

Gérer une kératoconjonctivite sèche compliquée chez le chien



Laurent BOUHANNA
DESV ophtalmologie vétérinaire
Spécialiste en ophtalmologie
(75003 Paris)

Site Internet : www.ophtavet.com

Nicolas FAUCHIER

OPHTALMOLOGIE

Les kératoconjonctivites sèches (KCS) du chien ont des causes variées. Les KCS compliquées correspondent aux cas réfractaires aux traitements médicaux habituels. Ceci peut être dû à un manque d'efficacité réel ou à une mauvaise observance du traitement. Le pronostic est réservé pour certains cas. L'adaptation des traitements médicaux ou le recours à une option thérapeutique chirurgicale permettent généralement une guérison.

La prévalence des kératoconjonctivites sèches (KCS) est d'environ 1 % dans la population des chiens présentés en consultation généraliste. Elles sont le plus souvent bilatérales et leurs causes sont variées : affection auto-immune de la glande lacrymale, agénésie congénitale de la glande lacrymale (cavalier King Charles, Jack Russel terrier...), adénite de la glande lacrymale lors de maladie de Carré, de conjonctivite ou de blépharite chronique, exérèse de la glande nictitante, maladie systémique (diabète sucré, hypercorticisme, hypothyroïdie), origine iatrogène (atropine, sulfamides...)...

La cause la plus fréquente est l'affection auto-immune de la glande lacrymale pour laquelle une prédisposition raciale a été observée (West Highland White terrier, cockers, cavalier King Charles...), ce qui suggère une composante héréditaire.



▲ KCS grave réfractaire.



▲ Ulcère associé à une KCS (résultat du test de Schirmer de 0 mm).

Classiquement, la KCS se manifeste par la présence de sécrétions oculaires muqueuses ou mucopurulentes légèrement collantes, une cornée irrégulière en surface et terne et un œil rouge (hyperhémie conjonctivale).

Un résultat du test de Schirmer inférieur à 10 mm permet d'établir le diagnostic de KCS chez le chien. Les KCS compliquées correspondent aux cas réfractaires aux traitements médicaux habituels, éventuellement associés à des ulcères cornéens aigus. Ces « mauvaises réponses » au traitement peuvent être dues à un manque d'efficacité réel mais aussi à une mauvaise observance du traitement : administration moins fréquente du traitement ou arrêt complet parce que l'animal va mieux, nettoyages de l'œil moins réguliers...

Motif de consultation et anamnèse

L'anamnèse fait généralement état d'une KCS diagnostiquée antérieurement et affectant souvent les deux yeux, et de la mise en place d'un traitement qui avait permis de contrôler l'affection. La

consultation est alors motivée par la réapparition des signes cliniques qui étaient contrôlés ou leur aggravation : sécrétions oculaires plus abondantes éventuellement associées à un œil que le chien maintient fermé.

Lors d'ulcère cornéen aigu, le chien présente en outre des signes de gêne ou de douleur oculaire d'apparition subite : blépharospasme, animal qui se frotte la région oculaire avec ses membres ou sur un support, se plaint ou se débat lorsqu'on tente de réaliser des soins de l'œil atteint.

Contrairement à ce qui est classiquement constaté lors d'ulcère cornéen, il n'y a pas d'augmentation du larmolement, en raison du déficit de production de la phase aqueuse des larmes (photo n° 1).

Signes cliniques et examens complémentaires

Lors de KCS compliquée, l'examen clinique est généralement normal, sauf lors d'affection systé-



▲ Ulcère profond secondaire à une KCS (résultat du test de Schirmer de 0 mm).



▲ KCS réfractaire.



▲ Même cas que sur la photo n° 4 : guérison avec Optimmune ND, avec une fréquence d'administration augmentée.

synthèse (suite)



mique qui peut avoir exacerbé une KCS qui était contrôlée et provoqué la détérioration.

En présence de signes cliniques évocateurs, il convient donc d'envisager des examens de laboratoire pour rechercher un éventuel diabète sucré ou une hypothyroïdie ou, si une telle affection était déjà diagnostiquée et prise en charge, de s'assurer qu'elle est bien contrôlée.

