



# LA KÉRATOLYSE ASEPTIQUE BILATÉRALE : UNE COMPLICATION OCULAIRE RARE ET GRAVE À NE PAS MÉCONNAÎTRE BILATERAL ASEPTIC KERATOLYSIS: RARE AND SERIOUS EYE COMPLICATION , DO NOT MISS OUT

H.Habi, K.Benouhoud,A.Siati, A.Mchachi, L.Benhmidoune, A.Chakib, R.Rachid , M.Elbelhadji

Service d'ophtalmologie Adultes, Hôpital 20 Août 1953, Faculté de médecine et de pharmacie , Université Hassan II , Casablanca

Correspondance: Hind Habi; Email : hindhabiopht@gmail.com

## Résumé

**Introduction:** Les manifestations oculaires au cours des maladies auto-immunes sont principalement le syndrome sec, la sclérite et la kératite. La kératolyse aseptique est rare et constitue une véritable urgence thérapeutique. Le but de notre travail est de rappeler le tableau clinique et la démarche diagnostique, d'insister sur la gravité de l'atteinte et mettre à jour le volet thérapeutique.

**Patients et méthode :** Nous rapportons un cas de kératolyse aseptique bilatérale révélant un syndrome de Goujerot sjogren primitif, et ayant bien répondu au traitement médical.

**Cas clinique :** Il s'agit d'un homme de 45ans, qui consulte pour œil rouge douloureux bilatéral et baisse brutale d'acuité visuelle (AV) à droite. L'AV était à mouvement de main au niveau des deux yeux, avec un ulcère de cornée paracentral à gauche, périphérique et préperforatif à droite. Le bilan a confirmé un syndrome de goujerot sjogren primitif. Le patient a été mis sous sérum autologue, tarsorrhaphie à droite, et bolus de méthylprédnisolone, avec bonne évolution.

**Conclusion :** Les ulcères de cornée stériles au cours des pathologies inflammatoires auto-immunes sont des complications rares mais très redoutables. Le traitement fait appel essentiellement aux corticoïdes et nécessite une collaboration étroite avec les internistes.

**Mots clés :** kératolyse, pathologies inflammatoires, corticothérapie

## Abstract

**Introduction:** The ocular manifestations of autoimmune diseases are mainly dry syndrome, scleritis and keratitis. Aseptic keratolysis is a real therapeutic emergency. The purpose of our work is to recall the clinical picture and the diagnosis procedure, to insist on the gravity of this event, as well as to update the therapeutic component, through a clinical case.

**Patients and methods :** We report a case of bilateral aseptic keratolysis revealing primitive Sjogren guzzler syndrome, and having responded well to medical treatment.

**Clinical case:** This is a 45-year-old man who consults for a bilateral painful red eye and a sudden drop in visual acuity (AV) on the right. The AV was at hand movement in both eyes with a paracentral corneal ulcer in the left eye, and a preperforative peripheral corneal ulcer on the right. The paraclinical assessment confirmed a Goujerot Sjogren syndrome. The patient has benefited from autologous serum, right tarsorrhaphy, and methylprednisolone bolus, with good evolution.

**Conclusion:** Sterile corneal ulcers in autoimmune inflammatory diseases are rare but very dangerous complications. The treatment mainly uses corticosteroids and requires close collaboration with the internists.

**Key words :** keratolysis, inflammatory diseases, corticotherapy

Les manifestations oculaires des maladies auto-immunes sont principalement le syndrome sec, la sclérite et la kératite. La survenue d'ulcérations cornéennes est une complication rare et grave. Ces ulcérations siègent le plus souvent en périphérie. La kératolyse aseptique, beaucoup plus rare, se caractérise par son emplacement central et paracentral, et constitue une véritable urgence thérapeutique. L'intérêt de notre travail est de rappeler le tableau clinique de cette manifestation ophtalmologique grave, ainsi que la démarche diagnostique, et de mettre à jour le volet thérapeutique.

