CAT devant une exophtalmie

Dr.Belaribi

I-Définition :

L'exophtalmie est une inadéquation entre contenant et contenu au niveau de l'œil. Le contenant (orbite) étant inextensible, c'est le contenu qui va augmenter de volume entrainant le protrusion du globe oculaire (graisse et muscles) en avant du rebord orbitaire.

Mode de révélation de plusieurs pathologies y compris les tumeurs.

II-Diagnostic différentiel : Fausses exophtalmies

- Forte Myopie unilatérale : (dépassant les -6) au moindre doute confirmer avec une écho-biométrie (mesure de la longueur antéro-postérieure du globe).
- Exorbitisme : contenant réduit (fermeture précoce des sutures orbitaires)
- Enophtalmie de l'œil controlatéral.

III- Diagnostic positif : Avant tout clinique ++

01-Interogatoire :

-ATCD endocriniens, carcinologiques.

-Profession (Ebéniste et kc des sinus ++).

-Mode d'installation (progressif (2mois) =tm, lymphome / brutal + AEG = infection).

02-Examen :

- Inspection :

-Exophtalmie axile ou déviée.

-Signes inflammatoires, ptosis, rétraction palpébrale, hyperhémie conjonctivale, œdème palpébral. (ex : faux ptosis + œdème palpébral = processus infectieux / rétraction palpébrale « sclair show » = pathologie endocrinienne).

-Regarder le patient de profil pour comparer les deux yeux.

- Palpation :

-Réductibilité, sans appuyer trop fort = risque de reflexe oculocardiaque (bradycardie).
-Thrill.
-ADP.

- Auscultation :

-Souffle de la fosse temporale (origine vasculaire).

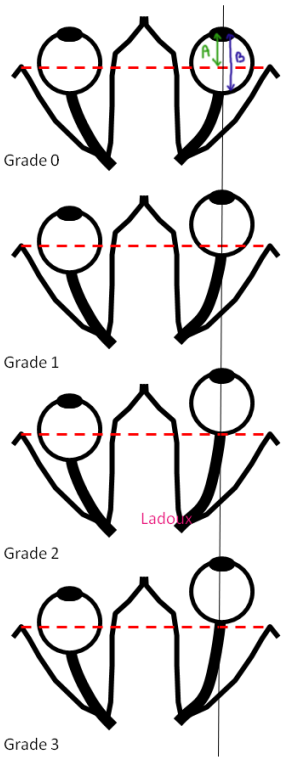
- Motilité oculaire :

-Existence d'une douleur ou diplopie ou limitation des mouvements (atteinte des muscles).

- Chiffrer l'exophtalmie :

-On utilise l'ophtalmomètre de Hertel, c'est une exophtalmie si :

la différence entre le 2 globes est >2mm (unilatérale) ou si le diamètre >21mm .



-Comparer avec des photos anciennes.

- Acuité visuelle : de près et de loin (myopie forte ++)
- Lampe à fente :

-Conjonctive: dilatation des vaisseaux en tête de méduse (vasculaire++).

-Cornée exposée : risque de kératite, recherche d'érosions par test à la fluo.

-Muscles oculomoteurs : inflammation (myosites) = compression du globe oculaire = augmentation du tonus ++

-La différence entre tonus en position normale et dans le regard vers le haut >4 mmhg oriente vers les dysthyroidies.

- Fond d'œil :

-Œdème papillaire par compression (au-delà de 3 semaines = atrophie optique).
-Turgescence ou tortuosité de l'artère et veines rétiniennes (compression).

- Caractériser l'exophtalmie :

-Axile/directe : processus intraconique, peu ou pas réductible, généralement pas de diplopie ni de limitation des mouvements, BAV (atteinte du nerfs optique), au FO pâleur et œdème papillaires.

-Non Axile : processus extraconique, déviation du globe selon la position du processus, diplopie, limitation des mouvements, nerf normal ou atteint selon le volume du processus.

-Bilatérale : granulomateuse et non granulomateuse. Dysthyroidie en 1er ou maladie systémique ou vascularites.

-Unilatérale : infectieuse ou tumorale (mais pas toujours, on peut trouver des métastases bilatérales).

<u>03- Examens complémentaires :</u>

- CV automatisé : neuropathie optique = urgence thérapeutique.
- Lancaster : muscle atteint.
- Radio : TDM ou IRM (tm+).

-Confirme l'exophtalmie par l'idice oculo-orbitaire IOO sur une coupe axiale. IOO = A/B X100= 70% normal

Grade1 : 70-100%

Grade2 : 100%

Grade3 : >100%

-Atteinte musculaire (la myosite idiopathique atteint les tendons alors que la dysthyroidie les respecte).

-Dysthyroidie TDM sans injection (produit de contraste iodé).

