

UNE NÉCROSE RÉTINIENNE AIGÜE VIRALE AU VIRUS ZONA VARICELLE (VZV) COMPLIQUÉE D'UN DÉCOLLEMENT RÉTINIEN CHEZ UNE JEUNE PATIENTE IMMUNOCOMPÉTENTE : À PROPOS D'UN CAS

Imane ROUFIK, Spécialiste en maladies infectieuses, Centre de virologie, des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

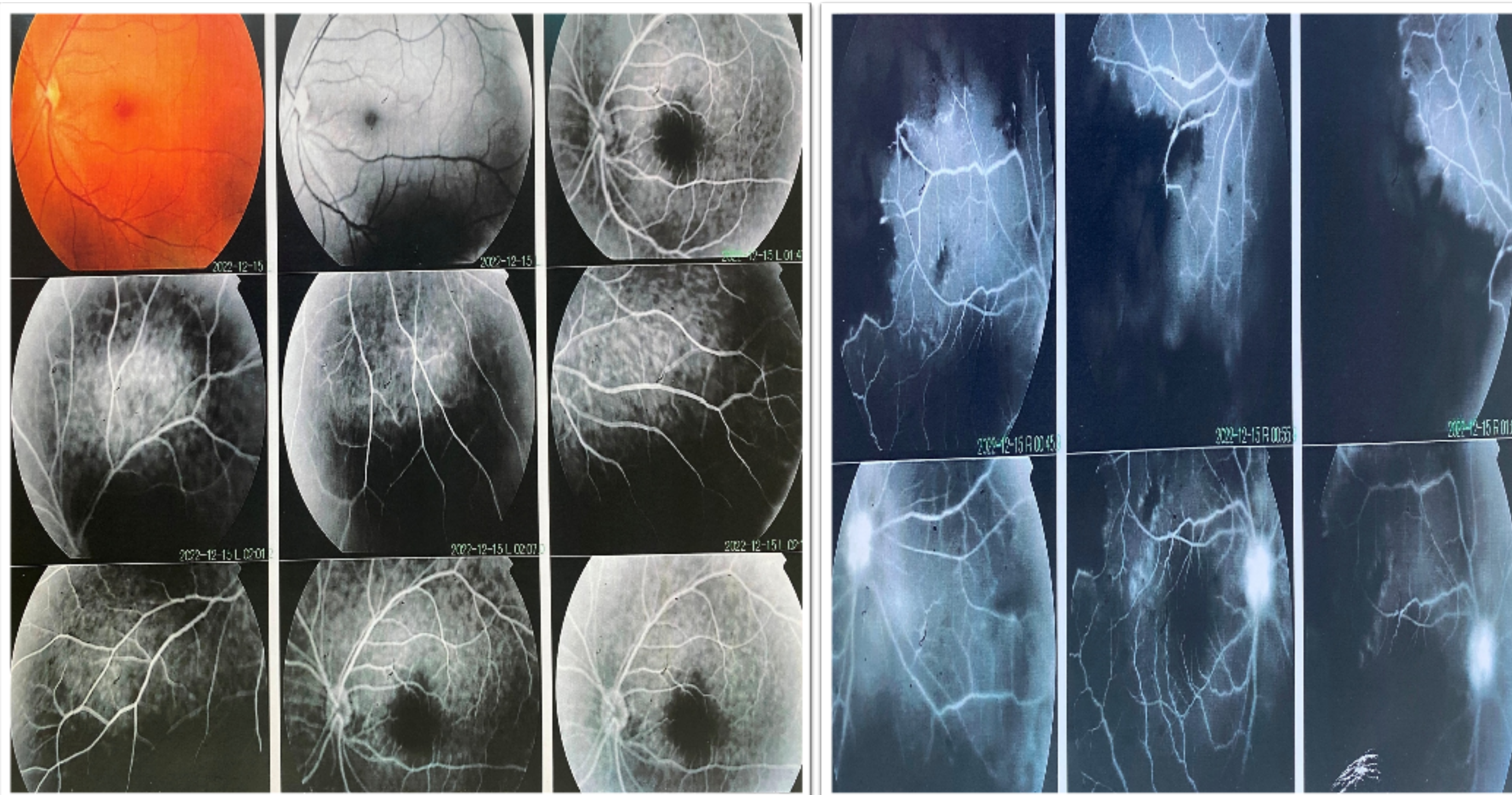
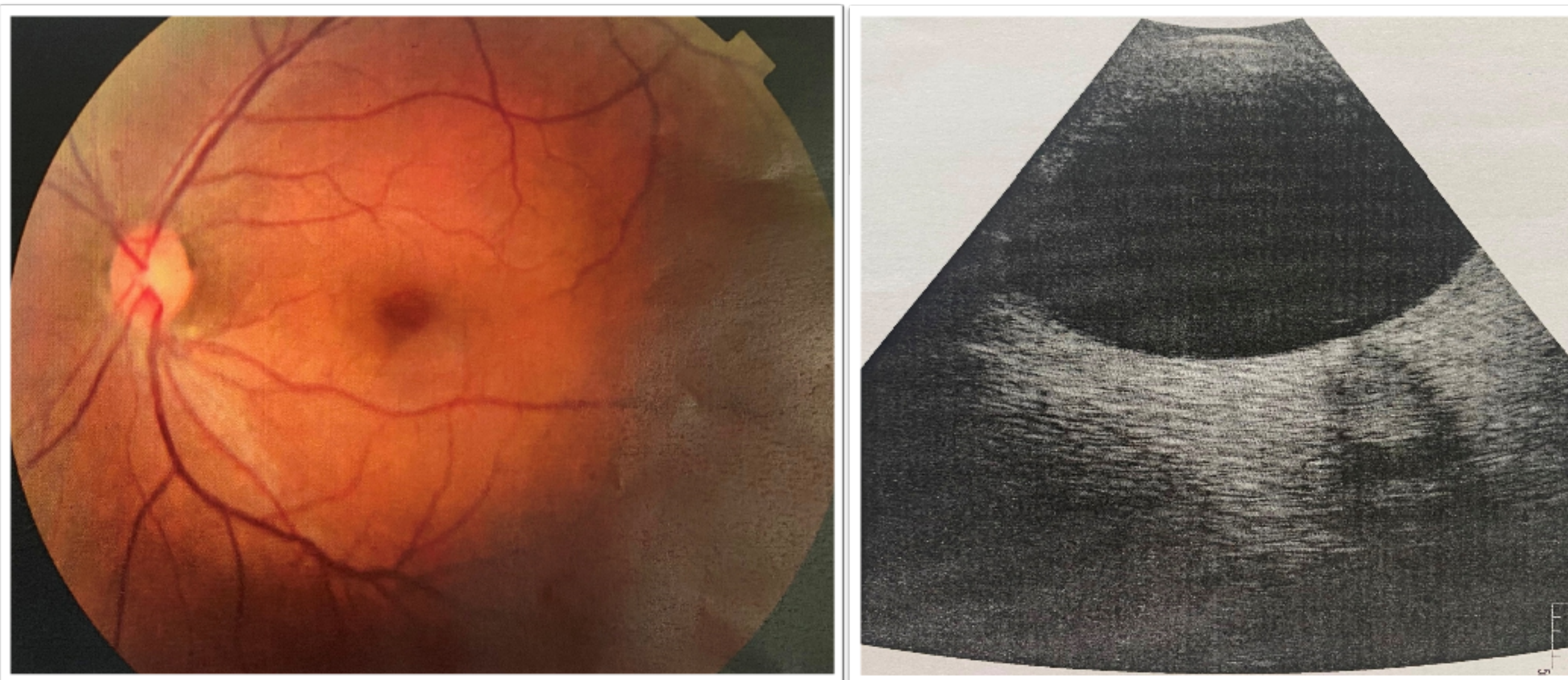
- Yassine EL BENAÏSSI, Résident en maladies infectieuses, Centre de virologie, des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc
- Youssef SEFSABI, Résident en maladies infectieuses, Centre de virologie, des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc
- Mohammed ELQATNI, Professeur agrégé en médecine interne, Centre de virologie, des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc
- Khalid ENNIBI, Professeur agrégé en médecine interne, Centre de virologie, des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Introduction

