classiquement les blépharites infectieuses proprement dites et les blépharites séborrhéiques.

Les blépharites postérieures touchent le bord libre et les glandes de meibomius.

Les paupières et la surface oculaire étant très étroitement liées, les blépharites chroniques (même

purement antérieures) entraînent fréquemment des inflammations plus ou moins importantes de cette dernière. Dans ce dernier cas, elles prennent souvent le pas pour le patient, plus gêné par l'irritation oculaire que par l'atteinte palpébrale, et qui de plus ne s'en plaindra pas spontanément.

Souvent, l'atteinte infectieuse palpébrale est torpide, mais suffisante pour générer une altération du film lacrymal provoquant alors l'entrée dans le cercle vicieux inflammatoire de la sécheresse oculaire.

LES BLÉPHARITES ANTÉRIEURES

BLÉPHARITES DEMODEX

Les Demodex sont des acariens commensaux obligatoires des follicules pileux des mammifères. Deux espèces sont décrites chez l'Homme : *Demodex folliculorum* retrouvé dans les follicules pileux et *Demodex brevis*, plus petit qui peut résider également dans les glandes sébacées. Son cycle de vie de l'œuf au stade adulte dure entre 14 et 18 jours. Les œufs sont déposés dans les glandes sébacées pour se transformer en larve puis en protonympe qui migre à l'ouverture d'un follicule pileux et mature en deutonympe puis devient adulte. On pense que le sébum est la source alimentaire principale de ce parasite. Les larves sont très sensibles à la déshydratation et ne se transmettent que par contact direct.

Il est donc possible qu'un dysfonctionnement meibomien favorise leur prolifération par modification de l'écosystème leur devenant plus

favorable.

En plus des atteintes palpébrales, le Demodex est très vraisemblablement impliqué dans la rosacée.

On a remarqué que la population de demodex augmente quand la température extérieure est élevée, correspondant aux périodes où la rosacée est souvent exacerbée et elle semble également pouvoir augmenter en cas d'immunosuppression.

À un niveau oculaire, *D. folliculorum* est retrouvé dans les follicules des cils signant sa présence par un engainement typique de la base des cils. *D. brevis* vit dans la glande sébacée annexée au cil et dans les glandes de meibomius.

Leur rôle pathologique est débattu, car on constate fréquemment des patients "infestés" au niveau des cils et totalement asymptomatiques, néanmoins ses effets néfastes semblent clairement établis (1).

Les effets pathogéniques des Demodex sont probablement multiples (2), ils peuvent bloquer mécaniquement le follicule pileux et le canal sébacé générant hyperplasie épithéliale, hyperkératinisation et inflammation du follicule pileux, des glandes de meibomius ou sébacées. Les débris et les déchets qu'ils produisent peuvent engendrer une réaction d'hypersensibilité retardée ou auto-immune (3).

Le rôle pathogène potentiel de la flore bactérienne associée n'est pas non plus à négliger. Il semblerait que le Demodex favorise en les transportant la pénétration de la flore bactérienne dans les annexes de la peau. Les super antigènes produits par les staphylocoques et

*Unité d'oculoplastique et de pathologies de la surface oculaire, centre Monticelli Paradis, Marseille
contact@dr-fauquier.fr

streptocoques peuvent être impliqués dans de nombreuses pathologies et semblent jouer un rôle dans l'induction de la rosacée (4).

Le rôle pathogène de *Bacillus oleronius*, bactérie symbiotique vivant à l'intérieur des Demodex, est également suspecté dans les rosacées papulopustuleuses (5).

Il semblerait que le taux de *D. brevis* soit plus élevé chez les patients développant des lésions cornéennes associées à la blépharite (6).

Des patients présentant des signes de blépharite, associés ou non à une inflammation conjonctivale, et traités avec succès pour diminuer la présence de Demodex ont été nettement améliorés, ce qui tendrait à prouver leur rôle pathogénique dans le cas de patients probablement intolérants.

D. brevis pourrait également être impliqué dans les cas de chalazions, résistant à la fois en bloquant l'orifice des glandes et en générant une réaction inflammatoire de type granulomateuse (7-8).

Les signes fonctionnels sont un prurit du bord libre des paupières, plus rarement des douleurs ou des brûlures. Des symptômes de sécheresse oculaire peuvent être décrits ainsi que des atteintes cornéennes (9).

À l'examen, on retrouve l'engainement typique de la base des cils avec des cils désorganisés (Fig. 1) et parfois une inflammation du bord libre, un dysfonctionnement meibomien, une conjonctivite avec une sécheresse oculaire par déficit lipidique voire une kératite.

Le diagnostic de cette parasitose peut se faire soit de façon simple à la lampe à fente, les Demodex signalant leur présence par un engainement typique de la base des cils, soit par examen direct au microscope optique après épilation de cils. Enfin, l'examen des follicules ciliaires et des glandes de meibo-



Figure 1 - Demodex.

mius peut maintenant être réalisé, pour les rares équipes qui en disposent, en microscopie confocale in vivo (10).

