

Une image/un diagnostic

→ **S. MREJEN, A. BAILLY**

Service du Professeur Pâques,
CHNO des Quinze-Vingts, PARIS.
Centre d'imagerie et de laser CIL, PARIS.

Un patient de 69 ans se présente aux urgences des Quinze-Vingts à jeun, pour une prise en charge chirurgicale de décollement de rétine de l'œil droit. Ses antécédents comportent un tabagisme et quatre crises d'œil rouge et douloureux à bascule dans les douze derniers mois. Le dernier épisode, survenu sept jours auparavant, concernait l'œil droit et a été traité par collyre antibiotique et corticoïde, permettant une résolution en quelques jours.

L'acuité visuelle est abaissée à voit bouger la main, contre 10/10^e de l'œil adelphe, avec un équivalent sphérique de +0,50 dioptrie de manière bilatérale. La pression intraoculaire est élevée à 21 mmHg à droite et 25 mmHg à gauche.

L'examen du segment antérieur révèle un œil blanc du côté droit et une hyperhémie conjonctivale du côté gauche. La chambre antérieure est calme et peu profonde des deux côtés. Une bulle de décollement séreux rétinien (DSR) occupe le pôle postérieur droit, associée à un décollement choroïdien soulevant le corps ciliaire. Le fond d'œil gauche est difficilement accessible, en raison d'un myosis, mais ne présente aucune particularité (fig. 1).

Sur les clichés en SD-OCT de l'œil droit, la choroïde est épaissie, bien que difficilement analysable du fait de volumineux décollements bacillaires rétiens, associés à du fluide sous-rétinien (fig. 2). Du côté gauche, le profil fovéolaire est normal, mais on note de petits plis choroïdiens supéro-maculaires.

Devant cet épisode d'effusion uvéale aiguë de l'œil droit, associé à un œil gauche rouge dans un contexte d'hypertonie intraoculaire avec fermeture de l'angle, nous prescrivons des hypotonisants locaux, ainsi qu'un bilan étio-

logique. Le patient est reconvoqué pour une exploration angiographique.

Étonnamment, quatre jours plus tard, les décollements bacillaires et l'épaisseur choroïdienne ont diminué de façon

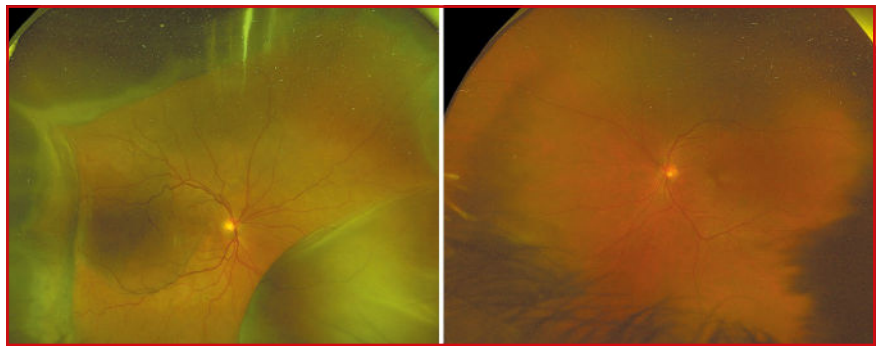


Fig. 1 : Clichés ultra-grand champ couleurs initiaux.

