

réalités

■ Mensuel

Mai 2024

Cahier 2

n° 311

OPHTALMOLOGIQUES

2^e édition

Vision

surface



Au cas par cas

Cas cliniques commentés

Édition réalisée avec le soutien de **BAUSCH + LOMB**

3^e édition

BAUSCH + LOMB

Vision surface



Au cas par cas

Bausch + Lomb et le **Groupe Surface oculaire**, en partenariat avec **Réalités Ophtalmologiques**, ont le plaisir de vous inviter à participer à la 1^{re} plateforme d'échanges cliniques en surface oculaire

1^{re} étape :

Recueil de vos **situations cliniques en surface oculaire** les plus riches d'enseignements pour la communauté ophtalmologique, les plus intéressantes pour leur prise en charge diagnostique ou thérapeutique ou les plus atypiques.

3^e étape :

Les cinq cas cliniques retenus seront discutés en présence de leurs auteurs le **5 décembre 2024** au cours d'une **webconférence interactive** retransmise en direct sur la plateforme Vision surface : <https://www.visionsurface.com>

2^e étape :

Cinq cas cliniques seront sélectionnés par le **Groupe Surface oculaire** :

Pr Dominique BREMOND-GIGNAC,
Pr Christophe BAUDOUIN,
Pr Frédéric CHIAMBARETTA,
Dr Serge DOAN,
Pr Marc LABETOULLE,
Pr Bruno MORTEMOUSQUE,
Pr Pierre-Jean PISELLA,
Pr Antoine ROUSSEAU

4^e étape :

Les cas cliniques retenus seront, dans un deuxième temps, publiés dans une **brochure** adressée à l'ensemble des ophtalmologistes en supplément de **Réalités Ophtalmologiques**.

Vous pouvez nous faire parvenir vos cas cliniques sous forme d'un diaporama :

- par mail à depot@visionsurface.com ou info@performances-medicales.com
- en les déposant sur le site : <https://www.visionsurface.com>

**Date limite
d'envoi des cas cliniques**

15 septembre 2024

EN PARTENARIAT AVEC

réalités
OPHTALMOLOGIQUES

www.visionsurface.com

Inscription obligatoire. Site réservé aux professionnels de santé.



Éditorial

Après le succès des webconférences dédiées à la pathologie du glaucome dans le cadre du programme “Vision glaucome, au cas par cas”, un nouveau projet consacré à la surface oculaire a vu le jour : **“Vision Surface, au cas par cas”**.

“Vision Surface, au cas par cas” est la première plateforme d’échanges cliniques en ophtalmologie dédiée à la thématique de la surface oculaire. Son objectif est de vous permettre de partager votre expérience clinique avec vos confrères et d’échanger en direct avec des experts en surface oculaire sur des cas intéressants pour votre pratique.

En juin dernier s’est tenue la **2^e webconférence** “Vision Surface, au cas par cas”. Cette session a une nouvelle fois rencontrée un vif succès avec plus de 500 ophtalmologistes connectés et des échanges riches d’enseignements autour de 5 cas cliniques présentés et commentés.

Nous vous proposons de retrouver un résumé de cette webconférence dans cette brochure rédigée par les auteurs des cas et les experts en surface oculaire.

Nous sommes heureux de vous annoncer qu’une prochaine webconférence aura lieu le **jeudi 5 décembre 2024** ! Nous vous invitons à vous rendre sur la plateforme “Vision Surface, au cas par cas” via l’adresse www.visionsurface.com ou à flasher le QR code situé ci-dessous pour en savoir plus et, si vous le souhaitez, soumettre un cas clinique.



Nous vous souhaitons à toutes et à tous une bonne lecture et espérons vous retrouver nombreux pour nos prochaines webconférences.

Dr Ana BASSOLS
Responsable Affaires Médicales Bausch + Lomb

2^e édition

Vision surface

Au cas par cas



Sommaire

Mai 2024

Cahier 2

n° 311

Cas cliniques commentés



Cas clinique 1

5

G. HOARAU

Avis d'experts : C. BAUDOUIN, S. DOAN



Cas clinique 2

9

M.-A. MOKHTARI

Avis d'experts : D. BREMOND-GIGNAC, F. CHIAMBARETTA



Cas clinique 3

14

J. BLOT

Avis d'experts : B. MORTEMOUSQUE, M. LABETOULLE



Cas clinique 4

18

G. MORTEMOUSQUE

Avis d'experts : P.-J. PISELLA, S. DOAN



Cas clinique 5

23

A. GEMAHLING

Avis d'experts : C. BAUDOUIN, A. ROUSSEAU



Cas clinique 1

G. HOARAU
Service d'Ophtalmologie, Hôpitaux Paris-Sud, APHP, Université Paris Sud, LE KREMLIN-BICETRE.

Observation

Monsieur B., âgé de 44ans, vient en consultation pour une douleur oculaire chronique, d'allure paroxystique, survenant souvent en fin de nuit. Il décrit également de façon anecdotique des paresthésies des mains.

Monsieur B. n'a pas d'antécédents notables. Il dit avoir déjà consulté en ophtalmologie avec un diagnostic de "blépharite" posé.

À l'examen, l'acuité visuelle est conservée et la pression intraoculaire est normale (15 mmHg aux deux yeux). En lampe à fente, on découvre une blépharite postérieure bilatérale avec un dysfonctionnement meibomien (**fig. 1**).



Fig. 1 : Dysfonctionnement meibomien avec téléangiectasies et irrégularités du bord libre.

On ne retrouve pas de dystrophie de la membrane basale épithéliale de type Cogan, ce qui était suggéré à l'interrogatoire par les douleurs survenant la nuit. Il existe une instabilité lacrymale avec un *break-up-time* évalué à 7 secondes aux deux yeux.

Par ailleurs, il existe une épithéliopathie minime, avec un marquage cornéo-conjonctival à 3/15 (score d'Oxford).

Le test de Schirmer est normal, supérieur à 10 mm à 5 minutes de lecture. Le score OSDI (*Ocular Surface Disease Index*) est évalué à 41.

OD		OS
10/10 P2 -1 (-0.5) 75°	Acuité visuelle	10/10 P2 -0.5 (-0.5) 80°
15 mmHg	PIO	15 mmHg
Dysfonctionnement des glandes de Meibomius Pas de Cogan KPS Oxford 3/15 BUT 7S	Lampe à fente	Dysfonctionnement des glandes de Meibomius -Pas de Cogan -KPS Oxford 3/15 -BUT 7S
20 mm (5 min)	Test de Schirmer I	13 mm (5 min)

Tableau I : Examen clinique. PIO: Pression intra-oculaire; KPS: Kératite ponctuée superficielle; BUT: *Break-up-time*.

À ce stade, on constate que l'examen physique est discordant par rapport à la gêne ressentie, ce que les anglosaxons appellent "*Corneal pain without stain*". Il peut s'agir d'un dys-

fonctionnement meibomien, avec des caractéristiques d'atteinte neuropathique cornéenne. Les éléments de l'examen clinique sont rappelés dans le **tableau I**.

La meibographie ne retrouve pas d'atrophie des glandes de Meibomius (**fig. 2**).



Fig. 2 : Meibographie.

On réalise une microscopie confocale qui confirme la neuropathie cornéenne. En effet, on identifie des micronévromes (**fig. 3A**), avec un trajet tortueux des nerfs cornéens (**fig. 3B**) et une augmentation de la densité des cellules dendritiques (**fig. 3C**).

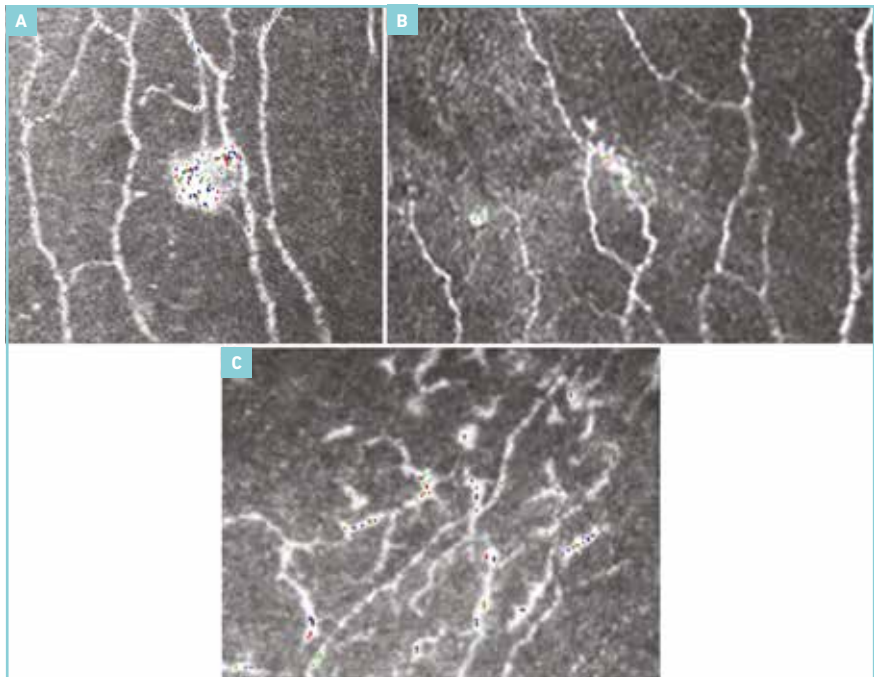


Fig. 3 : Microscopie confocale. **A :** Névrome. **B :** Trajet tortueux des nerfs. **C :** Cellules dendritiques

En première intention, ce dysfonctionnement meibomien est traité avec des soins de paupières, associés à des collyres mouillants de type hydroxypropyl Guar avec émulsion lipidique et une cure mensuelle d'antibiotiques en collyre (macrolides) sur 3 jours.

Après 3 mois de traitement, le patient est toujours gêné. On propose alors un traitement par lumière pulsée de type IPL (*Intense Pulsed Light*) consistant en 3 cures espacées de 15 jours. Le protocole comprenait 4 tirs dans la région temporale et sous-orbitaire, avec une fluence de 8J/cm². Cette solution a été préférée à l'utilisation d'antidépresseurs tricycliques.