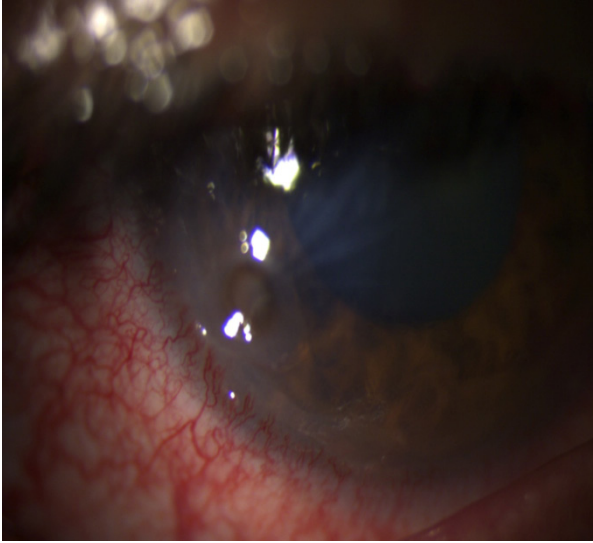
## PATIENTS ET MÉTHODES :

Nous rapportons le cas clinique d'un patient présentant une kératolyse aseptique bilatérale, révélant un syndrome de Goujerot Sjogren primitif.

## OBSERVATION CLINIQUE :

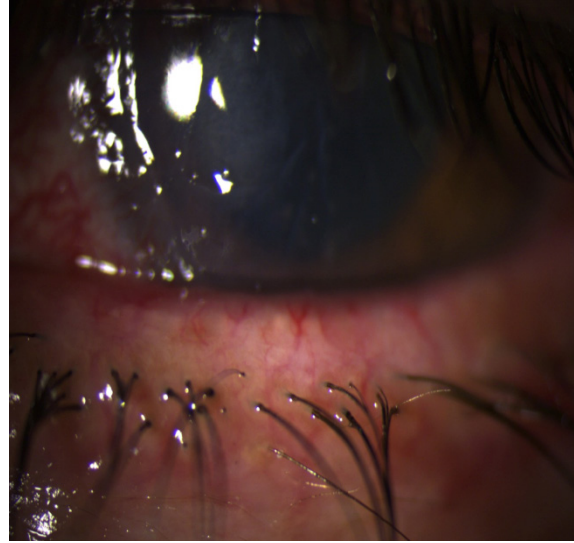
Il s'agit d'un homme de 45 ans, qui consulte pour un œil rouge douloureux bilatéral évoluant depuis 1 mois, aggravé depuis trois jours par une baisse importante de l'acuité visuelle (AV) au niveau de l'œil droit, et dont l'interrogatoire révèle la notion de xérostomie pour laquelle le patient n'a jamais consulté.

L'examen ophtalmologique retrouve une AV à mouvement de la main à droite et compte les doigts de près à gauche. Le test à la fluorescéine met en évidence un temps de rupture du film lacrymal inférieur à cinq secondes au niveau des deux yeux et un ulcère cornéen bilatéral, paracentral à gauche, périphérique et pré-perforatif à droite. Le test de Schirmer était à 2 mm à droite et 3 mm à gauche à la 5<sup>ème</sup> minute. La sensibilité cornéenne était conservée au niveau des deux yeux (figures 1 et 2).



**Figure 1:** Oeil droit: Ulcère cornéen périphérique préperforatif, à fond propre, 2/2 mm de diamètre, œdème périlésionnel.

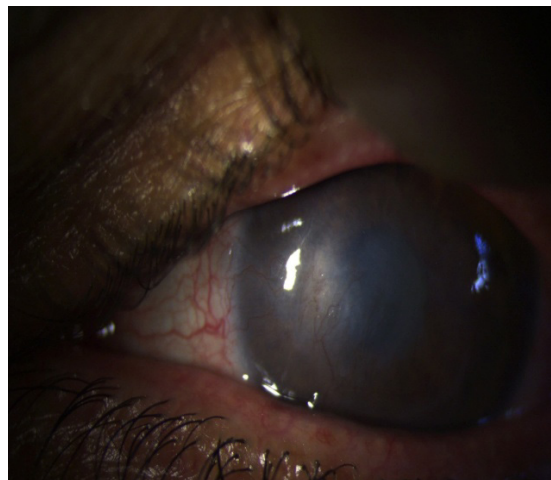
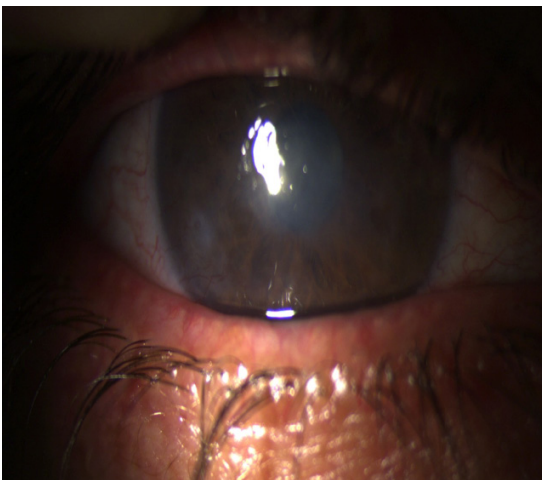
Un premier bilan sanguin inflammatoire et des prélèvements cornéens au niveau de l'œil gauche ont été réalisés en urgence. Ces derniers sont revenus stérils. La vitesse de sédimentation était accélérée à 97 mm la première heure. Une tarsorrhaphie a été réalisée au niveau de l'œil droit, avec indication au sérum autologue au niveau des deux yeux. Le patient a reçu un bolus de méthylprednisolone (1 g par jour pendant 3 jours) en urgence, après concertation avec les internistes. Le bilan étiologique a mis en évidence des anticorps anti-SSA positifs et une infiltration inflammatoire des glandes salivaires de grade 3 selon la classification



