



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/13009

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/13009>



RESEARCH ARTICLE

THYROID-ASSOCIATED ORBITOPATHY : RETROSPECTIVE STUDY OF 6 CASES

Dr. K. Housni, Dr. I. Hanafi, Dr. C. Baqadir, Dr. O. Nabih, Pr. L. Elmaaloum, Pr. B. Allali and Pr. A. Elkettani

Service d'Ophtalmologie Pédiatrique - Hôpital 20 Aout 1953 - CHU Ibn Rochd Casablanca.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 10 April 2021

Final Accepted: 14 May 2021

Published: June 2021

Key words:-

Orbitopathie
Exophtalmie,
Corticothérapie

Dysthyroïdienne,
Complications,

Abstract

Introduction : L'orbitopathie dysthyroïdienne est une pathologie inflammatoire de l'orbite d'origine dysimmunitaire, survenant le plus souvent dans un contexte d'hyperthyroïdie, rarement d'hypothyroïdie, et constitue la première cause d'exophtalmie chez l'adulte.

Matériel et méthode : Nous avons mené une étude rétrospective sur 6 patients présentant une ophtalmopathie dysthyroïdienne modérée et sévère, admis au service d'ophtalmologie de l'Hôpital 20 Aout 1953 de Casablanca sur une période s'étalant entre 2017 et 2019.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 45 ans, avec un sexe ratio H/F de 2. Deux patients étaient suivis pour maladie de BASEDOW. Une exophtalmie bilatérale douloureuse était présente chez tous les malades. Trois patients ont présenté un déficit oculo-moteur (50%). Un seul patient a présenté une diplopie binoculaire. Une hypertension oculaire a été retrouvée chez un seul patient et un patient a présenté une kératite d'exposition ayant nécessité une blépharorrhaphie. La prise en charge thérapeutique avait compris une corticothérapie dans 100% des cas. L'évolution a été favorable chez tous nos malades.

Conclusion : L'orbitopathie ou l'ophtalmopathie dysthyroïdienne est une pathologie relativement fréquente. La prise en charge diagnostique et thérapeutique est multidisciplinaire.

Copy Right, IJAR, 2021,. All rights reserved.

Introduction:-

L'ophtalmopathie dysthyroïdienne est une pathologie inflammatoire de l'orbite qui s'associe ou non à des troubles endocriniens. Cependant des formes purement ophtalmologiques existent, et le diagnostic peut être fait par l'ophtalmologiste. Il repose sur une analyse de la position des paupières, un examen oculomoteur, une analyse des signes inflammatoires, une mesure de l'exophtalmie, et une recherche de souffrance du nerf optique.

A travers ce travail, nous allons mettre le point sur les aspects cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutifs de la maladie.

Matériel Et Methode:-

Il s'agit d'une étude rétrospective incluant 6 Patients admis au service d'ophtalmologie de l'hôpital 20 Aout pour une orbitopathie dysthyroïdienne sur une période de 2 ans allant de 2017 à 2019.

Corresponding Author:- Dr. K. Housni

Address:- Service d'Ophtalmologie Pédiatrique - Hôpital 20 Aout 1953 - CHU Ibn Rochd Casablanca.

Tous les patients ont bénéficié d'un examen ophtalmologique complet : mesure de l'acuité visuelle, examen des annexes (état palpébral++), examen de la motilité oculaire, examen biomicroscopique, prise du Tonus oculaire, Fond d'œil.

Un scanner crânio-orbitaire a été demandé pour tous les patients ; Il a permis de préciser l'état des muscles oculomoteurs et le grade de l'exophtalmie et éliminer une pathologie tumorale compressive.

Un bilan orthoptique avec test de Lancaster on été demandé en cas de diplopie.

Tous les patients ont bénéficié d'une prise charge parallèle par l'endocrinologue.

Resultats;-

L'âge moyen des patients était de 45 ans avec un extrême allant de 28 ans à 60 ans.

Nous avons noté une prédominance masculine avec un sexe RATIO H/F égal à 2.

Deux patients avaient comme antécédents une thyroïdectomie dans le cadre de la maladie de BASEDOW.

Tous les patients ont présenté une exophtalmie bilatérale douloureuse (100%).

La rétraction palpébrale a été notée chez 5 patients (83%). Un chémosis conjonctival important a été présent chez 1 seul patient (16,5%).

