

10

FONDS NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE		
0947	A. 2/2	
22 FEB 1938 1937		
Fiches	Direction	Secrétariat

Extrait du *Bulletin de la Société Belge d'Ophthalmologie*, 1937

P. JOIRIS et Roger WEEKERS. — **Phlébite ophtalmique bénigne de provenance dentaire.**

Le problème des affections oculo-dentaires est encore controversé; certains faits, cependant, sont bien établis, parmi lesquels nous citerons la phlébite orbitaire grave de provenance dentaire. Moczar a récemment apporté à l'étude de cette question une importante contribution basée sur des observations d'autopsie. Cet auteur qui pratiqua 24 examens nécropsiques dans des affections oculaires graves compliquant des infections dentaires aiguës, a constaté que, dans la grande majorité des cas, la complication oculaire est due à une extension locale de l'infection dentaire; dans la minorité des cas (10 sur 24), il existait de la septicopyohémie. Dans ces cas graves, la propagation se fait par continuité par la voie ostéopériostée, cellulaire ou veineuse. Quand l'infection pénètre à l'intérieur du crâne, la voie orbitaire est principale; la voie du trou ovale est secondaire. L'extension locale se produit le plus fréquemment par les veines.

On sait que les veines dentaires aboutissent au plexus alvéolaire et au plexus ptérygoïdien; ces deux plexus sont anastomosés et n'en forment, en somme, qu'un seul. Du plexus alvéolaire sort la veine alvéolaire qui est un affluent de la faciale. Le plexus ptérygoïdien communique avec le sinus caverneux par la veine du trou ovale. La voie veineuse relie donc étroitement l'œil aux dents.

Ainsi se conçoit aisément le tableau classique de la thrombophlébite orbitaire grave, toujours mortelle.

A cette thrombophlébite grave, mortelle, il y a lieu, nous paraît-il, d'opposer une affection qui n'a pas encore été identifiée: la phlébite ophtalmique bénigne. Bénignité relative, mais cette dénomination a l'avantage de distinguer cette affection de la thrombophlébite grave, mortelle.

A l'appui de cette manière de voir, nous décrirons d'abord in extenso une observation personnelle qui nous paraît particulièrement instructive:

M. C., Julien, âgé de 40 ans, se présente à nous le 8 janvier 1937, il se plaint de douleurs légères de l'œil droit depuis huit jours, la vision de cet œil est gênée par une tache grise située au centre du champ visuel; le soir, il souffre de céphalée. Il a présenté quelques hémorragies nasales.

Antécédents héréditaires. — Père et mère : rien à signaler. Un frère et une sœur morts en bas âge. Un beau-frère a été atteint de syphilis. Le B. W. de sa propre femme est négatif.

Antécédents personnels. — En 1931, traumatisme cranien (coup de marteau dans la région temporale). La réaction de B. W. dans le sang a été négative à plusieurs reprises.

Œil droit. — Acuité visuelle : 5/24 (8-1-37).

La mobilité du globe est excellente. Les membranes extérieures sont normales.

Au niveau de la rétine, on observe une veine fortement dilatée et très sinuose, il existe de nombreuses hémorragies autour de la papille et dans la région maculaire ainsi qu'un œdème diffus de la rétine dans la même région.

Le champ visuel est normal à la périphérie mais on met en évidence un scotome central absolu.

Œil gauche. — A. V. = 5/5.

Le fond présente une veine légèrement dilatée.

Tension de l'artère centrale de la rétine : 30.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

La tension artérielle mesurée à l'appareil de Vaquez = 13,8.

L'examen du nez révèle une congestion des cornets, les sinus sont normaux.

A l'examen des dents, on trouve que la deuxième prémolaire droite est douloureuse. Une radiographie montre à ce niveau un granulôme apical et un foyer d'ostéite; ce qui amène à extraire cette dent et à pratiquer un curetage alvéolaire.

Les jours suivants, les lésions oculaires s'aggravent légèrement, les hémorragies de la rétine sont plus abondantes, l'œdème augmente, tandis qu'il persiste de la douleur dans la région maxillaire droite. Enfin, le 26-1-37, il apparaît une induration avec fluctuation de la gencive et on ouvre un abcès dentaire qui laisse s'échapper un pus abondant. Le stomatologiste pratique un curetage alvéolaire qui ramène du tissu de granulations.

Après ces interventions l'état des lésions oculaires change brusquement; l'amélioration est très nette, l'œdème du fond diminue rapidement, il ne se produit plus de nouvelles hémorragies, les anciennes se résorbent progressivement. L'acuité visuelle se relève légèrement.

Un examen ultérieur montre que l'œdème a complètement disparu ainsi que les hémorragies, mais la papille optique a pâli légèrement, l'acuité visuelle reste stationnaire, il persiste un scotome central.

Comme on le voit, dans ce cas clinique, l'amélioration oculaire a suivi immédiatement la guérison de la lésion dentaire. Il semble que chez ce malade l'influence causale de l'infection dentaire sur l'affection oculaire puisse être admise; la coïncidence paraît pouvoir être écartée, aucune autre origine de trouble oculaire n'ayant pu être décelée, malgré de nombreuses explorations cliniques.

De ce cas personnel, nous pouvons rapprocher d'autres observations qui ont été publiées par différents auteurs. Nous résumerons brièvement quatre de celles-ci.

Weekers et Hubin (1). — V..., Hubert, est âgé de 45 ans. Le 14 février 1932, la vue de l'œil droit baisse brusquement. Acuité visuelle : doigts à 0 m. 50. La papille présente un aspect névritique très marqué et plusieurs petites hémorragies qui ne sont bien visibles qu'à l'image droite. Il existe de l'œdème de la région maculaire et du sang dans le vitré.