Pour le traitement, la pommade à l'oxyde mercurique, quand elle était tolérée par les patients, était très efficace, mais est maintenant interdite en Europe.

Dans plusieurs publications, l'huile essentielle d'arbre à thé serait efficace pour traiter ce parasite (11-12).

L'effet par ailleurs antiseptique de l'huile d'arbre à thé (13) ou l'utilisation d'antibiotiques type tétracyclines sont également efficaces sur *B. oleronius* et pourraient expliquer leur efficacité indirecte sur les Demodex en tuant leurs bactéries symbiotiques.

L'ivermectine, à raison de 2 traitements minute à 2 fois 6 mg, à 14 jours d'intervalle semble également être efficace (14).

Mon expérience personnelle dans ce dernier cas semble montrer des résultats relativement mitigés.

Une autre étude associant ivermectine à 200 µg/kg répété une fois à une semaine et métronidazole 250 mg, trois fois par jour pendant 2 semaines montre que l'association est plus efficace que l'ivermectine seule (15).

Il existe en France une mousse nettoyante pour paupières conte-

nant des extraits d'huile d'arbre à thé (NaviBlef®) qui pourrait être utile dans cette pathologie en traitement adjuvant.

On peut également recommander au patient d'utiliser un shampoing à l'huile d'arbre à thé à la fois pour le cuir chevelu, les sourcils et les paupières et le buste.

LA BLÉPHARITE SÉBORRHÉIQUE

Il s'agit d'un dysfonctionnement des glandes annexes du follicule ciliaire. Les glandes de Zeiss produisant du sébum et les glandes de Moll, sudoripares, s'associent pour lubrifier les cils. Dans cette pathologie, les glandes ont une production trop importante visible par des croûtes jaunâtres sur les cils (Fig. 2) plus ou moins associées à une inflammation du bord libre.

Elle peut accompagner une dermatite séborrhéique ou une blépharite postérieure et peut facilement se compliquer d'orgelet qui est la surinfection d'une glande de Zeiss. Le diagnostic est uniquement clinique et le traitement consiste en l'absence de surinfection en de simples soins d'hygiène des paupières grâce aux divers produits nettoyants mis à notre disposition, éventuellement associés au chauffage et à la pression des paupières pour vider les glandes et limiter l'évolution vers une blépharite postérieure qui reste fré-



Figure 2 - Blépharite séborrhéique.



Figure 3 - Blépharite staphylococcique.

quente dans cette pathologie avec une évolution vers une sécrétion épaisse entraînant une meibomite pouvant se compliquer de chalazions.

Concernant la dermatite séborrhéique, c'est un dysfonctionnement chronique, plus qu'une maladie, de l'adulte d'âge moyen à prédominance masculine. Elle se traduit par un accroissement de la production de sébum là où elle prédomine à savoir le cuir chevelu, la partie médio-faciale et le buste. Comme nous l'avons vu, elle peut entraîner une blépharite antérieure et/ou postérieure qui peut fréquemment se surinfecter.

De plus, *Malassezia furfur* est impliquée dans la réaction inflammatoire cutanée qui accompagne la dermatite séborrhéique (16-17). Il s'agit d'une levure à tropisme cutanée pour laquelle le sébum est un excellent milieu de culture.

Le traitement de la blépharite séborrhéique non infectée consiste essentiellement en des soins d'hygiène de paupières en chauffant les glandes de Zeiss et de Meibomus grâce à des masques ou des lunettes chauffantes, suivis de pressions sur les paupières puis d'un nettoyage avec des gels émoullissants. Il faudra adresser le patient au dermatologue qui mettra en place le traitement local et général adapté en fonction de la sévérité de l'atteinte cutanée et palpébrale (18).

Les cyclines et les macrolides par

voie locale ou générale sont classiquement inefficaces dans cette pathologie sur le plan cutané, mais sont indiquées pour traiter l'atteinte palpébrale quand elle est postérieure.

LES BLÉPHARITES ANTÉRIEURES BACTÉRIENNES

Les germes les plus souvent en cause sont ceux de la flore commensale : *Staphylococcus epidermidis* et *S. aureus*, *Streptococcus β-hémolytique* et les *Pseudomonas* mais on peut aussi retrouver en association *Corynebacterium* et *Propionibacterium*.

Leur rôle pathogénique est soit direct avec une infection patente ou simplement indirect par libération de toxines qui peuvent irriter la conjonctive, et/ou de lipases qui vont déstabiliser le film lipidique lacrymal et provoquer l'entrée dans le cercle vicieux de la sécheresse oculaire.

Cliniquement, les signes fonctionnels sont d'intensité variable allant d'une simple irritation palpébrale à une blépharoconjunctivite. On peut retrouver à l'examen au niveau des cils des croûtes fines avec parfois de minimes saignements, des cils collés, brisés ou désaxés (Fig. 3), allant parfois jusqu'à une madarose.

L'orgelet est l'infection d'une glande de Zeiss (Fig. 4).