Un mois après la dernière cure d'IPL, le patient a ressenti une amélioration de sa symptomatologie, confirmée par la diminution du score OSDI (16 contre 41 avant le traitement). L'effet de l'IPL a perduré dans le temps : trois mois après la

	J0		J60		J120	
OSDI	41		16		13	
Schirmer I (mm, 5 minutes)	20	13	19	13	17	16
Oxford	3	3	0	1	0	0
BUT (secondes)	7	7	5	4	8	8
Ménisque lacrymal (mm)	0,36	0,49	0,30	0,49	0,25	0,26

Tableau II : Évolution des marqueurs cliniques et du questionnaire OSDI.

dernière cure, le score OSDI était de 13. Nous avons également constaté, une diminution de l'instabilité lacrymale et de l'épithéliopathie (**tableau II**). Le

test de Schirmer est resté inchangé. Par ailleurs, la hauteur du ménisque lacrymal s'est normalisée après le traitement par IPL.

Ce résultat peut paraître paradoxal, mais il semblerait que le traitement par IPL puisse induire une diminution de la sécrétion lacrymale par inhibition de la stimulation nociceptive chez ce patient ayant une douleur neuropathique cornéenne.

Les mécanismes d'action de l'IPL sur la composante neuropathique du dysfonctionnement meibomien ne sont pas complètement élucidés, mais des arguments sont en faveur d'un éventuel effet neurotrophique de l'IPL sur la cornée et la surface oculaire avec un effet immunomodulateur sur les glandes de Meibomius [1].

En conclusion, il est intéressant de resituer le cadre nosologique de ce cas clinique. Il pourrait s'agir d'une douleur neuropathique cornéenne survenue sur un dysfonctionnement meibomien primitif, comme décrit dans la littérature [2,3]. La présence de paresthésies décrites par le patient pourrait faire également évoquer une neuropathie des petites fibres, en tant que syndrome douloureux chronique. L'examen neurologique réalisé jusqu'à présent était rassurant et ne retrouvait pas d'arguments pour cette pathologie. Dans tous les cas, l'IPL semble une bonne option thérapeutique chez les patients présentant un dysfonctionnement meibomien

réfractaire avec des caractéristiques de douleur neuropathique cornéenne.

BIBLIOGRAPHIE

1. WU Y, MOU Y, ZHANG Y *et al.* Efficacy of intense pulsed light combined blood extract eye drops for treatment of nociceptive pain in dry eye patients. *J Clin Med*, 2022;11:1312.
2. BAUDOUIN C, MESSMER EM, ARAGONA P *et al.* Revisiting the vicious circle of dry eye disease: a focus on the pathophysiology of meibomian gland dysfunction. *Br J Ophthalmol*, 2016;100:300-306.
3. GUERRERO-MORENO A, LIANG H, MOREAU N *et al.* Corneal Nerve Abnormalities in Painful Dry Eye Disease Patients. *Biomedicines*, 2021;9:1424.

Avis d'experts



C. BAUDOUIN

Centre hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts, IHU FOReSIGHT, PARIS.

Ce cas clinique est très intéressant car il va relier une symptomatologie extrêmement importante à des signes cliniques peu ou pas spécifiques et relativement modérés. Une simple blépharite, un dysfonctionnement meibomien sans aucune coloration de la cornée à la fluorescéine, une sécrétion lacrymale que l'on peut qualifier de normale, sont pourtant associés à une très forte souffrance, continue, mais également aggravée par des poussées paroxystiques.

Deux tentations sont possibles dans ce contexte. La première est de mettre ces plaintes sur le compte d'un terrain psychologique, voire psychiatrique, expliquant une majoration des symptômes et cette plainte régulière associée à une insatisfaction vis-à-vis des traitements et de leurs prescripteurs successifs. Devant ce syndrome que les anglo-saxons appellent aussi "*Pain with no Stain*", il est également tentant de faire entrer ce cas clinique dans le cadre général, mais encore très

vague, des douleurs dites neuropathiques. Celles-ci existent bien et correspondent à une symptomatologie extrêmement importante sans signe clinique associé pouvant l'expliquer. On a identifié plusieurs mécanismes, notamment la stimulation permanente des récepteurs des nerfs cornéens sensibles au froid, liée à une instabilité lacrymale majeure, ce que les asiatiques appellent également "*Short Break-up Time*". Un film lacrymal instable, qui expose quasiment en permanence les terminaisons nerveuses cornéennes à une stimulation, aboutit à des douleurs chroniques ou même simplement à une majoration de la symptomatologie.

Comme toute douleur chronique, ces sensations désagréables permanentes retentissent sur l'état général et peuvent en outre créer de véritables dépressions. Parfois, la douleur s'autonomise, elle devient centrale, liée à des modifications fonctionnelles et morphologiques au niveau cérébral. La douleur

devient ainsi “la maladie” même lorsqu’un traitement efficace en a réduit, voire supprimé, l’origine initiale.

On sait encore peu de choses sur les douleurs neuropathiques et même si les IRM cérébrales peuvent objectiver des modifications morphologiques, cet examen est loin d’être systématique et on reste souvent démuni face à ces patients. Les centres antidouleurs peuvent aider à les soulager mais souvent au prix d’effets secondaires importants du fait des traitements antidépresseurs ou modulateurs des neuromédiateurs qui sont nécessaires. Le paradoxe apparaît ainsi assez souvent avec des patients préférant garder leurs douleurs plutôt qu’être traités avec des effets secondaires très gênants.

Mais ce cas illustre que la douleur neuropathique ou l’état psychiatrique ne peuvent pas être le fourre-tout commode pour expliquer les fortes symptomatologies de ces patients. Dans ce cas précis, les auteurs ont, à juste titre, estimé utile de tenter de traiter le dysfonctionnement meibomien. Ils ont utilisé une technique de lumière pulsée dont on connaît encore assez mal les mécanismes et l’efficacité. Pari risqué, mais pari réussi ! En diminuant l’inflammation des paupières et peut-être en améliorant la qualité du film lacrymal, ils ont réussi à rompre le cercle vicieux de cette stimulation neuronale cornéenne permanente qui invalidait ce patient.

Cela prouve que le concept de “*Pain with no Stain*” ne peut pas tout expli-

quer ni tout résumer. Il y a certainement des marqueurs organiques, morphologiques ou biologiques, qui permettraient de mieux comprendre ces patients en grande souffrance.

Le “*corneal staining*” est certes un marqueur très important pouvant, à lui seul, expliquer beaucoup de douleurs, ces douleurs nociceptives que l’on comprend à défaut de les soulager, mais ce test n’est que le sommet d’un iceberg et il ne permet pas d’expliquer tous les cas d’atteinte de la surface oculaire. Beaucoup vont rester à des niveaux trop légers pour être détectés, en tout cas sans les outils d’imagerie ou de biologie que nous avons à notre disposition mais qui restent malheureusement lourds et réservés à quelques centres experts.



S. DOAN

Fondation Rothschild, PARIS.

Ce cas rapporte de manière très complète la description d’un patient souffrant de sécheresse évaporative par dysfonctionnement meibomien. Le caractère très rebelle et douloureux est typique des douleurs neuropathiques.

Il faut savoir écouter les plaintes de ces patients en souffrance, et essayer d’y répondre en utilisant tous les outils thérapeutiques de l’œil sec : soins des paupières, antibiotiques, ciclosporine collyre. Le sérum autologue en collyre

peut avoir une efficacité importante, tout comme les lentilles sclérales qui sont, hélas, souvent mal tolérées. La lumière pulsée, dont on ne comprend pas réellement le mode d’action, peut également avoir, de façon inconstante, une efficacité très surprenante, mais qui est en général d’une durée limitée à quelques semaines ou mois. Il faudra, dans les cas les plus rebelles, faire appel aux médecins des centres de la douleur qui pourront aider les patients avec des traitements spécifiques des douleurs neuropathiques.



Cas clinique 2

M.-A. MOKHTARI

Centre Ophtalmologique Rétine, VALENCE.

Observations

Les lentilles sclérales thérapeutiques ont gagné en popularité en tant que solution efficace pour la gestion des troubles sévères de la surface oculaire, notamment dans le cadre des urgences ophtalmologiques où la prise en charge habituelle demande une observance contraignante qui peut gêner le patient dans les activités de la vie quotidienne.

Ce résumé de cas cliniques se penche sur l'utilisation réussie de ces lentilles sclérales comme une alternative séduisante dans des pathologies sévères en cas de difficulté ou d'échec de prise en charge médicale et chirurgicale.

Première observation

Monsieur G, âgé de 60 ans, consulte pour un ulcère chronique sur kératite neurotrophique sévère, de stade Mackie 2, d'origine herpétique. Le traitement médical classique bien conduit s'est révélé insuffisant pour permettre une cicatrisation de qualité.

L'indication d'une lentille sclérale remplit avec du sérum autologue (NGF, EGF, fibronectine et antiprotéase...) est alors posée. Elle permet de favoriser la ré-épithélisation et la cicatrisation de cette kératite neurotrophique au long cours, sans intolérance notable.

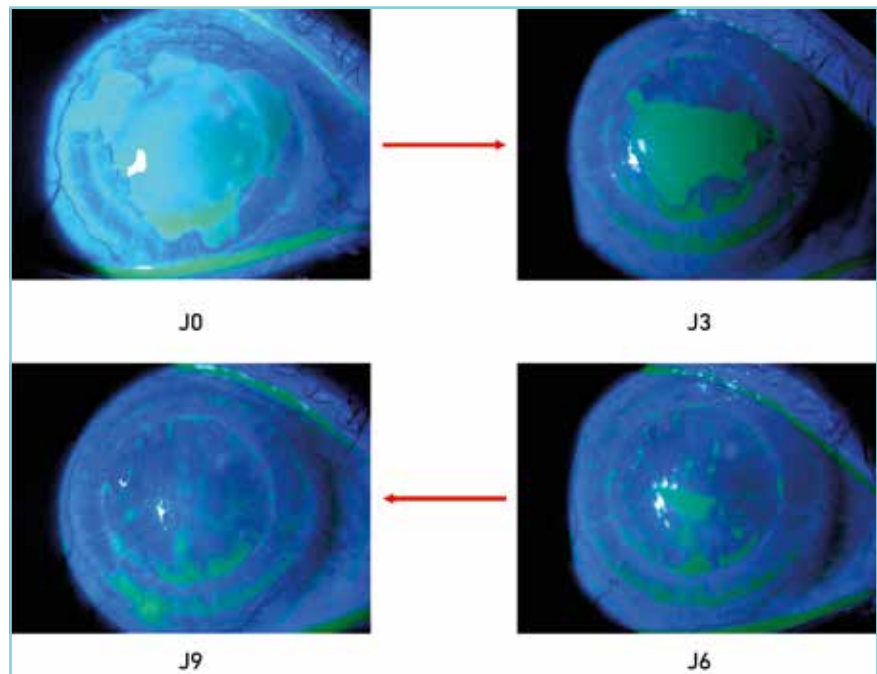


Fig. 1.

