



Kératoconjonctivite limbique supérieure de Théodore

Hélène Marchais^{1,2}, Nicolas Bonnin¹, Frédéric Chiambaretta¹

Monsieur G., 76 ans, consulte pour des douleurs ophtalmologiques droites chroniques, associées à une sensation de corps étranger intraoculaire, sans baisse d'acuité visuelle.

L'interrogatoire ne retrouve pas d'antécédent médical particulier, ni de notion de traumatisme. L'acuité visuelle avec sa correction est de 8/10^e P2 à droite et 10/10^e P2 à gauche. L'examen biomicroscopique retrouve à droite une discrète meibomite, une hyperhémie conjonctivale limitée à la partie supérieure avec une hyperlaxité conjonctivale et des plis conjonctivaux (figure 1A) ainsi qu'une kératite ponctuée superficielle supérieure et des papilles conjonctivales tarsales (figure 1B). L'examen de l'œil controlatéral retrouve une meibomite très discrète.

Le tableau est en faveur d'une kératoconjonctivite limbique supérieure (KCLS) de Théodore unilatérale.

Un bilan biologique recherchant une dysthyroïdie est réalisé ne retrouvant pas d'anomalie.

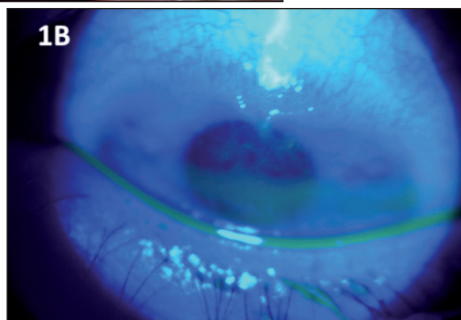


Figure 1.
Hyperhémie et hyperlaxité conjonctivale supérieure et kératite ponctuée superficielle supérieure au niveau de l'œil droit.

Un traitement médical est instauré comprenant des massages des paupières, un traitement lubrifiant, des anti-inflammatoires stéroïdiens et une antibiothérapie locale par azithromycine au rythme d'une cure par semaine durant le premier mois puis une cure par mois les deux mois suivants. Après trois mois de traitement avec une bonne observance, les symptômes ainsi que la gêne fonctionnelle persistent. Une résection chirurgicale du bourrelet conjonctival supérieur est alors programmée (figure 2).

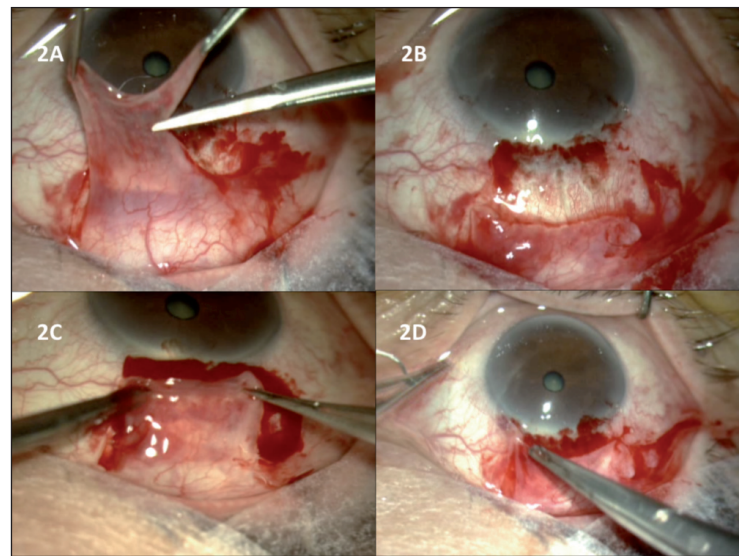


Figure 2. Résection chirurgicale du bourrelet conjonctival supérieur et suture conjonctivale sous tension à distance du limbe.

Après un an de recul, la symptomatologie, l'hyperhémie conjonctivale et la kératite ont disparu sans aucune récurrence ; le patient est satisfait.

Conclusion

Notre cas illustre une découverte de KCLS de Théodore chez un homme de 76 ans. La prise en charge est tout d'abord médicale mais lorsqu'une pathologie inflammatoire a été éliminée, un geste chirurgical peut s'imposer car la pathologie est d'origine mécanique.

1. CHU Clermont-Ferrand, service d'ophtalmologie du Pr F. Chiambaretta. 2. Interne en III^e semestre.

Points clés

- La KCLS de Théodore touche préférentiellement les femmes d'âge moyen de 30 à 55 ans. Une pathologie thyroïdienne peut être associée dans un tiers des cas. Elle est le plus souvent bilatérale avec une atteinte de la partie supérieure de la cornée ainsi que le limbe et la conjonctive adjacente. C'est une pathologie inflammatoire chronique, récurrente, pouvant régresser spontanément après 1 à 10 ans d'évolution.
- Les principaux symptômes sont des brûlures oculaires, des sensations de corps étranger intra-oculaire et un épiphora. L'examen à la lampe à fente retrouve le plus souvent une hyperhémie conjonctivale, des papilles conjonctivales bulbaires et tarsales supérieures, une kératite ponctuée superficielle supérieure et, dans un tiers des cas, une kératite filamenteuse très douloureuse.
- Les complications peuvent être le développement de fausses membranes et d'hémorragies sous-conjonctivales.

- En première intention, le traitement est médical, anti-inflammatoire : corticoïdes, voire immunosuppresseurs. Des cas de traitement par tacrolimus topique ont été décrits avec de bons résultats [1] associé à une prise en charge du syndrome sec (lubrifiants) et de la blépharite.
- En cas d'échec ou de complication, une alternative chirurgicale peut être proposée : conjonctivoplastie avec ou sans ajout de greffe de membrane amniotique [2].

Références bibliographiques

1. Kymionis GD, Klados NE, Kontadakis GA, Mikropoulos DG. Treatment of superior limbic keratoconjunctivitis with topical tacrolimus 0.03% ointment. *Cornea*. 2013;32(11):1499-501.
2. Gris O, Plazas A, Lerma E *et al.* Conjunctival resection with and without amniotic membrane graft for the treatment of superior limbic keratoconjunctivitis. *Cornea*. 2010;29(9):1025-30.