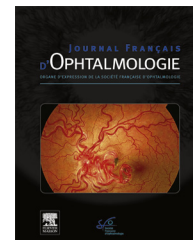




Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


LETTRE À L'ÉDITEUR

Kyste d'inclusion épithéliale irien : à propos d'un cas



Iris epithelial inclusion cyst: Case report

Introduction

Les kystes iriens peuvent être classifiés en primaires et secondaires. La différenciation entre primaire et secondaire repose sur la présentation clinique et des examens adjuvants. Le diagnostic définitif est possible par une étude anatomopathologique si une biopsie ou une résection est pratiquée. Les kystes de l'épithélium pigmentaire, stromal et libre-flottant, sont considérés comme kystes primaires. Dans la catégorie des kystes secondaires, les plus fréquents sont les kystes d'inclusion épithéliale. Les autres étiologies possibles sont inflammatoires, parasitiques, oncologiques et pharmacologiques [1]. Les kystes d'inclusion épithéliale peuvent se développer après un trauma perforant accidentel ou chirurgical. Le délai de formation du kyste est de quelques mois à plusieurs années. Il est également possible de différencier deux catégories de kystes secondaires selon la nature intrinsèque du kyste cliniquement : les kystes séreux et les kystes dits « perle blanche ». Bien que bénins, ces kystes peuvent être localement destructeurs à cause de leur caractère récidivant et leur propension à grandir.

Le caractère charnu et récidivant des kystes en « perle blanche » pose une difficulté diagnostique supplémentaire. Le diagnostic différentiel avec une néoplasie uvéale doit être considéré. Le diagnostic peut reposer sur la présentation clinique avec l'identification du trauma pénétrant et l'absence de vascularisation intrinsèque. L'imagerie par *Ultrasound BioMicroscopy* (UBM) est recommandée, ainsi que l'analyse anatomopathologique d'une cytoponction-biopsie préalable, afin d'exclure la présence de cellules néoplasiques. Ce kyste est exempt de cellules néoplasiques et contient de la kératine, lui donnant cet aspect charnu et sa couleur blanc jaune. L'imagerie par UBM permet d'identifier les limites du kyste ainsi que sa relation avec les structures de l'œil. Elle permet d'identifier au sein même du kyste trois zones d'échogénicité différente : hyperéchogénicité externe, hypoéchogénicité intermédiaire et hyperéchogénicité interne [2] (Fig. 1). La tomographie par cohérence optique (OCT) du segment antérieur peut également aider au diagnostic malgré la plus faible pénétration du signal.

Différents traitements sont proposés, tels que la dilacération à l'aiguille, une iridectomie large, une cytoponction,

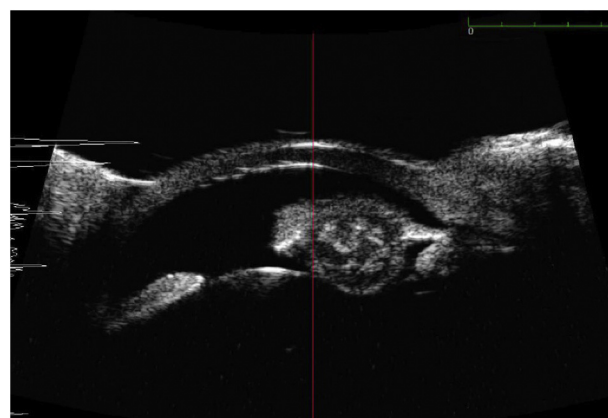


Figure 1. *Ultrasound BioMicroscopy* (UBM) d'un kyste d'inclusion épithéliale de type « perle blanche » montrant trois zones d'échogénicités différentes : hyperéchogénicité externe, hypoéchogénicité intermédiaire et hyperéchogénicité centrale.

une injection intralésionnelle d'agent chimiothérapeutique et finalement une excision complète [3,4]. Le traitement doit être personnalisé en fonction de la présentation de la lésion et du patient.

Cas clinique

Le cas clinique présenté illustre un kyste d'inclusion irien de type « perle blanche » chez un patient de 41 ans. La lésion s'est développée après un traumatisme cornéen perforant par une pièce de Formica® HPL, cinq ans auparavant. Le diagnostic de kyste d'inclusion a été posé trois ans après le traumatisme. L'acuité visuelle restait conservée à 8/10 avec un astigmatisme lenticulaire de trois dioptries. Une cytoponction-biopsie a été réalisée, dont l'histologie ne montrait aucune atypie cellulaire. Quelques mois plus tard, une rétro-pulsion du cristallin était provoquée par le volume du kyste, induisant un astigmatisme lenticulaire très important évoluant à six dioptries. La relation du kyste avec le cristallin était visible sur l'image UBM (Figs. 1–3). La meilleure acuité visuelle corrigée était alors effondrée à la perception de mouvements de main.