L'examen ophtalmologique initial montre habituellement la présence de sécrétions mucopurulentes abondantes qui adhèrent à la cornée, d'une hyperhémie et d'une hyperplasie conjonctivales. Une blépharite chronique peut s'être développée ; une inflammation et un épaississement cutanés périorbitaires, voire des ulcérations résultant d'autotraumatismes sont alors notés.

Cette inflammation des paupières est fréquente lors de KCS compliquée, en particulier chez certaines races telles que le cocker spaniel. Elle est généralement liée aux frottements de la région oculaire exercés par le chien en raison de la gêne/douleur oculaire.

Les résultats du test de Schirmer sont souvent très faibles (moins de 2 mm/min, pour un ou les deux yeux).

Avant de nettoyer l'œil, un prélèvement de sécrétions pour isolement bactérien et antibiogramme peut être souhaitable. Après élimination des sécrétions qui y adhèrent, la cornée apparaît terne et présente une surface irrégulière.

Une néovascularisation (vaisseaux sanguins superficiels ramifiés) est généralement observée avec éventuellement une granulation tissulaire, en particulier lorsqu'un ulcère s'est développé au préalable.

L'observation d'une pigmentation mélanique cornéenne est fréquente ; elle peut être localisée (moitié dorsale) ou impliquer la majorité de la surface cornéenne, mais la vision est généralement conservée. Les ulcères cornéens aigus associés à une KCS compliquée sont classiquement centraux et profonds (perte de substance impliquant au moins la moitié de l'épaisseur du stroma) et peuvent conduire à la formation d'une descémétocèle.

Lors du test à la fluorescéine, il convient de se souvenir que :

- le colorant peut se fixer sur le mucus ou s'accumuler dans les irrégularités de la surface de la cornée et donner lieu à des résultats faux positifs ; l'excès de fluorescéine doit donc être rincé abondamment (photo n° 2) ;
- lors de descémétocèle, le colorant se fixe sur le stroma des parois de l'ulcère, mais pas sur la membrane de Descemet, en région centrale de l'ulcère.

L'ulcère peut être entouré d'un œdème de la cornée et est souvent accompagné d'une uvéite antérieure réflexe, à l'origine d'un myosis. Une anisocorie peut parfois être notée si un seul œil est atteint. Une kératomalacie (ulcère à collagénases) peut également se développer en périphérie de l'ulcère (fréquemment sur un œil sec



Laurent Bouhanna

6

▲ KCS rebelle au traitement à la ciclosporine A.



Laurent Bouhanna

7

▲ Même cas que sur la photo n° 6 : guérison avec tacrolimus par voie topique (Protopic ND pommade).

lors d'emploi de collyre ou de pommade contenant un corticoïde) (photo n° 3).

Traitements

Traitement médical

Les objectifs du traitement médical des KCS compliquées sont d'améliorer l'hydratation de la cornée, principalement en stimulant la sécrétion lacrymale, de contrôler les infections secondaires, de contrôler si possible l'inflammation et de prendre en charge les éventuels ulcères.

Contrôler les infections secondaires

Un antibiotique topique à large spectre et/ou actif sur les bactéries habituellement présentes dans le cul-de-sac conjonctival (chloramphénicol, polymyxine B + néomycine, acide fusidique, gentamicine...) est choisi en première intention. L'antibiothérapie peut être adaptée ultérieurement si un antibiogramme a été réalisé.

En cas de kératomalacie, l'antibiotique doit également être actif sur *Pseudomonas*, bactérie productrice de collagénases. La gentamicine, la polymyxine B ou la tobramycine sont alors à privilégier en première intention.

Lors de blépharite chronique, il est préconisé d'administrer des antibiotiques (céphalosporines) également par voie systémique pendant 2 à 3 semaines.

Améliorer l'hydratation de la cornée

Lorsque la KCS compliquée est consécutive à une mauvaise observance (administrations espacées ou complètement stoppées par le propriétaire) et que la prescription topique de ciclosporine A (Optimmune ND) s'était montrée efficace précédemment, la reprise des administrations à la fréquence indiquée (en général 2 fois par jour) doit permettre de contrôler la KCS.