-Echo doppler : TM++

- Biologie : FNS VS CRP +/- hémoculture (infection) / Bilan thyroidien.
- Anapath : ponction, biopsie pour les tumeurs (immunomarquage pour le lymphome).

IV-Etiologies :

01-Vasculaire : Fistule carotido-caverneuse++
-notion de traumatisme avec rhinorrhées.
-unilatérale, pulsatile, souffle temporale, thrill, réductible à la paplpation.
-augmentation de l'exophtalmie dans la position penchée en avant et la toux = VALSALVA +
-dilatation des vx de la conjonctive en tête de méduse.
-Angio-IRM ++ (envoyer en neurochir en urgence).

02-Inflammatoire :

*Non spécifique : Myosite idiopathique / dacryoadénite / inflammation orbitaire antérieure ou diffuse.

-diplopie, douleur, compression papillaire.

-traitement selon l'étiologie généralement pour les myosites on donne un traitement par AINS, si le patient ne répond pas, on augmente par palier jusqu'aux immunosupresseurs.

*Spécifique : infectieuse ou maladie systémiques

-uni ou bilatérale.

-Vascularites, connectivites (sarcoidose, granulomatose de Wegener= atteinte oculaire musculaire+rénale+ORL).

-Cellulite orbitaire (à staph chez l'adulte et à HI chez l'enfant).

-Kyste hydatique.

TRT : selon l'étiologie pour les maladies de système corticoïdes, immunosuprésseurs, immunomodulateurs).

03-Tumorale :

- Bénignes :

*Adulte : Méningiome (femme ménopausée, grande aile du sphénoïde++, exophtalmie axile avec atteinte du nerf optique), tm mésenchymateuses (Lipome, fibrome) , tm vasculaires (varices orbitaires).

*Enfant : Gliome (neurofibromatose de Von Recklinghausen), hémangiome capillaire (tm vasculaire la plus fréquente de l'enfant, pas directement à la naissance, fille prématurée et faible poids de naissance, trt= Beta bloquants + chirurgie pour certaines formes cutanées), kyste épidermoïde.

- Malignes :

-Primitive : bilatérale++

*Adulte : Lymphome >50ans

*Enfant : Rhabdomyosarcome (temporal supérieur, 8-14ans, globe dévié en bas et en dedans) URGENCE VITALE!

-Propagée : unilatérale++

Spinocellulaire palpébrale, kc des sinus , kc du cavum, tm du globe oculaire : (Adulte=Mélanome choroïdien, Enfant=Rétinoblastome).

-Métastases : unilatérale ou bilatérale

*Adulte : Kc du sang (choroïdiennes bilatérales), poumon, prostate..

*Enfant : Neuroblastome (ecchymoses en lunettes, bilatérale ++).

04-Traumatique :

-Emphysème sous cutané.

-Hématome intraorbitaire (trt médical sinon drainage chirurgical) ou extrapériosté.

TDM++

05-Orbitopathie dysthyroîdienne :

-Maladie auto-immune distincte, non pas une complication de la dysthyroidie.

-Associée une hypo hyper ou même euthyroïdie.

-1ère cause d'exophtalmie et de diplopie binoculaire chez l'adulte jeune.

-Altération de la qualité de vie.

-Facteurs de risque : Tabac+++, stress, passage rapide à l'hypothyroïdie.

-Prédominance féminine.

-Clinique : œil sec, 90% bilatérale, photophobie, fatigue visuelle, œdèmes palpébraux, asynergie dans le regard vers le bas, regard figé, rétraction de la paupière supérieure avec

sclair show, les signes inflammatoire doivent être scorés et conditionnent la stratégie thérapeutique.

-Si présence de neuropathie optique, ou atteinte cornéenne ou de tous les muscles = URGENCE THERAPEUTIQUE!

-Bilan thyroïdien/ TDM sans injection/parfois IRM.

-Traitement :

Minime :

-arrêt du tabac.

-mouillons (larmes artificielles).

-lunettes antiUV.

-dormir la tête surélevée pour les œdèmes.

-rétraction palpébrale inesthétique => inj de toxine botulique.

Modérée/sévère :

-Corticoïdes per os 0.5 -1 mg/kg/j si orthopathie maligne : 10mg/kg/j avec dégression très lente.

-ECHEC : association immunosupresseurs.

-ECHEC : Radiothérapie fractionnée toujours en association à la corticothérapie.

-ECHEC : chirurgie en cas d'échec du trt ou stade de fibrose :

1-décompression orbitaire en agissant sur l'os orbitaire ou la graisse périorbitaire.

2-chirurgie des muscles si strabisme.

3-chirurgie du regard (paupière).

NB : il faut toujours respecter l'ordre chronologique des 3 chirurgies, jamais de chirurgie des muscles avant la décompression.