3 patients ont présenté un déficit oculomoteur (50%) : 2 patients avec ophtalmoplégie, et 1 seul présenté un déficit de l'abduction de l'œil droit.

Un seul patient a présenté une diplopie binoculaire (16,5%) ayant nécessité dans l'immédiat une occlusion monoculaire pour soulagement avec un bilan orthoptique et un test de Lancaster mettant en évidence une parésie du muscle oculomoteur externe droit.

Une hypertonie oculaire a été trouvée chez 1 seul patient (16,5%) ; il a été mis sous traitement hypotonisant à base de bétabloquant collyre.

1 seul patient a présenté une kératite d'exposition de l'œil gauche (16,5%) ayant nécessité une blépharorrhaphie et un traitement renforcé par les larmes artificielles. L'évolution a été bonne avec éclaircissement cornéen.

Le fond d'œil était normal chez tous les patients.

Tous les patients ont bénéficié d'un bolus de corticothérapie pendant 3 jours relayé par une corticothérapie à dose pleine (1mg/kg/j) par voie orale.

L'évolution a été favorable dans les 6 cas : amélioration de la symptomatologie, régression de l'exophtalmie et des signes inflammatoires, récupération d'une motilité oculaire complète.

1 seul patient a développé une cataracte cortisonique de l'œil droit, pour laquelle il a bénéficié d'une chirurgie avec implantation d'un implant pliable de la chambre antérieure.



Figure 1:- Exophtalmie bilatérale symétrique avec un chémosis conjonctival bilatéral plus important à gauche.



Figure 2:- Exophtalmie bilatérale asymétrique plus accentuée à gauche , avec rétraction palpébrale, chémosis et kératite d'exposition importants.

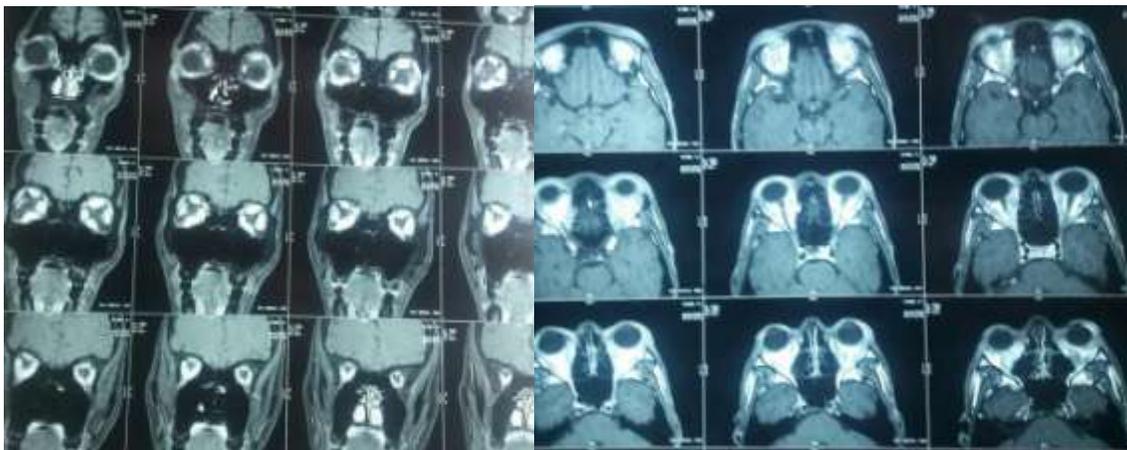


Figure 3:- Aspect d'une IRM cranio-orbitaire en faveur d'une orbitopathie dysthyroïdienne : élargissement bilatéral des muscles droits inférieure, médiale et latérale avec respect des tendons et hypertrophie de la graisse orbitaire.

Discussion:-

L'orbitopathie dysthyroïdienne touche préférentiellement les femmes avec un sexe ratio de 5,4/1. En Revanche les formes masculines sont plus rares mais plus sévères [1 OD2]. Elle est retrouvée chez 20 à 40 % des patients atteints de maladie de Basedow, et chez 2% des patients de la maladie de Hashimoto [1,2].

Il s'agit d'une pathologie inflammatoire d'origine dysimmunitaire qui s'observe surtout dans un contexte d'hyperthyroïdie, rarement d'hypothyroïdie. Elle constitue la première cause d'exophtalmie chez l'adulte [3].

