



Cas clinique

Kératolyse aseptique : complication oculaire rare et grave, à ne pas méconnaître

Aseptic keratolysis: rare and serious ocular complication, not to be ignored

H Habi*, K Benouhoud, A Siati, A Mchachi, L Benhmidoune, A Chakib, R Rachid, M Elbelhadji

Résumé

Introduction : La kératolyse aseptique est une manifestation ophtalmologique rare et grave pouvant être inaugurale de certaines pathologies auto-immunes. Elle représente un véritable tournant évolutif de la maladie, ce qui explique son urgence diagnostique et thérapeutique. Le but de ce travail est de détailler, à travers un cas clinique, la présentation clinique et la démarche diagnostique, ainsi que la prise en charge thérapeutique de cette atteinte oculaire aussi rare que grave.

Observation : Nous rapportons le cas d'un homme de 45 ans, qui consulte pour œil rouge douloureux bilatéral évoluant depuis 1 mois, aggravé depuis trois jours d'une baisse de l'acuité visuelle (AV). L'AV est limitée à mouvement de la main à droite et compte les doigts de près à gauche. Le test à la fluorescéine retrouve un ulcère de cornée bilatéral, réalisant à gauche un aspect de fonte stromale à l'emporte pièce de siège paracentral. À droite l'ulcère est périphérique et pré-perforatif. La vitesse de sédimentation était accélérée à 97mm la première heure. Une tarsorrhaphie a été réalisée à droite, avec indication au sérum autologue au niveau des deux yeux et bolus de méthylprednisolone par voie intraveineuse. L'évaluation étiologique a révélé des anticorps anti-SSA positifs et une infiltration inflammatoire des glandes salivaires de grade 3. Le diagnostic de syndrome de Gougerot Sjogren primitif compliqué de kératolyse aseptique à gauche et de préperforation à droite a été retenu. Le patient

a été mis sous corticothérapie orale (1 mg / kg / jour), associée à une thérapie immunosuppressive. L'évolution clinique a été marquée par la cicatrisation de l'ulcère au niveau des deux yeux. **Conclusion :** La kératolyse aseptique est une véritable urgence diagnostique et thérapeutique. Elle doit être évoquée devant tout aspect de fonte cornéenne stromale centrale ou paracentrale. Son traitement est une urgence, et implique principalement les corticostéroïdes. **Mots-clés :** kératolyse aseptique, ulcère de cornée centrale, ulcère de cornée paracentrale.

Abstract

Introduction: Aseptic keratolysis is a rare and serious ophthalmological manifestation which may be inaugural for certain autoimmune pathologies. It represents a real evolutionary turning point of the disease, which explains its diagnostic and therapeutic urgency. The purpose of this work is to detail, through a clinical case, the clinical presentation and the diagnostic approach, as well as the therapeutic management of this ocular involvement. **Observation:** we report the case of a 45 year old man who consults for a painful bilateral red eye evolving for 1 month, worsened for three days by a decrease in visual acuity (VA). The VA was limited to hand movement at the right eye and counts the fingers at the left eye. The fluorescein

test found a bilateral corneal ulcer, producing a left stromal cast appearance on the paracentral seat. On the right the ulcer is peripheral and pre-perforative. The sedimentation rate was accelerated to 97 mm the first hour. A tarsorrhaphy was performed on the right, with an indication for the autologous serum and the bolus of methylprednisolone intravenously. The etiological evaluation revealed positive anti-SSA antibodies and an inflammatory infiltration of the salivary glands of grade 3. The diagnosis of primary Gougerot Sjogren syndrome complicated by aseptic keratolysis on the left and pre-perforation on the right was retained. The patient was put on oral corticosteroid therapy (1 mg / kg / day), combined with immunosuppressive therapy. The clinical course was marked by the healing of the ulcer in both eyes. Conclusion: Aseptic keratolysis is a real diagnostic and therapeutic emergency. It must be evoked in front of any paracentral or central stromal cast. Its treatment is an emergency, and mainly involves corticosteroids.

