



Prise en charge chirurgicale d'un amincissement cornéen périphérique

Caroline Debono^{1,2}, David Touboul¹

Nous présentons le cas d'un patient de 36 ans adressé à la consultation en mars 2016 pour avis concernant une maladie de Terrien bilatérale suivie depuis 2014. Il ne présente aucun antécédent médical connu et est traité au long cours par des lubrifiants locaux.

Le patient décrit une acuité visuelle fluctuante ainsi que des épisodes inflammatoires d'œil rouge se produisant environ tous les 15 jours. À l'examen, il présente une acuité visuelle à 10/10 P2 aux deux yeux, avec une correction de +3,50(-3,50)60° à droite et +1,25(-1,00)45° à gauche. À la lampe à fente, les yeux sont blancs, avec un amincissement cornéen périphérique supérieur beaucoup plus important à l'œil droit qu'à l'œil gauche, sans ulcération épithéliale. En fente fine, une zone de rupture de l'endothélium est visible uniquement à droite, sans aspect œdémateux (figure 1). La topographie cornéenne de l'œil gauche montre un astigmatisme oblique irrégulier (figure 2), avec un aplatissement sectoriel supérieur ; celle de l'œil droit est normale. L'OCT cornéen précise une zone d'amincissement cornéen de 160 microns au point le plus fin.

Un bilan biologique complet a été réalisé, retrouvant un facteur rhumatoïde augmenté à 50 UI/ml et des anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (anti-CCP) également augmentés à 769 UI/ml. Le patient a donc été adressé en rhumatologie et est actuellement suivi pour une polyarthrite rhumatoïde (PAR) latente, car il demeure pour l'instant sans manifestation extra-oculaire.

Traitement

D'un point de vue thérapeutique, le patient a été mis sous ciclosporine 2% sous forme de collyre et a bénéficié à droite d'une greffe lamellaire périphérique architectonique en croissant en raison de l'amincissement cornéen menaçant. La photo post-opératoire immédiate de notre patient est présentée en figure 3, ainsi que l'OCT postopératoire montrant bien la reconstruction tissulaire avec la lamelle de cornée greffée (figure 4). Dans le suivi, nous avons pu constater une bonne cicatrisation et une disparition des épisodes inflammatoires. Une ablation de la totalité des points a été réalisée 8 mois après l'intervention. L'acuité visuelle corrigée est restée bonne, notée à 10/10 P2 aux 2 yeux, avec une légère diminution de l'astigmatisme cornéen.

1. CHU de Bordeaux. 2. Interne, 9^e semestre.

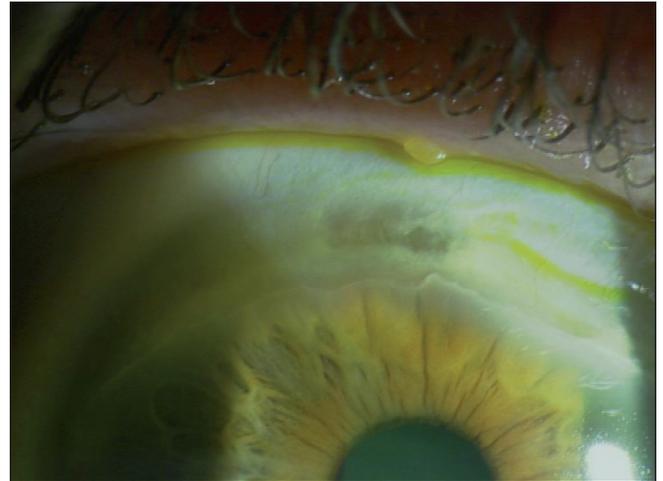


Figure 1. Photographie montrant l'amincissement supérieur périlimbique de l'œil droit.