Au niveau de la rivière lacrymale, on peut voir sur le bord libre un aspect mousseux par saponification

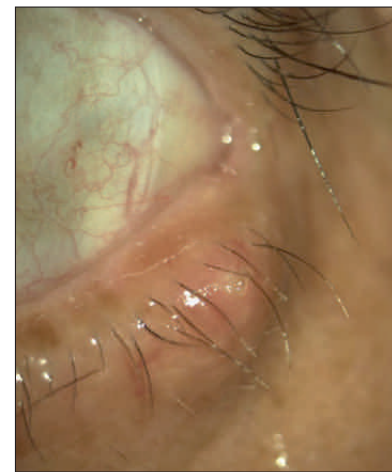


Figure 4 - Orgelet.

des graisses (Fig. 5). Cette mousse peut être également visible en appuyant sur le tarse et sortant des glandes de Meibomus dans le cadre d'une blépharite postérieure (Fig. 6). On retrouve fréquemment associée une petite hyperhémie prédominante au niveau des conjonctives tarsales et plutôt de type folliculaire.

Une kératite inférieure peut être présente, provoquée par la sécheresse oculaire et/ou la libération d'acides gras libres lors de la saponification des graisses qui peuvent avoir un effet toxique pour l'épithélium cornéen superficiel.

Des infiltrats catarrhaux correspondant à une réponse auto-immune à la présence de ces germes peuvent également se voir.

Cette blépharite peut en outre compliquer une blépharite séborrhéique, une blépharite posté-



Figure 5 - Mousse dans la rivière lacrymale.



Figure 6 - Mousse sortant de l'orifice d'une glande à la pression.

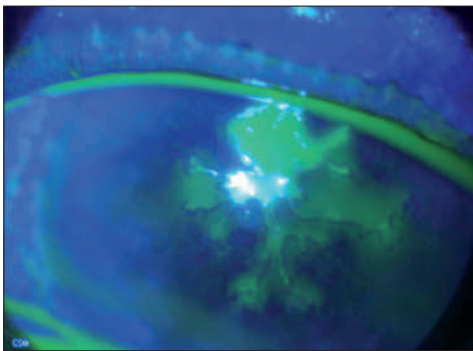


Figure 9 - Herpès cornéen cortisoné.

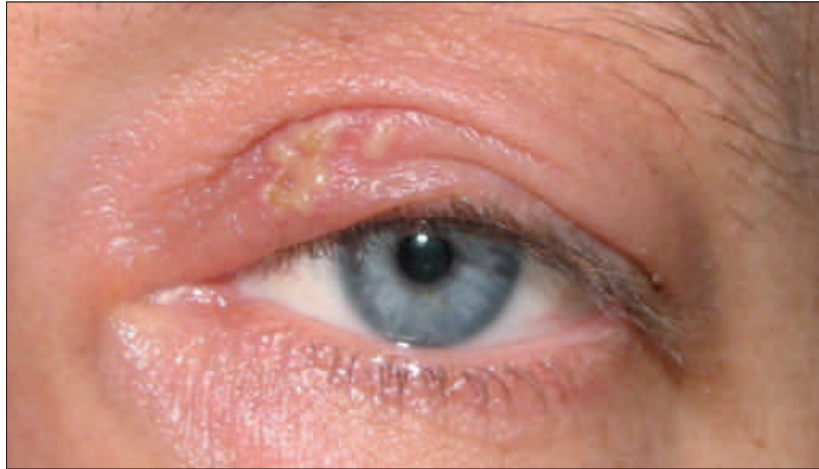


Figure 7 - Herpès.



Figure 8 - Herpès palpébral cortisoné.

rieure ou un eczéma palpébral. Le diagnostic est donc le plus souvent clinique et les prélèvements bactériologiques ne sont nécessaires qu'en cas de mauvaise réponse au traitement. Celui-ci consiste en des soins d'hygiène palpébrale par gels émoullissants associés à des cures locales d'antibiotiques, les deux molécules les plus utilisées actuellement sont l'acide fucithalimic qui a un spectre limité aux staphylocoques sensibles évitant ainsi de trop sélectionner de germes, et l'azythromicine qui a un spectre plus large. Dans les cas sévères, une antibio-

thérapie per os (pyostacine, bristopène ou augmentin) peut être nécessaire. Dans le cas d'un orgelet il faudra épiler le cil et vider le micro abcès par une simple pression puis appliquer une pommade fucithalimic.

LES BLÉPHARITES VIRALES

Les plus fréquentes sont celles secondaires à l'herpès, au zona et au *Molluscum contagiosum*.

■ L'atteinte herpétique

Elle est généralement facile à reconnaître avec les brûlures et l'aspect de placard inflammatoire ac-

compagné de vésicules jaunâtres (Fig. 7) qui vont ensuite sécher avec des croûtes.

L'atteinte peut être isolée et parfois récurrente. Elle peut aussi compliquer un terrain fragilisé comme cette patiente qui souffrait d'eczéma chronique touchant les paupières qui s'est compliqué d'un herpès malheureusement cortisoné. L'atteinte palpébrale et conjonctivo-cornéenne a alors été sévère (Fig. 8 et 9).

