

La chorioretinopathie séreuse centrale: une complication méconnue de la corticothérapie

Mona REKIK, Docteur, Service d'Ophthalmologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

- Sonda KAMMOUN, Docteur, Service d'Ophthalmologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie
- Omar HBAIEB, Docteur, Service d'Ophthalmologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie
- Mariem LACHTAR, Docteur, Service d'Ophthalmologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie
- Raida BEN SALAH, Docteur, Service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie
- Amira TRIGUI, Docteur, Service d'Ophthalmologie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction: La chorioretinopathie séreuse centrale (CRSC) est caractérisée par un décollement séreux localisé de la neurorétine (DSR), plus ou moins associé à des décollements séreux de l'épithélium pigmentaire (DSEP) au pôle postérieur, et une diffusion de liquide au travers d'une zone de faible résistance de l'épithélium pigmentaire rétinien appelée « point de fuite ». La prise de corticoïde est un facteur de risque incriminée dans 3.3% à 25.5% des cas de CRSC. Le but de notre étude est de décrire les particularités cliniques et para-cliniques de la CRSC induite par la corticothérapie générales et d'étudier ses modalités thérapeutiques.

Patients et méthodes: Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive portant sur les patients coligés au service d'Ophthalmologie de l'Hôpital Habib Bourguiba de Sfax sur une période de 7ans présentant une CRSC induite par la corticothérapie. Nous avons réalisé un examen ophtalmologique complet chez tous les patients, une angiographie à la fluorescéine (AF) et une tomographie par cohérence optique (OCT).

Résultats : Cinq patients présentaient un hypercorticisme exogène, en effet, une corticothérapie orale au long cours était prescrite chez un patient pour un pemphigus et deux patients ayant comme antécédents une transplantation rénale. Une patiente était suivie pour une myosite orbitaire, elle était sous 10mg de prednisone et son AV était de 10/10 avant l'épisode de CRSC. Un patient était suivi pour une maladie de Behcet avec atteinte oculaire sous 10mg de prednisone. L'âge moyen était de 41 ans avec des extrêmes allant de 24 à 56 ans. Tous les patients étaient de sexe masculin. Le délai d'apparition de la CRSC depuis le début de la prise de corticoïdes variait entre 1 mois et plusieurs années. Le flou visuel était le motif de consultation chez tous les patients. L'atteinte était unilatérale dans tous les cas. Tous les patients présentaient une bulle de DSR unique associée à des altérations de l'épithélium pigmentaire (AEP) dans deux cas (Figure1) et un DSEP dans un cas. L'AF a confirmé le diagnostic dans tous les cas en montrant un point de fuite unique, juxtafovéolaire, arrondi associé à des DSEP et des AEP (Figure2). L'OCT a permis de retenir le diagnostic dans tout les cas (Figure3). Elle était le principal moyen de suivi. La décision était d'arrêter la corticothérapie chez le patient ayant une maladie de Behcet et le mettre sous immunosuppresseurs. Son AV était de 10/10 et il n'avait pas refait de récurrence. La corticothérapie était arrêtée chez la patiente ayant une myosite orbitaire car elle était en rémission. Nous avons réduit les doses de la corticothérapie chez un patient greffé du rein et un patient présentant un pemphigus, ce qui avait permis la résolution du DSR et la récupération d'une AV à 10/10. Chez le deuxième patient greffé du rein. L'évolution s'est faite vers une CRSC chronique avec baisse profonde de l'AV et l'apparition d'une atrophie maculaire.

Conclusion: La CRSC est une maculopathie du sujet jeune, pouvant compliquer la corticothérapie générale. Le diagnostic est aidé par les moyens d'imagerie multimodale. La résolution est spontanément favorable dans la plupart des cas, les formes cliniques prolongées sont de moins bon pronostic.

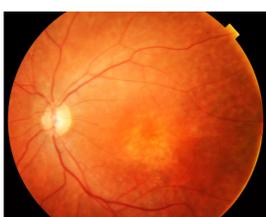


Figure 1: Photographie du FO montrant une bulle de DSR



Figure 2: AF montrant un point de fuite hyperfluorescent et une fuite de liquide

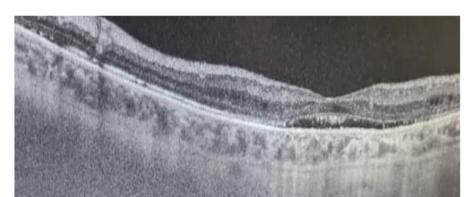


Figure 3: OCT montrant DSR