Une dilacération à l'aiguille a été réalisée. Les suites postopératoires immédiates n'ont pas été favorables, avec une hypertonie mesurée à 75 mmHg, un œdème stromal débutant et des douleurs importantes, nécessitant une intervention en urgence (Fig. 4). Un lavage de chambre antérieure avec excision des résidus du contenu du kyste a alors été réalisé (Fig. 5). L'analyse anatomopathologique n'a malheureusement pas été pertinente, ne montrant qu'un

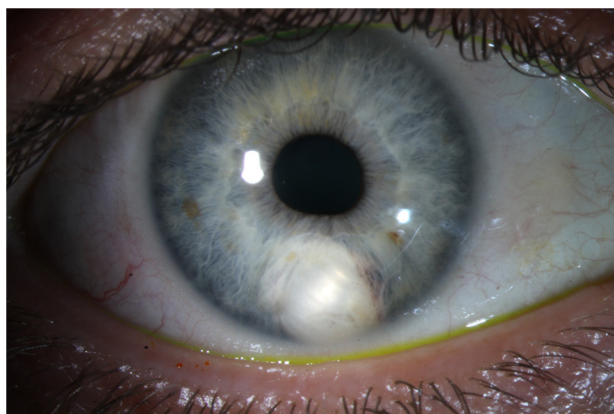


Figure 2. Photographie à la lampe à fente correspondant au kyste d'inclusion épithéliale de la figure 1.

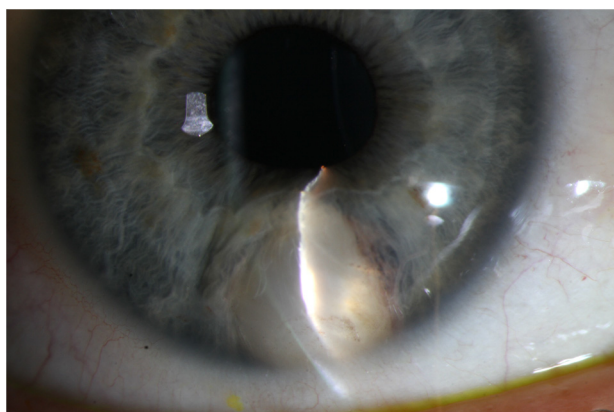


Figure 3. Photographie à la lampe à fente avec une illumination étroite, permettant d'apprécier l'aspect et le contenu du kyste.

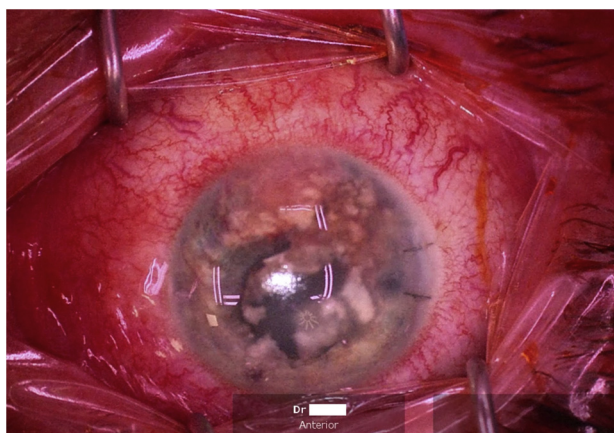


Figure 4. Photographie préopératoire, 24 heures après dilacération à l'aiguille.

matériel acellulaire sans précision sur la nature de ce matériel. L'extraction d'une cataracte induite par le contact direct avec le kyste irien et l'hypertonie oculaire secondaire a également été réalisée par phacoémulsification avec implantation secondaire d'une lentille intraoculaire.

Le contrôle postopératoire était favorable avec une pression intraoculaire mesurée à 16 mmHg, un œdème stromal persistant et une acuité visuelle évaluée à la perception

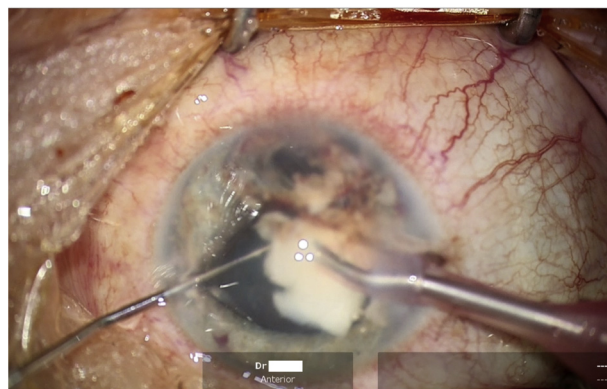


Figure 5. Extraction de la partie centrale du kyste lors du lavage de la chambre antérieure.

