

La sidérose oculaire à propos d'un cas

S.Azennoud, M. Elyadari, M. Zarrouki, S. Harchali, S. Elmerrouni, F. Elibrahimi, E. Abdellah, A. Berraho
Service d'ophtalmologie B. Hôpital des spécialités. CHU Rabat, Maroc
Université Mohammed V Rabat

Résumé

Introduction : La sidérose est la complication inévitable de tout CEIO métallique laissé en place ou reste méconnu. La toxicité sera d'autant plus importante que le corps étranger est particulièrement concentré en fer. Même après traitement adapté, l'irréversibilité des lésions est assez fréquente, le pronostic fonctionnel est lié à la localisation et au délai de prise en charge. Le traitement est essentiellement préventif.

Nous rapportons un cas de sidérose oculaire révélé par une cataracte sidérotique post-traumatique par un morceau de fer négligé.

Mots clés : cataracte – sidérose – corps étranger.

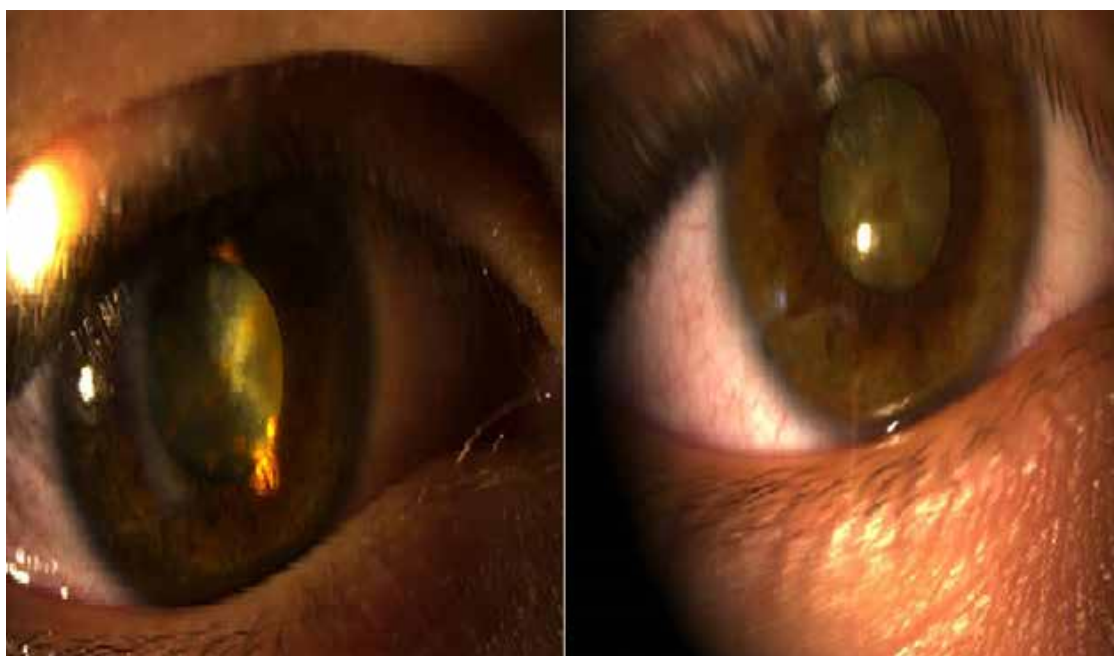


Figure 1 : Une cataracte sidérotique de l'œil gauche avec un aspect rouillé de l'iris

La présence de corps étrangers métalliques au niveau oculaire est un motif fréquent de consultation aux urgences ophtalmologiques. Les corps étrangers métalliques intra-oculaires sont responsables à court ou moyen terme de sidérose oculaire en l'absence de leur extraction. Le délai d'apparition classique est entre 2 et 12 mois.

Matériels et méthodes

Nous rapportons un cas d'un enfant âgé de 9 ans qui s'est présenté aux urgences ophtalmologiques dans un tableau de traumatisme oculaire ancien par un corps étranger intra-oculaire (CEIO) compliqué d'une cataracte sidérotique, en décrivant les lésions ophtalmologiques associées à sa cataracte, leurs prise en charge ainsi que leurs évolution.

La présence d'un corps étranger n'avait pas été diagnostiquée à l'origine et les complications nous ont obligés à le penser tardivement.