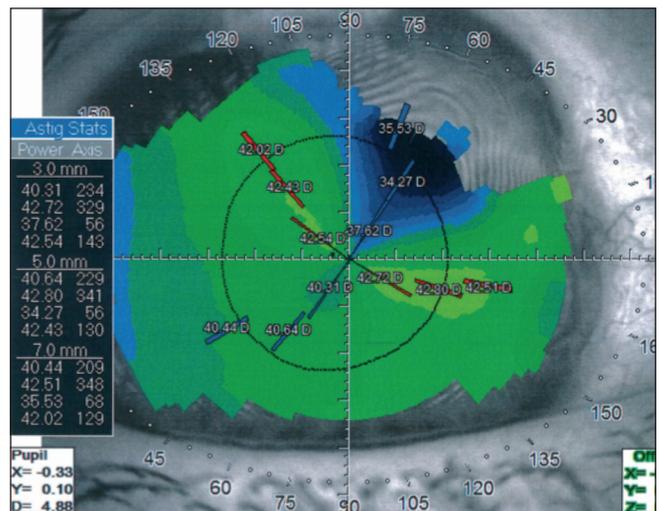


Figure 2. Topographie cornéenne préopératoire de l'œil droit (TMS-Tomey).

Dans ce type de pathologie, une résection avec un recul conjonctival de 3 à 4 mm peut également être indiquée. Enfin, des stéroïdes locaux et des immunosuppresseurs systémiques sont parfois nécessaires.

Chez ce patient présentant un amincissement cornéen périphérique non ulcéré et peu symptomatique, l'association au diagnostic de PAR oriente fortement vers une ulcération cornéenne périphérique de type pseudo-Mooren et éloigne du diagnostic de maladie de Terrien initialement portté.

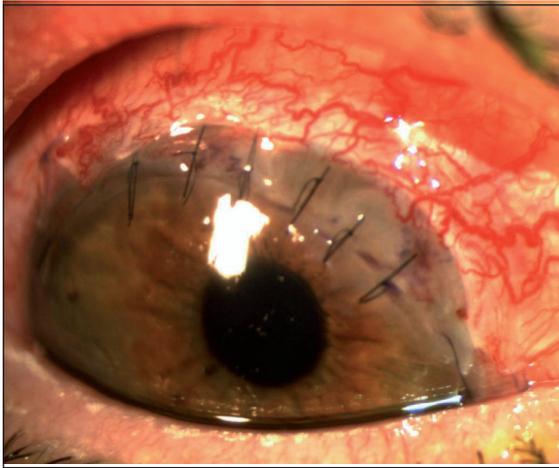


Figure 3. Photographie postopératoire J5 de l'œil droit.

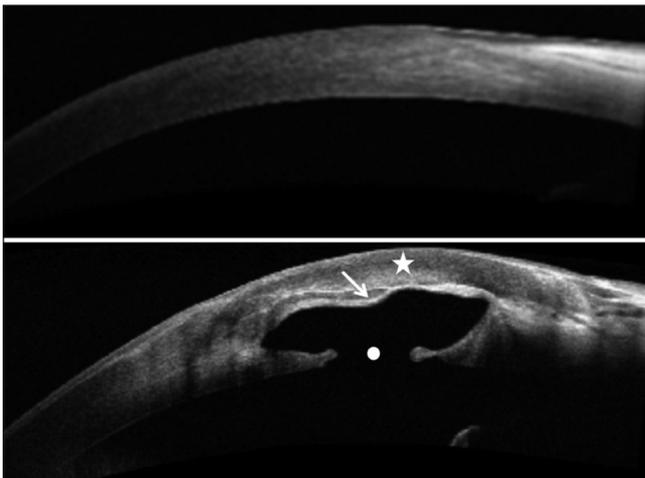


Figure 4. Coupe postopératoire en OCT HR, verticale et centrée sur le limbe (Cirrus 5000-Zeiss). Œil gauche en haut, œil droit en bas, montrant le greffon lamellaire (étoile) coiffant la zone d'amincissement (flèche) et la brèche endothéliale sous-jacente (point).

Conclusion

Il faut retenir que tout amincissement périphérique constitue un signe d'appel pour une pathologie chronique. Celle-ci peut se compliquer d'une perforation cornéenne et représenter la première manifestation d'une maladie systémique grave dont le dépistage doit être systématisé et rigoureux.

Pour en savoir plus

Cao Y, Zhang W, Wu J *et al.* Peripheral ulcerative keratitis associated with autoimmune disease: pathogenesis and treatment. *J Ophthalmol.* 2017;2017:7298026. Epub 2017 Jul 13.

Alhassan MB, Rabiou M, Agbabiaka IO. Interventions for Mooren's ulcer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(1):CD006131.

Murray PI, Raouz S. The eye and inflammatory rheumatic diseases: The eye and rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2016;30(5):802-25.