RECHUTE OCULAIRE DE LEUCEMIE AIGUE LYMPHOBLASTIQUE

CHARIF CHEFCHAOUNI M., LOUGHZAIL K.*, BENKIRANE N.*, BERRAHO A.**

RÉSUMÉ:

L'hypopyon leucémique bilatéral peut être inaugural dans la leucémie de l'enfant, comme il peut être révélateur d'une rechute.
Les auteurs présentent le cas d'un enfant âgé de 5 ans, suivi pour leucémie aiguë lymphoblastique qui a présenté après 30 mois de traitement (12ème mois du traitement d'entretien) un hypopyon bilatéral. Une ponction de chambre antérieure avec étude cytologique a révélé la présence de cellules lymphoblastiques et a donc confirmé la rechute oculaire de leucémie aiguë lymphoblastique (LAL). Le traitement a comporté l'association d'une corticothérapie locale, une chimiothérapie et une radiothérapie orbitaire.
Cet enfant est malheureusement décédé 16 mois après d'une rechute médullaire.
A travers cette observation, nous rappelons les différents aspects cliniques de l'atteinte du segment antérieur de l'œil au cours des leucémies aiguës lymphoblastiques, ainsi que les modalités thérapeutiques de ces rechutes.

SUMMARY:

A bilateral leukemic hypopyon can be inaugural in the child's leukemia or reveal a relapse.
A five years old child with acute lymphoblastic leukemia presented after 30 months of treatment a bilateral hypopyon. Anterior chamber paracentesis with cytological survey revealed leukemic cells and confirmed the ocular relapse. The treatment included the association of topical corticosteroids, chemotherapy and radiotherapy.
This child died unfortunately 16 months later following a medullar relapse.
We remind the different clinical aspects of leukemic invasion of the anterior segment and the therapeutic methods for this relapse.

KEY-WORDS

Acute lymphoblastic leukemia, ocular relapse, hypopyon.

MOTS-CLÉS

Leucémie aiguë lymphoblastique, rechute oculaire, hypopyon.

.....

* *Clinique universitaire d'Ophtalmologie "B" - CHU de RABAT - MAROC.*

received: 11.07.02
accepted: 16.08.02

INTRODUCTION

Le système nerveux central (SNC), les testicules et les yeux peuvent être le site de rechute isolée de leucémie aiguë lymphoblastique (LAL) chez les enfants, suggérant la théorie de sanctuaire représenté par ces organes. L'atteinte oculaire au cours de la LAL intéresse essentiellement la rétine, la choroïde et le nerf optique. L'infiltration isolée du segment antérieur de l'œil est rare (1,2).

Nous présentons l'observation d'un enfant suivi pour LAL, qui a présenté au cours du traitement d'entretien un hypopyon bilatéral.

OBSERVATION

Il s'agit d'un enfant de 5 ans, suivi en oncologie depuis l'âge de 3 ans pour leucémie aiguë lymphoblastique (LAL), au 30ème mois du traitement (12ème mois du traitement d'entretien) et qui a présenté une dizaine de jours avant son hospitalisation une rougeur oculaire bilatérale avec photophobie et larmoiement.

A l'admission, l'acuité visuelle de loin sans correction est à 7/10 inaméliorable au deux yeux. L'examen du segment antérieur a montré une kératite ponctuée superficielle, un hypopyon et des nodules iriens dans les deux yeux (Figures 1 et 2). L'examen du fond d'œil était normal.

Après ponction de la chambre antérieure l'examen cytologique de l'humeur aqueuse a révélé la présence de 530 éléments /mm^3, la plupart présentant un aspect lymphoblastique, ce qui est en faveur d'une rechute oculaire de LAL. Le bilan général n'a pas révélé d'autres localisations.

Le traitement de cette rechute oculaire est celui d'une rechute méningée. Il a consisté en une radiothérapie et une chimiothérapie en trois phases:

- Une phase d'induction pendant laquelle nous avons associé Méthotrexate, Dexaméthasone et Vincristine par voie systémique; Méthyle prednisolone, Méthotrexate et Cytarabine par voie intrarachidienne.
- Une phase de consolidation comprenant Cytarabine, Dexaméthasone et Cyclophosphamide par voie générale; Méthyle prednisolone, Méthotrexate et Cytarabine par voie intrarachidienne.
- Une irradiation du segment antérieur de 12 Gy par un champ antérieur ainsi qu'une corticothérapie locale en collyre.
- Une phase d'entretien de 18 mois associant Méthotrexate et Mercaptopurine.

