

Scléromalacie post traumatique Traumatic scleromalacia

I. Chabbar¹, B. Tamym¹, T. Bouzouba¹, L. Serghini¹, B. Ouazzani¹, A. Berraho¹

(1) Ophthalmology B, Specialty Hospital, Ibn-Sina University Hospital, Rabat, Morocco

*Corresponding Author: Imane Chabbar

Résumé : La scléromalacie correspond à un amincissement dégénératif de la sclère qui devient transparente et ectasique permettant de visualiser l'uvée pigmentée sous-jacente. L'origine post traumatique représente une des causes rares de la scléromalacie. Nous rapportons le cas d'un jeune de 26 ans, adressé en consultation pour une suspicion d'un mélanome uvéal de l'œil droit devant l'apparition d'une masse pigmentée sous conjonctivale rapidement évolutive. Une anamnèse minutieuse a révélé un antécédent de traumatisme contusif négligé remontant à 9 ans. L'examen ophtalmologique a objectivé une lésion sclérale saillante pigmentée paralimbique, située entre de 6 et 10 et mesurant 8mm sur 5mm. L'UBM a montré un contenu transsonore communiquant avec la cavité vitréenne correspondant fortement à une hernie uvéale plutôt qu'un mélanome uvéal. L'hypothèse de la fragilisation sclérale suite au dommage mécanique post traumatique a été retenue et le diagnostic de scléromalacie post traumatique a été posé. La prise en charge était chirurgicale visant la fermeture du défaut scléral après réintégration du tissu uvéal hernié.

Mots clés : Scléromalacie, traumatisme, ectasie sclérale, hernie uvéale, chirurgie.

Date of Submission: 21-05-2020

Date of Acceptance: 08-06-2020

I. Introduction

La scléromalacie correspond à un amincissement dégénératif de la sclère qui devient transparente permettant de visualiser l'uvée pigmentée sous-jacente. La scléromalacie peut être secondaire à des pathologies diverses ; telles que les maladies de système, les vascularites ou les traumatismes oculaires fragilisant mécaniquement la sclère [1]. Nous rapportons un cas clinique rare de scléromalacie d'origine post traumatique avec hernie du tissu uvéal sous-jacent et nous décrivons les modalités de prise en charge thérapeutique.

II. Rapport de cas

Il s'agit d'un jeune patient de 26 ans qui a été adressé en consultation ophtalmologique pour une suspicion d'un mélanome uvéal de l'œil droit. Le patient a rapporté la survenue d'une masse pigmentée sous conjonctivale de l'œil droit évoluant depuis six mois et augmentant rapidement de taille au cours du dernier mois. L'examen ophtalmologique a objectivé une lésion sclérale saillante entre de 6 et 10 heures, de couleur brune foncée à cheval sur le limbe et mesurant environ 8 mm sur 5 mm (Figure 1).

L'UBM (Biomicroscopie Ultrasonore) a révélé un contenu transsonore communiquant avec la cavité vitréenne correspondant fortement à une hernie uvéale plutôt qu'un mélanome uvéal. La reprise d'une anamnèse plus approfondie a révélé une notion de traumatisme contusif par coup de bâton remontant à 9 ans négligé par le patient et une notion de toux quinteuse prolongée d'origine allergique remontant au dernier mois. Nous avons ainsi retenu l'hypothèse de la fragilisation de la sclère suite au dommage traumatique suivie du développement progressif d'une scléromalacie avec hernie du tissu uvéal. L'augmentation rapide de la taille de la lésion peut s'expliquer par les efforts de toux quinteuse augmentant la pression intraoculaire. Le patient a été suivi pendant plusieurs semaines et une stabilité lésionnelle a été observée.



Figure 1 : scléromalacie de l'œil droit avec hernie du tissu uvéal

Sur le plan thérapeutique, une chirurgie a été programmée visant la réintégration du tissu uvéal hernié à travers la zone scléro-limbique amincie suivie de la fermeture de la sclère de proche en proche par des points séparés à la soie non résorbable et de la conjonctive par des points auto enfouis au Vicryl 7/0 (figure 2). Les suites opératoires immédiates étaient simples marquées par un léger œdème cornéen para-limbique au contact de la sclère suturée. Le suivi à un an n'a pas noté de récurrence.