Face à un réel manque d'efficacité de ce traitement, il est préconisé d'augmenter la fréquence d'administration de 2 fois par jour à 3 ou 4 fois par jour, sans modifier la dose administrée (quantité équivalente à 1 grain de riz). La ciclosporine A peut en effet entraîner une réaction d'hypersensibilité et provoquer une blépharite si elle est administrée en trop grande quantité et s'accumule au niveau du bord libre des paupières : en cas de blépharite, il convient donc de se renseigner sur la manière dont la pommade est appliquée.

Lorsque le résultat du test de Schirmer est inférieur à 1 mm/min avant traitement, une bonne réponse à la ciclosporine est obtenue dans 50 % des cas environ ; ce pourcentage est de 80 % si le résultat était supérieur à 2 mm.

En l'absence d'amélioration de la sécrétion lacrymale 4 semaines après l'augmentation de la fréquence d'application, il est possible d'utiliser une préparation extemporanée plus concentrée (1 ou 2 % vs 0,2 % pour Optimmune ND).

Celle-ci est préparée à partir de la présentation orale humaine diluée dans de l'huile de maïs inerte. Des administrations 2 ou 3 fois par jour peuvent augmenter significativement la production lacrymale en 4 semaines (photos n° 4 et 5).

L'utilisation du tacrolimus (Protopic ND pommade dermique), un autre immunomodulateur pouvant stimuler la sécrétion lacrymale, peut également être envisagée pour ces cas ne répondant pas au traitement par la ciclosporine A (application 2 fois par jour) (photos n° 6 et 7).

Des applications topiques fréquentes d'un produit lubrifiant « larmes artificielles » (gel de carbomer, hydroxypropyl méthylcellulose, acide hyaluronique) permettent



Laurent Bouhanna

8

▲ Transposition du canal de Sténon sur les deux yeux : aspect post-opératoire.



synthèse (suite)

également de traiter symptomatiquement la déshydratation cornéenne.

Pour un même produit, l'effet obtenu peut varier d'un animal à un autre et il est parfois intéressant d'en essayer plusieurs afin d'apprécier celui qui offre les meilleurs résultats. Des pommades de type vaseline blanche peuvent également être utiles lorsque les applications fréquentes ne sont pas possibles (faible disponibilité des propriétaires, traitement pour la nuit).

Contrôler l'inflammation

L'administration topique d'anti-inflammatoires lors de KCS réfractaires est controversée. Les corticoïdes permettent de réduire l'inflammation, l'hyperhémie et l'hyperplasie conjonctivales, la néovascularisation cornéenne et préviennent/limitent ainsi le dépôt de pigment sur la cornée, mais le risque d'ulcération n'est pas à négliger, en particulier lors d'applications prolongées, et leur emploi augmente aussi le risque d'infections secondaires. Leur utilisation dépendra donc de l'appréciation par le praticien du rapport bénéfice/risque.

Lors de blépharite chronique, une corticothérapie systémique peut être intéressante si l'inflammation est marquée et/ou en présence de lésions auto-infligées. Le port d'une collerette peut aussi être nécessaire.

Prise en charge médicale des ulcères profonds

Le traitement consiste en une prise en charge médicale classique des ulcères profonds : en plus de l'antibiothérapie topique, administration d'un mydriatique cyclopégique (tropicamide, l'atropine étant contre-indiquée car elle diminue la sécrétion oculaire) et si nécessaire administration d'un AINS en cas d'uvéïte, d'une molécule anti-collagénases (N-acétyl cystéine) ou de sérum autologue en cas de kératomalacie.

Traitements chirurgicaux

Le traitement chirurgical le plus efficace lors de KCS réfractaire au traitement médical est la transposition du canal de Sténon : le canal excréteur de la glande parotide, qui s'abouche au dessus de la 4^e prémolaire supérieure est transposé afin qu'il débouche dans le cul-de-sac conjonctival inférieur et que la salive puisse palier le déficit lacrymal.