L'évolution après traitement s'est faite vers une régression puis disparition de l'hypopyon après 15 jours de traitement, et une récupération fonctionnelle visuelle totale (acuité visuelle à 10/10 au niveau des deux yeux).

L'enfant est malheureusement décédé 16 mois plus tard au cours du traitement d'entretien d'une rechute médullaire.

DISCUSSION

Les leucémies aiguës (LA) sont liées à un envahissement massif de la moelle osseuse par des cellules hématopoïétiques de caractère immature, bloquées à un stade précoce de différenciation. Dans une étude réalisée au service d'oncologie pédiatrique du CHU de Rabat entre 1983 et 2002 les LA représentent 17% des cancers de l'enfant, 82% sont des LAL et 18% sont des leucémies aiguës myéloblastiques (LAM).

L'atteinte oculaire au cours des leucémies aiguës se situe au 3ème rang des localisations extramédullaires après les localisations méningées et testiculaires (1).

L'atteinte isolée du segment antérieur de l'œil est rare et représente 0,5 à 2,6% des rechutes de l'hémopathie (5). Elle serait plus fréquente au cours de la LAL par rapport à la LAM (1, 2). Cette atteinte isolée du segment antérieur (SA) de l'œil serait expliquée par la théorie de sanctuaire pharmacologique représenté par le SA de l'œil échappant à l'action de la chimiothérapie systémique (3, 5, 8).

La colonisation de l'œil survient soit par contiguïté à partir du SNC, soit par voie sanguine (1). Le premier signe de l'atteinte du SA de l'œil au cours des LAL serait une hétérochromie irienne (4). Une kérato-uvéite avec hypopyon (1, 2), des nodules iriens, une hypertonie oculaire isolée (2, 4) ou un hyphéma spontané (2, 7) peuvent aussi être observés.

Le diagnostic est confirmé par une ponction de la chambre antérieure de l'œil pour analyse cytologique ou par biopsie de l'iris (1). L'hypo-

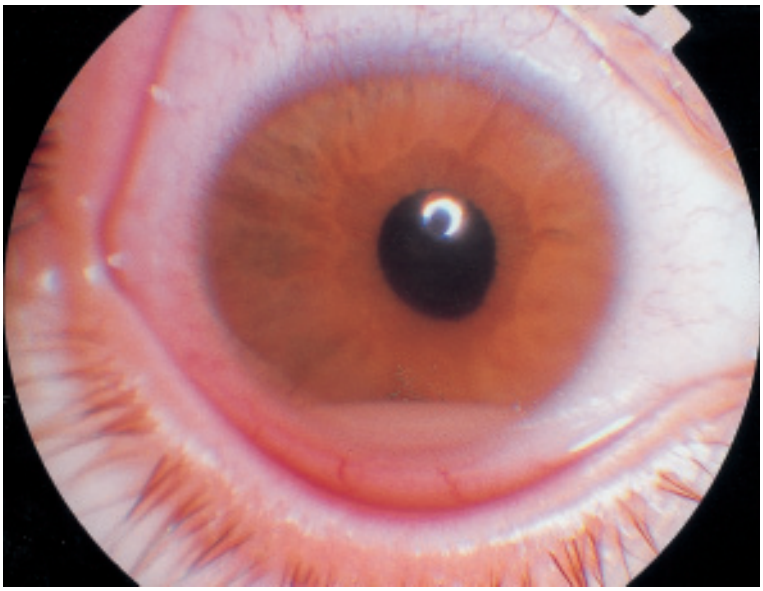

Fig 1. Hypopyon de l'œil droit, avec œil relativement calme.

