

Uvéite antérieure et sclérite diffuse consécutives à une perfusion de pamidronate

Jim S. Xie BHSc, Alexander J. Kaplan MD

■ CMAJ 2024 March 25;196:E392-3. doi : 10.1503/cmaj.230859-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, CMAJ 2023 December 18;195:E1722. doi : 10.1503/cmaj.230859

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230859

Une femme de 58 ans atteinte de thyroïdite de Hashimoto qui n'avait jamais pris de bisphosphonates a été hospitalisée en raison d'une hypercalcémie (2,81 [normale 2,20–2,60] mmol/L) causée par une hyperparathyroïdie primaire. On lui a administré 60 mg de pamidronate par voie intraveineuse. Après 2 jours, une douleur à l'œil droit, de la photophobie et une vision floue, ainsi qu'une rougeur et un œdème périorbitaire progressifs sont apparus. Au moment où la patiente s'est présentée à une clinique ophtalmologique d'urgence, 6 jours plus tard, elle avait une acuité visuelle de 20/30 pour l'œil gauche et ne percevait que la lumière avec son œil droit, qui présentait une exophtalmie, un déficit d'adduction, un œdème cornéen et un hypopion (figure 1A). La vue de l'échographie en mode B du segment postérieur était obstruée, mais aucune hyalite n'a été observée. La tomodynamométrie des orbites a révélé un épaississement scléral diffus du côté droit (figure 1B). La patiente a reçu un traitement empirique par moxifloxacine, corticostéroïdes et cycloplégiques topiques. Les bilans infectieux et inflammatoire étaient négatifs, exception faite d'une élévation du taux de protéine C-réactive (16,4 [normale < 3] mg/L).

Nous avons vu la patiente 1 semaine plus tard et avons diagnostiqué une uvéite antérieure et une sclérite d'origine médicamenteuse consécutives à la perfusion de pamidronate. L'inflammation intraoculaire s'est résorbée après le début d'une corticothérapie par voie orale avec sevrage très graduel. À la consultation de suivi après 7 semaines, l'acuité visuelle de l'œil droit de la patiente s'était améliorée (20/50). Finalement, la patiente a subi une parathyroïdectomie, après quoi son hypercalcémie s'est résorbée.

Le diagnostic différentiel de l'uvéite antérieure accompagnée d'une sclérite comprend des causes infectieuses, auto-immunes,

traumatiques, néoplasiques et médicamenteuses. Dans le cas de cette patiente, la possibilité d'une tumeur a été écartée puisqu'elle n'avait aucune atteinte au segment postérieur. Les maladies infectieuses et auto-immunes ont été envisagées et traitées empiriquement, en attendant les résultats d'analyses, qui se sont avérés négatifs. L'uvéite et la sclérite d'origine médicamenteuse peuvent se manifester après l'administration de bisphosphonates par voie parentérale ou orale; le taux d'incidence est de 7–114 par 10 000 personnes-années et de 8–63 par 10 000 personnes-années, respectivement^{1,2}. L'apparition de l'uvéite ou de la sclérite a tendance à être plus rapide après l'administration de bisphosphonates par voie parentérale (1–7 jours) que par voie orale (plusieurs jours ou mois)². Si la personne présente une rougeur oculaire associée à de la douleur, à de la photophobie, à une vision floue ou à un œdème périorbitaire dans la semaine suivant l'exposition à un nouveau médicament, ce dernier doit être cessé sur-le-champ. En cas de soupçon d'uvéite d'origine médicamenteuse, la prise en charge empirique par administration de corticostéroïdes et d'antibiotiques topiques est de rigueur, et s'accompagne d'un suivi étroit en ophtalmologie³.

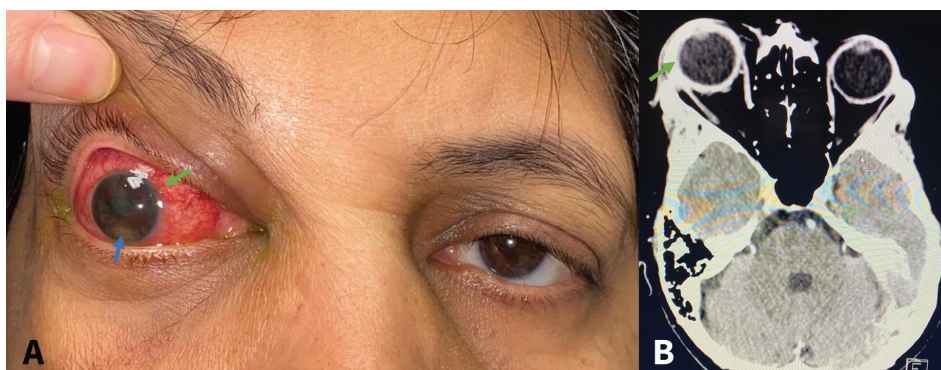


Figure 1 : (A) Uvéite antérieure et sclérite diffuse induites par l'administration de pamidronate chez une femme de 58 ans. Exophtalmie, hypopion (flèche bleue), et injection et un œdème scléreuse (flèche verte) dans les 48 heures suivant une perfusion de pamidronate. (B) Tomodensitogramme des orbites montrant un épaississement scléral avec hypervasculisation sur la circonférence, avec œdème adjacent (flèche verte), une présentation compatible avec un diagnostic de sclérite diffuse.

Références

1. French DD, Margo CE. Postmarketing surveillance rates of uveitis and scleritis with bisphosphonates among a national veteran cohort. *Retina* 2008;28:889-93.
2. Chartrand NA, Lau CK, Parsons MT, et al. Ocular side effects of bisphosphonates: a review of literature. *J Ocul Pharmacol Ther* 2023;39:3-16.
3. Abdalla Elsayed MEA, Kozak I. Pharmacologically induced uveitis. *Surv Ophthalmol* 2021;66:781-801.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement de la patiente.

Affiliations : École de médecine Michael G. DeGroot (Xie), Université McMaster, Hamilton, Ont.; Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision (Kaplan) et Hôpital Toronto Western (Kaplan), Université de Toronto, Toronto, Ont.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Correspondance : Alexander Kaplan, alexander.kaplan@uhn.ca

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.