La nécrose rétinienne aiguë ou ARN, syndrome appelée aussi « nécrose rétinienne herpétique », est une affection d'origine virale. Elle est rare en fréquence, mais grave, compromettant le pronostic visuel. L'agent infectant est un virus du groupe herpès: herpès simplex (type 1 ou 2), herpès zoster (zona - varicelle) et cytomégalovirus (CMV). La nécrose rétinienne aiguë se caractérise par une inflammation oculaire marquée, associée à une nécrose rétinienne d'extension progressive, de vascularite rétinienne et parfois d'atteintes extra oculaires. Le type d'atteinte oculaire dépend à la fois du virus infectant et de l'état immunitaire du patient. La confirmation de ce diagnostic dès la découverte de la maladie par la réaction de polymérase en chaîne (PCR) et par le coefficient de charge immunitaire (CCI) le plus souvent par ponction d'humeur aqueuse permet d'optimiser la prise en charge. Le but du traitement est d'accélérer la résolution de l'infection dans l'œil infecté et de prévenir l'atteinte de l'œil controlatéral.

Observation

- Madame S.B, 40 ans.
- ATCD: contact avec ses deux enfants qui avaient récemment contracté une varicelle.
- Clinique:
 - Syndrome grippal avec toux productive.
 - Adénopathies sous maxillaires.
 - Apparition 5 jours plus tard d'une rougeur au niveau de l'œil droit, avec douleur, et baisse de l'acuité visuelle unilatérale.
- Traitée initialement comme conjonctivite virale, mais sans amélioration, avec une aggravation de la baisse de l'acuité visuelle.



Images d'angiographie rétinienne de la patiente

Discussion

- Malgré la rareté du VZV dans les ARN, il semble l'agent infectant responsable de la rétinite nécrosante classique en cas d'immunocompétence et d'une tragique rétinite progressive compromettant le pronostic visuel.
- La rétinite à CMV constitue quant à elle une infection rétinienne opportuniste essentiellement associée au SIDA.
- Le diagnostic de ces rétinites est d'abord clinique et doit être évoqué devant toute panuvéite.
- Le traitement doit être instauré dans les plus brefs délais en raison du risque de bilatéralisation précoce et des complications rétinienne.

Conclusion

Certaines ARN restent malheureusement résistantes au traitement et elle sont toujours dépendantes des efforts de recherche en vue d'améliorer leur pronostic.

Conduite diagnostique et thérapeutique

Examen ophtalmologique avec fond d'œil + angiographie rétinienne:

- **Pan-uvéite granulomateuse unilatérale sévère de l'œil droit.**
- La ponction de la chambre antérieure + PCR multiplex virale :
 - *VZV : **positive** *HSV : négative *CMV : négative
- IRM occulo-orbitaire : normale.
- Angio-IRM cérébrale : normales en dehors d'une sinusite éthmoïdale.

Diagnostic retenu:

- Nécrose rétinienne virale post-VZV de l'œil droit.

Traitement:

- Aciclovir par voie intraveineuse (IV) : 10 mg/kg/8 heures, 5 semaines.
- Corticothérapie par voie orale : 1 mg/kg/jour.

Evolution sous traitement:

- À J3 du traitement : Perte brutale de la vision central de l'œil droit.
- Fond d'œil : décollement rétinien → opéré en urgence.
- Injection de silicone pour réappliquer la rétine et réalisation d'un laser endo-oculaire.

Évolution sous traitement antiviral et après acte chirurgical:

- Favorable.
- La rétine : totalement réappliquée sans zone de mal perfusion ni d'ischémie.
- Les nécro-plages de vascularite rétinienne : cicatrisées.

Angiographie à la fluorescéine:

- Nette amélioration des signes inflammatoires.
- La vision est restée toujours basse mais avec une relative récupération de 1/10ème (OD), sous estimée en raison de la présence de huile de silicone.
- La nécrose rétinienne s'étendait de manière circonférentielle et centripète au niveau du pole postérieur sans l'atteindre, ce qui laissait présager la possibilité de récupération fonctionnelle après ablation de huile de silicone.
- Œil gauche: absence de bilatéralisation.

Relai:

- Valaciclovir par voie orale 1 g: 3x/j pendant 6 semaines.
- Puis 500 mg: 3x/j jours pendant 5 mois.
- Dégression progressive de la corticothérapie sur 2 mois.
- Surveillance étroite.

Références bibliographiques principales

- Samia El Haouzi, Amina Jait, Omar Lezrek, Samira Tachfouti, Amina Laghmari, Ouafa Cherkaoui, Karman Abdellouahed, Rajae Daoudi. Intérêt de la thérapie antivirale par voie orale dans le traitement des nécroses rétinienne aiguës. Pan African Medical Journal, 2016 Juin 29.
- Errera, M.H. & Pâques, Service d'Ophtalmologie IV, Centre Hospitalier National des Quinze-Vingts, PARIS.. Les nécroses rétinienne virales. Réalités ophtalmologiques # 200_Février 2013.
- Nécroses Rétinienne Herpétique Snyers B. Service d'Ophtalmologie, UCL, Cliniques Saint-Luc, Bruxelles. Bull. Soc. belge Ophtalmol., 277, 27-33, 2000.