Laurent Bouhanna

▲ **Transposition du canal de Sténon : excès de sécrétion secondaire.**

Si cette technique reste d'actualité, en particulier pour les cas présentant une production lacrymale minimale et une ulcération cornéenne grave, le recours à cette option thérapeutique a toutefois largement diminué avec le diagnostic plus précoce de la KCS et l'émergence de la ciclosporine A.

Il convient de vérifier avant cette intervention que la production de salive est suffisante car certains chiens souffrant de KCS sont également atteints de xérostomie (sécheresse de la cavité buccale due à une importante diminution ou à une disparition de la sécrétion salivaire).

Pour cela, une goutte d'une substance amère (par exemple de l'atropine) est déposée sur la langue et une hypersalivation avec l'émission de gouttes de salive au niveau de la papille du canal de Sténon doivent être observées.

Les résultats de cette technique de « sauvetage » de l'œil sont généralement excellents : une étude récente* rapporte un taux de réussite chirurgicale de 93 % (photo n° 8).

Toutefois, les complications (même si elles sont souvent minimes) ne sont pas rares (51 % pour cette même étude) :

- un dépôt de sels sur les paupières et la cornée dû à la concentration en minéraux de la salive peut provoquer une irritation oculaire et une blépharite. cette complication est souvent bénigne et l'application de lubrifiants suffit fréquemment à calmer l'irritation (photo n° 9) ;

- un épiphora chronique lié à une salivation excessive (photo n° 10), pouvant parfois provoquer une dermatite faciale ; par conséquent, la transposition peut être contre-indiquée chez des chiens présentant une salivation importante permanente ; un épiphora intermittent sans gravité est plus fréquemment observé : il se produit lorsque la salivation est stimulée, en particulier au moment des repas.

Lorsque la kératite est associée à une pigmentation mélanique marquée entravant la vision, une kératectomie superficielle peut être indiquée, sous réserve que la KCS soit bien contrôlée auparavant. Toutefois, les complications ne sont pas rares lors de la cicatrisation (infection, néovascularisation marquée, cicatrices opaques) et des récurrences de la pigmentation sont possibles.

L'objectif thérapeutique est donc en premier lieu de prévenir le développement de cette pigmentation, en contrôlant l'inflammation par exemple par l'administration régulière de ciclosporine A, même chez les sujets pour lesquels elle ne procure pas d'augmentation de la sécrétion lacrymale.

En cas d'ulcère grave et profond, une greffe conjonctivale pédiculée est préconisée.

Conclusion

Le pronostic des KCS compliquées reste réservé pour certains cas réfractaires au traitement médical. L'adaptation des traitements médicaux (ciclosporine A administrée plus fréquemment ou alors plus concentrée, ou enfin l'emploi de tacrolimus...) ou le recours à une option thérapeutique chirurgicale (transposition du canal de Sténon +/- greffe conjonctivale) permettent généralement une guérison. ■

* Rhodes M, Heinrich C, Featherstone H et coll. Parotid duct transposition : a retrospective review of 56 dogs (92 eyes) from 1999 to 2009. European college of veterinary ophthalmologists - 2010 Annual Scientific Meeting. Berlin. Conference proceedings. p44.



Laurent Bouhanna

9

▲ **Transposition du canal de Sténon : complication de dépôts calcaires sur les paupières.**

Chien de travail : prochain congrès international à La-Grande-Motte

La neuvième édition du congrès sur le chien de travail se tiendra, du 23 au 26 mars prochain, en France, à La-Grande-Motte, avec le soutien notamment de l'unité de médecine de l'élevage et du sport de l'école vétérinaire d'Alfort et de Royal Canin. Au programme, le maintien des capacités physiques de l'animal en conditions extrêmes mais aussi les aspects génétiques, l'entraînement, les évolutions dans les programmes de mises en condition et les domaines d'activités du chien de travail (appui en santé humaine, chiens en milieu militaire...). L'événement est organisé par l'International Working Dog Breeding Association.

Site Internet : iwdba.org



Zakharov Evgeniy - Fotolia.com

En Bref...