

La maladie de Vogt-Koyanagi-Harada : plaider pour un traitement intensif

Bielefeld Philip, PH, Médecine interne et maladies infectieuses, C .H. d'Avignon, Avignon, France

Sanaani Asma, PH, Ophtalmologie, C .H. d'Avignon, Avignon, France

Yahyaoui Mariem, PH, Médecine interne et maladies infectieuses, C .H. d'Avignon, Avignon, France

Glatre Audrey, assistante, Médecine interne et maladies infectieuses, C .H. d'Avignon, Avignon, France

Boulicot Céline, PH, Ophtalmologie, C .H. d'Avignon, Avignon, France

Pestre Vincent, PH, Médecine interne et maladies infectieuses, C .H. d'Avignon, Avignon, France

Introduction

La maladie de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) est une uvéo-méningite sévère dont le pronostic visuel dépend de la précocité de prise en charge, afin d'éviter le passage à la chronicité et l'aggravation de l'acuité visuelle.

tous trois patients jeunes, traités par un schéma thérapeutique plus agressif.

Observation

Une patiente caucasienne de 23 ans, une jeune femme de 40 ans et un jeune homme de 28 ans, tous deux d'origine maghrébine, présentaient une baisse d'acuité visuelle bilatérale avec acuité visuelle inférieure à 5/10 pour le plus mauvais oeil, des décollements séro-rétiniens multiples en OCT, une choroïdite aiguë granulomateuse bilatérale.

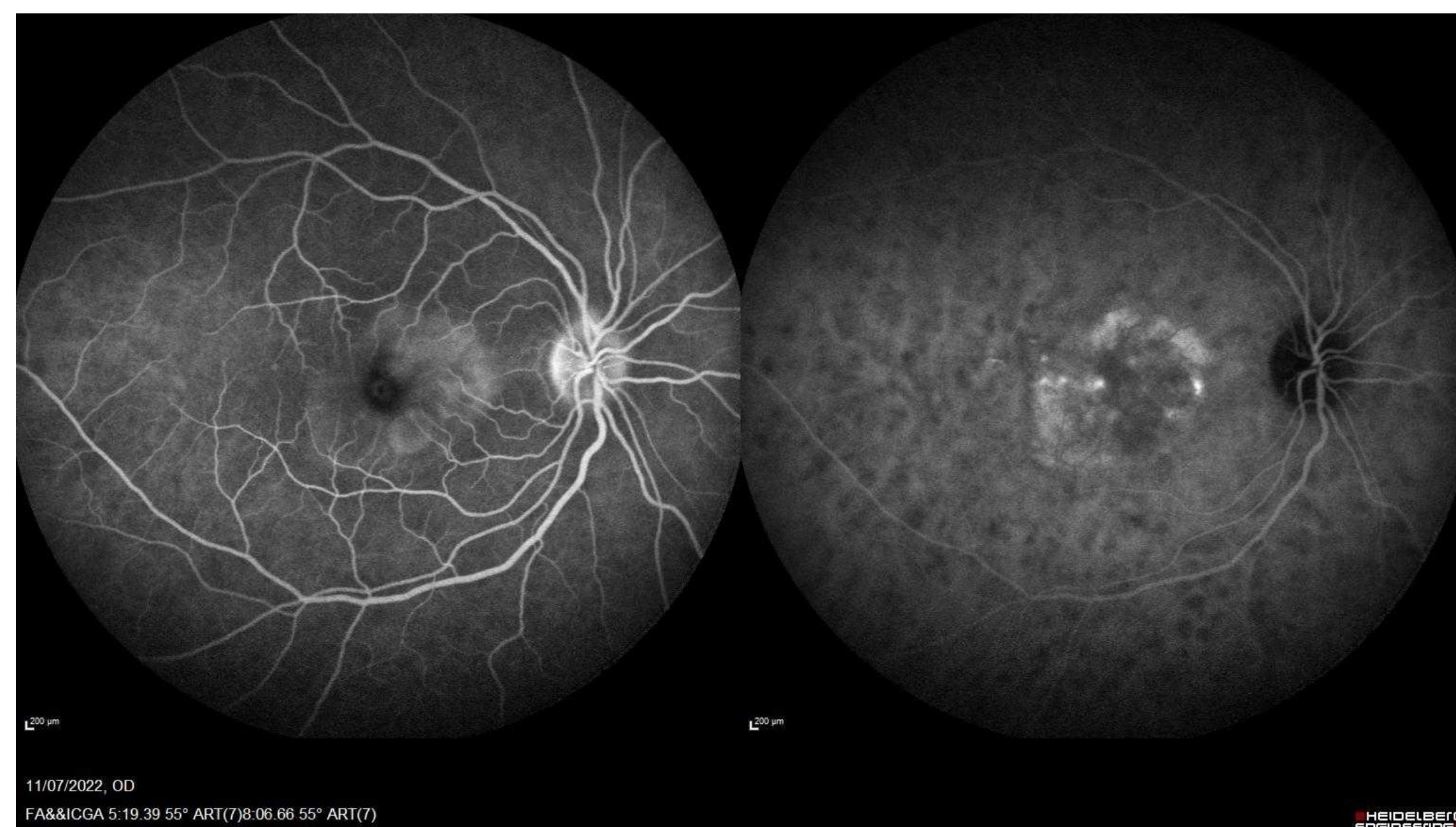
Tous présentaient une méningite lymphocytaire, mais aucune autre atteinte d'organe, notamment pas de dépigmentation, ni d'atteinte neurologique, ni de troubles de l'audition (audiométrie normale).