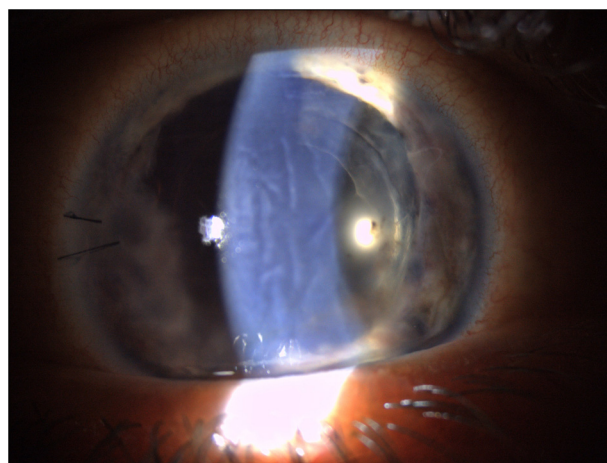


Figure 6. Photographie à la lampe à fente 24 heures après le lavage de la chambre antérieure montrant un œdème stromal.

de mouvements de main (Fig. 6). Le traitement postopératoire associait corticoïde, antibiotique et hyperosmotique topique. La situation postopératoire à trois mois n'a montré aucun signe de récive. La pression intraoculaire est contrôlée à une moyenne de 15 mmHg, avec un œdème stromal résolu centralement, mais persistant en inférieur. L'acuité visuelle est évaluée à 2/10. La réfraction objective montre un astigmatisme cornéen résiduel d'une dioptrie. Par la suite, une pupilloplastie à froid sera réalisée.

D'autres pistes thérapeutiques sont étudiées, telles que l'injection intralésionnelle de produits cytostatiques comme la mitomycine C précédée d'une aspiration intralésionnelle [5], avant tout acte plus invasif.

Conclusion

Un kyste d'inclusion épithéliale irien de type « perle blanche » pose un problème majeur face à sa tendance à récidiver et sa propension à grandir. L'imagerie par UBM est très importante, afin de définir les limites de la lésion. Le traitement final dépend de la lésion et du patient. La dilacération à l'aiguille ne semble plus indiquée pour un kyste à contenu non liquidien, à la vue des complications immédiates et des risques de récives. La première intervention thérapeutique devrait avoir lieu dès la pose du diagnostic, à cause du caractère localement destructeur de

ces lésions. D'autres études plus larges sont encore nécessaires pour évaluer l'intérêt de l'injection intralésionnelle d'agents cytostatiques. Cette injection pourrait se présenter comme la première étape thérapeutique, avant tout geste plus invasif comme une iridectomie chirurgicale.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Rao A, Gupta V, Bhadange Y, Sharma R, Shields JA. Iris cysts: a review. *Seminars Ophthalmol* 2011;26:11–22.
- [2] Venkateswaran N, Ching SST, Fischer W, Lee F, Yeane G, Hindman HB. The diagnostic and therapeutic challenges of posttraumatic iris implantation cysts: illustrative case presentations and a review of the literature. *Case Rep Ophthalmol Med* 2015;2015(375947):1–11, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/375947>. Epub 2015 Aug 12. PMID: 26347837; PMCID: PMC4549539.
- [3] Farmer SG, Kalina RE. Epithelial implantation cyst of the iris. *Ophthalmology* 1981;88:1286–9.
- [4] Song J, Bi H. Pearl cyst treatment by surgical excision. *Optom Vis Sci* 2014;91:e294–7.
- [5] Kawaguchi K. Treatment of recurrent giant iris cyst with intracyst administration of mitomycin C. *Br J Ophthalmol* 2000;84:799.

C. Van Haren^{a,*}, N. Ozturk^a, P. De Potter^a,
S. De Craene^b, D. Roels^c

^a Service d'ophtalmologie, cliniques universitaires
Saint-Luc, avenue Hippocrate, 10, 1200 Bruxelles,
Belgique

^b Service d'ophtalmologie, hôpital AZ Sint-Jan,
Ruddershove, 10, Bruges, Belgique

^c Service d'ophtalmologie, hôpital universitaire de
Gand, C.-Heymanslaan, 10, Gand, Belgique

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : corentinvanharen@gmail.com

(C. Van Haren)

Disponible sur Internet le 27 juillet 2022

<https://doi.org/10.1016/j.jfo.2022.04.026>

0181-5512/© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.