Hormis ces cas nécessitant un traitement par aciclovir en perfusion, l'atteinte herpétique palpébrale classique ne nécessite qu'un traitement par aciclovir ou vala-



Figure 10 - Molluscum.

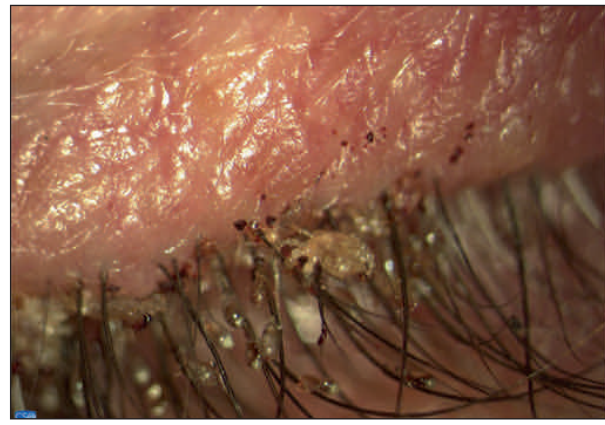


Figure 11 - Pthirus pubis.

ciclovir per os et aciclovir topique pendant une semaine à dix jours.

■ L'atteinte zostérienne

Il s'agit de la réactivation du virus varicelle zona qui dans notre cas correspondra au métamère du nerf trijumeau V1 (front, paupière supérieure conjonctive, pli nasogénien, aile et pointe du nez). Les patients généralement concernés sont les sujets âgés et/ou immunodéprimés. Les prémisses classiques sont des sensations de brûlure dans le métamère concerné. Puis apparaissent une inflammation cutanée et des lésions ulcéraives suintantes laissant place à des croûtes qui disparaissent en 2 à 4 semaines. Une petite dépigmentation est parfois visible.

L'atteinte oculaire, quand elle est présente, ressemble beaucoup à l'herpès.

Le traitement est le même que l'herpès avec aciclovir ou valaciclovir par voie générale et locale. Il est important de traiter le plus tôt possible ce qui tendrait à limiter le problème des douleurs post zostériennes.

■ L'atteinte par Molluscum contagiosum

Elle touche préférentiellement les enfants, mais les adultes peuvent également présenter soit une primo-infection soit des récurrences, surtout en cas d'immunodépression.

L'aspect est relativement typique

avec une minuscule vésicule dont le centre est ombiliqué (Fig. 10).

Elles sont en général isolées sans caractère inflammatoire en périphérie. L'autocontamination est fréquente. An niveau des paupières, l'aspect peut être trompeur avec une lésion de grande taille d'aspect non spécifique pouvant faire suspecter un basocellulaire ou un trichoépithélium.

La conjonctive peut être aussi touchée de façon unie ou bilatérale et le diagnostic devient plus difficile en cas d'atteinte conjonctivale pure. L'aspect est celui d'une prolifération importante ressemblant un peu à une dysplasie papilloma-teuse. L'aspect proliférique se voit surtout sur des patients immunodéprimés, mais pas seulement. Dans ce cas, le diagnostic est souvent fait par l'anatomopathologiste. Le traitement des lésions cutanées va du simple curetage de la vésicule à idéalement une photocoagulation (19).

LES BLÉPHARITES PARASITAIRES

Outre le Demodex dont nous avons parlé on peut également se retrouver confronté à une pthiriose ciliaire, soit par *Pediculus capitis* soit par *Pthirus pubis*. Il s'agit de deux arthropodes cousins l'un de l'autre qu'il est important de pouvoir différencier, car leur prise en charge annexe n'est pas exactement la même (20).

Les différences entre les deux es-

pèces sont visibles à la lampe à fente à fort grossissement. *Pthirus pubis* est plutôt trapu avec un abdomen de forme globuleuse avec de larges griffes (il est comparé à un crabe) alors que *Pediculus capitis* est plus fin avec un abdomen allongé et de petites griffes. Le cycle de vie est de 21 jours avec des lentes accrochées aux cils et des adultes hématophages fixés par leurs griffes entre les cils (Fig. 11).

Les traitements possibles au niveau palpébral sont soit l'extraction à la pince, fastidieuse selon le nombre de lentes et de poux, mais bien efficace, et/ou la vaseline en pommade officinale matin et soir pendant 3 semaines qui agit à "l'étouffade" ou la fluorescéine à 20 % qui détruirait tous les parasites en une seule application (21) ! Pour le reste du corps, car non utilisable sur les paupières, on peut utiliser soit un produit asphyxiant les adultes et les lentes, soit des insecticides.

Le déméticone à 4 % est un asphyxiant, utilisé seul ou associé à des produits potentialisant son effet (gamme Pouxit®). Assez efficace, il présente plusieurs avantages : utilisable dès 6 mois et chez la femme enceinte, il ne génère pas de résistance, ce qui est le gros inconvénient des produits antiparasitaires comme le méléthion (Prioderm®), le plus utilisé en France, et qui est un insecticide organophosphoré.



Figure 12 - Rosacée.



Figure 13 - Blépharite purulente mixte.