L'atteinte est le plus souvent bilatérale dans 80 à 90 % des cas. Le début est le plus souvent insidieux avec une symptomatologie riche.

La physiopathologie des OD n'est pas bien connue ; elle serait d'origine dysimmunitaire en rapport avec une infiltration lymphocytaire des muscles orbitaires et de la graisse périorbitaire [4]. Chez des patients présentant une prédisposition génétique, sous l'effet de stress, les fibroblastes orbitaires sont stimulés par des mécanismes d'immunité humorale (anticorps anti-récepteur de la thyroïdostimuline (TSH)) et cellulaire intra-orbitaire (cytokines). Cette stimulation provoque des réactions inflammatoires au sein des tissus orbitaires (graisse, muscles oculomoteurs), avec une prolifération des adipocytes et des fibroblastes expliquant l'hypertrophie graisseuse et la fibrose des muscles oculomoteurs. Ces réactions en cascades expliquent les signes cliniques de cette maladie. [5,6]

L'évolution naturelle de la maladie a été décrite par **Rundle** en 1957 [7] : Le début est insidieux, rarement aigu. Il existe deux phases : une phase active inflammatoire où se succèdent poussées et rémissions pendant 12 à 18 mois, suivie d'une phase statique qui peut durer un an, voire plus.

La sévérité et la durée de l'OD sont imprévisibles. Le traitement à la phase inflammatoire va raccourcir la durée de l'évolution de l'OD et sera le plus souvent marqué par la persistance de séquelles plus ou moins importantes [3]

Le motif de consultation dans le cadre des OD reste variable. Le patient peut se plaindre des signes d'irritation oculaire à type de larmoiement ou de photophobie ; parfois le patient accuse des douleurs profondes ou rétro-oculaires, spontanées ou à la mobilisation du globe oculaire associée ou non à une diplopie binoculaire. Plus rarement, l'orbitopathie peut se révéler par une baisse d'acuité visuelle.

L'examen ophtalmologique, bilatéral et comparatif, recherchera les signes cliniques évocateurs de l'orbitopathie dysthyroïdienne.

Signes inflammatoires :

Il s'agit d'une hyperhémie avec chémosis conjonctival, ou un œdème palpébral. Parfois la douleur à la mobilisation du globe témoigne d'une inflammation orbitaire profonde. Ces signes inflammatoires sont importants à rechercher afin de permettre une instauration précoce d'un traitement adapté pour freiner l'évolution de l'orbitopathie.

Signes palpébraux :

La rétraction palpébrale est présente dans 90 % des cas. Initialement, cette rétraction est principalement liée à une réponse sympathicomimétique avec hyperstimulation du muscle de Müller, puis elle est liée à la fibrose musculaire. La rétraction est confirmée par l'asynergie oculo-palpébrale, ou signe de Von de Graefe, correspondant à un retard ou un défaut de descente de la paupière supérieure lors de la mobilisation du globe vers le bas, laissant apparaître la sclère. Elle est responsable d'une lagophtalmie par malocclusion palpébrale.

Signes oculomoteurs

Ils sont présents chez 40 à 60% des patients avec orbitopathie dysthyroïdienne. Ils se manifestent par une limitation de la motilité oculaire ou une diplopie binoculaire due à l'inflammation, puis la fibrose des muscles oculomoteurs.

Le muscle le plus atteint est le muscle droit inférieur (43 à 93 %), mais la maladie peut toucher tous les muscles oculomoteurs à l'exception de l'oblique inférieur qui n'est jamais touché.

L'atteinte oculomotrice est documentée par le test de Lancaster. Ce test permettra de suivre l'évolution de l'atteinte oculomotrice et servira de référence pour le traitement chirurgical en cas de fibrose définitive séquellaire.

Exophtalmie

Elle est axiale, bilatérale, symétrique dans 70 % des cas, très rarement unilatérale. Elle est mesurée par un exophtalmomètre de type Hertel (> 20 mm ou écart > 2 mm entre les 2 yeux). L'imagerie permettra d'apprécier au mieux cette dystopie oculaire et son mécanisme.

Complications :**Atteinte cornéenne**

la rétraction permanente de la paupière supérieure ainsi que l'inocclusion palpébrale dans les formes sévères d'exophtalmie sont à l'origine d'une exposition cornéenne qui peut être responsable d'un syndrome sec oculaire, de kératites d'exposition voire d'ulcères, d'abcès ou de perforations cornéennes.