Keywords: aseptic keratolysis, central corneal ulcer, paracentral corneal ulcer.

Introduction

Les manifestations oculaires des maladies auto-immunes sont principalement le syndrome sec, la sclérite et la kératite. La survenue d'ulcérations cornéennes est une complication rare et grave. Ces ulcérations siègent le plus souvent en périphérie. La kératolyse aseptique, beaucoup plus rare, se caractérise par son emplacement central ou paracentral, et constitue une véritable urgence thérapeutique.

L'intérêt de notre travail est de détailler, à travers un cas clinique, le tableau clinique et la démarche diagnostique, ainsi que la prise en charge thérapeutique de la kératolyse aseptique.

Cas clinique

Il s'agit d'un homme de 45 ans, qui consulte pour un œil rouge douloureux bilatéral évoluant depuis 1 mois, aggravé depuis trois jours par une baisse importante de l'acuité visuelle (AV) au niveau de l'œil droit, et dont l'interrogatoire révèle la notion de xérostomie pour laquelle le patient n'a jamais consulté.

L'examen retrouve une AV à mouvement de la main à droite et compte les doigts de près à gauche. Le test à la fluorescéine met en évidence un temps de rupture du film lacrymal inférieur à cinq secondes au niveau des deux yeux et un ulcère cornéen bilatéral, paracentral à gauche réalisant un aspect de fonte stromale à l'emporte pièce, et périphérique et pré-perforatif à droite. Le test de Schirmer était à 2 mm à droite et 3 mm à gauche à la 5^e minute. La sensibilité cornéenne était conservée au niveau des deux yeux (figures 1 et 2).

Un premier bilan sanguin inflammatoire et des prélèvements cornéens au niveau de l'œil gauche ont été réalisés en urgence. Ces derniers sont revenus stérils La vitesse de sédimentation était accélérée à 97 mm la première heure. Une tarsorrhaphie a été réalisée au niveau de l'œil droit, avec indication au sérum autologue au niveau des deux yeux. Le patient a reçu un bolus de méthylprednisolone (1 g par jour pendant 3 jours) en urgence, après concertation avec les internistes.

Le bilan étiologique a mis en évidence des anticorps anti-SSA positifs et une infiltration inflammatoire des glandes salivaires de grade 3 selon la classification de Schisholm. Le dosage du facteur rhumatoïde, des anticorps anti-peptides citrullinés et des anticorps anti-nucléaires était négatif. Le diagnostic de syndrome de Goujerot Sjogren primitif compliqué de kératolyse aseptique à gauche et de pré-perforation à droite a été retenu.

Le patient a reçu la corticothérapie par voie orale, à raison de 1 mg / kg / jour, associée à un traitement immunosuppresseur compte tenu de la gravité du

tableau clinique. L'évolution clinique a été marquée par une cicatrisation épithéliale de l'ulcère au niveau des deux yeux, avec un appel néovasculaire ayant régressé sous corticothérapie locale (Figures 3 et 4).

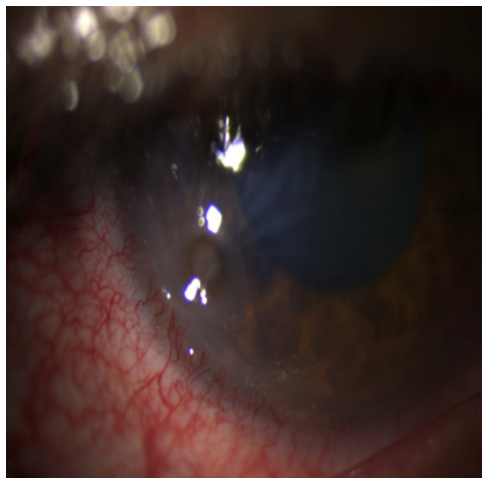


Figure 1 : Oeil droit: Ulcère cornéen périphérique préperforatif, à fond propre, 2/2 mm de diamètre, œdème périlésionnel