Figure 15 - Bouchon sur l'orifice de glandes.

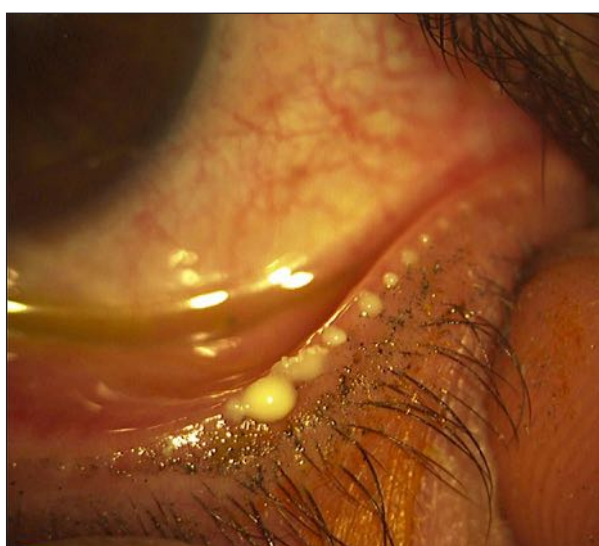


Figure 14 - DGM pâte dentifrice blanche.

Pour les deux il faut faire des traitements tous les 8 jours jusqu'à disparition complète des poux et des lentes et en peignant les cheveux avec un peigne anti-lente. Il faudra examiner et traiter l'entourage, ainsi que s'occuper des vêtements et de la literie (insecticide et lavage 30 min à 60 °C + repassage). Dans le cas de *Pthirus pubis* il est considéré comme maladie sexuellement transmissible nécessitant donc un bilan complet.

Cette prise en charge ne se fait naturellement pas uniquement par l'ophtalmologiste, mais nécessite d'adresser le patient à un dermatologue et d'en informer le médecin traitant.

Si un enfant est touché, il faudra aussi prévenir l'école.

LES BLÉPHARITES POSTÉRIEURES

Il s'agit dans ce cas de la surinfec-

tion des glandes de meibomius qui survient dans deux cadres nosologiques très voisins.

Dans le premier cas, il survient dans le cadre d'un dysfonctionnement des glandes de meibomius (DGM) isolé, qui va durer plusieurs mois à plusieurs années. Il touche surtout les jeunes enfants, parfois dès l'âge d'un an, mais peut survenir à tout âge y compris chez l'adulte. Il n'y a dans ce cas aucun antécédent familial et aucun signe de rosacée et il ne s'agit pas d'une rosacée oculaire pure. Les patients souffrent de chalazions à répétition touchant les quatre paupières. La sécrétion de meibum y est généralement extrêmement compacte. À la pression forte, on retrouve un "vermicelle" blanc et compact.

Dans le second cas, nous sommes dans le cadre d'une rosacée, ou

d'une dermite séborrhéique.

Nous avons vu dans le paragraphe concernant les Demodex leur rôle dans la rosacée, particulièrement au niveau palpébral et oculaire.

Contrairement à la dermite séborrhéique, la rosacée ne touche que la partie médio-faciale (Fig. 12). Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes et sa physiopathologie n'est pas encore bien connue. Elle résulte probablement de l'association de facteurs génétiques et environnementaux. Cliniquement, on retrouve des télangiectasies du bord libre et à la pression du tarse le meibum apparaît anormal, pouvant aller d'une sécrétion granuleuse abondante jaune plus ou moins épaisse et purulente (Fig. 13) à de la pâte blanche type dentifrice (Fig. 14). Les glandes sont fréquemment bouchées soit

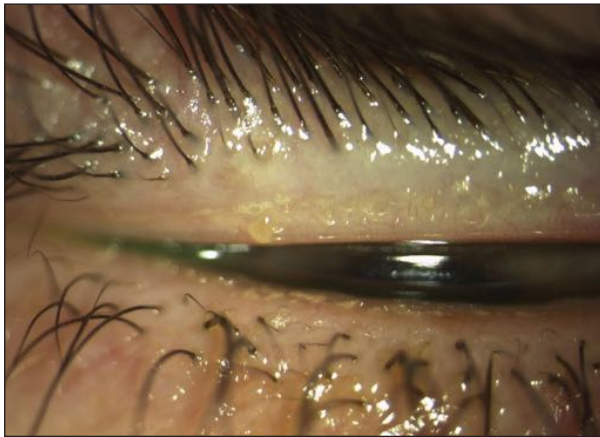


Figure 16 - Bouchons + saponification.

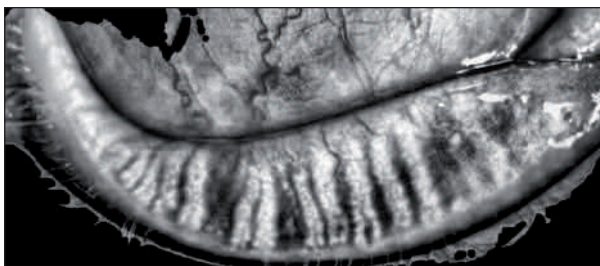


Figure 18 - Meibographie Lipiview®.

