

# Myosite orbitaire révélant un corps étranger intra-orbitaire végétal : à propos d'une observation

## Orbital myositis revealing a vegetal intraorbital foreign body: a case report

Anis Mahmoud<sup>1</sup>, Hager Touil<sup>2</sup>, Aly Majdoub<sup>3</sup>, Malek Bouzayen<sup>1</sup>, Wafa Ammari<sup>1</sup>, Riadh Messaoud<sup>1</sup>

1-Service d'ophtalmologie, hôpital universitaire Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie / faculté de médecine, université de Monastir

2-Service de chirurgie maxillo-faciale et esthétique, hôpital universitaire Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie / faculté de médecine, université de Monastir

3-Service d'anesthésie et de réanimation, hôpital universitaire Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie / faculté de médecine, université de Monastir

### RÉSUMÉ

**Introduction :** Les corps étrangers intra-orbitaires sont rares. Leur manifestation clinique est généralement tardive.

**Cas clinique :** Nous rapportons le cas d'un homme de 32 ans présentant une limitation de l'oculomotricité. L'imagerie a montré un ancien corps étranger végétal intra-orbitaire confirmant le diagnostic d'une myosite orbitaire. L'orbitotomie a permis l'extraction du corps étranger avec des suites favorables.

**Discussion :** Les corps étrangers végétaux intra-orbitaires ont des aspects cliniques variés. La latence entre le traumatisme et le début de la symptomatologie d'une myosite orbitaire conséquente est variable. L'imagerie permet d'identifier la taille et la localisation exacte. L'extraction est souvent nécessaire mais peut exposer à des risques majeurs

**Conclusion :** Le diagnostic des corps étrangers intra-orbitaire ignorés demeure difficile. La prise en charge doit être précoce afin d'éviter des conséquences fonctionnelles graves.

### Mots-clés

Myosite orbitaire, corps étranger végétal

### SUMMARY

**Introduction:** Foreign intraorbital bodies are rare. Their clinical manifestation is usually late.

**Clinical case:** We report a case of 32 years-old man presenting an old vegetal foreign intraorbital body. The orbitotomy allowed its extraction with favorable result.

**Discussion:** Vegetal foreign intraorbital bodies have clinical aspects. The latency between the trauma and the onset of symptoms is variable. Radiological examination can identify exactly the size and location. Surgical removal is often necessary but can expose to major risks.

**Conclusion:** The diagnosis of ignored intraorbital foreign body remains difficult. The management should be early in order to avoid severe functional consequences.

### Key-words

Orbital myositis, foreign vegetal body

Les corps étrangers végétaux de l'orbite sont rares et peuvent se présenter par des aspects cliniques différents. Le plus souvent méconnu, ils se manifestant surtout par leurs complications inflammatoires et infectieuses. L'objectif de cet article est de mettre en évidence le danger inhérent à ce type de traumatisme, de présenter l'aspect en imagerie et de suggérer une approche diagnostique ainsi qu'une attitude thérapeutique quand un corps étranger végétal est suspecté.

### OBSERVATION

Un homme de 32 ans a été référé à nos urgences pour investigation d'une douleur à la mobilisation de l'œil droit avec une diplopie horizontale dans le regard en dedans évoluant depuis 15 jours. L'anamnèse a relevé la notion d'un traumatisme orbitaire droit qui remonte à 2 mois auparavant suite à une agression par un morceau de bois.

L'examen ophtalmologique initial a montré une acuité visuelle à 10/10 dans les deux yeux, une tuméfaction cutanée au niveau de l'angle interne de l'œil droit, une légère exophtalmie droite, déviée en temporal et une limitation de l'adduction de l'œil droit (figure 1). L'examen du segment antérieur et du fond de l'œil a été sans anomalies aux deux yeux. Un test de Lancaster a objectivé la limitation de l'adduction de l'œil droit.



Figure 1: Photo pré-opératoire: Limitation de l'adduction de l'œil droit

L'exophtalmie inflammatoire, la tuméfaction de l'angle interne et la notion de traumatisme ont fait suspecter la présence d'un corps étranger méconnu. La tomographie orbitaire a objectivé un corps étranger sous forme d'une image linéaire spontanément hyperdense siégeant dans l'espace extra-conique, entre la paroi orbitaire et le muscle droit médial qui par ailleurs était augmenté de volume (figure 2). Ainsi, le diagnostic d'une myosite orbitaire en rapport avec un corps étranger a été retenu.

Nous avons procédé à l'extraction du corps étranger en reprenant la porte d'entrée au niveau de l'angle interne. Une orbitotomie antérieure avec une dissection prudente a permis de trouver un corps étranger végétal. Il s'agissait d'un morceau de bois de 1 cm longeant la paroi interne de l'orbite droite en dedans du muscle droit médial.

L'orbitotomie a été refermée sans drainage. Un traitement antibiotique a encadré le geste chirurgical, nous avons prescrit une céphalosporine de troisième génération par voie intraveineuse associée à un aminoside pendant une semaine. Cette antibiothérapie a été par la suite relayée par une antibiothérapie orale. Une rééducation orthoptique a été réalisée chez ce patient. Les suites postopératoires ont été simples, faite d'une régression progressive de l'exophtalmie aux contrôles cliniques et scannographiques avec une nette amélioration de l'oculomotricité (figure 3).