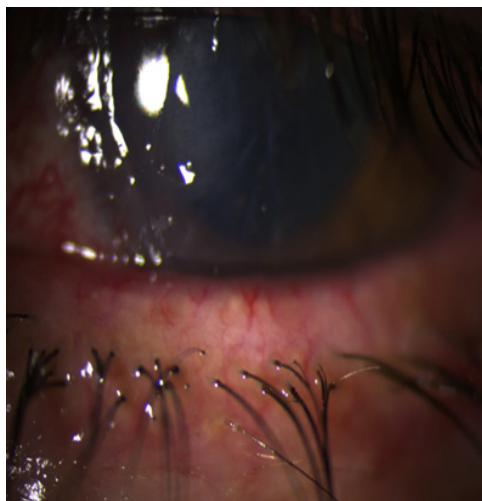


Figure 2 : Oeil gauche: fonte stromale à l'emporte pièce, de siège paracentral, de 4/3 mm de diamètre, œdème périlésionnel associé

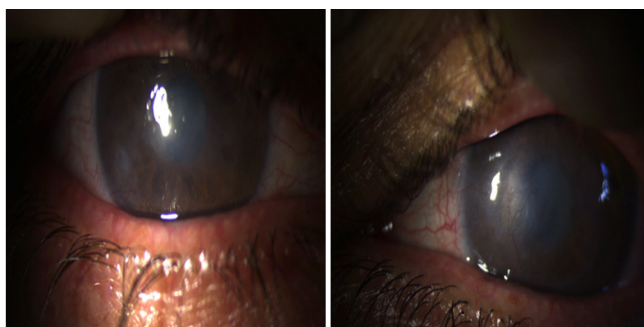


Figure 3 et 4 : Cicatrisation de l'ulcère cornéen au niveau des deux yeux, discret appel néovasculaire, nette régression de l'hyperémie conjonctivale

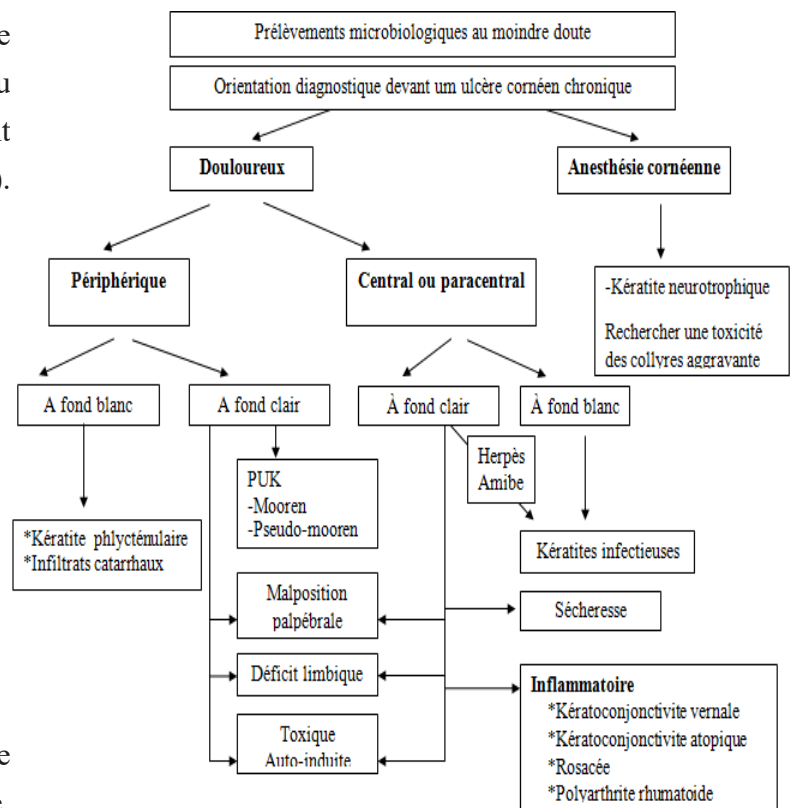


Figure 5 : Approche diagnostique d'un ulcère de cornée chronique [1]

Discussion

Les ulcères cornéens dans le cadre de pathologies auto-immunes ou inflammatoires sont essentiellement de siège périphérique. La kératolyse aseptique est une complication oculaire rare et grave, avec un potentiel perforatif important. Le diagnostic doit être évoqué devant tout aspect de fonte stromale à l'emporte-pièce, de siège central ou paracentral et devra faire rechercher en premier lieu la polyarthrite rhumatoïde (PR) ou le syndrome de Goujerot Sjogren (GS) (1). La kératolyse aseptique constitue un véritable tournant évolutif de la maladie.

