

Iridocyclite nodulaire gliomateuse

par

Prof. Chams

ière Observation: Le cas que nous allons vous exposer est plutôt une rareté clinique ayant une évolution assez curieuse.

Malheureusement; il s'est terminé par une erreur de diagnostic. Chahnaz; une petite de 6 ans; nous est amenée le 27 Août 1955 pour les phénomènes subjectifs ayant débutés depuis deux semaines: photophobie et larmoiement de l'œil droit. V = 1/2

Nous avons constaté que cet œil avait un cercle péricornéen; que l'iris était décoloré et la pupille en myosis.

Après l'instillation d'atropine; la pupille s'est bien dilatée; mais il n'y avait pas de lésion visible au fond de l'œil. T. O. 20 Bailliart.

L'œil gauche V = 1

L'examen général fut négatif; en particulier pour les infections focales; Wasserman négatif; cutiréaction négative; radiographie pulmonaire normale. Rien à signaler dans les antécédents immédiate sauf la rougeole à l'âge de 3 ans. Le Père et la Mère sont bien portants. l'enfant est unique. La mère a eu une fausse couche; il y a deux ans.

Nous avons commencé le traitement par l'instillation du sulfate d'atropine deux fois par jour; du collyre de cortone quatre fois par jour; et par l'administration des comprimés d'achromycin (dose d'enfant); à prendre toutes les six heures.

Les symptômes subjectifs et objectifs sont aggravés et; de plus; entre 12 heures et 3 heures; nous trouvions trois petits nodules blancs jaunâtres à la surface de l'iris (fig. No 1).

Il n'y avait toujours pas de lésion au fond de l'œil. Nous avons continué les mêmes traitements locaux et; en même temps; nous avons prescrit des injections intraveineuses de cyanure de mercure (1 cgr.) tous les deux jours et quatre injections de penadure 2400/000; tous