Figure 2 : aspect postopératoire

III. Discussion

La sclère est la tunique la plus externe de l'œil. Cette structure fibreuse est la plus solide et la plus résistante des tuniques de l'œil assurant ainsi sa protection mécanique [2]. La scléromalacie correspond à un affaiblissement dégénératif de la sclère qui devient amincie et transparente permettant de visualiser l'uvée pigmentée sous-jacente[2]. Elle peut être secondaire à des pathologies diverses. La scléromalacie sévère peut être une complication des sclérites nécrosantes auto-immunes survenant dans le cadre de maladies de système comme la polyarthrite rhumatoïde ou dans le cadre de vascularites avec atteinte du tissu conjonctif comme la granulomatose de Wegener [3,4,5]. Des causes traumatiques telles qu'un traumatisme local de la sclère peut également fragiliser mécaniquement la sclère et être responsable de scléromalacie [6]. En effet, quel que soit le mécanisme, l'altération du tissu conjonctif scléral est accompagnée d'un remodelage tissulaire anormal influençant l'intégrité structurale du globe oculaire et pouvant conduire à une véritable ectasie sclérale. Ainsi, la scléromalacie peut se compliquer de perforation oculaire spontanée ou suite à un traumatisme mineur [1]. Concernant la prise en charge, elle vise l'obtention d'une stabilisation de la scléromalacie. Elle implique plusieurs moyens thérapeutiques en fonction de la gravité et l'évolutivité de la scléromalacie et de la pathologie causale. En général, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les corticostéroïdes et les agents immunomodulateurs sont préconisés dans le traitement des sclérites nécrosantes auto-immunes[7]. Les indications les plus courantes de la chirurgie comprennent l'amincissement scléral sévère avec risque élevé de perforation ou la rupture sclérale proprement dite [8,9]. Dans notre cas, le patient ne présentait aucune pathologie inflammatoire ou auto-immune sous-jacente et l'origine post traumatique était fortement évoquée devant les antécédents et les examens du patient. La prise en charge était purement chirurgicale visant la fermeture du défaut scléral et la réintégration du tissu uvéal hernié, sans récurrence notable.

IV. Conclusion

L'origine post traumatique représente une des causes rares de la scléromalacie. Elle est secondaire à un processus mécanique altérant l'intégrité sclérale. L'anamnèse clinique policière constitue une étape primordiale dans l'étude diagnostique afin d'instaurer une conduite thérapeutique adaptée.

Déclaration Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucuns conflits d'intérêts.

Références

- [1]. Sims J. Scleritis: presentations, disease associations and management. *Postgrad Med J* 2012; 88 (1046): 713-718.
- [2]. Watson, P.G., Young, R.D. Scleral structure, organisation and disease. A review. *Experimental eye research*, 2004, vol. 78, no 3, p. 609-623.
- [3]. Almaliotis D, Zakalka M, Gerofotis A, Chatzicharalampous K, Efstathiou M, Daniilidis M, et al. Ocular manifestations in Rheumatoid Arthritis. *Open J Ophthalmology*. 2016;6:170-5
- [4]. Lamba N, Lee S, Chaudhry H, Foster CS. A review of the ocular manifestations of rheumatoid arthritis. *Cogent Med*. 2016;3:1243771
- [5]. Reddy SC, Tajunisah I, Rohana T. Bilateral scleromalacia perforans and peripheral corneal thinning in Wegener's granulomatosis. *Int J Ophthalmol*. 2011;4(4):439-42.
- [6]. Nakazawa M, Tamai M, Kiyosawa M, Watanabe Y. Homograft of preserved sclera for post-traumatic scleral staphyloma in Ehlers-Danlos syndrome. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1986;24:247-50
- [7]. Jabs DA, Mudun A, Dunn JP, et al. Episcleritis and scleritis: clinical features and treatment results. *Am J Ophthalmol* 2000;130:469-76
- [8]. Okhravi N, Oduduwa B, McCluskey P, Lightman S. Scleritis. *Surv Ophthalmol* 2005;50(4):351-363
- [9]. Daniel Diaz J, Sobol EK, Gritz DC. Treatment and management of scleral disorders. *Surv Ophthalmol* 2016;61(6):702-717

Imane Chabbar, et al. "Scléromalacie post traumatique." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 19(6), 2020, pp. 38-40.