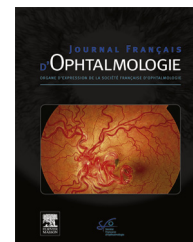




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE ÉLECTRONIQUE

Invasion néovasculaire de l'interface endothélio-descemetique au décours d'une kératoplastie lamellaire antérieure profonde[☆]

Neovascular invasion of the endothelio-descemetetic interface occurring after deep anterior lamellar keratoplasty

L. Pinsard*, F. Malet, J. Colin, D. Touboul

Service d'ophtalmologie, Centre national de référence du kératocône (CRNK), hôpital Pellegrin, CHU de Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux cedex, France

Reçu le 17 mai 2012 ; accepté le 16 août 2012
Disponible sur Internet le 24 avril 2013

MOTS CLÉS

Néovascularisation ;
Cornée ;
Kératoplastie
lamellaire antérieure
profonde ;
Bevacizumab ;
Thermocautérisation ;
Rejet ;
Avastin ;
Inflammation

Résumé

Introduction. – L'interface endothélio-descemetique (IED) d'une kératoplastie lamellaire antérieure profonde (KLAP) peut faire le lit d'une prolifération néovasculaire. Le bevacizumab (avastin) est une alternative anti-angiogénique disponible pour le traitement curatif des néovaisseaux cornéens (NVC) de localisation profonde.

Observation. – Nous rapportons le cas d'une femme de 49 ans qui, après avoir bénéficié d'un traitement d'astigmatisme par incisions relaxantes sur KLAP, a présenté un épisode de rejet stromal associé à une invasion néovasculaire importante de l'IED, donneur-receveur. Deux injections sous-conjonctivales de bevacizumab à un mois d'intervalle ainsi qu'une cautérisation du tronc néovasculaire nourricier furent nécessaires et efficaces. Il n'a pas été constaté de récurrence après deux années de surveillance.

Discussion. – L'appel néovasculaire dans l'IED NVC peut être une cause du rejet de greffe pré-descemetique. L'association d'agents anti-angiogéniques et de moyens physiques permet de juguler le rejet de greffe et de restituer une bonne fonctionnalité, durablement.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Le texte de cet article est également publié en intégralité sur le site de formation médicale continue du *Journal français d'ophtalmologie*, <http://www.e-jfo.fr>, sous la rubrique « Clinique » (consultation gratuite pour les abonnés).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : loic.pinsard@gmail.com (L. Pinsard).

KEYWORDS

Neovascularization;
Cornea;
Deep anterior
lamellar
keratoplasty;
Bevacizumab;
Thermocauterization;
Rejection;
Avastin;
Inflammation

Summary

Introduction. — The endothelio-desceletic interface (EDI) of a deep anterior lamellar keratoplasty (DALK) may become the locus of a neovascular proliferation. Bevacizumab (Avastin) is an antiangiogenic alternative available for curative treatment in deep corneal neovascularization. **Observation.** — We report the case of a 49-year-old woman who had received two arcuate relaxing incisions for high astigmatism after DALK. She developed graft rejection associated with significant neovascular stromal invasion in the EDI of the graft-host interface. Two subconjunctival injections of bevacizumab 1 month apart as well as thermocauterization of the feeding vessel were necessary and effective. No recurrence has been observed after 2 years of follow-up.

Discussion. — Corneal neovascularization can be a cause of DALK rejection. A combination of anti-angiogenic and physical methods may abort graft rejection and permanently restore graft function.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Malgré la réduction du risque de rejet dans les kératoplasties lamellaires antérieures profondes (KLAP) [1], les facteurs de risques communs aux kératoplasties transfixiantes (KT) doivent être considérés [2]. La néovascularisation cornéenne (NVC) de l'interface de KLAP est une complication spécifique connue [3,4] pouvant entraîner un rejet.