Fig. 1

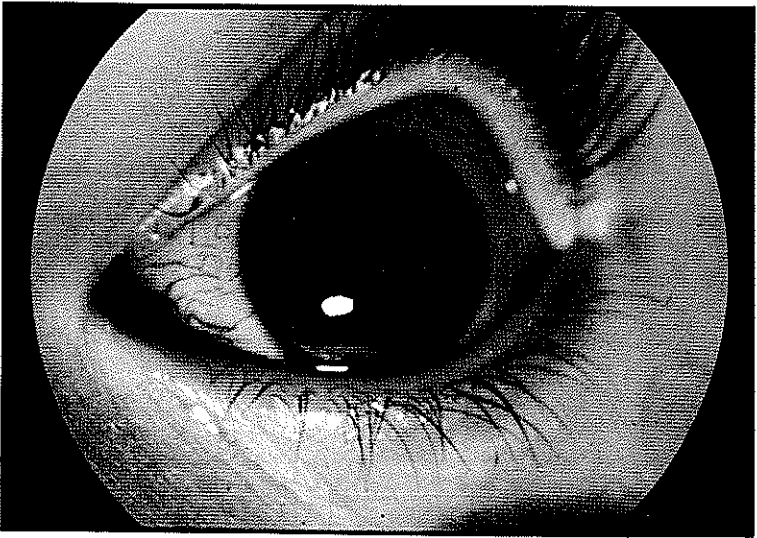
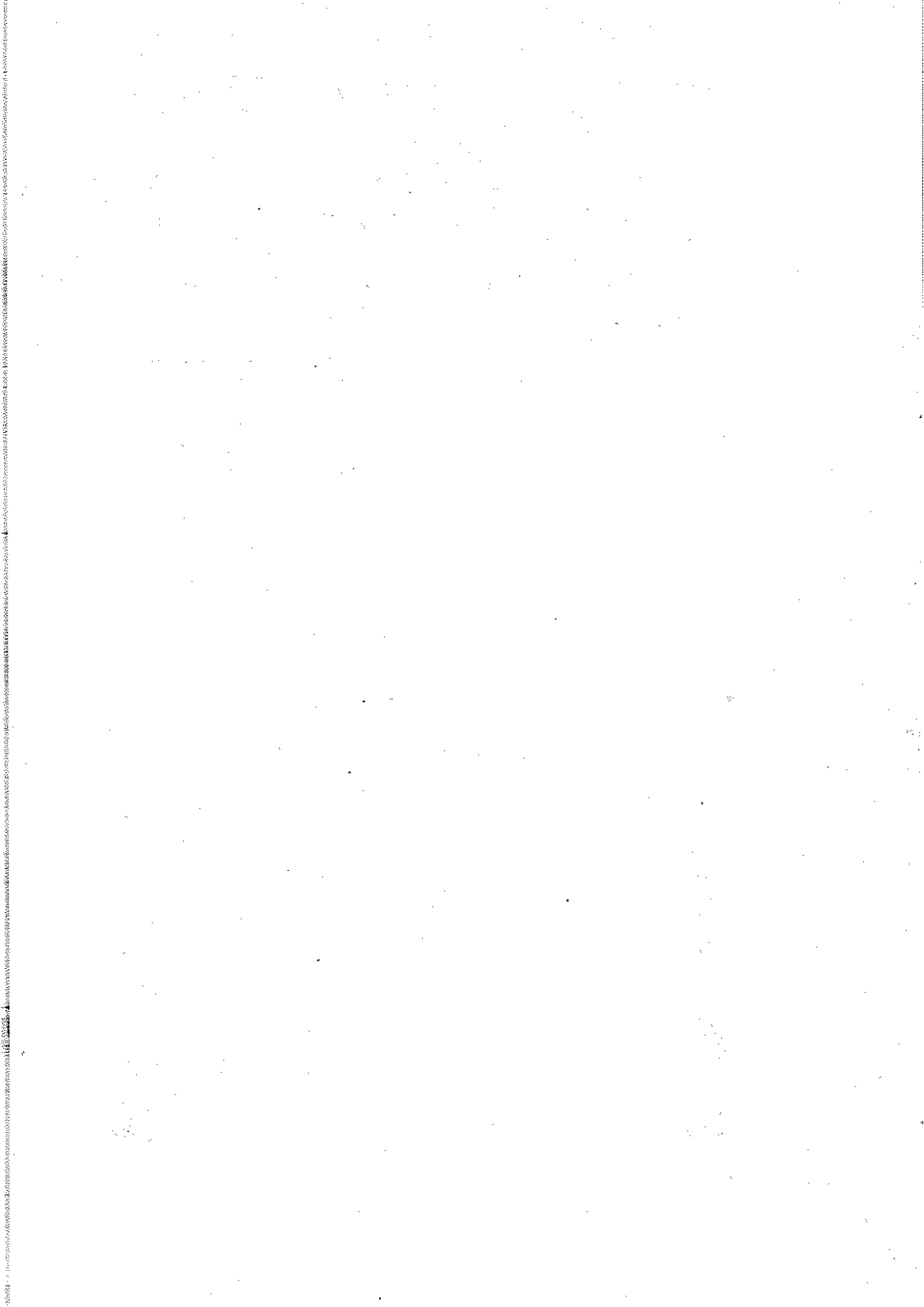


Fig. 2



les cinq jours.

24 Septembre 55

L'état de l'œil droit s'est aggravé, la pupille est devenu en mydriase atropinique avec biomicroscopie, formation des amas flottants dans l'humeur aqueuse. L'iris est hypervascularisé. Apparition des précipités sur la capsule antérieure du cristalin. Dispersion de 7 nodules blancs jaunâtres sur la surface de l'iris. Le fond de l'œil est devenu très mal éclairé $V = 1/10$. L'œil gauche est toujours normal.

O. D. G. T. O. = 20

Nous avons hospitalisé la petite malade.

Le 27 Septembre 55

La malade a subi un examen général. La radiographie des poumons, des sinus et des dents n'a rien de suspect. Une deuxième cutiréaction est négative. Wasserman négatif. Formule leucocytaire, numération globulaire et sédimentation sont normales.

O. D. $V = 2$

O. G. $V = 1$

O. D. L'iris est complètement décoloré. Dispersion de plusieurs nodules (8) sur la surface de l'iris. Hypopyon a rempli $1/8$ de la chambre antérieure. Le cercle péricornéen est très marqué. Il y a des dépôts fibrinaires et hémorragiques sur la capsule antérieure du cristalin (Fig. N 2)

Le fond de l'œil est inéclairable; T. O. est légèrement augmentée.

O. D. T. O. = 26 Schiotz

O. G. T. O. = 20

Ayant pratiqué une ponction dans la chambre antérieure de l'œil droit, nous en avons inoculé l'humeur à des animaux de laboratoire. (2 cobayes et 2 lapins: l'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil; 10 souris blanches: l'injection intracrânienne; 2 lapins et 3 cobayes: l'inoculation intradermique).