La **figure 1** montre la ré-épithélisation obtenue dès J6, qui s'améliore encore à J9 avec une restitution quasiment *ad integrum* de l'épithélium cornéen.

Monsieur G. a continué à porter sa lentille sclérale avec une récupération de la sensibilité cornéenne à 3 mois et une ré-épithélisation totale et durable. L'acuité visuelle est également très améliorée.

Les lentilles sclérales constituent une alternative au traitement chirurgical plus invasif. L'adjonction de sérum autologue, qui apporte une concentration supplémentaire de facteurs de

croissance, améliore encore les résultats dans la prise en charge des kératites neurotrophiques en dehors de toute infection.

Deuxième observation

Monsieur V. est un patient de 23 ans, monophthalme de l'œil droit éviscéré à la suite d'un rejet d'une kératoplastie transfixiante en 2017. On retrouve dans ses antécédents un kératocône bilatéral. Monsieur V. consulte en urgence pour la prise en charge d'un kératocône aigu de l'œil gauche avec une acuité visuelle limitée au décompte des doigts. Le patient est dans un état de stress évident.

Pour essayer de restaurer rapidement l'acuité visuelle, nous décidons de donc de pratiquer une suture cornéenne pré-



Fig. 2.

descmétique en urgence suivie de la pose d'une lentille sclérale à J7 post-opératoire (**fig. 2**). L'acuité visuelle est rapidement améliorée à 8/10.

Ce nouvel outil thérapeutique semble donc avoir un effet bénéfique pour retarder l'indication de la greffe de cornée dans le kératocône aigu.

Troisième observation

Monsieur T., âgé de 33 ans, est suivi pour une brûlure oculaire sévère d'origine chimique. Les traitements conventionnels (corticoïdes + antibiotiques + larmes artificielles) n'ont pas suffi à soulager la douleur et à rétablir la surface oculaire.

Des lentilles sclérales thérapeutiques ont été adaptées pour fournir une barrière protectrice entre la cornée endommagée et l'environnement externe.

Elles ont permis de maintenir une hydratation constante, favorisant ainsi la cicatrisation avec restitution *ad integrum* de la surface cornéenne (**fig. 3**) et la réduction de la douleur. Le patient a connu une amélioration significative de sa qualité de vie.

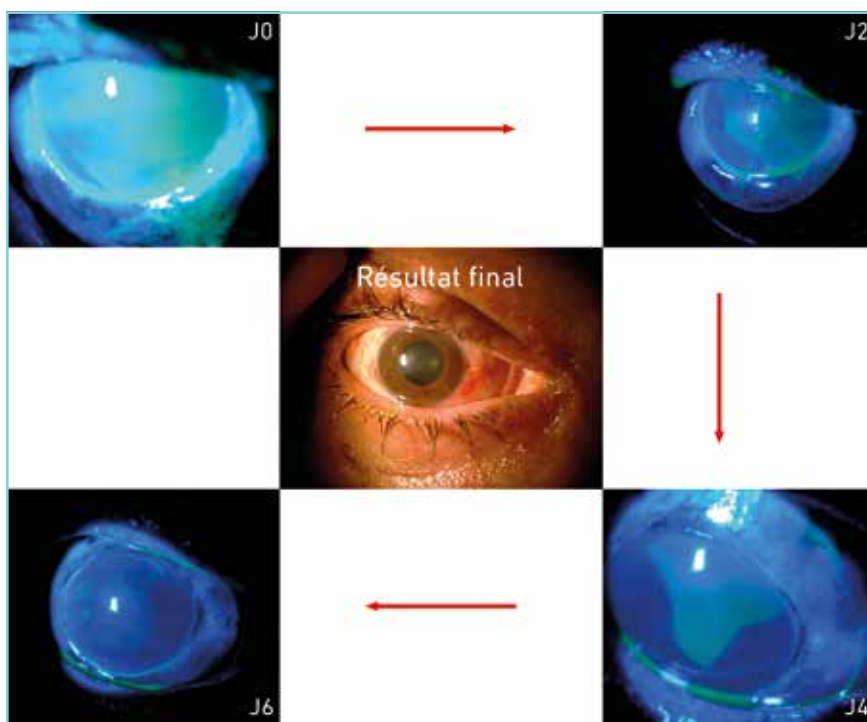


Fig. 3.

Quatrième observation

Madame A., âgée de 30 ans, est atteinte d'un syndrome de sécheresse oculaire sévère lié à une kératite d'exposition sur lagophtalmie secondaire à une chirurgie de ptosis myasthénique.

Après échec des traitements médicaux, nous avons prescrit des lentilles sclérales thérapeutiques pour maintenir une hydratation adéquate de la surface oculaire tout en protégeant la cornée des frottements indésirables avec la paupière inférieure.

La patiente a noté une amélioration significative de la lubrification oculaire, réduisant ainsi la sensation de sécheresse et d'inconfort (**fig. 4**).

En conclusion, les lentilles sclérales thérapeutiques se sont avérées être un outil essentiel dans la gestion des désordres graves de la surface oculaire, en particulier dans les situations d'urgence où les traitements convention-

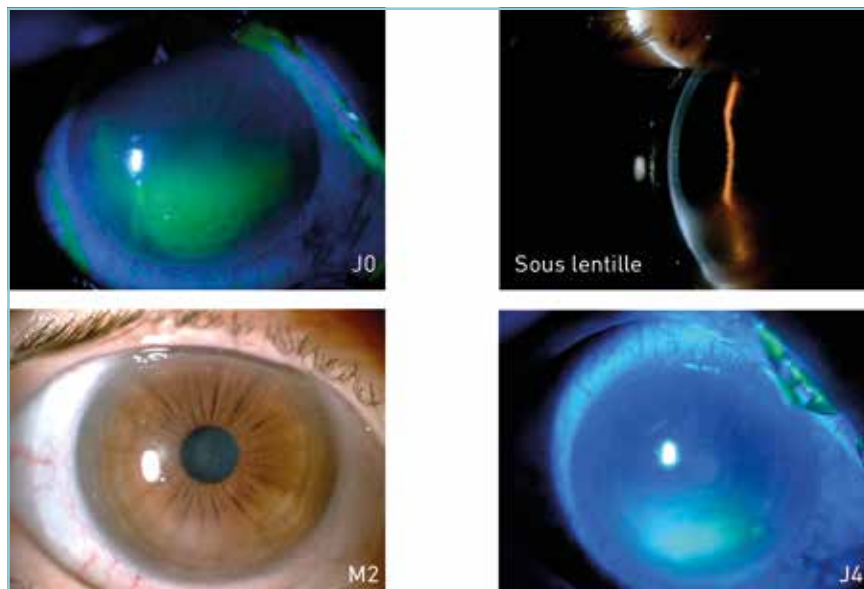


Fig. 4.

nels ne suffisent pas. Ces cas cliniques illustrent leur utilisation efficace pour la protection, la lubrification et la guérison des lésions de la surface oculaire, améliorant ainsi la qualité de vie des patients. Le caractère modulable de la

lentille sclérale permet de prévoir pour l'avenir des lentilles thérapeutiques capables d'intégrer des principes actifs à libération prolongée.

Avis d'experts



D. BREMOND-GIGNAC

Hôpital Universitaire Necker Enfants-Malades, PARIS
INSERM UMRS, Université Sorbonne Paris Cité.

Les troubles sévères de la surface oculaire sont complexes et l'arsenal thérapeutique est souvent restreint. Les lentilles sclérales représentent une solution souvent salvatrice de ces pathologies cécitantes de la surface. Les cas cliniques du Dr Mohamed Azouz Mokhtari nous apportent plusieurs cas représentatifs de lentilles sclérales utilisées dans la pathologie de surface ayant reçu des prises en charge médicales et chirurgicales ayant échoué pour diverses causes.

Ces quatre observations pertinentes nous permettent de parcourir les différentes applications des lentilles sclérales dans ces cas difficiles.

>>> Dans ce premier cas, le patient de 60 ans présente une kératite d'origine herpétique avec perte de sensibilité cornéenne, ce qui constitue un facteur de mauvais pronostic et explique l'échec des traitements médicaux classiques.

L'association du sérum autologue avec le port de lentille sclérale est un procédé classique pour les cas sévères bien que peu employé du fait des contraintes correspondantes. La lentille sclérale se comporte comme un réservoir de sérum autologue. Le sérum autologue contient des facteurs de croissance et des cellules souches essentiels à la cicatrisation. Dans ce cas de kératite neurotrophique, le traitement a permis la cicatrisation en totalité de l'épithélium 9 jours après le début du traitement. Remarquable aussi, la récupération de la sensibilité cornéenne au bout de trois mois de traitement. Chez ce patient, la récupération d'une surface oculaire régulière était capitale.

>>> Le deuxième cas du patient de 23 ans, monophthalme et qui présente un kératocône sur l'autre œil est une situation qui demande une planification soignée des gestes chirurgicaux. La temporisation est salvatrice pour envisager la kératoplastie transfixiante dans les meilleures conditions. La lentille sclérale posée sur la suture cornéenne assure une étanchéité et une amélioration de la géométrie cornéenne. L'amélioration de l'acuité visuelle à 8/10^e est excellente et permet au patient un réconfort avant l'intervention de greffe de cornée.

>>> Le troisième patient a présenté une brûlure oculaire chimique et aucune thérapeutique ne suffisait pour soulager la douleur. Dans ce cas, les lentilles sclérales sont utilisées comme des lentilles thérapeutiques. L'hydratation constante apportée grâce à la configuration des lentilles a permis une cicatrisation rapide et complète ainsi qu'un soulagement majeur de la douleur. Il faut noter la bonne évolution car le limbe n'avait été touché que de façon partielle.



F. CHIAMBARETTA

Service d'Ophtalmologie, CHU, CLERMONT-FERRAND.

