

Research Paper

Mucormycose Sino Orbitaire : Cause inhabituelle d'une exophtalmie unilatérale

Hind SAIDI*, Sarah Ech-Cherif El Kettani, Chaimae khodriss, Soukaina Tenouri, Ghita zdaik, Mohamed Himmich, Soukaina Tanout, Pr.Ahmed BENNIS, Pr. Fouad CHRAIBI, Pr. Meriem Abdellaoui, Pr Idriss Benatiya Andaloussi

Service d'ophtalmologie CHU Hassan II, hôpital Omar Drissi, FES

Received 01 Mar, 2021; Revised: 12 Mar, 2021; Accepted 14 Mar © The author(s) 2021.
Published with open access at www.questjournals.org

I. INTRODUCTION :

La mucormycose est une infection fongique invasive rare associée à une mortalité élevée. L'atteinte orbitaire est fréquemment rapportée mais elle est rarement isolée. La cécité est fréquente secondaire le plus souvent à une atrophie optique[1]. L'objectif de notre travail est de faire une mise au point sur cette pathologie rare avec pronostic réservé.

Présentation du cas :

Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 62 ans, diabétique type 2 sous antidiabétiques oraux, qui consulte aux urgences ophtalmologiques pour une exophtalmie gauche d'apparition brutale. L'examen ophtalmologique de l'œil droit est strictement normal, au niveau de l'œil gauche : l'acuité visuelle est une perception lumineuse négative, avec une exophtalmie axiale, inflammatoire douloureuse, non pulsatile, non soufflante avec une ophtalmoplégie douloureuse, chémosis en inférieur, l'examen du segment antérieur trouve une cornée œdématisée, test à la fluoresceine négatif, avec un hyphéma grade III, une mydriase aréflexive, un tonus oculaire à 30mmhg avec un fond d'œil non vu (figure 1). L'échographie oculaire est sans particularité. L'examen ORL révèle la présence de foyers de nécrose de la muqueuse nasale.



Figure 1 : photo clinique de l'œil gauche montrant une exophtalmie inflammatoire avec ophtalmoplégie et chémosis important

Une TDM orbito cérébrale a été réalisée objectivant une cellulite orbitaire gauche sur sinusite maxillaire fongique en faveur d'une mucormycose, compliquée d'une thrombose du sinus caverneux gauche (figure 2,3).

Le patient a bénéficié d'un traitement anti fongique par voie parentérale associée au traitement anticoagulant avec un débridement chirurgical naso-sinusal par voie endonasale. L'évolution ultérieure est favorable, avec régression des signes inflammatoire, mais la cécité est définitive .



Figure 2: coupes tomodensitométriques frontales montrant une infiltration de la graisse intraconique gauche avec présence de signes indirects de la thrombose du sinus caverneux fait de dilatation de la veine ophtalmique gauche avec défaut d'opacification de son contenu luminal, dilatation des muscles oculomoteurs notamment du droit supérieur.