Le résultat fut positif après 10 jours. Deux lapins et deux cobayes étaient contaminés à l'iris, ce sujet sera l'objet d'un prochain article, mais disons dès maintenant que les cultures faites sur les milieux ordinaires étaient négatives.

Aux traitements précédents, nous avons ajouté des injections de streptomycin, tous les jours.

L'œil gauche est toujours normal.

V = 1

21 Octobre 55

O. D. V = O T. O. = 30

Nous demandons aux parents de consentir à l'énucléation de l'œil droit de leur fille, mais ils s'y refusent.

29 Octobre 55

La chambre antérieure est tout à fait trouble. On ne voit plus l'iris.

T. O. = 35

La perforation au niveau du limbe sclérocornéen qui fait hernie de l'iris (fig. n 3).

Les parents ont fini par consentir à l'énucléation de l'œil de leur fille.

L'examen histologique montra les particularités de cette tumeur. Elle était dans la partie antérieure du globe, au niveau du corps ciliaire, s'étendant sur tout le quadrant supéronasal de l'iris à la papille, ayant 12mm d'épaisseur. Elle avait envahi le corps ciliaire, la choroïde antérieure et l'espace suprachoroïdien antérieur. La rétine, était entièrement détruite au niveau de la tumeur.

A un fort grossissement.

Voici le résultat histologique donné par les docteurs Rahmatian et Armine (fig. N 4).

Examen histologique du fragment prélevé au niveau de la tumeur oculaire présente l'image d'une prolifération excessive des éléments rétinocytaires d'aspect variable.

La plus grande majorité des cellules sont ovales, ou elliptiques, parfois anastomosées, caractère nucléaire hyperchromatique.

Le réseau fibrillaire est relativement mince. Dans certains endroits la disposition en rosette est particulièrement notable. Les figures mitotiques sont relativement peu nombreuses.

En somme, il s'agit là d'un rétinocytome, avec quelques éléments indifférenciés.

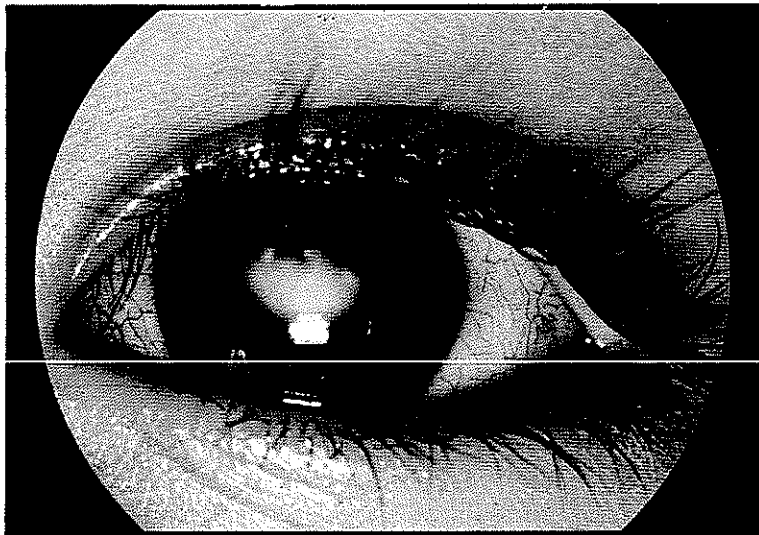


Fig. 1



Fig. 2

2 ème Observation:

Yadollah, petit garçon de 6 ans et 4 mois, nous est amené pour première fois le 15 juin 1955, mais sa maladie datait de 3 Avril 45, succédant à un épisode grippal.

L'œil droit devient un peu rouge pendant quelques jours. Les parents, sans inquiétude, ne consultent aucun médecin. Deux mois plus tard, ils se sont aperçus que l'œil droit avait un reflet pupillaire blanchâtre. C'est alors qu'ils ont consulté un médecin.

Examen.

L'œil gauche est parfaitement normal.

L'œil droit V=O

Il a un cercle péricornéen. L'iris est rigide à la lumière, de plus il est décoloré, une synéchie postérieure à 10 heures. Ce reflet pupillaire particulier est dû à une masse blanchâtre intraoculaire à la partie inféroexterne très saillante, mobile et non vascularisée qui empêchait l'examen du fundus. (Fig. No 5)

L'examen général ne révéla rien d'anormal. Le traitement par la penicilline provoqua une amélioration des inflammations, mais la masse blanchâtre augmentait de plus en plus (Fig No 6). Le gliome étant possible, nous avons énucléé l'œil droit.