Dans les ulcères centraux et paracentraux, survenant en l'absence de phénomène inflammatoire, l'insuffisance lacrymale et l'atteinte épithéliale sont au premier plan. L'hypothèse physiopathologique actuellement acceptée est que les micro-érosions épithéliales permettraient l'entrée dans le stroma cornéen de médiateurs inflammatoires amenés par les larmes, ce qui initierait la kératolyse (2).

Les ulcères cornéens chroniques doivent faire éliminer en premier lieu : une cause infectieuse, une anomalie de la statique palpébrale, un syndrome sec sévère dans le cadre d'un syndrome de GS, ou une kératite neurotrophique. Une fois ces causes éliminées, les causes inflammatoires seront évoquées, notamment la polyarthrite rhumatoïde.

Le traitement d'urgence repose sur le sérum autologue en collyre et les larmes artificielles. La corticothérapie locale reste controversée : risque de perforation (3).

Un bolus de méthylprednisolone est instauré en situation d'urgence, souvent nécessaire pour la cicatrisation. Le traitement adjuvant est basé sur la corticothérapie orale (1mg/kg/jour). Le traitement immunosuppresseur est souvent associé, compte tenu de la gravité du tableau clinique. Certains auteurs rapportent l'intérêt de la ciclosporine à 2% en collyre, en cas de corticodépendance.

Le traitement chirurgical a également ses indications : la tarsorrhaphie en cas d'ulcère pré-perforatif, la greffe de membrane amniotique en cas d'ulcère réfractaire au traitement médical ou d'ulcère pré-perforatif ou perforé (greffe multicouche), la colle cyanoacrylate dans les perforations inframillimétriques et la greffe de cornée en cas de taie cornéenne atteignant l'axe visuel (2).

Conclusion

La kératolyse aseptique est une véritable urgence diagnostique et thérapeutique. Le diagnostic doit être évoqué devant tout ulcère cornéen stérile, central ou paracentral, avec un aspect de fonte stromale à l'emporte-pièce. Le traitement implique principalement les corticostéroïdes par voie générale. Cette manifestation oculaire constitue un tournant évolutif de la maladie, d'où l'importance de la collaboration avec les internistes, afin d'équilibrer le traitement et de préserver le pronostic fonctionnel.

*Correspondance :

Hind Habi

hindhabiophth@gmail.com

Disponible en ligne : 24 Mars 2020

Service d'ophtalmologie Adultes, Hôpital 20 Août 1953, CHU Ibn Roch de Casablanca

Faculté de médecine et de pharmacie, Université Hassan II, Casablanca, Maroc

© Journal of african clinical cases and reviews 2020

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] AS Watkins, Kempen JH, Choi D et al. Manifestations oculaires chez les patients atteints de vascularite ANCA-positive. *J Ocul Biol Dis Infor* 2009; 3: 12-19.
- [2] Bernauer W, Ficker LA, Watson PG, et al. The management of corneal perforations associated with rheumatoid arthritis. An analysis of 32 eyes. *Ophthalmology* 1995 ; 102 : 1325-37.
- [3] J Gueudry, M Muraine, Ulcères et ulcérations cornéennes chroniques. Rapport de surface oculaire. *Rapport SFO* ; 2015.

Pour citer cet article

H Habi, K Benouhoud , A Siati, A Mchachi, L Benhmidoune, A Chakib et al. Kératolyse aseptique : complication oculaire rare et grave, à ne pas méconnaître. *Jaccr Africa* 2020; 4(1): 491-494