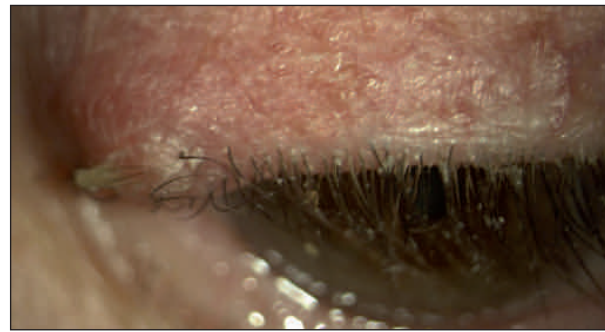


Figure 17 - Chalazion + blépharite antérieure mixte.



Figure 19 - Glandes atrophiées par rétro-illumination.

des bouchons situés juste avant l'orifice (Fig. 15). On peut retrouver la mousse signant la saponification des graisses (Fig. 16) et la présence associée de Demodex (Fig. 17). Si l'obstruction et l'inflammation durent, elles vont aboutir à des chalazions et à une atrophie progressive irréversible des glandes de meibomius.

On comprend donc que, globalement, dans la rosacée, la sécheresse oculaire est obligatoire. À noter également une fréquence un peu supérieure d'allergie avec environ 30 % de cas contre 20 % dans la population "normale".

Dans des cas plus sévères, l'atteinte devient en plus la surface oculaire allant de la simple inflammation conjonctivale à la kératite inflammatoire puis à des ulcères catarrhaux généralement aseptiques. Plus exceptionnellement, on peut voir des phlyctènes qui sont pathognomoniques.

Rare, mais également possible, la rosacée peut entraîner des épisclérites ou des sclérites.

L'examen clinique peut être complété par une analyse précise de la qualité du film lacrymal par interférométrie et le contrôle anatomique des glandes par meibographie (Lipiview®) (Fig. 18).

Si l'on ne dispose pas de ce matériel, un simple rétro illuminateur permet déjà de voir une atrophie (Fig. 19).

Dans la rosacée et le DGM isolé, le traitement est le même, sauf qu'il sera chronique dans le cas de la rosacée, et comporte 3 volets :

1) Des cures per os de macrolides, azythromicine préférentiellement par cures mensuelles (parfois bimensuelles au début) de 3 à 10 jours (locale ou pers os), ou d'érythromycine que personnellement je n'utilise qu'en cas d'intolérance à l'azythromicine, car nécessitant des cures de 4 semaines sans que les résultats soient meilleurs.

2) Des cures locales, soit de 7 à 10 jours d'acide fucithalmique, soit de 3 jours d'azythromicine collyre, mensuelles ou bimensuelles au début (et dans ce dernier cas on

peut tenter de ne pas donner les cures per os et de ne les introduire qu'en cas d'inefficacité). Elles seront stoppées dès les paupières bien stabilisées, mais reprises au moindre signe inflammatoire.

3) La vidange manuelle des glandes de meibomius par chauffage (gant, compresses, masques ou lunettes chauffantes) (Fig. 20) puis par pression est essentielle, le problème est sa réalisation, surtout pour les jeunes enfants.

Un appareil automatisé de chauffage et vidange des glandes est maintenant disponible (Lipiflow®) (Fig. 21), mais est relativement coûteux et il n'existe à ce jour en France que sept appareils.

La vidange des glandes sera suivie d'un nettoyage des yeux par un produit de rinçage et par un nettoyage des paupières et des cils par des gels nettoyants ou compresses préimprégnées.

Dans des cas où il y a une atteinte de la surface oculaire ou à la phase

initiale du traitement, une corticothérapie locale est indiquée, mais jamais au long court ou à répétition, car la cortisone à elle seule peut créer une rosacée cortico-induite et donc finir par l'aggraver (en plus des effets délétères d'un usage prolongé).

Dans les cas de rosacée avec inflammation et atteinte cornéenne corticodépendante, la ciclosporine collyre (plutôt 2 % pour les formes hospitalières) est également indiquée.

On doit aussi conseiller au patient de limiter autant que possible certains aliments : chocolat, café, boissons alcoolisées (toutes), épices (poivre, piment, moutarde), boissons et plats très chauds, tomate cuite (coulis, pizza, ketchup), charcuteries grasses, ail, agrumes, vinaigre.

La fréquence des cures est ensuite adaptée pour chaque patient en essayant de trouver l'espace le plus long possible sans décompensation.

Rappelons que dans le cadre d'une rosacée ou d'une dermite séborrhéique il sera préférable d'adresser le patient à un dermatologue pour la mise en place des traitements cutanés nécessaires.

LA KÉRATO-CONJONCTIVITE PHLICTÉNULAIRE

Une entité particulière est la kérato-conjonctivite phlycténuulaire touchant quasiment exclusivement les enfants.

Dans les 3/4 des cas, l'atteinte est unilatérale. À l'interrogatoire, l'enfant a présenté par le passé des chalazions à répétition, mais le plus souvent il n'en fait plus.