L'examen de la bouche montre la première grosse molaire droite fortement cariée. On procède à l'extraction. Les apex des racines vestibulaires sont résorbés, la racine médiale porte un petit granulôme. On fait un curetage alvéolaire. Quatre jours après l'extraction, on constate une amélioration de la vision (5/12); l'aspect névritique est moins accusé, l'œdème a disparu, il persiste deux minuscules lésions de chorioretinite.

Le 10 mars 1933, l'acuité visuelle est de 5/5, il ne persiste que les deux petites lésions de chorioretinite (cicatricielle).

(1) WEEKERS et HUBIN. *Névrorétinite hémorragique de provenance dentaire*, *Archives d'Ophthalm.*, nov. 1933.

Terson (1). — Mme S..., est âgée de 22 ans, brusquement elle perd la vue de l'œil droit, l'acuité visuelle se trouve réduite à distinguer à peine les mouvements de la main. Le fond de cet œil présente une névrite optique très accusée, les artères sont imperceptibles, les veines tortueuses et dilatées, il existe de nombreuses suffusions sanguines.

Cette malade, un mois et demi avant l'accident oculaire, avait fait soigner sa deuxième prémolaire droite qui était très cariée. Son dentiste avait dévitalisé la dent et y avait introduit un amalgame. Cette dent étant malgré tout restée douloureuse, on l'extrait et dès le surlendemain la situation oculaire s'améliore. En trois semaines, l'acuité visuelle revenait à peu près à l'unité, la papille était seulement un peu pâle.

Michaux (2). — Le 18 novembre 1931, M. A. B..., âgé de 29 ans, perd brusquement la vue de l'œil gauche.

L'examen ophtalmoscopique montre une rétinite exsudative avec gros placards hémorragiques et figure stellaire dans la région péri-maculaire. Cette figure stellaire noyée dans la zone des exsudats, était à stries grisâtres formées de petites vésicules juxtaposées et se détachant mal sur un fond sombre. Acuité visuelle = 1/50.

Diverses thérapeutiques s'avèrent inefficaces.

Le 28 décembre, extraction de la deuxième prémolaire supérieure gauche qui est sensible à la pression (carie, canaux et apex infectés).

Le 31 décembre, l'acuité visuelle est remontée à 1/10. Les taches exsudatives du fond de l'œil se sont aplaties, la figure stellaire a disparu.

Le 16 janvier 1932, acuité visuelle 2/10.

Le 30 janvier, rechute, acuité visuelle 1/20; nouveaux exsudats avec hémorragies dans le bas de la rétine.

Le 21 mars 1932, extraction de la première prémolaire supérieure gauche qui présente une carie du troisième degré avec des racines saines.

Le 29 mars 1932. Acuité visuelle 3/10.

(1) Terson, Un cas de névrite optique d'origine dentaire certaine, *Soc. franc. Ophtalm.*, 1927, p. 478.

(2) Michaud, Rétinite hémorragique à figure stellaire et infection dentaire, *Soc. Belge Ophtalm.*, 1932, n° 64, p. 30.

Tous les exsudats se sont résorbés laissant à leur place des cicatrices formant des constellations de petites taches blanches surtout dans la région interpapillo-maculaire avec, par endroits, de grandes plaques dont une au niveau de la papille optique.

Le 5 avril 1932 : acuité visuelle 5/10.

Coulouma et Lesenne (1). — Le 20 novembre 1935, M^{me} L..., âgée de 44 ans, présente à l'examen ophtalmoscopique de l'œil droit, l'aspect classique de la thrombose de la veine centrale de la rétine : veines dilatées et tortueuses, rétine parsemée de nombreuses hémorragies, la papille est légèrement œdémateuse. Acuité visuelle 10/10.

Le 28 novembre 1935, acuité visuelle 7/10.

L'aspect ophtalmoscopique est resté le même. A ce moment, on découvre une carie assez accentuée de la canine supérieure droite, la dent est extraite et, huit jours après, l'acuité visuelle est redevenue normale, les lésions du fond de l'œil sont presque complètement disparues, il ne persiste que quelques petites hémorragies à la périphérie de la rétine.

Dans les différentes observations que nous venons de passer en revue, existe de la névrorétinite hémorragique avec prédominance des altérations veineuses. Dans notre observation personnelle, les veines présentaient même des altérations aux deux yeux. L'ensemble des conditions cliniques, dans tous ces cas, rend très probable la provenance dentaire de ces lésions. Celles-ci ont guéri en laissant subsister des séquelles visuelles plus ou moins importantes.

Ces faits sur lesquels nous devons nous contenter actuellement d'attirer l'attention, tendent à faire admettre qu'il existe à côté de la phlébite orbitaire grave, toujours mortelle, d'autres formes de phlébite ophtalmique dues vraisemblablement à une infection moins virulente et qui sont susceptibles de guérir.

Sans qu'il nous soit possible d'en fournir la preuve, nous avons l'impression que d'autres cas que nous avons observés de chorio-rétinite notamment et même de décollement de la rétine, pour

(1) COULOUMA et LESENNE. Guéri-on d'une thrombose de la veine centrale de la rétine à la suite d'une extraction dentaire, *Arch. d'Ophtalm.*, déc. 1935, p. 890.

lesquels nous avons admis la provenance dentaire probable, reconnaissaient également comme cause une phlébite ophtalmique parcellaire, qui serait localisée, uniquement ou surtout, à une portion ou à l'une ou l'autre ramification de la veine. Ce qui fait penser à cette pathogénie, c'est la constance dans la symptomatologie, des lésions hémorragiques.