Résultats

Il s'agit d'un garçon âgé de 9 ans, 3ème de sa fratrie, vu aux urgences pour une baisse progressive de l'acuité visuelle de son œil gauche, l'interrogatoire ne révèle pas d'antécédent particulier, le début de la symptomatologie remonte à 8 mois avec une baisse progressive de l'acuité visuelle l'œil gauche suite à un traumatisme oculaire, l'examen ophtalmologique objective au niveau de l'œil atteint une acuité visuelle à PL positive sans correction, une taie cornéenne à 5h avec un pertuis irien en regard de la taie, une cataracte totale avec une coloration brune tirant sur la rouille (Figure 1), le tonus oculaire à 14mmhg et le fond d'œil était inéclairable. L'examen de l'œil controlatéral était normal.



Figure 2 : Radiographie de l'orbite face et TDM orbito cérébrale montrant le corps étranger intraoculaire

Le radiographie de l'orbite face et profil et la TDM orbito cérébrale faite, qui sont en faveur d'un CEIO (Figure 2). L'échographie oculaire de l'OG faite aussi pour voir l'état de la rétine, montre une rétine en place, la longueur axial à 23,4mm, vitré discrètement hétérogène et choroïde fine.

L'examen paraclinique a été complété par l'ERG flash qui était normal au niveau de l'OD, et d'amplitude fortement diminuée au niveau de l'OG quelque soit le mode de stimulation, PEV altéré (Figure 3).

Le patient a bénéficié d'une chirurgie de sa cataracte qui consiste en une phacophagie avec une vitrectomie antérieure et mise en place d'un implant, le corps étranger a été retiré par l'électro-aimant, l'évolution était marquée par une récupération de l'acuité visuelle à 1/10 après un mois et à 5/10 après 6 mois, le fond d'œil était normal.

Discussion

La sidérose oculaire est causée par l'oxydation du fer qui entraîne une dispersion toxique d'ions ferreux dans les cellules rétinienne résultant principalement des dommages aux photorécepteurs et de l'épithélium pigmentaire. Le fer libéré sous forme de sels, quitte son lieu d'origine pour ne laisser en place qu'un amas noirâtre et friable, non radio-opaque, même au scanner à ce stade, le diagnostic radiologique est souvent impossible [1,2].

Le fer est déposé dans les tissus épithéliaux au niveau de l'iris, le corps ciliaire, le cristallin et la rétine. Le tableau clinique de sidérose oculaire comprend : une dégénérescence progressive de la cornée avec anneau profond paralimbique de rouille, une hétérochromie irienne, une mydriase, une opacification du cristallin avec présence des petites taches de couleur rouille sur ou sous la capsule antérieure, l'imprégnation des fibres zonulaires fragilise la capsule du cristallin, ce qui rend l'extraction éventuelle de la cataracte plus risquée, une réac-

tion inflammatoire se développe et elle est responsable d'une uvéite chronique, des dépôts pigmentés se dispersent au niveau du trabéculum, causant une hypertonie oculaire. Le vitré est coloré et chargé de particules brunâtres avec un remaniement vitréen, Au pôle postérieur on note une dégénérescence pigmentaire rétinienne avec altération de la vision de nuit [3]. Les techniques d'imagerie permettent un diagnostic et un repérage de plus en plus aisés et précis des différents CEIO, on utilise la radiologie standard, l'échographie oculaire et la TDM orbitaire selon les possibilités.

L'ERG permet de faire le diagnostic de sidérose oculaire et de quantifier le degré de toxicité rétinienne, après avoir confirmé la présence d'un CEIO à la TDM [6]. Ses perturbations apparaissent bien avant les signes cliniques, avec une augmentation de l'amplitude des ondes a et/ou b au stade initial, le cas de notre patient, puis rapidement une diminution de celle-ci, l'évolution se fait petit à petit vers un aplatissement total [4,5]. Le corps étrangers doit être retiré le plus précocement possible après leur mise en évidence, leur exérèse est un acte chirurgical relativement simple qui doit être fait à temps avant l'installation des complications.