Parfois il y a des antécédents familiaux de rosacée et certains de ces enfants auront une rosacée à l'âge adulte.

Les signes fonctionnels sont une photophobie de plus en plus importante et des poussées inflam-



Figure 20 - Lunettes chauffantes Bléphasteam.



Figure 21 - Traitement des glandes par Lipiflow®.

matoires qui non diagnostiquées et non traitées vont devenir de plus en plus sévères et se chroniquer.

À l'examen, on retrouve un DGM avec souvent des bouchons de cire sur l'orifice des glandes.

Il y a une kératite plutôt inférieure qui se complique rapidement d'un appel vasculaire au départ inférieur (Fig. 23) qui va progressivement devenir circonférentiel.

Le signe pathognomonique, mais pas toujours visible de cette pathologie est le phlyctène (Fig. 24). Ils sont visibles sur la conjonctive et sur la cornée plutôt périphérique et inférieure.

Le principe du traitement est exactement le même que pour la rosacée en sachant que l'on n'utilise pas les cyclines avant l'âge de 8 ans, mais l'azythromycine col-

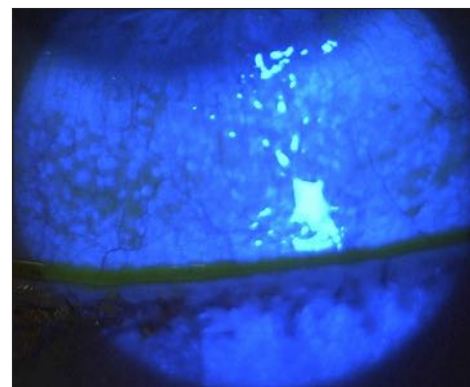


Figure 22 - KCV avec DGM et phlyctènes.

lyre ou per os donne d'excellents résultats (22).

CONCLUSIONS

La prise en charge des blépharites nécessite un examen palpébral et oculaire soigneux qui permettra de faire un diagnostic précis alors

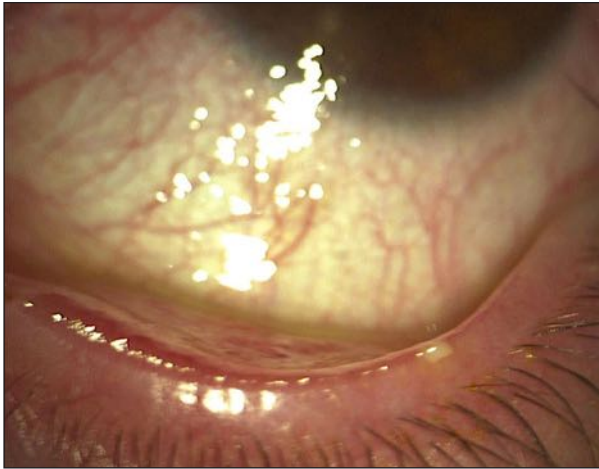


Figure 23 – KCV appel vasculaire inférieur.

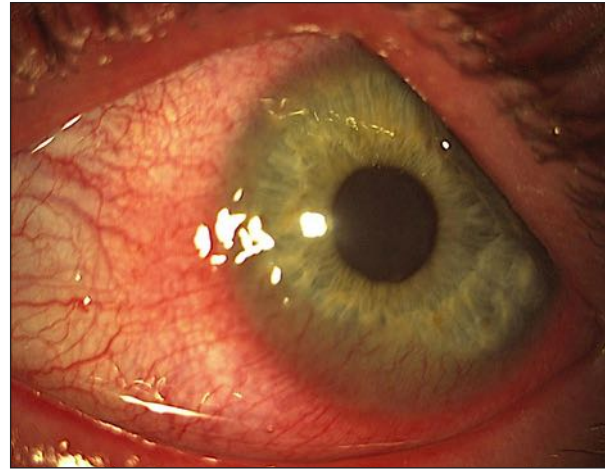


Figure 24 – Phlyctènes.

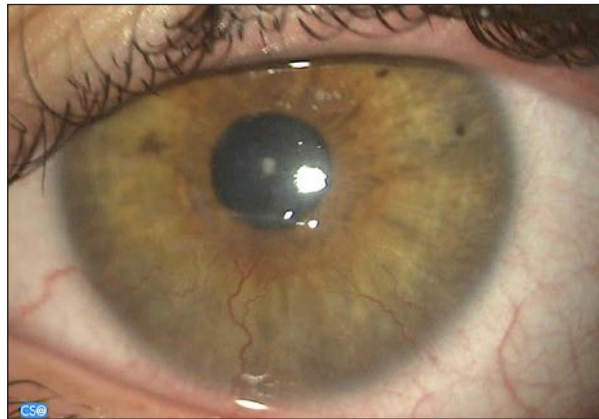


Figure 25 – KCV avant traitement.



Figure 26 – KCV après 4 mois de traitement.

que les signes fonctionnels : irritations, brûlures, démangeaisons palpébrales et oculaires sont peu spécifiques.