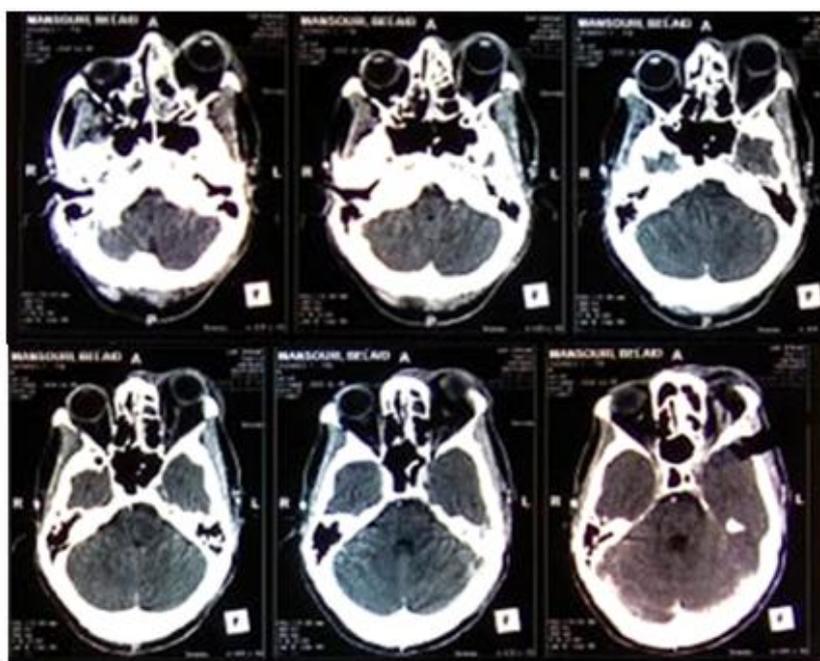


Figure 3: coupes tomodensitométriques transversales montrant une exophtalmie grade 3 gauche avec comblement total du sinus maxillaire gauche contenant des calcifications, présence d'un défaut d'opacification du sinus caverneux gauche.

II. DISCUSSION :

La mucormycose sino orbitaire est une affection rare et redoutable qui correspond à la prolifération dans les tissus d'un Zygomycète de la classe des mucorales [1,2]. Ce sont des champignons retrouvés à l'état saprophyte chez l'homme et normalement cosmopolites, on les retrouve dans l'air, le sol, les engrais et les matières en décomposition [3]. Les mucorales ont un tropisme vasculaire élevé leur permettant de provoquer des muco-thromboses source de nécrose tissulaire [1]. L'infection débute au niveau de la muqueuse nasale ou orale pour s'étendre aux sinus éthmoïdaux et maxillaires et plus rarement frontaux et sphénoïdaux. L'extension orbitaire se fait soit par contiguïté ou par voie périsvasculaire ou périneurale. Elle survient surtout chez des sujets immunodéprimés (patients diabétiques ou en acido cétose diabétique, patients polytransfusés ou sous traitements immunosuppresseurs au long cours) [4], et se traduit cliniquement par une ophtalmoplégie, une exophtalmie et un ptosis inflammatoire [1-5]. La paralysie oculaire est secondaire soit à une paralysie des paires crâniennes, soit d'une atteinte directe des muscles oculomoteurs [5,6]. L'exophtalmie secondaire à l'infiltration des tissus rétro orbitaux et/ou à une thrombose du sinus caverneux est observée dans 83 à 64% des cas de la littérature [5]. Le ptosis est présent dans tous les tableaux avec ophtalmoplégie mais peut se voir seul dans 3% des cas [2]. L'extension de l'infection vers l'apex orbitaire peut engendrer une névrite optique source de cécité (80 % pour Bhansali[2] et 65% pour Yohai [7]). Une endophtalmie endogène à mucore est rarement observée [7]. Le diagnostic est essentiellement clinique évoqué en présence chez un immunodéprimé d'une pansinusite avec des escarres de la région orbito-nasale ou du plancher buccal [5].

En cas d'atteinte sinusale, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) objective une intensité variable T1 et T2 avec un manque focal de rehaussement dans les zones de muqueuse sinusale dévitalisée . En cas d'atteinte du sinus caverneux, la tomodensitométrie (TDM) avec injection du produit de contraste objective un défaut de rehaussement dans cette région. Entre autre , l'imagerie orbito cérébrale permet de préciser l'existence de signes de gravité : lyse osseuse, infiltration de la graisse de la fosse infra-temporale ou extension encéphalique. Comme il s'agit souvent de signes non spécifiques, il peut être difficile de distinguer la mucormycose des autres affections sino orbitaires. [4]

La certitude diagnostique est apportée par l'examen anatomo-pathologique, la culture sur milieu de sabouraud permet d'identifier l'espèce et de réaliser l'antibiogramme [6,8], mais ces cultures ne sont pas toujours positives [9].