Le diagnostic de VKH était retenu, et un traitement immunomodulateur introduit dans les 72 premières heures. Ce schéma consistait en le protocole suivant : bolus de cortisone de 500 mg à J1, J2, J3, puis relai corticothérapie orale à 1mg/kg et par jour, décroissance sur 6 mois et arrêt, association d'emblée au méthotrexate 0,2 mg/kg par semaine per os et anti TNF de type infliximab 5 mg/kg pour 6 mois (Semaine 0, Semaine 2 puis mensuel) et relai adalimumab 40 mg sous-cutané tous les 15 jours pour 2 ans, décroissance progressive et arrêt.

A 3 mois, l'évolution était favorable pour les 3 uvéo-méningites, et se poursuivait à l'examen d'un an. Le méthotrexate a été arrêté pour tous les patients à 12 mois.

L'évolution à 18 mois est favorable.

Aspect angiographique initial, patiente numéro 2



Discussion

Depuis plusieurs années, El Asrar et al et d'autres insistent sur la nécessité d'un traitement précoce de la phase initiale du VKH, afin d'éviter le passage à la chronicité, et chez certains patients l'évolution vers la dépigmentation choroïdienne en « coucher de soleil (sunset glow fundus) ». Il est ainsi pointé sur la notion de « fenêtre thérapeutique étroite »(1). Il est également insisté sur la nécessité d'une association de la corticothérapie avec un traitement immunosuppresseur d'emblée, notamment le mycophénolate. Une métaanalyse récente de la littérature (2) rapporte un total de vingt études précisant l'évolution sous traitement des patients.

La récurrence avec des corticoïdes seuls va de 34 à 100%, avec une évolution vers le sunset glow fundus entre 46 à 74 % alors que dans les séries traitées avec une association cortisone immunosuppresseurs, l'évolution chronique est évitée dans ¾ des cas, et que seuls 17% de sunset glow fundus surviennent. Pour mémoire, l'évolution des patients d'origine japonaise semble à part avec une évolution moins défavorable sous cortisone seule. Enfin, il est difficile de prévoir d'emblée quels patients nécessiteront un schéma agressif. Il semble en effet que certains puissent néanmoins répondre à une corticothérapie seule, mais il existe tout de même un certain nombre de facteurs de mauvais pronostics d'emblée, tels que le sexe féminin, l'âge supérieur à 18 ans, l'acuité visuelle initiale faible, l'inflammation de la chambre antérieure importante, des décollements séro-rétiniens proches de la rétine centrale, des synéchies postérieures de l'iris, des manifestations extra-oculaires (3).

Pour mémoire, les cas traités dans la littérature par biothérapies ne sont qu'anecdotiques.

Conclusion

Nous proposons un schéma thérapeutique agressif d'emblée chez les patients atteints de VKH, compte tenu du risque d'évolution défavorable et vers la chronicité sur le plan ophtalmologique notamment. Les biothérapies sont plutôt utilisées en cas de rechute dans cette pathologie et non en première intention et nous suggérons leur utilisation dès le diagnostic. Un recueil de cas plus important serait utile.

Références bibliographiques principales

1- El Asrar A et al: doi: 10.3389/fmed.2021.705796

2-Herbort C et al : doi.org/10.1007/s10792-020-01417-1

3-Herbort C et al : doi.org/10.1007/s10792-018-0949-4