



Un syndrome sec larmoyant

Clémence Deschasse^{1,2}, Aurore Muselier¹

Monsieur L., 76 ans, se présente aux urgences ophtalmologiques pour un œil rouge avec larmoiement important.

Il a pour antécédents médicaux une hypertension artérielle traitée et des rhumatismes étiquetés d'origine arthrosique. Au niveau ophtalmologique, le patient a bénéficié d'une chirurgie de cataracte au niveau de l'œil droit quelques semaines auparavant. Il n'a pas d'antécédent d'herpès oculaire, ni labial.

À l'interrogatoire, il nous apprend qu'il présente depuis sa chirurgie de cataracte une gêne oculaire avec sensation de grain de sable oculaire. Sont apparus, il y a une semaine, une rougeur et un flou visuel qui l'ont amené à consulter son médecin traitant. Ce dernier lui a alors poursuivi son traitement postopératoire par Indocollire®.

Depuis, la symptomatologie va de mal en pis, ce pourquoi il est amené à consulter.

L'examen ophtalmologique initial retrouve une acuité visuelle (AV) initiale à « voit bouger la main » à l'œil droit et à 6/10 Parinaud² à l'œil gauche. L'examen à la lampe à fente objective une hyperhémie conjonctivale diffuse. Au niveau cornéen, on note un ulcère central perforé avec une hernie irienne et un pannus vasculaire temporal (figure 1). L'examen du segment antérieur de l'œil adelphe retrouve une kératite ponctuée superficielle diffuse avec un *break-up time* abaissé à 3 secondes. L'examen des paupières et de la sensibilité cornéenne est normal.

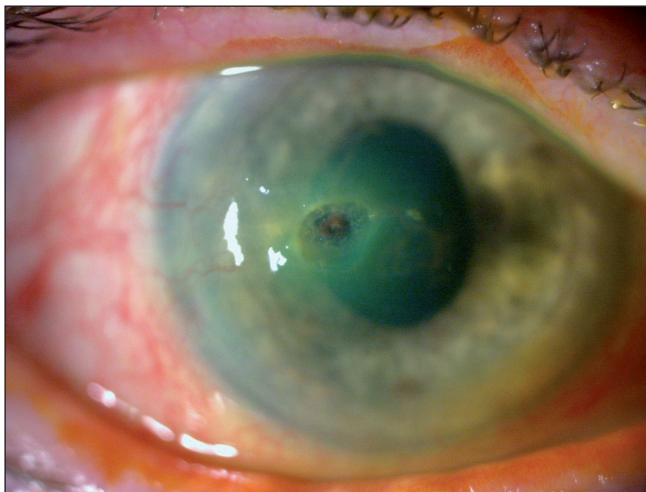


Figure 1. Ulcère paracentral avec hernie irienne.

1. Service d'ophtalmologie, CHU de Dijon.
2. Interne en 5^e semestre.

Le diagnostic de kératolyse centrale aseptique favorisé par la chirurgie de cataracte récente et l'instillation d'AINS locaux est suspecté.

Le patient est hospitalisé et une lentille souple (LSH) est mise en place associée à un traitement antibiotique. Il bénéficie en urgence d'une greffe de membrane amniotique (GMA) en multicouches.

Le traitement postopératoire comprend un traitement antibiotique, corticoïde et mouillant.

Parallèlement, un bilan clinique et paraclinique complet est réalisé en médecine interne. À l'examen clinique, prédominant un syndrome sec et des arthralgies d'horaire inflammatoire, avec des synovites métacarpo-phalangiennes invalidantes. Le bilan biologique met en évidence des facteurs rhumatoïdes positifs ainsi que des anticorps anti-CCP et des anticorps anti-SSA positifs. La CRP est élevée à 67 mg/l. Les radiographies des mains et des pieds montrent une déminéralisation diffuse, en rapport avec son âge, avec des pincements des interlignes articulaires et des érosions osseuses. La biopsie des glandes salivaires accessoires retrouve une sialadénite stade 3 de Chisholm et Mason.

Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde associée à un syndrome de Goujerot-Sjögren secondaire est retenu.

Un traitement immunosuppresseur par corticoïdes à une dose initiale de 0,5 mg/kg/jour est débuté. La posologie sera progressivement diminuée jusqu'à une dose minimale efficace de 5 mg par jour.

Le patient sort du service et sept jours plus tard, l'examen biomicroscopique montre la GMA en place avec une chambre antérieure formée (figure 2).



Figure 2. Greffe de membrane amniotique : aspect postopératoire.

Clinique

À six semaines postopératoires, l'examen ophtalmologique retrouve une acuité visuelle à 1/10 Parinaud 14 à l'œil droit et à 6/10 Parinaud 2 à l'œil gauche. Il persiste un amincissement stromal cornéen central avec un pannus vasculaire en temporal. La chambre antérieure est calme et formée. L'évolution est favorable puisqu'à 6 mois postopératoire, l'AV est à 5/10^e au niveau de cet œil droit (figure 3).

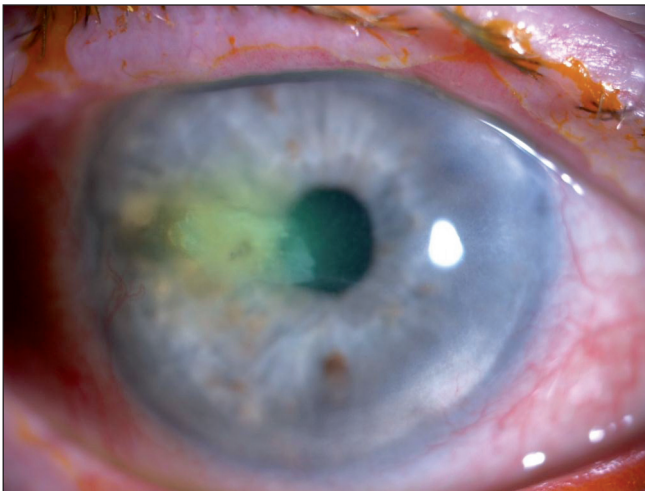


Figure 3. Aspect postopératoire à 6 mois.

Devant toute symptomatologie évoquant une sécheresse oculaire, un traitement par AINS topique devra être évité.

La kératolyse centrale aseptique est une entité souvent associée à une maladie générale de type syndrome de Goujerot-Sjögren et/ou secondaire à un traitement par AINS locaux.

Une surveillance rapprochée est préconisée chez les patients bénéficiant d'une chirurgie de cataracte et présentant une kératite ponctuée superficielle.

Points clés

- Kératolyse centrale aseptique chez une personne âgée de plus de 60 ans
- Aggravation sous AINS locaux d'une kératite ponctuée superficielle.
- Bilan en médecine interne à visée étiologique.
- Mise en place d'un traitement immunosuppresseur.
- Pronostic péjoratif inconstant.