Le traitement de la mucormycose sino-orbitaire repose sur 3 volets : l'équilibration des facteurs de risque, traitement anti fongique et le débridement chirurgical [2,4,5]. Le traitement anti fongique a base l'amphotéricine B par voie intraveineuse à la dose de 1 mg/kg/jour constitue le traitement de première intention de la mucormycose et doit être débuté dès la suspicion diagnostic [4]. Le Posaconazole est proposé en cas d'intolérance à l'amphotéricine B ou en association avec des résultats variables. D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre le rôle du posaconazole dans le traitement primaire de la mucormycose. Ainsi, pour le moment, il n'est pas recommandé comme traitement de première intention [4]. Le débridement chirurgical des foyers de nécrose doit être conduit précocement et guidé par l'examen extemporané . Le pronostic vital et fonctionnel de cette affection est grave avec un taux de mortalité de 20 à 50% des cas [10]. La survie dépend du délai rapide de prise en charge (76% pour un traitement avant 7 jours et 40% après deux semaines) et de l'association du débridement chirurgical à l'amphotéricine B [7]. La survie des non diabétiques est meilleure que celle des diabétiques (60-77% versus 20-34%) [1,7].

III. CONCLUSION :

La mucormycose sino orbitaire est une infection fongique invasive rare survenant essentiellement chez des sujets immunodéprimés. Le diagnostic doit être précoce avec un traitement rapide. Le pronostic vital et fonctionnel est engagé.

Légendes :

Figure 1 : Photo Clinique de l'œil gauche montrant une exophtalmie inflammatoire avec ophtalmoplégie et chémosis important.

Figure 2 : Coupes tomodensitométriques frontales montrant une infiltration de la graisse intra-conique gauche avec présence de signes indirects de la thrombose du sinus caverneux fait de dilatation de la veine ophtalmique gauche avec défaut d'opacification de son contenu luminal, dilatation des muscles oculomoteurs notamment du droit supérieur.

Figure 3 : Coupes tomodensitométriques transversales montrant une exophtalmie grade 3 gauche avec comblement total du sinus maxillaire gauche contenant des calcifications, présence d'un défaut d'opacification du sinus caverneux gauche.

BIBLIOGRAPHIE :

- [1]. Petrikos G, Drogari-Apiranthitou M. Zygomycosis in Immunocompromised non-Haematological Patients. *Mediterr J Hematol Infect Dis.* 2011;3(1):e2011012.
- [2]. Bhansali A, Bhadada S, Sharma A et al. Presentation and outcome of rhino-orbital-cerebral mucormycosis in patients with diabetes. *Postgrad Med J.* 2004 Nov;80(949):670-4.
- [3]. M Mahi, S Chaouir, T Amil, A Hanine, et M Benameur La mucormycose rhino-orbito-cérébrale , Services d'Imagerie Médicale, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat- Maroc.
- [4]. Courtney Y. Kauh, MD, MS, and Christine C. Nelson, MD, FACS. Diagnosis and management of orbital mucormycosis. *American Academy of ophthalmology. EyeNet Magazine,* June 2014.
- [5]. Mbarek C, Zribi S, Khamassi K, et al. Rhinocerebralmucormycosis: five cases and a literature review. *B-ENT* 2011;7(3):189-93.
- [6]. Jain S, Kumar S, Kaushal A. Rhinocerebralmucormycosis with isolated sixth nerve palsy in an immunocompetent patient. *Med J Malaysia.* 2011 Oct;66(4):376-8.
- [7]. Yohai RA, Bullock JD, Aziz AA, et al. Survival factors in rhino-orbital-cerebral mucormycosis: major review. *Surv Ophthalmol* 1994; 39:3–22.
- [8]. DiBartolo MA, Kelley PS. Rhino-orbital-cerebral mucormycosis (ROCM): a comprehensive case review. *Aviat Space Environ Med.* 2011 Sep;82(9):913-6.
- [9]. T Gaillard, A cremades, O Cathelinaud, S Crémads, P Brisou, JP Terrier et al. Diagnostic d'unemucormycose. *SPECTRA BIOLOGIE* 2005 ; 143 : 20- 22
- [10]. Chander J, Kaur J, Gulati N, Arora V, Nagarkar N, Sood S, Mohan H. Sudden vision loss caused by rhino-orbital zygomycosis in diabetic patients: case series. *Mycoses.* 2011 Jul;54(4):e228-32.