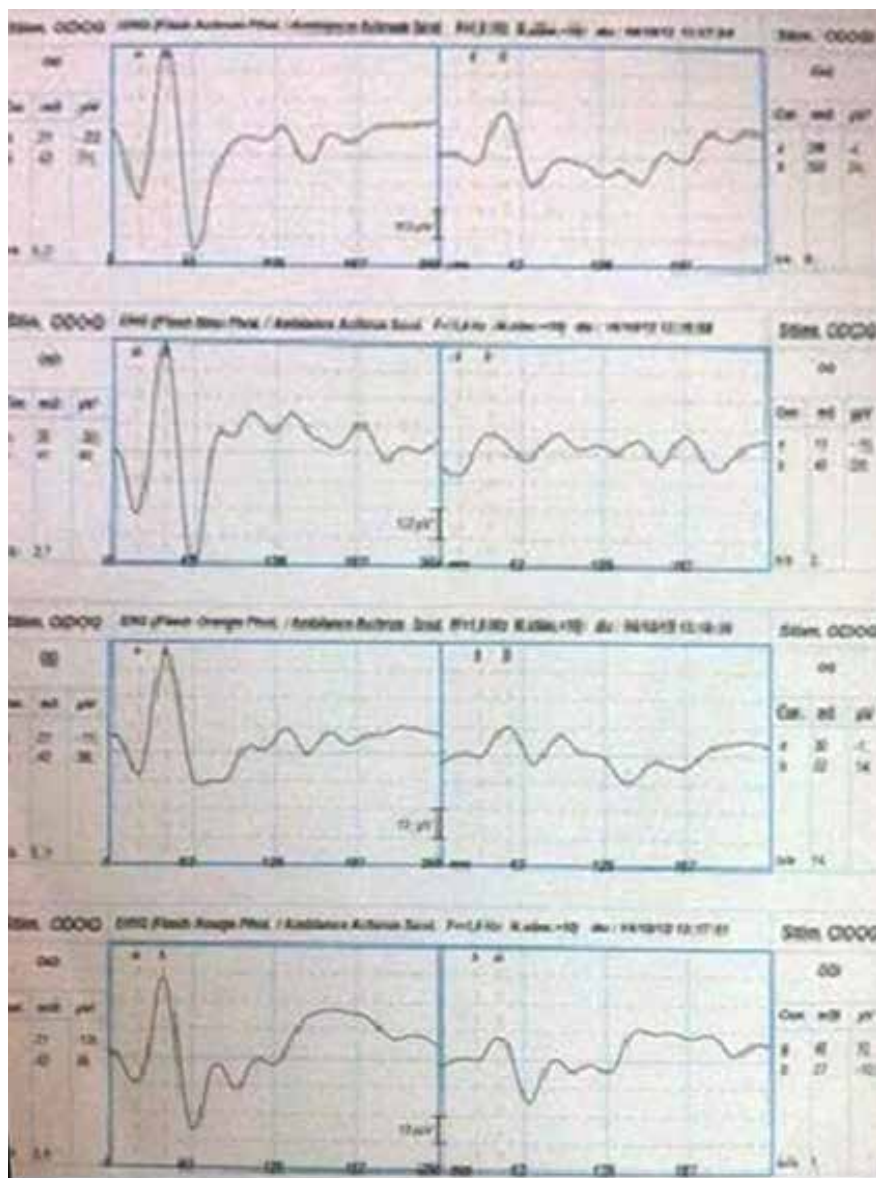


Figure 3 : L'électrorétinogramme de l'OEG

Conclusion

Tout traumatisme oculaire doit faire l'objet d'un examen radiologique réalisé sans délai et d'une prise en charge rapide afin qu'aucune complication ne survienne ultérieurement.

Références

- [1] John S R et al. Siderotic Cataract Kerala Journal of Ophthalmology Vol. XXI, No. 2 June 2009
- [2] Cazabon S, Dabbs TR, Intralenticular metallic foreign body. J Cataract Refract Surg. 2002; 28 (12):2233-4.
- [3] Arora R, Sanga L, Kumar M, Taneja M. Intralenticular foreign bodies: report of eight cases and review of management. Indian J Ophthalmol. 2000; 48 (2):119-22.
- [4] DeAngelis D, Howcroft M, Aslanides I. Siderosis bulbi with an undetectable intraocular foreign body. Can J Ophthalmol 1999;34:341-342.
- [5] Janssens D, Libert J. Étude anatomo-clinique de deux cas de sidérose oculaire Bull. Soc. Belge Ophthalmol., 272, 115-119, 1999
- [6] Kannan NB, Adenuga OO, Rajan RP, Ramasamy K. Management of Ocular Siderosis: Visual Outcome and Electroretinographic Changes. J Ophthalmol. 2016 Mar 17.