**Figure 2:** Oeil gauche: Ulcère de cornée paracentral, à fond propre, 4/3 mm de diamètre, œdème périlésionnel

de Schisholm. Le dosage du facteur rhumatoïde, des anticorps anti-peptides citrulinés et des anticorps anti-nucléaires était négatif. Le diagnostic de kératolyse aseptique bilatérale sur syndrome de Goujerot Sjogren primitif a été retenu.

Le patient a reçu la corticothérapie en relais par voie orale, à raison de 1 mg / kg / jour, associée à un traitement immunosuppresseur compte tenu de la gravité du tableau clinique. L'évolution clinique a été marquée par une cicatrisation épithéliale de l'ulcère au niveau des deux yeux, avec un appel néovasculaire ayant régressé sous corticothérapie locale (Figures 3 et 4).



**Figure 3 et 4:** Cicatrisation de l'ulcère cornéen au niveau des deux yeux, discret appel néovasculaire, nette régression de l'hyperémie conjonctivale

## DISCUSSION :

Les ulcères cornéens inflammatoires sont rares et sont principalement de siège périphérique. La kératolyse aseptique est une complication oculaire grave et rare, avec un potentiel perforatif important. Le diagnostic doit être évoqué devant tout aspect de fonte stromale à l'emporte-pièce, et devra faire rechercher en premier lieu la polyarthrite rhumatoïde (PR) ou le

syndrome de Goujerot Sjogren (GS) (2). La kératolyse aseptique constitue un véritable tournant évolutif de la maladie.