Ces quatre observations soulignent toutes les propriétés thérapeutiques des verres scléraux.

Le premier cas clinique souligne la spécificité de ces lentilles sclérales qui créent un réservoir protecteur devant la cornée. Ainsi formé, ce réservoir protecteur peut retenir différents principes thérapeutiques qui pourront agir et apporter le

>>> Enfin, le quatrième cas clinique décrit le cas d'une lagophtalmie chez une patiente jeune atteinte de ptosis myasthénique. Ce type de lagophtalmie est particulier car le clignement est réduit dans la pathologie myasthénique et, de plus, les lésions de kératite sont inférieures. L'adaptation de lentilles sclérales permet une excellente répartition des larmes sur la totalité de la surface oculaire et de gommer le manque de clignement. Le résultat est concluant puisque la patiente a été nettement améliorée sur les signes cliniques.

Ces quatre observations de qualité permettent de balayer la large palette des indications des lentilles sclérales dans les pathologies sévères de la surface oculaire. Il ne faut cependant pas négliger la difficulté d'adaptation qui doit être réalisée par un professionnel expert en contactologie. Ce point est essentiel pour une adaptation réussie pour le patient. Celle-ci sera le garant d'un traitement efficace pour une récupération optimale de la surface oculaire lésée.

POUR EN SAVOIR PLUS

- DOAN S, LIM L, LIM EWL. Current perspectives in the management of keratoconus with contact lenses. *Eye (Lond)*, 2020;34:2175-2196.
- WITSBERGER E, SCHORNACK M. Scleral Lens Use in Neurotrophic Keratopathy: A Review of Current Concepts and Practice. *Eye Contact Lens*, 2021;47:144-148.
- THOREL D, INGEN-HOUSZ-ORO S, BENAÏM D *et al.* Ocular sequelae of epidermal necrolysis: French national audit of practices, literature review and proposed management. *Orphanet J Rare Dis*, 2023;18:51.

bénéfice clinique attendu, ici, l'optimisation de la cicatrisation cornéenne.

Le deuxième cas clinique concerne la prise en charge du keratocône où l'adaptation en verre scléral devient incontournable. Ce cas illustre l'intérêt de ces lentilles dans le cas particulier de l'hydrops. Associées à la suture cornéenne, elles favorisent une récupération visuelle rapide. Dans la prise en

charge du kératocône classique, l'adaptation en verre scléral devient incontournable et doit précéder toute indication de greffe de cornée.

Les troisième et quatrième cas cliniques illustrent encore l'effet protecteur du réservoir précornéen, créé par les lentilles sclérales. Que ce soit dans le cas d'une brûlure sévère ou d'une lagophthalmie, la cornée est protégée de toute agression extérieure, profite d'une hydratation maximale et d'une excellente oxygénation, permises par la grande perméabilité à l'oxygène des dernières générations de verres scléraux.

En conclusion, les verres scléraux constituent un outil thérapeutique qui devient incontournable. Sur le plan optique,

ils permettent une optimisation de l'acuité visuelle dans le kératocône, les taies cornéennes et les greffes de cornée. Ils offrent aussi une protection efficace de la cornée, assurant une parfaite hydratation et oxygénation, la retenue de principes thérapeutiques au contact de la cornée, utiles dans des situations extrêmes comme les brûlures cornéennes ou les sécheresses sévères.

C'est pour toutes ces qualités spécifiques que l'adaptation en verres scléraux augmente grandement ces dernières décennies, de nombreuses publications rapportent par exemple un doublement d'adaptation dans le kératocône après échec des autres lentilles rigides.



Cas clinique 3

J. BLOT

Cabinet d'Ophtalmologie, AIX EN PROVENCE et Service d'Ophtalmologie, Centre Hospitalier, AVIGNON.

Observation

Mademoiselle W., 27 ans, nous est adressée pour une greffe de cornée de l'œil droit. Elle n'a pas d'antécédent personnel connu, hormis un glaucome chez son père et son grand-père, et une de ses grand-mères aurait bénéficié d'une kératoplastie, sans plus de précision.

À l'interrogatoire, on retrouve des kératites à répétition, bilatérales, puis une baisse rapidement progressive de l'acuité visuelle de l'œil droit. Il existe maintenant un retentissement psychologique et sur sa qualité de vie au quotidien.

L'examen clinique retrouve, sur le plan cutané, une acné et des flushs du visage (**fig. 1**), une acuité visuelle limitée à 1/10 à l'œil droit, difficilement améliorable au trou sténopéique. L'œil gauche a 10/10 avec plan $(-0,75) 100^\circ$.

L'examen à la lampe à fente montre une cicatrice stromale, ne prenant pas la fluorescéine, barrant l'axe optique, associée à un appel néovasculaire de l'œil droit (**fig. 2**).

À noter un amincissement cornéen en regard de l'opacité, quelques vaisseaux déshabités et une kératite ponctuée superficielle (KPS) bilatérale coloration de niveau Oxford IV.

L'examen des paupières montre enfin une blépharite bilatérale, avec une



Fig. 1.



Fig. 2.

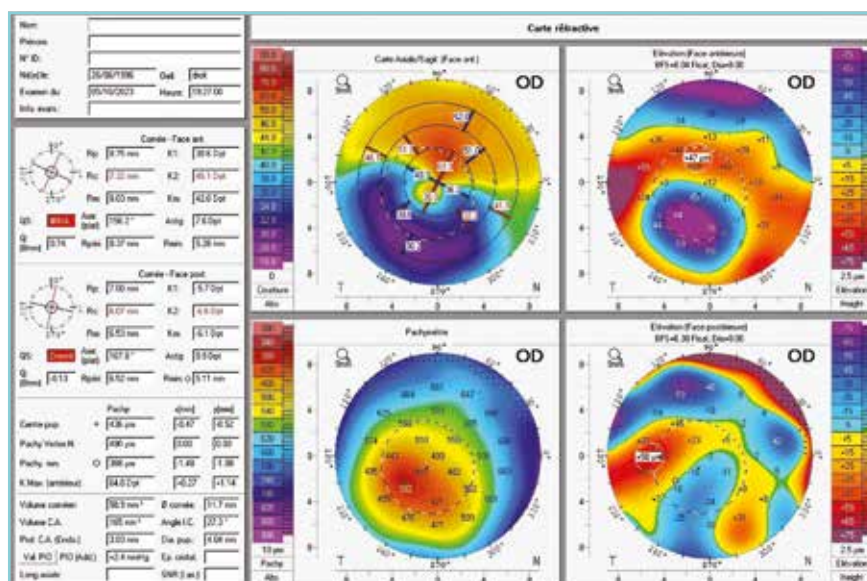


Fig. 3 : Topographie remaniée et irrégulière de l'œil droit.

obstruction meibomienne, des téléangiectasies du bord libre, et une minime atrophie des glandes de Meibomius.

La topographie montre le remaniement paracentral inférieur avec un amincissement comme attendu (**fig. 3**) et une

hypertrophie épithéliale compensatrice (**fig. 4**). Il existe une discrète atrophie épithéliale supérieure gauche en croissant, probablement en rapport avec sa sécheresse oculaire.

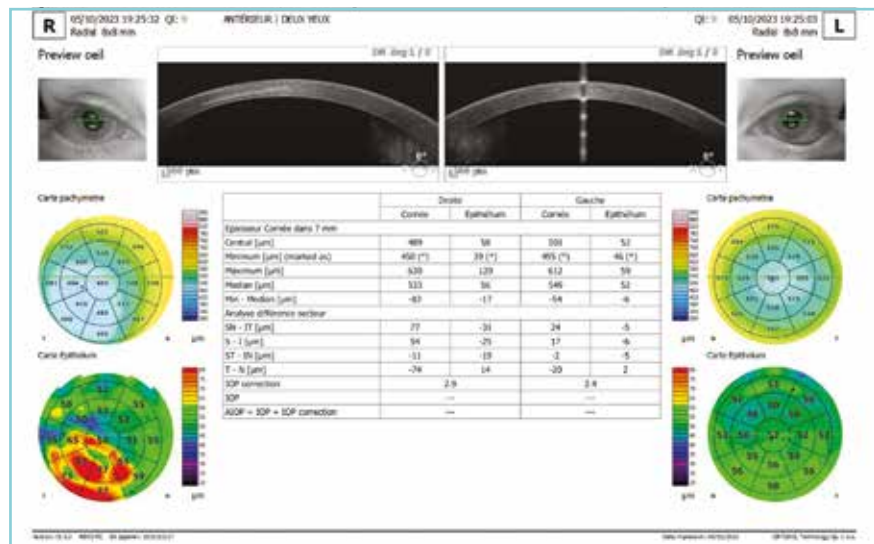


Fig. 4 : Hypertrophie épithéliale en regard de l'amincissement cornéen de l'œil droit.

Devant ce tableau clinique, le diagnostic de rosacée oculo-cutanée est posé.

La prise en charge a constitué, dans un premier temps, en la réalisation de soins de paupières, l'instillation de cures courtes d'antibiotique local, la prescription d'antibiotiques *per os* pendant 2 mois (période hivernale), et l'introduction d'un immunomodulateur à 2 % (en relais avec une corticothérapie locale courte pour faciliter la tolérance), ainsi que des agents lubrifiants.

Dans un second temps, la réhabilitation visuelle a pu être obtenue avec un équipement unilatéral en lentilles sclérales de type AKS (flèche 4100, diamètre 15 mm) avec traitement de surface hydrapeg (afin d'anticiper le risque de dépôts entre la lentille et l'œil). L'acuité visuelle de l'œil droit a pu remonter jusqu'à 7/10.

Au contrôle OCT après 2 heures de port de la lentille sclérale, la flèche de la lentille est globalement satisfaisante, et bien que normalement importante en regard de la zone amincie, elle ne pré-



Fig. 5 : Flèche du verre scléral, opacité transmurale bien visible à l'OCT de cornée OD.

sente pas de contact en périphérie cornéenne. On notera également l'opacité transmurale ainsi que l'épaississement épithélial, bien visibles sur l'OCT de cornée (**fig. 5**).

L'indication de la greffe de cornée a pu être repoussée, la patiente étant grandement satisfaite, et la cicatrisation de la KPS obtenue.

Un traitement complémentaire de 3 séances de lumière intense pulsée (IPL), une tous les 15 jours, a été effectué après arrêt des antibiotiques *per os*, afin de lutter contre l'inflammation palpébrale chronique et les télangiectasies.

