

## Ulcère immunitaire bilatéral au cours d'une polyarthrite rhumatoïde

Yousfi Y., Kmiha, Limaiem R., Chebbi A., Bouguila H.

Institut d'Ophtalmologie de Hédi Rais, Service C

### QR CODE

#### Introduction:

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent. Environ 25 % des patients développeront une atteinte oculaire: Kérato-conjonctivite sèche (25 %) Sclérite (6 %) Kératite périphérique et ulcère de cornée (2 %), Episclérite, Lésions choroïdiennes et vascularite rétinienne (rare). Les ulcérations cornéennes, bien que rares, peuvent conduire à la perforation oculaire. Cette complication peut être précipitée par l'usage d'AINS fréquemment indiqués dans le cadre du rhumatisme. Les nouvelles approches chirurgicales et l'immunothérapie précoce permettent de maintenir l'intégrité du globe, même si le pronostic visuel reste décevant.

#### Observation:

Il s'agit d'un patient âgé de 66 ans, consultant pour kérato-conjonctivite récidivante rebelle au traitement. Il a comme ATCDs une PR et une coronaropathie, avec notion de prise d'AINS à l'interrogatoire. L'examen ophtalmologique trouve un ulcère cornéen central à fond propre bilatéral de 3x4mm de diamètre fluo + avec des sécrétions purulentes. Le patient a été mis sous collyres d'antibiotiques fortifiés, agents mouillants et doxycycline. L'évolution a été marquée par une aggravation avec apparition d'un descemetocèle puis une perforation cornéenne bilatérale. Des lentilles thérapeutiques ont été mises en place, suivies d'une kératoplastie (KP) avec extraction extra-capsulaire du cristallin bilatérale à chaud avec une bonne évolution clinique.



Fig. 1 et 2 - Ulcère cornéen central bilatéral

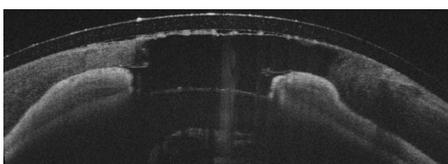


Fig. 3 - OCT-SA objectivant une fonte stromale cornéenne au stade perforatif avec athalémie

#### Discussion:

L'atteinte oculaire au cours de la PR est essentiellement antérieure. L'atteinte cornéenne se caractérise par son polymorphisme. Elle peut se manifester par une kératite sclérosante, une kératite stromale aiguë, un amincissement limbique, une kératite ulcéreuse périphérique (KUP) ou une fonte cornéenne aiguë. L'instabilité épithéliale dans la kérato-conjonctivite sèche et l'inflammation systémique sont des facteurs potentiels qui initient le processus d'amincissement et de perforation cornéenne dans la PR. Le traitement est à la fois général et local. Le traitement général repose sur une corticothérapie ou un traitement immunosuppresseur, ou leur association en cas d'atteinte oculaire grave. Le traitement local fait appel aux agents lubrifiants pour favoriser la ré-épithélialisation, à la cyclosporine en collyres ainsi que la chirurgie (résection conjonctivale, colles tissulaires, KP). Ces greffes cornéennes sont cependant de mauvais pronostic en raison de la probabilité d'une destruction tissulaire récidivante dans le greffon par la maladie initiale, le syndrome sec et l'hypo-esthésie cornéenne.

Dans le cas de notre patient, une prise d'AINS ainsi qu'une surinfection bactérienne ont précipité la perforation cornéenne bilatérale. Une KP associée à une immunosuppression par voie générale permettront de préserver l'intégrité du globe et éviter les récives ainsi que les rejets de greffon fréquents sur ce terrain.

#### Conclusion:

L'atteinte oculaire au cours de la PR est dominée par la kérato-conjonctivite sèche. D'autres atteintes, bien que plus rares, peuvent menacer le pronostic visuel. En l'absence de traitement immunosuppresseur précocement instauré, ces patients développent habituellement des ulcérations cornéennes, des sclérites nécrosantes pouvant mener à la perforation et la destruction du globe.