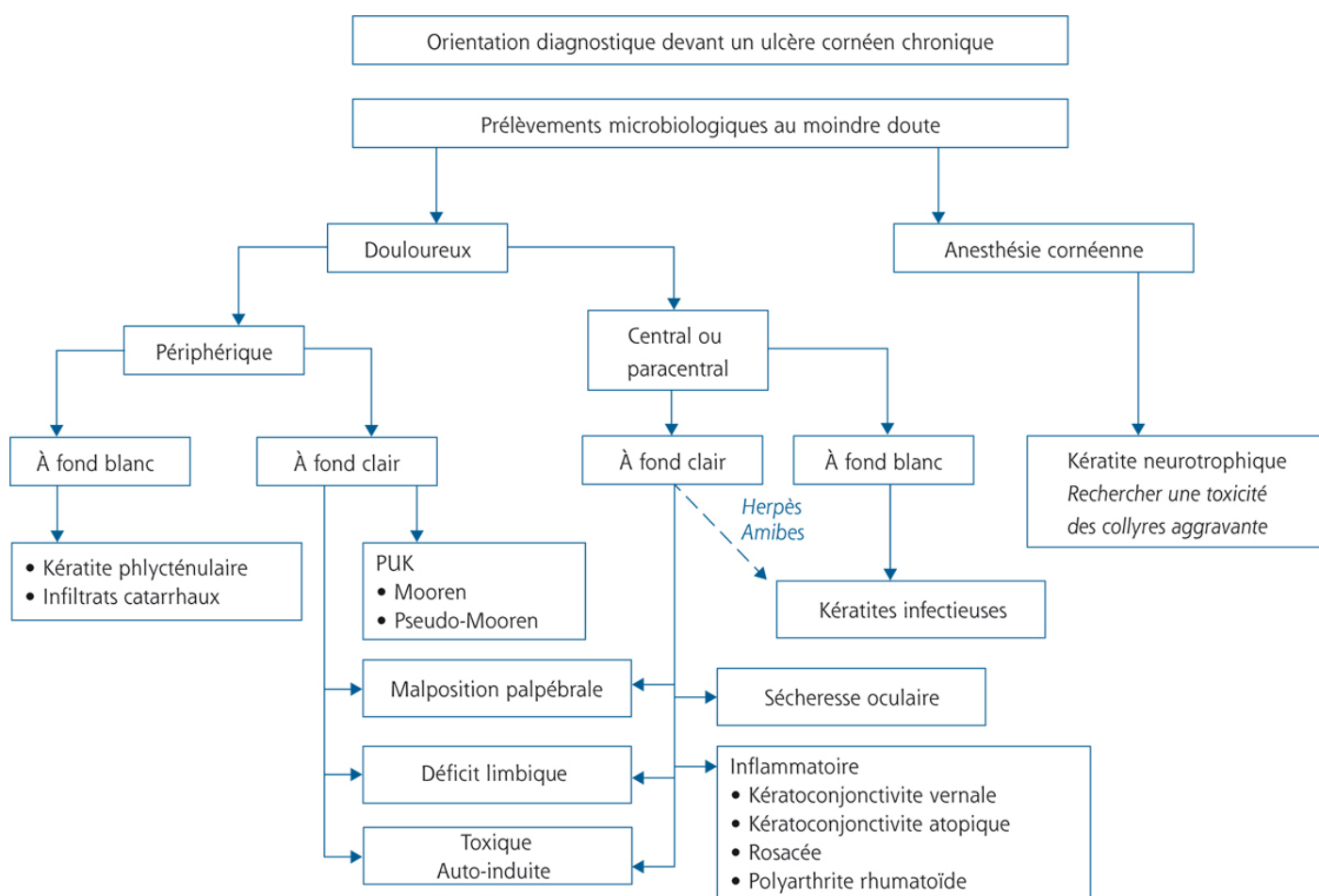
Cette fonte stromale est associée à une insuffisance lacrymale, et à des micro-érosions épithéliales en cas de syndrome de GS permettant l'entrée dans le stroma cornéen de médiateurs inflammatoires transportés par les larmes.

Les ulcères cornéens chroniques doivent faire éliminer en premier lieu: une cause infectieuse, une anomalie de la statique palpébrale, un syndrome sec sévère dans le cadre d'un syndrome de GS, ou une kératite neurotrophique. Une fois ces causes éliminées, les causes inflammatoires seront évoquées, notamment la polyarthrite rhumatoïde.

Le traitement d'urgence repose sur le sérum autologue en collyre et les larmes artificielles. La corticothérapie locale reste controversée : risque de perforation (1). Un bolus de méthylprednisolone est souvent nécessaire pour la cicatrisation. Le traitement adjuvant

est basé sur la corticothérapie orale (1mg/kg/jour). Le traitement immunosuppresseur est souvent associé, compte tenu de la gravité du tableau clinique. Certains auteurs rapportent l'intérêt de la ciclosporine à 2% en collyre, en cas de corticodépendance.

Le traitement chirurgical a également ses indications: la tarsorrhaphie en cas d'ulcère pré-perforatif, la greffe de membrane amniotique en cas d'ulcère réfractaire au traitement médical ou d'ulcère pré-perforatif ou perforé (greffe multicouche), la colle cyanoacrylate dans les perforations inframillimétriques et la greffe de cornée en cas de taie cornéenne atteignant l'axe visuel (3).



## CONCLUSION :

La kératolyse aseptique est une véritable urgence diagnostique et thérapeutique. Le diagnostic doit être évoqué devant tout ulcère cornéen stérile, avec un aspect de fonte stromale à l'emporte-pièce. Le traitement implique principalement les corticostéroïdes par voie générale. Cette manifestation oculaire constitue un tournant évolutif de la maladie, d'où l'importance de la collaboration avec les internistes, afin d'équilibrer le traitement et de préserver le pronostic fonctionnel.

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) J.Gueudry, M.Muraine, Ulcères et ulcérations cornéennes chroniques. Rapport de surface oculaire. Rapport SFO; 2015.
- (2) AS Watkins, Kempen JH, Choi D et al. Manifestations oculaires chez les patients atteints de vascularite ANCA-positive. J Ocul Biol Dis Infor 2009; 3: 12-19.
- (3) Bernauer W, LA Ficker, Watson PG et al. La gestion des perforations cornéennes associées à la polyarthrite rhumatoïde. Une analyse de 32 yeux. Ophtalmologie 1995; 102: 1325-37.