Ce traitement a également permis d'entretenir l'amélioration des lésions cutanées du visage. La patiente a poursuivi les soins de paupières en parallèle à son domicile, et un espacement progressif des cures d'antibiothérapie locale ainsi qu'une diminution progressive des immunomodulateurs, jusqu'à leur arrêt total, ont pu être réalisés.

Le contrôle au bout d'un an et demi (date de renouvellement la lentille sclérale) est encourageant puisque la patiente porte toujours bien sa lentille au quotidien, ne signale pas d'encrassement, et n'a pas présenté de nouvelles poussées de sa rosacée.

Avis d'experts



B. MORTEMOUSQUE

Cabinet d'Ophtalmologie Foch, BORDEAUX.

Les dysfonctionnements des glandes de Meibomius (DGM) s'intégrant dans le cadre d'une rosacée cutanée sont de fréquents responsables d'atteintes cornéennes sévères. Qu'il s'agisse de kératite ponctuée superficielle importante, d'infiltrats nummulaires, d'ulcérations (compliquées souvent d'opacifications et des néovascularisation secondaires) et/ou d'astigmatisme irrégulier, le premier enjeu restera la réhabilitation visuelle après avoir réglé le problème de la pathologie sous-jacente.

Du point de vue thérapeutique du DGM, le cas clinique présenté illustre bien l'ensemble du panel de la prise en charge :

>>> Traitement du DGM, grâce aux soins d'hygiène des paupières, à l'utilisation de larmes artificielles, aux antibiotiques locaux et/ou généraux, à l'instillation d'immunomodulateurs locaux ainsi qu'au recours à l'IPL (lumière intense pulsée). Ce

dernier moyen thérapeutique permet d'améliorer les symptômes et signes des patients.

>>> Une fois l'inflammation majeure de la surface réglée, la réhabilitation visuelle peut se faire, souvent en cas d'astigmatisme irrégulier, par l'équipement de lentilles de contact ou de lentilles sclérales. Le cas clinique illustre parfaitement la situation, le recours à la greffe devenant de moins en moins nécessaire grâce à ces équipements, en régularisant la surface du dioptré cornéen

En résumé, la situation clinique qui nous a été proposée illustre bien la hiérarchisation de la prise en charge de ces inflammations majeures de la surface oculaire liées au DGM, à savoir régler le problème inflammatoire puis réaliser une réhabilitation visuelle la plus efficace possible.



M. LABETOULLE

CHU, LE KREMLIN - BICETRE.

Nous remercions le Dr Blot pour ce très beau cas clinique qui illustre un certain nombre de points typiques dans la prise en charge des anomalies de la surface oculaire en général, et dans les différentes formes de sécheresse oculaire.

>>> Le premier est l'importance d'une analyse sémiologique précise devant toute anomalie de la surface oculaire, afin de ne pas céder à la facilité d'un diagnostic *a priori* évident. En l'occurrence, la cicatrice présentée par la patiente, unilatérale

et largement néovascularisée, pourrait évoquer en premier lieu un herpès cornéen sévère. L'observation des signes de rosacée oculaire permet de rétablir le diagnostic le plus probable dans ce cas, même si l'on sait que toute inflammation chronique oculaire peut favoriser la récurrence et donc la sévérité d'une maladie herpétique.

>>> Le deuxième est l'intérêt de l'analyse topographique pour mieux comprendre l'origine de la mauvaise vision et surtout choisir la meilleure approche pour y remédier. En l'oc-

currence, l'analyse topographique permet d'observer la très grande irrégularité de cet astigmatisme, donc sa faible accessibilité à une correction optique par lunettes ou par lentilles de contact conventionnelles. L'analyse multimodale grâce à l'apport de l'OCT et du mapping épithélial enrichissent cette analyse.

>>> Le troisième point est le choix logique, compte tenu de la topographie, d'une correction par lentilles sclérales dans ce cas. Outre leur rôle protecteur sur les surfaces oculaires fragilisées par ce type de kératopathie, elles permettent souvent de corriger très efficacement ces astigmatismes irréguliers, afin de recouvrer une acuité visuelle utile, 7/10° dans ce cas

>>> Le quatrième est l'intérêt de la technologie de lumière intense pulsée (IPL) pour réduire les signes (objectifs) et les symptômes (subjectifs) liés au DGM, comme expérimenté par cette patiente. L'approche thérapeutique du DGM est devenue, avec le temps, multifactorielle et, si les larmes artificielles destinées à compenser le déficit lipidique sont importantes, l'hygiène des paupières n'en est pas moins la pierre angulaire.

Pour cette dernière, les massages des paupières réchauffées (par un gant chaud ou un masque chauffant) 1 à 2 fois par jours sont évidemment le traitement le plus accessible économiquement parlant, mais ils sont surtout indispensables aux bons résultats au long terme. L'adjonction de techniques mécaniques peut aussi aider. De même, la lumière intense pulsée peut ajouter utilement à l'arsenal thérapeutique car son mode d'action (assez complexe et non encore totalement élucidé) participe à réduire les lésions histologiques de la rosacée oculaire.

>>> Le cinquième point, mais le plus important, est de ne jamais s'avouer vaincu devant une anomalie, même impressionnante, de la surface oculaire, tout en se refrénant d'adresser trop vite au chirurgien une cornée apparemment dévastée.

Ce beau cas clinique illustre donc combien une approche médicale raisonnée et logique permet de rendre de grands services à nos patients, sans les exposer immédiatement aux complications d'une kératoplastie.



Cas clinique 4

G. MORTEMOUSQUE

Service d'Ophtalmologie, Hôpital Bretonneau, CHU, TOURS.

Observation

Monsieur T., 32 ans, se présente aux urgences ophtalmologiques pour rougeur oculaire bilatérale accompagnée de brûlures oculaires avec fluctuation visuelle depuis 2 jours.

Dans ses antécédents, on retrouve une dermatite atopique sévère avec une atteinte palpébrale (sans atteinte conjonctivale rapportée) traitée par immunosuppresseur en pommade 0,03 %. Monsieur T. a reçu sa 3^e injection de dupilumab il y a 72 heures.

L'acuité visuelle est évaluée à 10/10^e aux deux yeux, le tonus oculaire est dans les normes physiologiques.

L'examen (**fig. 1 et 2**) retrouve aux deux yeux une blépharite antérieure minime associée à une atteinte postérieure modérée, des sécrétions propres et une hyperhémie conjonctivale diffuse. Des papilles conjonctivales tarsales sont visibles à l'éversion palpébrale, la cornée est claire mais une kératite ponctuée superficielle inférieure minime se dévoile à l'instillation de fluorescéine ainsi qu'un BUT court et altéré. Le reste du segment antérieur est normal aux deux yeux.

Nous sommes donc face à une blépharo-kératoconjunctivite bilatérale associée au traitement par dupilumab.

La prise en charge de la phase aiguë a consisté en une courte cure de corti-



Fig. 1.

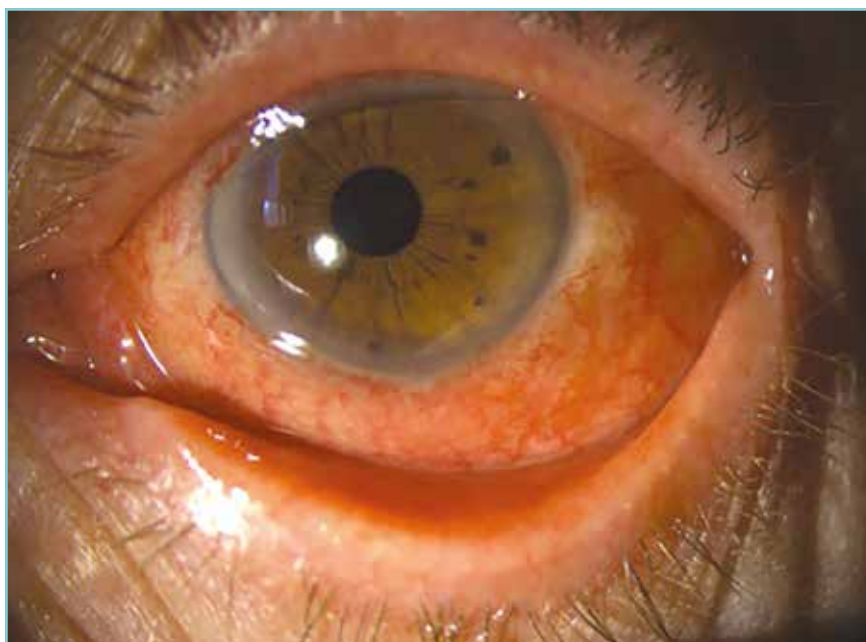


Fig. 2.

coïdes associée à des lavages oculaires. Se pose alors le problème du traitement à plus long terme avec le risque important de récurrence à la prochaine injection de dupilumab. En effet, la sévérité de la

dermatite atopique et l'efficacité de la biothérapie semblent incompatibles avec un éventuel arrêt du traitement par la biothérapie en raison de l'atteinte oculaire.

Le dupilumab est un anticorps monoclonal IG4 dirigé contre les voies de signalisation de l'interleukine 4 et 13 (IL4 et IL13) (**fig. 3**). Il possède une indication dans les dermatites atopiques sévères, certaines formes d'asthme et les rhinosinusites chroniques avec polyposse nasale. Sa posologie dans la dermatite atopique est de 1 injection sous-cutanée de 600 mg suivie d'un traitement d'entretien de 300 mg en sous-cutané toutes les 2 semaines

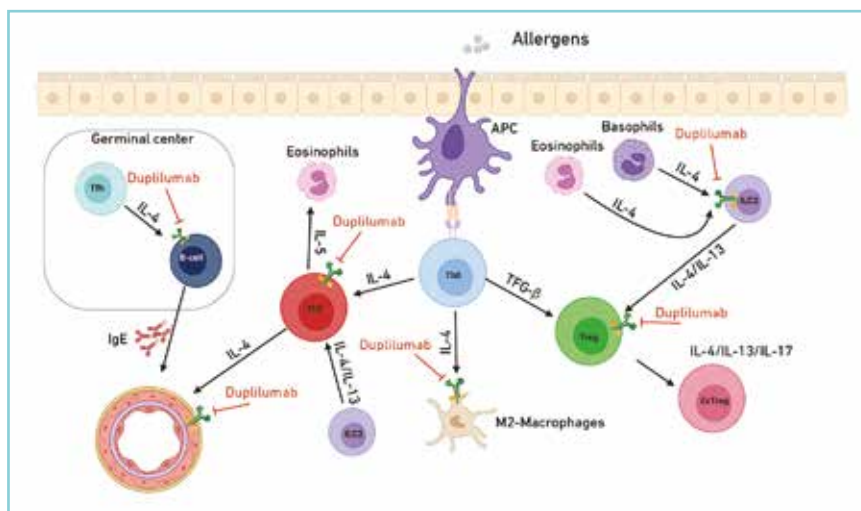


Fig. 3.