Figure 2 : TDM orbitaire objectivant un corps étranger sous forme d'une image linéaire spontanément hyperdense avec un épaissement du muscle droit interne droit.



Figure 3 : Amélioration de l'oculomotricité après l'ablation du CEIO avec une nette amélioration de l'adduction.

### DISCUSSION

On estime qu'un traumatisme orbitaire sur six comporterait un corps étranger [1]. Les corps étrangers organiques figurent en deuxième position après les corps étrangers métalliques [2], mais leur vraie incidence ne peut être évaluée par manque de séries publiées. La plus grande série est celle de Nasr et al avec 19 patients [3]. Le diagnostic clinique d'un corps étranger organique intra orbitaire de nature végétale (CEOIO) à l'origine d'une myosite orbitaire est souvent difficile. La notion d'un traumatisme orbitaire est un élément important pour évoquer ce diagnostic. La latence entre le traumatisme et le début de la symptomatologie est variable, selon la littérature récente elle varie de quelques mois à plusieurs années [4].

Chez notre patient, il s'est manifesté après deux mois. Les conséquences de la rétention de corps étrangers dans l'orbite sont multiples et potentiellement graves. Les signes cliniques peuvent être précoces ou tardifs. Il peut se révéler par des complications dont certaines sont susceptibles d'engager le pronostic fonctionnel de l'œil tel est le cas de la myosite orbitaire comme pour notre patient [5]. Les symptômes devant faire suspecter cette complication sont : une inflammation orbitaire chronique ou un granulome à corps étranger, une cellulite orbitaire un abcès orbitaire ou un trajet fistuleux chronique [6], des troubles de l'oculomotricité et une ophtalmoplégie [7], un ptosis, une exophtalmie, une dystopie du globe, une rétraction palpébrale [8] et même une cécité [9]. Un chémosis et une douleur persistante doivent également faire suspecter ce diagnostic. Dans cette observation, la notion de traumatisme, l'inflammation orbitaire et l'existence d'une tuméfaction de l'angle interne étaient les éléments d'orientation clinique vers la myosite orbitaire post-traumatique.

L'identification et la localisation d'un CEOIO restent difficiles en dépit de l'évolution de l'imagerie. La radiographie standard n'est pas contributive. L'échographie peut être négative notamment dans les cas de corps profonds.

Bien que l'intérêt du scanner semble controversé, cet examen a permis la certitude de diagnostic chez notre patient. Il trouve son intérêt également dans le diagnostic des lésions orbitaires et intracrâniennes éventuellement associées.

## Références

1. Corps étrangers intra-orbitaires - EM|consulte [Internet]. Em-consulte.com. 2017 [cited 29 October 2017]. Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/111643>
2. Fulcher T P, McNab A A, and Sullivan T J, Clinical features and management of intraorbital foreign bodies. *Ophthalmology* 2002; 109: 494-500.
3. Nasr A.M., Haik B.G., Fleming J.C., Al-Hussain H.M., Karcioğlu Z.A. Penetrating orbital injury with organic foreign bodies *Ophthalmology* 1999 ; 106 : 523-532.
4. Sheeja S J, Thaj A J, Deepa J and Renu S R. Missed diagnosis of a wooden intra-orbital foreign body. *Indian J Ophthalmol* 2008; 56: 322-324.
5. Lee J A and Lee H Y. A case of retained wooden foreign bod in orbit. *Korean J Ophthalmol* 2002; 16:114-118.
6. Jabaly-Habib HY, Mualllem MS, Garzozzi HJ. An intraorbital injury from an occult wooden foreign body. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2002; 39: 300-302.
7. Yamashita T, Mikami T, Baba T, Minamide Y, Sugino T, Koyanagi I, et al. Transorbital intracranial penetrating injury from impaling on an earpick. *J Neuroophthalmol* 2007; 27: 48-49.
8. Specht CS, Varga JH, Jalali MM, Edelstein JP. Orbitocranial wooden foreign body diagnosed by magnetic resonance imaging. Dry wood can be isodense with air and orbital fat by computed tomography. *Surv Ophthalmol* 1992;36: 341-344.
9. Weinacht S, Zaunbauer W, Gottlob I. Optic atrophy induced by an intraorbital wooden foreign body: the role of CT and MRI. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1998;35:179-181.
10. D'hermies F, Halhal M, Morel X, Meyer A, Renard G. Corps étranger végétal intraorbitaire. *J Fr Ophtalmol*, 2001; 24:517-21.
11. Agarwal P K, Kumar H, and Srivastava P K. Unusual orbital foreign bodies. *Indian J Ophthalmol* 1993; 41: 125-127.

## CONCLUSION

La suspicion clinique d'une myosite orbitaire en rapport avec un CEOIO retenu dans l'orbite doit donc encourager des examens ophtalmologiques et radiologiques répétés. L'association des données cliniques, d'une bonne interprétation des examens complémentaires et d'une équipe chirurgicale expérimentée est la clé pour conduire au diagnostic. La prise en charge multidisciplinaire est parfois nécessaire afin d'éviter des conséquences fonctionnelles potentiellement graves.