La cornée saine, normalement avasculaire et alymphatique, bénéficie d'un privilège immunologique participant à la tolérance du greffon. Une kératite chronique, une hypoxie, une inflammation chronique, une suture favorisent l'apparition de NVC [5,6]. Ils véhiculeraient l'immunité cellulaire et humorale, entraînant un rejet [7]. Cet épisode inflammatoire peut en retour favoriser la croissance d'autres NVC, aboutissant à un phénomène d'auto-entretien de l'inflammation. Il a été montré que le facteur de croissance de l'endothélium (VEGF) est un médiateur puissant, non seulement de l'angiogenèse pathologique mais aussi de la prolifération des vaisseaux lymphatiques qui accompagnent l'inflammation dans des cornées vascularisées expérimentales [8,9]. À notre connaissance, nous rapportons le premier cas de rejet aigu stromal profond néovascularaire sur une KLAP apparu après incisions arciformes, ayant nécessité un traitement combinant bevacizumab sous-conjonctival (SC) et cautérisation, avec succès.

Observation

En avril 2007, Mme M., 46 ans, atteinte de dystrophie cornéenne stromale grillagée familiale, avait bénéficié d'une kératoplastie lamellaire antérieure profonde (KLAP) sur son œil gauche (OG) réalisée (D.T.) selon la technique de la « big-bubble » [10], sans complication. Nous avons traité le cylindre cornéen résiduel de $-10,25D$ à 180° au dixième mois par une paire d'incisions relaxantes arciformes au couteau diamant, à 110° et 290° , sur 35° au couteau pré-calibré à $550\mu m$ de profondeur et sur une zone optique de 6,5 mm, sans difficulté. Il fut associé un traitement préventif d'antibio-corticoïdes et de lubrifiants par voie topique. À deux mois de suivi postopératoire,

la meilleure acuité visuelle avec correction (MAVC) obtenue s'élevait à 10/10 Parinaud (P) 2 avec $-3,7(-3)140^\circ$. Quatre mois plus tard, Mme M. consulta pour un œil rouge et douloureux depuis 48 heures. Elle décrivait un prodrome à type de flou visuel progressif au cours de la dernière semaine. La MAVC était notée à « compte les doigts à 30 cm ». On retrouvait, en biomicroscopie, un œdème diffus du greffon prédominant en supéro-temporal. Un volumineux NVC faisait son lit dans l'IED et prenait sa source à partir d'un tronc limbique supéro-temporal (Fig. 1).

Le traitement de ce rejet aigu stromal fut administré en urgence, avec trois bolus de prednisone 500 mg pendant trois jours et dexaméthasone collyre horaire suivi d'une décroissance lente. Une semaine plus tard, l'œil était blanc et indolore, le NVC était toujours présent. Après avoir informé la patiente de sa pathologie et de la nécessité du traitement malgré son utilisation hors AMM, une injection SC de bevacizumab 0,1 mL (25 mg/mL) en regard du NVC fut administrée à proximité du limbe en supéro-temporal, en condition stérile. Le lendemain, le NVC avait disparu, laissant un aspect de membrane néovasculaire fibrineuse au sein de l'IED. La MAVC était de 1/10 avec $-11(-4)180^\circ$, remontant à 2/10 avec un trou sténopéique (TS).

Le mois suivant, la MAVC remontait à 5/10 P2 avec $-4,50(-5)140^\circ$ addition $+1,5D$, mais le NVC avait repoussé dans l'interface avec cependant une clarté conservée du greffon, confirmant la régression du rejet. Une nouvelle injection SC de bevacizumab fut inefficace à j5. La sanction fut chirurgicale avec recul conjonctival suturé, thermocautérisation du tronc nourricier encadrée par un traitement de dexaméthasone collyre à dose dégressive et lubrifiants.

Deux mois plus tard, la MAVC s'élevait à 7/10 avec $-8(-5)140^\circ$, il persistait une fin voile fibrineux dans l'interface. En septembre 2010, l'acuité visuelle restait limitée à 7/10 P2, après chirurgie de la cataracte par phakoémulsification et implantation d'une lentille Acrysof® TORIC SN60T5, et une correction lunette de $+0,50(-3,50)160^\circ$ addition $+3D$. En biomicroscopie, le voile de l'interface n'a cessé de diminuer, il n'y a pas eu de récurrence néovasculaire (Fig. 1).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4023785>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4023785>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)