26 Juillet 1955.

Voici le résultat histologique obtenu par Dr. Armine. L'examen histologique du fragment présente l'image d'une tumeur formée des noyaux cellulaires non différenciés. Ces cellules sont grosses, à noyau végétant et à chromatine poussiéreuse; pas de rosette. Pour cette raison, il nous semble qu'il s'agit là d'un rétinoblastome sans rosette.

En résumé, voici deux cas très instructifs, avec le diagnostic de l'iritis nodulaire infectieuse pour la première et l'iridochoroïdite métastatique pour le 2ème. Malgré le traitements par les antibiotiques, l'état de l'œil s'aggravait.

Après l'énucléation, l'examen histologique a montré pour la première malade le rétinocytome, et pour le 2ème le rétinoblastome.

Dans leur rapport sur le gliome de rétine, présenté en 1953, Dolfus et Auvert (la société Française d'ophtalmologie), nous décrivent des cas analogues, avec les mêmes erreurs de diagnostic.

Dans l'observation rapportée par P. Julien d'un enfant de 18 mois qui présentait un état subfébrile avec œdème des paupières, rougeur

des téguments et larmolements. On pensa à une cellulite orbitaire et un traitement anti-infectieux par la penicilline fut prescrit. Six semaines plus tard, on observa un reflet blanc dans l'air pupillaire avec l'œdème cornéen, et l'hypertension. L'œil fut énucléé et on constata la présence d'un rétinoblastome, mais 3 mois plus tard, l'enfant succomba à la suite d'une localisation cérébrale.

C'est aussi à un état infectieux que pensa Lemoine chez un enfant âgé de 3 ans et demi qui présentait dans le vitré une masse jaunâtre, flottante et avasculaire. Une ponction de vitré avec la culture montra des colonies de streptocoques et de staphylocoques. Les injections de la penicilline furent prescrites, mais l'état oculaire s'aggravant, on pratiqua l'énucléation qui montra la présence d'un gliome rétinien. Malgré une exentération et une craniotomie pour exérèse large du nerf optique, l'enfant succomba par des localisations intra craniennes.

Aubineau et Opin rapportent en 1922, un cas où les signes de l'iridocyclite dominaient. L'examen de l'œil montra un envahissement très précoce du corps ciliaire et de l'iris. Massei, Barletta et Denti rapportent plusieurs cas où un pseudo hypopyon avec signes iriens furent les premiers symptômes qui conduisirent les parents à consulter un médecin pour leur enfant.

Smell rapporte le cas d'un enfant de 3 ans et demi, hospitalisé pour une pneumonie avec la tuméfaction inflammatoire du genou droit. Deux mois après, l'œil droit présenta des signes d'une iridocyclite avec des masses jaunâtres du vitré que tous les antécédents permettaient d'attribuer à une chorioretinite métastatique.

L'œil devenu aveugle fut énucléé et l'examen montra qu'il s'agissait d'un gliome rétinien ayant envahi toute la partie antérieure de l'œil et de l'iris.

Nous rappelons encore les anciennes observations de E. Rollet, présentées en 1906, où l'on fit le diagnostic de la tuberculose de l'iris en raison de l'existence d'une masse caséuse rétro-irienne et de nombreux nodules iriens superficiels.

Yung rapporte, en 1891 un cas d'iritis avec l'hypopyon et des nodules jaunâtre sur l'iris. Une iridectomie -biopsie fut bientôt suivie d'une très rapide généralisation orbitaire et du décès de l'enfant.