Avis d'experts



P.-J. PISELLA

G. MORTEMOUSQUE

Service d'Ophtalmologie, Hôpital Bretonneau, CHU, TOURS.

Les *Dupilumab-associated ocular surface disease* (DAOSD) et les *Dupilumab-induced ocular surface disease* (DIOSD) sont des blépharo-conjonctivites (avec atteinte cornéenne possible) chez les sujets traités par dupilumab. 5 à 20 % de ces patients présenteront un DAOSD [1] dont les facteurs de risque sont [2] :

- une dermatite atopique sévère ;
- une atteinte conjonctivale initiale du sujet atopique ;
- une atteinte de la tête et du cou ou une érythrodermie initiale au cours du traitement.

Pour les enfants de 6 à 11 ans [3], il faut y rajouter un bas poids et une faible posologie du dupilumab.

Devant la fréquence et la particularité de cette pathologie, des recommandations issues du groupe CEDRE [3] ont été publiées pour la prise en charge de ces patients (**fig. 4**).

La prévention et la prise en charge des DAOSD commence dès la prescription du dupilumab avec le dermatologue ou le pédiatre (**fig. 5**).

Grâce à un interrogatoire recherchant les différents facteurs de risque de survenue des DIOSD ainsi qu'une délivrance d'informations concernant le risque d'apparition et les signes fonctionnels d'alerte de ces derniers, le patient peut repartir de cette consultation avec une prescription de collyres antihistaminiques plus ou moins associés à des larmes artificielles sans conservateur.

Devant une suspicion de conjonctivite chez un patient traité par dupilumab et selon l'accessibilité au dermatologue ou à l'ophtalmologiste, le patient sera traité comme une conjonctivite allergique simple et, s'il y a une atteinte palpébrale, un ajout d'inhibiteur de calcineurine en pommade sera recommandé.

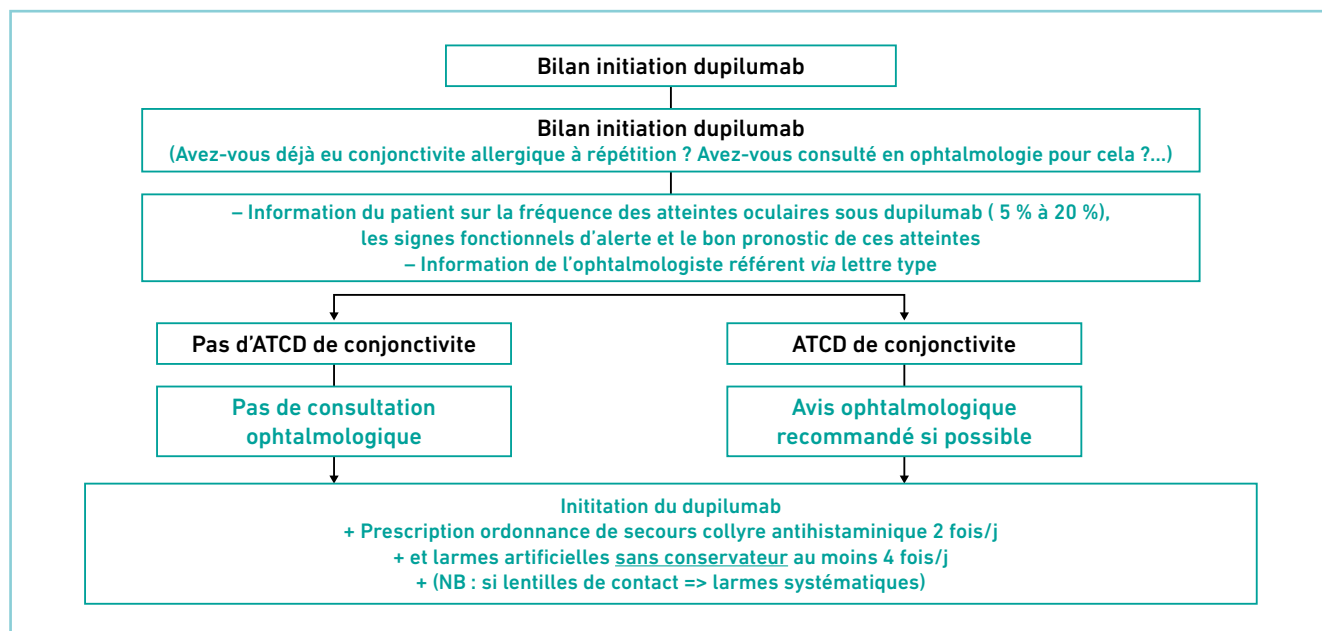


Fig. 4.

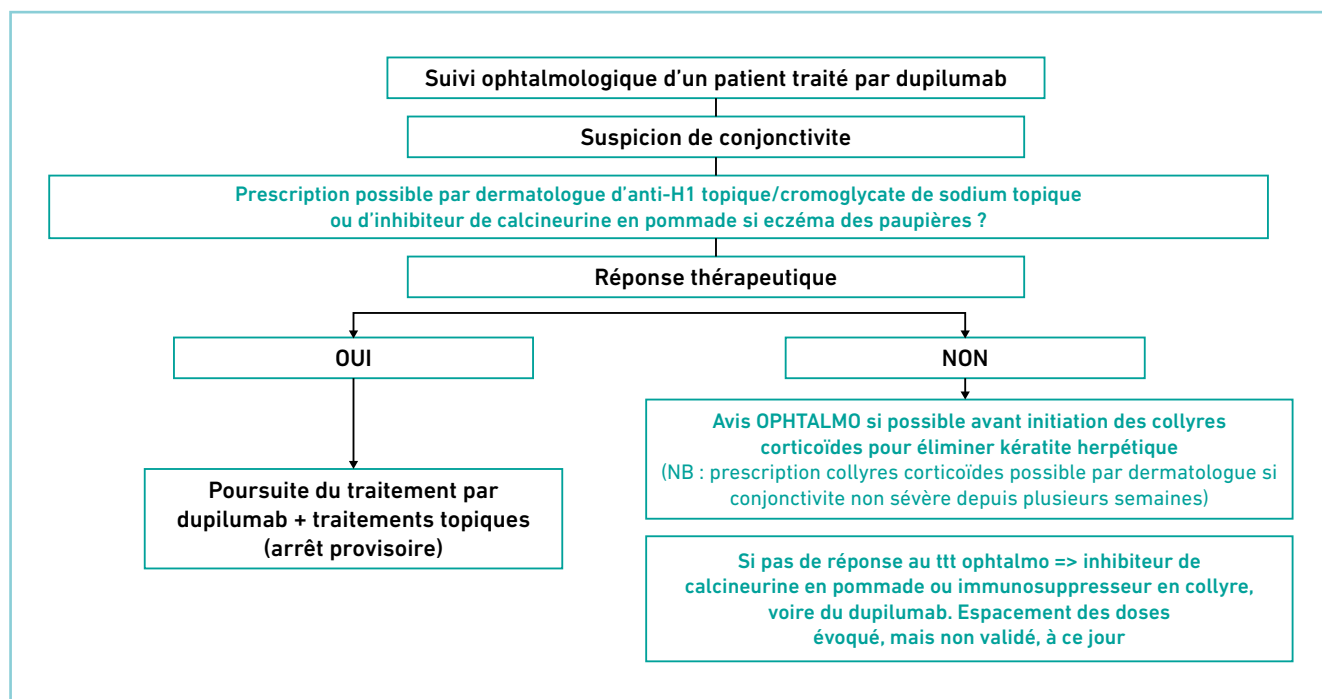


Fig. 5.

>>> Si la réponse thérapeutique est bonne, la poursuite du dupilumab est légitime en y associant les traitements topiques nécessaires.

>>> Si, en revanche, on ne note pas d'amélioration, un avis ophtalmologique sera nécessaire avant la prescription de corticoïdes en collyre afin

d'éliminer la présence d'une kératite herpétique, également plus fréquente chez les patients ayant une dermatite atopique.