Neuropathie optique

Elle est présente chez 4 à 8 % des patients atteints d'Orbitopathie dysthyroïdienne. Il s'agit d'une neuropathie optique compressive par les muscles oculomoteurs hypertrophiés. Elle se manifeste cliniquement par une baisse d'acuité visuelle avec un déficit pupillaire afferent. Le champ visuel peut objectiver un rétrécissement concentrique ou un scotome para-central. C'est une urgence thérapeutique ; le traitement fait appel au bolus intraveineux de stéroïdes, ou une radiothérapie, voire même une chirurgie de décompression orbitaire postérieure. Le pronostic est en général bon en cas de prise en charge précoce et adaptée.

Hypertonie oculaire

Elle peut être liée soit à une gêne au retour veineux ou une compression du globe par des muscles fibrosés. La prise en charge de cette hypertonie oculaire repose sur un traitement hypotonisant associé à une corticothérapie ou une radiothérapie externe en p et une décompression orbitaire.

Dans le cadre des investigations paracliniques, Les explorations neuroradiologiques (TDM et IRM) permettent d'apporter des arguments en faveur du diagnostic et l'évaluation de l'exophtalmie, ainsi que l'analyse du contenu orbitaire.

Le scanner est plus spécifique que l'IRM pour mettre en évidence l'hypertrophie musculaire alors que l'IRM est plus indiquée pour évaluer l'inflammation, le degré de la fibrose [8].

Le champ visuel et la vision de couleurs ne sont pas systématiques. Ces deux examens sont demandés à la recherche d'une atteinte compressive du nerf optique. L'altération du champ visuel ainsi que de la vision des couleurs confirme le diagnostic d'une neuropathie optique et pose l'indication d'un traitement rapide et adapté

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge de l'orbitopathie dysthyroïdienne est multidisciplinaire. Elle comporte plusieurs volets : l'arrêt du tabagisme ,facteur majeur d'aggravation ,le traitement antithyroïdien de synthèse afin d'obtenir une équilibration thyroïdienne stable ...

Le traitement de référence de l'Orbitopathie thyroïdienne reste la corticothérapie par bolus intraveineux. En cas de cortico-résistance ou une contre indication à la corticothérapie, une radiothérapie externe à faible dose peut être indiquée.

Le traitement chirurgical n'intervient généralement qu'à la phase séquellaire(chirurgie oculomotrice, chirurgie palpébrale), ou en urgence pour les neuropathies optiques compressive (chirurgie de décompression).

Conclusion:-

L'orbitopathie dysthyroïdienne est une pathologie dysimmunitaire d'étiopathogénie complexe. Sa prise en charge nécessite une approche multidisciplinaire. Un Diagnostic précoce, permet d'instaurer un traitement rapide et adapté pour assurer un meilleur pronostic fonctionnel et esthétique.

References:-

1. Lehmann GM, Feldon SE, Smith TJ, Phipps RP. Immune mechanisms in thyroid eye disease. *Thyroid* 2008;18:959-65.
2. Badelon I, Chaîne G, Ducasse A. Ophthalmopathie associée aux maladies thyroïdiennes. *Encyclopédie-Nutrition Ophthalmologie* 10-003-A-50, 21-453-A-20, 1 998.
3. Leray B, Imbert P, Thouvenin D, Boutault F, Caron P. Prise en charge diagnostique et thérapeutique d'une orbitopathie dysthyroïdienne : une affection multidisciplinaire. *J Fr Ophthalmol* 2013;36(10):874-85
4. Weetman AP. Thyroid-associated eye disease: pathophysiology. *Lancet* 1991;338:25—8.

5. Smith TJ, Hegedüs L, Douglas RS. Role of insulinlike growth factor-1 (IGF-1) pathway in the pathogenesis of Graves' orbitopathy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2012;26:291-302.
6. Zarkovic M. The role of oxidative stress on the pathogenesis of Graves' disease. *J Thyroid Res* 2012;2012:302537.
7. Rundle F.F. Management of exophthalmos and related ocular changes in Graves' disease *Metabolism* 1957 ; 6 : 36-48
8. Sillaire I., Ravel A., Dalens H., Garcier J.M., Boyer L. Graves' ophthalmopathy: Usefulness of T2 weighted muscle signal intensity *J Radiol.* 2003 ; 84 : 139-142.