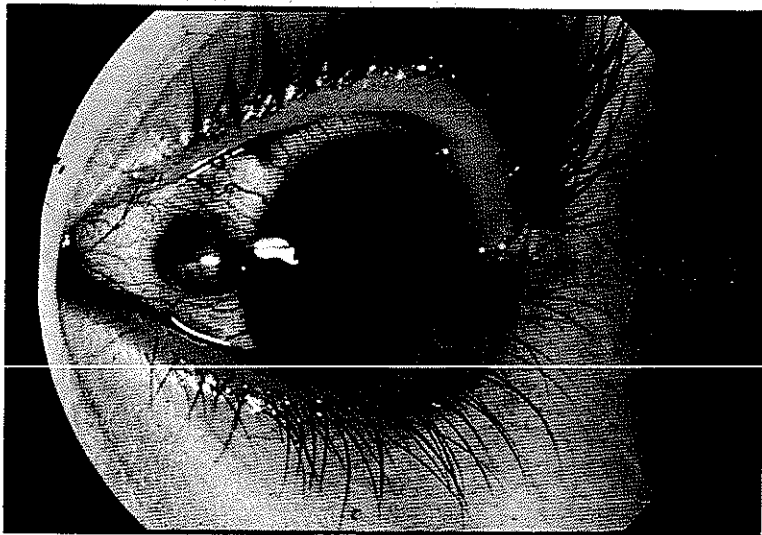


Fig. 1

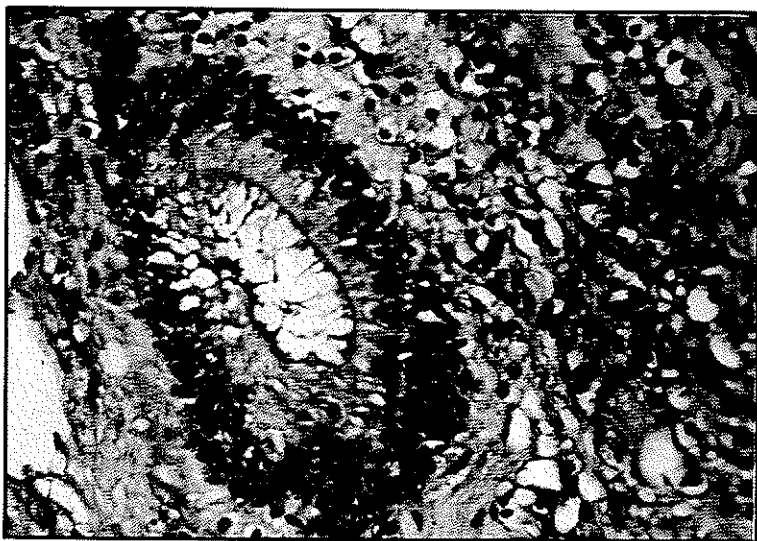


Fig. 2

Thièmè rapporte le cas d'un enfant de 5 ans qui, après avoir reçu un traumatisme, présentait une injection ciliaire avec l'exsudat de la chambre antérieure cachant une masse jaunâtre. L'énucléation montra l'existence d'un gliome rétinien envahissant déjà le nerf optique et la mort suivit de peu l'énucléation.

Plus heureuse est l'observation de Lenders; il s'agit là d'un enfant plus âgé (9 ans) avec un mauvais état général, fièvre, phénomènes inflammatoires de l'œil gauche, injection d'irikératique, hypopyon, tension oculaire augmentée. Une énucléation fut alors pratiquée, mais tardivement, après une tentative du traitement médical. Le diagnostic fut redressé par l'examen histologique du globe. Malgré cette énucléation tardive, l'enfant avait survécu et était en bonne santé 9 ans plus tard. Vogt, en 1940, rapporte un cas assez similaire chez une fille âgée de 4 ans et demi. Elle consulta le médecin pour la perte de la vision de l'œil droit. A l'examen, on constata une pupille en mydriase avec les reflexes lents, la céphalée et la tension un peu élevée. Au niveau de l'iris et de l'angle inférieur de la chambre antérieure, un amas de petits nodules blancs jaunâtres.

La vision étant nulle, une énucléation fut pratiquée, ce qui montra la présence des noyaux gliomateux à la surface de l'iris et dans l'humeur aqueuse, ainsi qu'à la face postérieure de la cornée où ils revêtaient l'aspect du précipité de cyclite.

Malgré cette localisation antérieure, l'énucléation fut suivie d'une guérison définitive.

This article reveals the following observations:

A case of gliomatous nodular iridocyclitis commenced with a simple iritis; a few days later nodules were noticed on the anterior surface of the iris; the fundi was normal, and the vision almost within the limits of normality, intraocular tension was normal too; after a while hypopyon appeared, the intraocular tension became raised and a knuckle of iris became herniated through the sclerotic at the upper part of the corneoscleral junction, and after enucleation, the histological examination revealed «glioma»

The second case commenced with the clinical manifestations of irido-choroiditis, and despite much treatments with antibiotics, the disease progressed, and enucleation was performed.

The histological examination showed « Glioma Retinae »