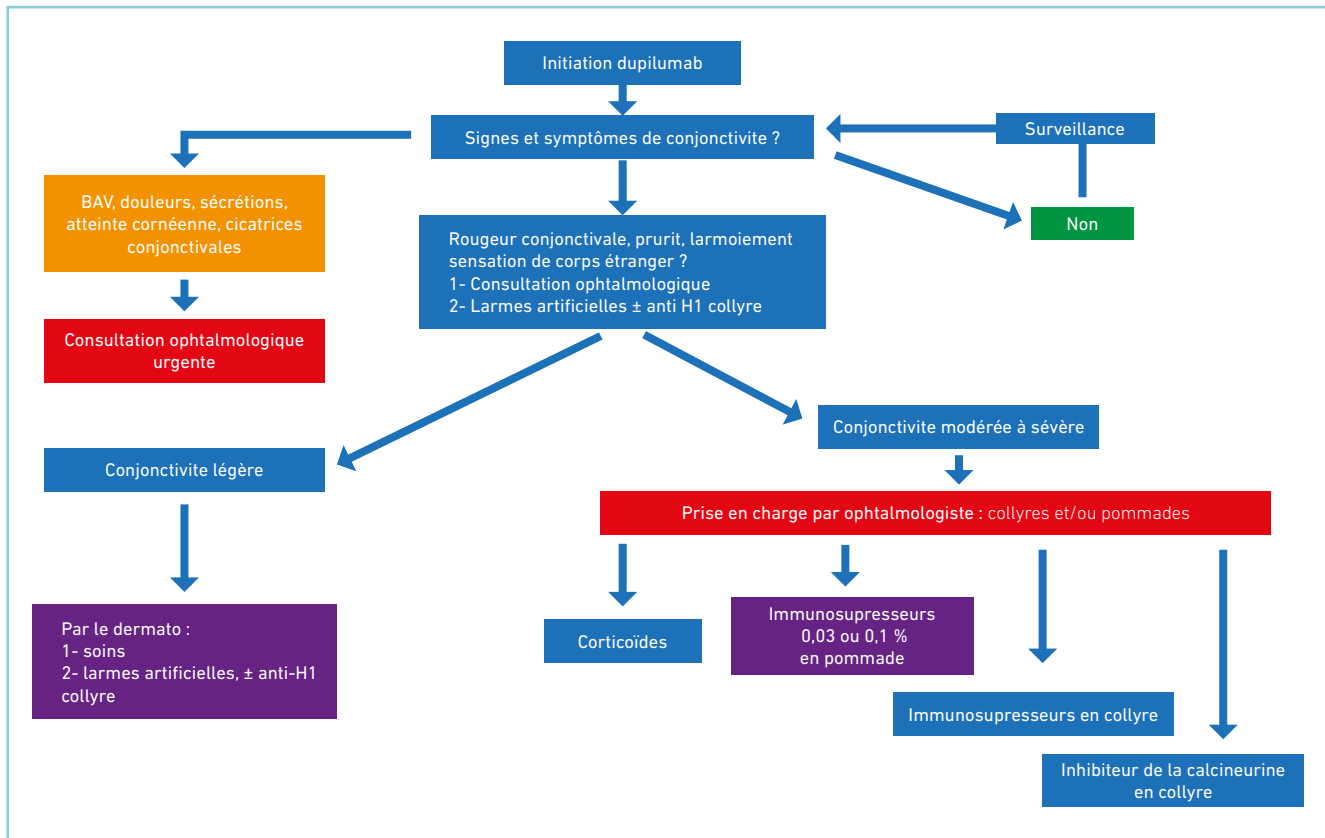


Fig. 6.

La **figure 6**, inspirée de l'équipe américaine de G. Agnihotri [5], propose une prise en charge des DIOSD.

Nous savons déjà que le traitement symptomatique d'un DIOSD lors d'une atteinte conjonctivale modérée à sévère repose sur la corticothérapie. Mais ce n'est pas une solution pérenne du fait des effets secondaires de ces derniers (cataracte, hypertension oculaire, ...). Les immunosuppresseurs en pommade (0,03 % ou 0,1 %) en application directe dans le cul de sac conjonctival sont une solution pratique, aussi efficace par cette voie d'administration que les collyres. Ils ne peuvent être prescrits que par les dermatologues ou les pédiatres et sont donc particulièrement intéressants s'il existe déjà une atteinte des paupières. Enfin, les inhibiteurs de calcineurine ont déjà fait leur preuve.

En conclusion, nous devons être vigilants chez les patients présentant une dermatite atopique pour traquer une atteinte oculaire. En initiation de traitement par dupilumab dans le cadre d'une dermatite atopique modérée à sévère, il est essentiel d'informer les patients du risque de conjonctivite et des signes devant les amener à consulter en urgence, les rassurer et leur expliquer que l'antécédent d'atteinte oculaire n'est pas une contre-indication et que si l'atteinte conjonctivale apparaît dans les suites du traitement, elle ne justifie que rarement un arrêt du dupilumab.

BIBLIOGRAPHIE

1. AKINLADE B, GUTTMAN-YASSKY E, DE BRUIN-WELLER M *et al.* Conjunctivitis in dupilumab clinical trials. *British Journal of Dermatology*, 2019;181:459-473.
2. COSTEDOAT I, WALLAERT M, TETART F *et al.* Étude observationnelle multicentrique française prospective de survenue d'effets indésirables ophtalmologiques chez les patients traités par dupilumab pour une dermatite atopique. *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie - FMC*. 1 déc 2021;1(8, Supplement 1):A66.
3. PALLER AS, SIEGFRIED EC, THAÇI D *et al.* Efficacy and safety of dupilumab with concomitant topical corticosteroids in children 6 to 11 years old with severe atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol*, 2020;83:1282-1293.
4. DOAN S, ARNOULD L, FEBVAY C *et al.* Blépharo-conjonctivites sous dupilumab: recommandations du groupe CEDRE. Dermatite atopique, conjonctivites et dupilumab: quelle prise en charge? *Journal Français d'Ophtalmologie*, 2022;45:277-287.
5. AGNIHOTRI G, SHI K, LIO PA. A Clinician's Guide to the Recognition and Management of Dupilumab-Associated Conjunctivitis. *Drugs R D*, 2019;19:311-318.



S. DOAN

Fondation Rothschild, PARIS.

Ce cas clinique très bien documenté rapporte une complication très fréquente de cette nouvelle biothérapie puisqu'elle concerne un quart des patients traités pour leur eczéma.

On ne comprend pas bien son mécanisme, mais il est probable qu'en coupant la voie de l'interleukine 4 et 13, qui est la voie dite TH2 de l'allergie, on favorise la voie TH1 ou TH17 que l'on retrouve dans des inflammations non allergiques comme la sécheresse ou la rosacée.

Ce qui est étonnant, c'est que cet effet secondaire oculaire ressemble à s'y méprendre à une blépharo-conjonctivite atopique... mais il n'y a heureusement que très rarement une atteinte cornéenne sévère.

Il faut apprendre à reconnaître et à gérer cette complication qui évolue de façon chronique et qui nécessite souvent des immunosuppresseurs locaux. En cas d'eczéma des paupières, une coopération avec le dermatologue est essentielle puisque c'est lui qui prescrira ces médicaments en pommade cutanée.



Cas clinique 5

A. GEMAHLING

Fondation A. de Rothschild, PARIS.

Observation

Madame E., âgée de 80 ans, suivie dans le service d'ophtalmologie depuis une quinzaine d'années, s'est présentée en urgence pour une douleur et une rougeur de l'œil droit depuis 5 jours avec une acuité visuelle diminuée à "compte les doigts".

Ses antécédents médicaux comprennent une polyarthrite rhumatoïde compliquée de plusieurs épisodes de kératite ulcéreuse périphérique et de kératolyse aseptique, une sécheresse oculaire sévère associée à un syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire traité par des gouttes de sérum autologue, ainsi qu'une décompensation endothéliale bilatérale secondaire à une dystrophie de Fuchs avec la réalisation d'une kératoplastie lamellaire de type DSAEK de l'œil droit (2014) puis de l'œil gauche (2016).

L'examen à la lampe à fente a révélé une hyperhémie conjonctivale importante, un infiltrat périphérique couvrant 360 degrés, sans intervalle clair à partir du limbe, une coloration positive à la fluorescéine et une chambre antérieure formée (**fig. 1 et 2**). Aucun signe d'infection, de précipités kératiques ou d'effet Tyndall n'a été observé. Enfin, l'œil gauche ne présentait aucune anomalie.

L'hypothèse retenue a été une récurrence de kératite ulcéreuse périphérique et

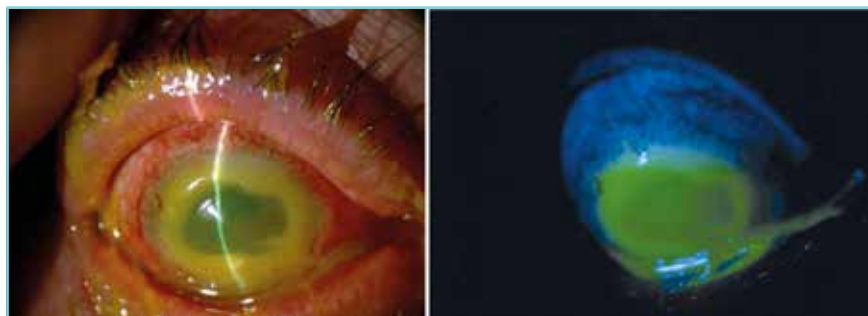


Fig. 1 et 2 : Infiltrat fluorescéine positive, sans intervalle libre à la lampe à fente.

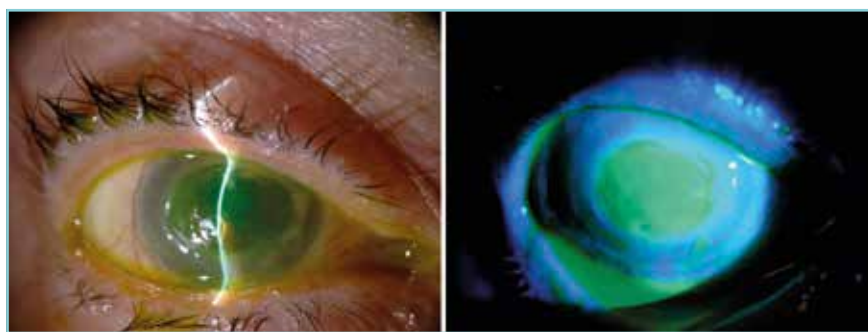


Fig.3 et 4 : Lampe à fente à J14 : infiltrat périphérique moins dense, perforation cornéenne et athalamie.

traitée comme telle avec une majoration du traitement corticoïde topique de 1 goutte/j à 8 gouttes/j et des injections latéro-bulbaires de corticoïdes. Nous apprenons également que l'oncologue avait arrêté le traitement anti-TNF α pour la polyarthrite rhumatoïde un mois auparavant, en raison de la découverte d'un cholangiocarcinome.

La patiente ne s'est pas présentée au rendez-vous de suivi et est revenue en consultation 14 jours plus tard : la douleur et la rougeur avaient disparu mais l'acuité visuelle s'était détériorée, évaluée "voit bouger la main". L'examen à

la lampe à fente révélait alors un infiltrat périphérique moins dense sur 360° et un amincissement cornéen central diffus compliqué d'une perforation cornéenne de 2 mm entre 5 et 7 heures, avec athalamie (**fig. 3 et 4**).

La prise en charge initiale a reposé sur la réalisation de deux greffes de membranes amniotiques (AMG) de type Inlay de 8 mm de diamètre à 48 heures d'intervalle, des injections latéro-bulbaires de corticoïdes toutes les 48 h, une majoration des immunosupresseurs topiques et le maintien du sérum autologue.

Devant la taille de la perforation et la persistance de l'athalamie malgré les greffes de membrane amniotique, il a été décidé de pratiquer une kératoplastie transfixiante "à chaud". Des corticostéroïdes oraux ont été introduits en accord avec l'oncologue.