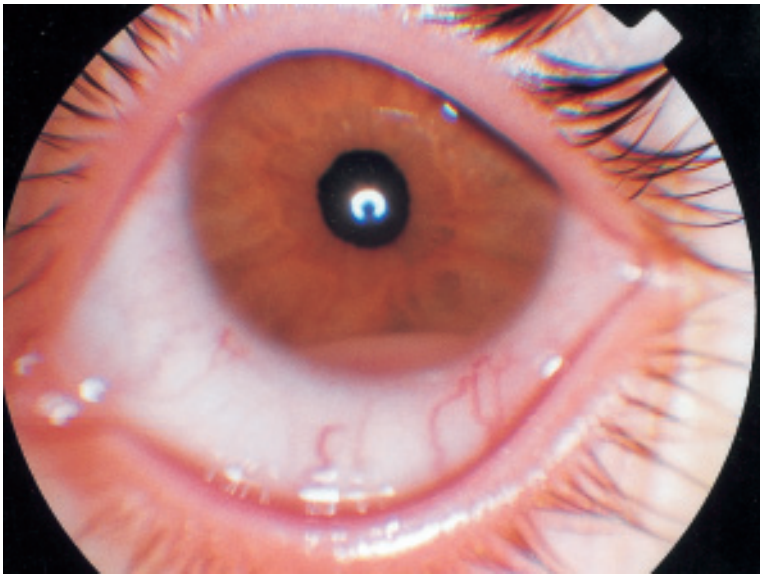

Fig 2. Hypopyon de l'œil gauche.

pyon comprend des cellules lymphoblastiques, du tissu nécrotique et un exsudat protéique (5). Un hypopyon d'origine infectieuse constitue le principal diagnostic différentiel vu le contexte d'immunodépression. Mais celui-ci est généralement unilatéral.

Le traitement comportant une chimiothérapie systémique et intrarachidienne, associée aux corticoïdes locaux, doit être suivi rapidement par une irradiation du segment antérieur de l'œil (1). La dose de radiation nécessaire est de 12 à 30 Gy (3). L'énucléation au cours des

rechutes au niveau du SA de l'œil est rarement indiquée (5).
L'atteinte oculaire au cours de l'évolution d'une leucémie aiguë lymphoblastique est un facteur de mauvais pronostic du fait du risque accru de rechute médullaire et/ou méningée (5, 6). Globalement, cette rechute survient avant 2 ans (1).
Vu le risque d'atteinte oculo-méningée supérieur par rapport aux LAM, les LAL bénéficient toujours d'un traitement prophylactique du système nerveux central par intensification de la chimiothérapie et des injections intrarachidiennes répétées de cytostatiques (méthotrexate et/ou cytarabine associé à un corticoïde). Ce traitement prophylactique est systématiquement associé à une irradiation du SNC dans certaines formes à haut risque tels que les hyperleucocytoses (100.10^9/ L globules blancs, les LAL de phénotype T (15% des LAL de l'enfant) et les LAL accompagnées de translocations chromosomiques (1).
La cataracte postérieure sous-capsulaire est la principale séquelle oculaire de ces traitements.

CONCLUSION

Pour l'ophtalmologiste, le diagnostic de localisation oculaire de leucémie aiguë doit toujours être évoqué devant un hypopyon, une hétérochromie irienne, un hyphéma spontané ou une hypertonie oculaire. Une collaboration étroite avec les hématologistes est nécessaire afin d'entreprendre une thérapeutique adéquate. Cependant, un contrôle ophtalmologique régulier s'impose pour le diagnostic et le traitement des complications oculaires tardives.

BIBLIOGRAPHIE:

(1) BERTHOU C., RONCIN S., COLIN J., ABGRALL J.F. – Localisation oculaire des leucémies aiguës. J Fr Ophtalmol, 1996, 19: 470-478.
(2) GORDON K.B. – Ocular manifestations of leukemia. Ophthalmology Clinics of North America 1999, 12: 235-241.
(3) JANKOVIC M., CONTER V., PRETTO G., PLACA F., D'INCALCI M., MASERA G. – Isolated bilateral anterior chamber eye relapse in a child with acute lymphoblastic leukemia. Med Pediat Oncol 1995, 25: 109-112.
(4) KINCAID M.C., GREEN W.R. – Ocular and orbital involvement in leukemia. Surv Ophthalmol 1983, 27: 211-232.
(5) NOVAKOVIC P., KELLIE S.J., TAYLOR D. – Childhood leukemia: relapse in the anterior segment of eye. Br J Ophthalmol 1989, 73: 354-359.
(6) OHKSHI K., TSIARAS W.G. – Prognostic importance of ophthalmic manifestations in childhood leukemia. Br J Ophthalmol 1992, 76: 651-655.
(7) RIDGWAY E.W., JAFFE N., WALTON D.S. – Leukemic ophthalmopathy in children. Cancer 1976, 38: 1744-1749.
(8) ROSENTHAL A.R. – Ocular manifestations of leukemia. Ophthalmology 1983, 90: 899-905.

.....

Adresse pour correspondence et tirés à part:
Charif Chefchaouni Mohammed
Secteur 9, lotissement 17, imm 1, appart 133.
Hay Riad.
RABAT, Maroc.
e-mail: charifcm@hotmail.com
Tel: 00 212 62 264813
00 212 37 712668