Diverses pathologies peuvent s'associer, nécessitant une prise en charge globale pour ne pas se retrouver en échec thérapeutique.

Mais bien diagnostiqué et bien traité, l'ensemble des blépharites infectieuses est assez facilement contrôlable avec les thérapeutiques dont nous disposons.

Cependant, dans de nombreux cas, l'ophtalmologiste et le patient sont face à une pathologie chronique qui

va nécessiter des soins au long court ce qui peut parfois poser des problèmes de démotivation tant du côté du patient que du médecin...

Mots-clés : Blépharites infectieuses, Demodex, Herpès, Chalazion

BIBLIOGRAPHIE

- Lee SH, Chun YS, Kim JH et al. The relationship between demodex and ocular discomfort. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 2010 ; 51 : 2906-11.
- Liu J, Sheha H, Tseng SC. Pathogenic role of Demodex mites in blepharitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2010 ; 10 : 505-10.
- Bevins CL, Liu FT. Rosacea: skin innate immunity gone awry? *Nat Med* 2007 ; 13 : 904-6.
- Wolf R, Ophir J, Avigad J et al. The hair follicle mites (Demodex spp.). Could they be vectors of pathogenic microorganisms? *Acta Derm Venereol* 1988 ; 68 : 535-7.
- O'Reilly N, Menezes N, Kavanagh K. Positive correlation between serum immunoreactivity to Demodex-associated Bacillus proteins and erythematotelangiectatic rosacea. *Br J Dermatol* 2012 ; 167 : 1032-6.
- Kheirkhah A, Casas V, Li W et al. Corneal manifestations of ocular demodex infestation. *Am J Ophthalmol* 2007 ; 143 : 743-9.
- English FP, Cohn D, Groeneveld ER. Demodectic mites and chalazion. *Am J Ophthalmol* 1985 ; 100 : 482-3.
- Yam JC, Tang BS, Chan TM et al. Ocular demodicidosis as a risk factor of adult recurrent chalazion. *Eur J Ophthalmol* 2014 ; 24 : 159-63.
- Kheirkhah A, Casas V, Li W et al. Corneal manifestations of ocular Demodex infestation. *Am J Ophthalmol* 2007 ; 143 : 743-9.
- Randon M, Liang H, El Hamdaoui M et al. In vivo confocal microscopy as a novel and reliable tool for the diagnosis of Demodex eyelid infestation. *Br J Ophthalmol* 2015 ; 99 : 336-41.
- Gao Y-Y, Di Pascuale MA, Li W et al. In vitro and in vivo killing of ocular Demodex by tea tree oil. *Br J Ophthalmol* 2005 ; 89 : 1468-73.
- Gao YY, Di Pascuale MA, Elizondo A, Tseng SC. Clinical treatment of ocular demodexosis by lid scrub with tea tree oil. *Cornea* 2007 ; 26 : 136-43.
- Messenger S, Hammer KA, Carson CF et al. Assessment of the antibacterial activity of tea tree oil using the European EN 1276 and EN 12054 standard suspension tests. *J Hosp Infect* 2005 ; 59 : 113-25.
- Filho P, Hazarbassanov R, Diniz Grisolia AB et al. Efficacy of Ivermectin for the treatment of chronic blepharitis in patients with positive microbiological exam for Demodex spp. *Br J Ophthalmol* 2011 ; 95 : 893-5.
- Salem DA, El-Shazly A, Nabih N et al. Evaluation of the efficacy of oral ivermectin in comparison with ivermectin-metronidazole combined therapy in the treatment of ocular and skin lesions of Demodex folliculorum. *Int J Infect Dis* 2013 ; 17 : 343-7.
- Harada K, Saito M, Sugita T et al. Malassezia species and their associated skin diseases. *J Dermatol* 2015 ; 42 : 250-7.
- Barac A, Pekmezovic M, Milobratovic D et al. Presence, species distribution, and density of Malassezia yeast in patients with seborrheic dermatitis - a community-based case-control study and review of literature. *Mycoses* 2015 ; 58 : 69-75.
- Hald M, Arendrup MC, Svejgaard EL. Evidence-based Danish guidelines for the treatment of Malassezia-related skin diseases. *Acta Derm Venereol* 2015 ; 95 : 12-9.
- Griffith RD, Yazdani Abyaneh MA, Falto-Aizpurua L et al. Pulsed dye laser therapy for molluscum contagiosum: a systematic review. *J Drugs Dermatol* 2014 ; 13 : 1349-52.
- Le Piffer AL, Gobert F, Friser L. Analyse iconographique et prise en charge d'une phtiriose ciliaire bilatérale. *J Fr Ophtalm* 2010 ; 33 : 739e1-739e6.
- Mathew M, D'Souza P, Mehta DK. A new treatment of phtiriasis palpebrarum. *Ann Ophthalmol* 1982 ; 14 : 439-41.
- Doan S, Gabison E, Chiambaretta F et al. Efficacy of azithromycin 1.5% eye drops in childhood ocular rosacea with phlyctenular blepharokeratoconjunctivitis. *J Ophthalmic Inflamm Infect* 2013 ; 3 : 38.