Après une discussion collégiale avec l'oncologue, les internistes et le rhumatologue, le traitement de fond de polyarthrite rhumatoïde n'a pas été réintroduit, compte tenu de l'espérance de vie relativement limitée et du risque important d'effets secondaires.

À trois mois de la kératoplastie transfixiante, l'examen clinique retrouvait une acuité visuelle égale à 1/10, un greffon sans ulcère ni amincissement (**fig. 5 et 6**).

À travers ce cas clinique, il est important de souligner la fragilité de l'équilibre thérapeutique chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde et à risque

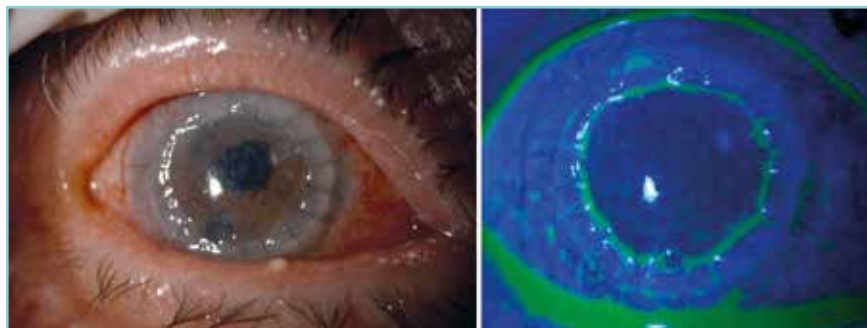


Fig. 5 et 6 : Lampe à fente avec et sans fluorescéine trois mois après la kératoplastie transfixiante.

de complications ophtalmologiques. Chez cette patiente, l'arrêt du traitement anti-TNF α était légitime en raison d'une maladie néoplasique mais il a été responsable d'une récurrence rapide de la kératite ulcéreuse périphérique, bien que l'atteinte ophtalmologique ait été stable pendant plusieurs années. Une communication efficace entre les différents praticiens est donc essentielle.

En conclusion, une récurrence de PUK est un signe de contrôle inadéquat de

la polyarthrite rhumatoïde, nécessitant une réévaluation rapide du traitement de fond.

Une surveillance ophtalmologique étroite est indispensable pour les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde ayant des antécédents de kératolyse aseptique et de kératite ulcéreuse périphérique. Le moindre déséquilibre thérapeutique peut rapidement entraîner des complications graves.

Avis d'experts



C. BAUDOUIN

Centre hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts, IHU FOReSIGHT, PARIS.

Ce cas clinique montre une histoire absolument dramatique d'une patiente qui présente des complications extrêmement sévères de sa polyarthrite rhumatoïde ainsi qu'un grave cancer qui en limite le traitement. La polyarthrite rhumatoïde peut entraîner des complications cornéennes gravissimes : sécheresse sévère, ulcérations périphériques, kératite neurotrophique ou inflammatoire, jusqu'à la perforation.

Un piège particulièrement fréquent est celui qui consisterait à opérer une cataracte sur ce terrain sans en mesurer la gravité et les dangers. Une mauvaise gestion des suites opératoires, l'utilisation inappropriée d'anti-inflammatoires, notamment non stéroïdiens, et un suivi insuffisant peuvent aboutir à de véritables catastrophes. Tous les spécialistes de la cornée ont ainsi reçu en urgence des perforations cornéennes par fonte stromale dans les suites de cataractes pourtant banales et

sans complication peropératoire. Ce cas particulièrement grave a résulté non pas d'une intervention mais de l'arrêt brutal des anti-TNF α qui stabilisaient la polyarthrite rhumatoïde. Le tableau clinique était d'emblée dramatique avec un infiltrat périphérique annulaire qui aurait pu faire croire à un phénomène infectieux alors qu'il était purement inflammatoire. Bravo à l'équipe qui a eu la justesse de faire ce diagnostic et le courage de mettre les corticoïdes locaux qui étaient nécessaires.

Malheureusement, la maladie était probablement trop avancée et un retard de suivi lié à la patiente a abouti à cette perfo-

ration. Même si le pronostic vital était fortement engagé pour la pathologie cancéreuse, cela méritait de se battre pour sauver au moins anatomiquement cet œil. La kératoplastie à chaud est toujours difficile et ses suites, dans un tel contexte, en général assez médiocres. Mais ce cas est exemplaire autant dans la démarche diagnostique que thérapeutique.

Alors, ne jamais négliger une sécheresse oculaire sévère, surtout dans un contexte de polyarthrite rhumatoïde : une cataracte ou tout autre geste ou même de simples gouttes apparemment anodines peuvent entraîner des catastrophes.



ROUSSEAU

Service d'Ophtalmologie, CHU, LE KREMLIN-BICÊTRE.

Le cas rapporté par le Dr Anne Gemahling est un bel exemple de cas cauchemardesque géré avec *maestria*. Commençons par revenir sur la "situation de départ" : une polyarthrite rhumatoïde (PR) avec un Sjögren secondaire.

Il s'agit d'un terrain des plus explosifs pour les complications de surface. Ces patients (es) ont tout d'abord des kératoconjunctivites sèches chroniques très difficiles à gérer, qui requièrent souvent un recours aux thérapies locales les plus lourdes et associées entre elles : sérum autologue, lentilles sclérales, ciclosporine collyre à forte concentration...

Puis, comme dans ce cas, peuvent survenir trois types de complications aiguës :

- les kératites ulcérales périphériques (PUK) ;
- les sclérites ;
- les kératolyses aseptiques.

>>> Les PUK et sclérites partagent la même physiopathologie : une vascularite des petits vaisseaux avec dépôts de complexes immuns circulants au niveau de la sclère, du limbe scléro-cornéen, ou des 2. Elles témoignent d'une activité de la PR, parfois insuffisamment contrôlée par le traitement de fond, et ont été associées à une augmentation de la mortalité [1,2]. Ces tableaux sont heureusement beaucoup plus rares de nos jours

grâce à l'avènement des traitements immunosuppresseurs et des biothérapies.

Dans ce cas précis, c'est l'interruption des anti-TNF α qui a tout fait basculer et qui rappelle à quel point la communication entre spécialistes et l'éducation du patient – qui peut jouer un rôle pour la transmission de l'information – sont cruciales pour la prise en charge des maladies de système. Toutefois, ce type de complication peut survenir chez des patients sous traitements, ce qui nécessite alors un changement de traitement prenant en compte le terrain et les éventuelles autres atteintes systémiques [2-4].

>>> Les kératolyses aseptiques sont à part. Cliniquement, le tableau est proche d'un ulcère neurotrophique, central ou paracentral, avec une inflammation limitée. Elles correspondent à une lyse rapide du stroma par activation des métalloprotéinases qui conduisent, en l'absence de traitement, à la perforation. Contrairement aux sclérites et aux PUK, elles ne sont pas la traduction d'un contrôle insuffisant de la PR, mais plus des caractéristiques particulières des cornées de ces patients (on parle d'hyperréactivité stromale). Elles sont volontiers déclenchées par une agression locale telle qu'une chirurgie oculaire, d'autant plus en cas d'administration de collyres aux AINS [5].

Revenons maintenant sur la kératoplastie dans ce contexte : comme dans le cas clinique rapporté ici, il s'agit d'une procédure de dernier recours, après avoir tenté des traitements conservateurs comme les GMA. En effet, elles sont de très mauvais pronostic dans cette indication, avec notamment un risque très élevé de fonte stromale, qui peut très mal finir...

Pour conclure, ce cas très riche en enseignements nous rappelle :

>>> À quel point la PR peut retentir sur la surface oculaire.

>>> L'importance d'une bonne communication entre les différents spécialistes [2].

>>> Et l'importance d'une prise en charge rapide et multidisciplinaire de ces patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. SAINZ DE LA MAZA M, FOSTER CS, JABBUR NS. Scleritis associated with rheumatoid arthritis and with other systemic immune-mediated diseases. *Ophthalmology*, 1994;101:1281-1286.
2. CLAVEL G, GABISON E, SEMERANO L. Corneal and scleral involvement in inflammatory rheumatic disease: Rheumatologists and ophthalmologists exchanging views. *Joint Bone Spine*, 2019;86: 699-705.
3. COHEN F, GABISON EE, STÉPHAN S *et al.* Peripheral ulcerative keratitis in rheumatoid arthritis patients taking tocilizumab: paradoxical manifestation or insufficient efficacy? *Rheumatology (Oxford)*. 2021;60:5413-5418.
4. BONNET I, ROUSSEAU A, DURAFFOUR P *et al.* Efficacy and safety of rituximab in peripheral ulcerative keratitis associated with rheumatoid arthritis. *RMD Open*, 2021;7:e001472.
5. RIGAS B, HUANG W, HONKANEN R. NSAID-induced corneal melt: Clinical importance, pathogenesis, and risk mitigation. *Surv Ophthalmol*, 2020;65:1-11.

2^e édition
DIFFÉRÉ

BAUSCH + LOMB

Vision
surface



Au cas par cas

Bausch et Lomb et le Groupe Surface oculaire,
en partenariat avec **Réalités Ophtalmologiques**,
vous invitent **à voir ou revoir** la **2^e édition**
de la **webconférence du 20 juin 2023**

2^e Webconférence
Vision Surface

Avec les auteurs
et les experts du groupe
Surface Oculaire

La Plateforme d'échanges cliniques

Présentation
de la plateforme

Vision
surface
Au cas par cas

Groupe Surface oculaire :

Pr Christophe Baudouin,
Pr Dominique Brémond-Gignac,
Pr Frédéric Chiambareta,
Dr Serge Doan,
Pr Marc Labetoulle,
Pr Bruno Mortemousque,
Pr Pierre-Jean Pisella,
Pr Antoine Rousseau

Présentation des 5^e cas cliniques
retenus par le Groupe d'experts SO :

Dr Gautier Hoarau,
Dr Mohamed Azouz Mokhtari,
Dr Julie Blot, Dr Geoffroy Mortemousque,
Dr Anna Gemahling

Des débats riches
d'enseignements

EN PARTENARIAT AVEC

réalités
OPHTHALMOLOGIQUES

www.visionsurface.com

Inscription obligatoire. Site réservé aux professionnels de santé.