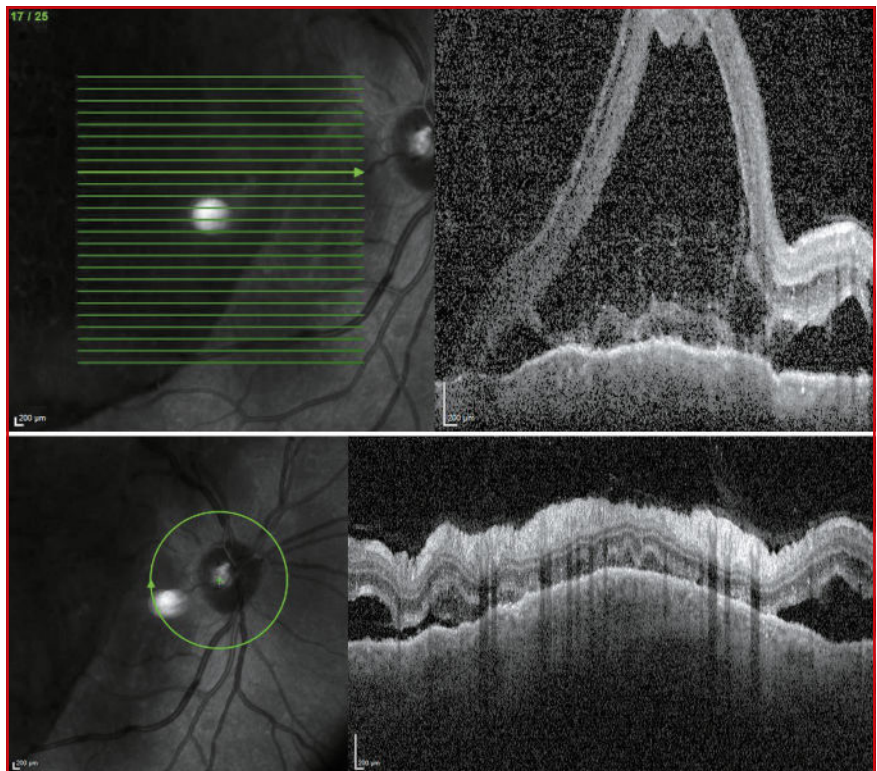


Fig. 2 : SD-OCT initial de l'œil droit.

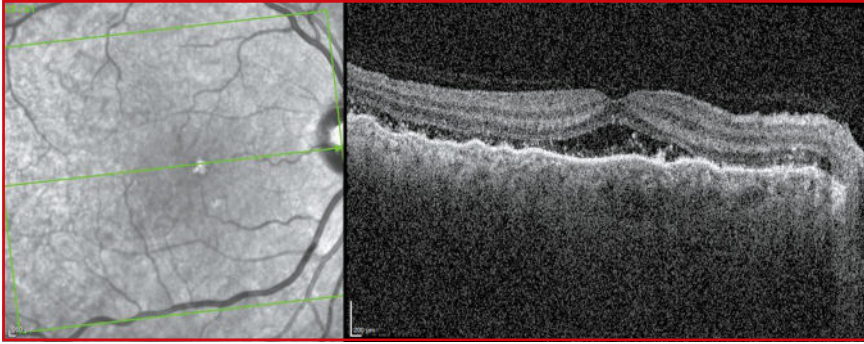


Fig. 3 : OCT EDI montrant une régression du décollement bacillaire.

spectaculaire (**fig. 3**), ainsi que l'effusion uvéale. L'acuité visuelle est alors de 4/10^e.

Après injection de fluorescéine (**fig. 4**), le remplissage de la choriocapillaire et des vaisseaux rétiniens est normal. On observe un effet masque des plis choroïdiens de manière bilatérale en temporal, ainsi qu'une diffusion papillaire minime à droite.

Le remplissage des gros vaisseaux choroïdiens puis l'imprégnation de l'épithélium pigmentaire sont normaux, après injection d'indocyanine (**fig. 5**). Les plis choroïdiens temporaux apparaissent hypofluorescents puis hypofluorescents au temps d'inversion.

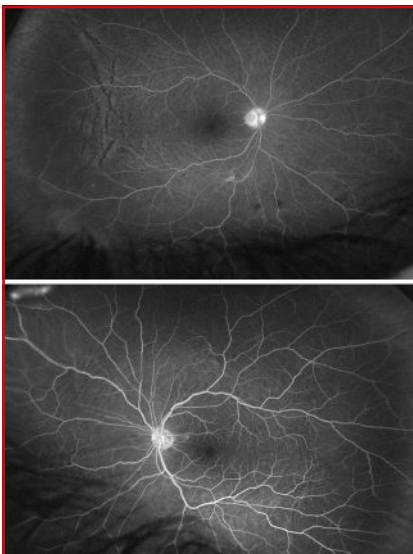


Fig. 4 : Temps intermédiaire de l'angiographie à la fluorescéine.

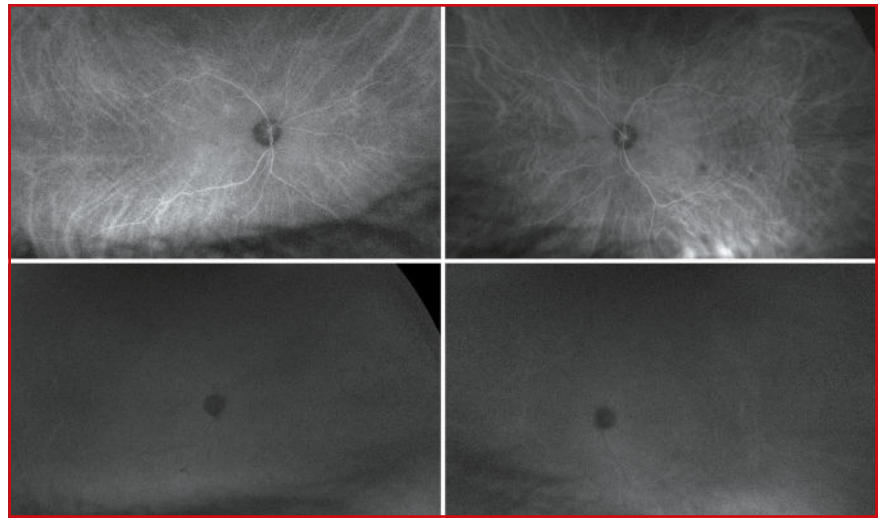


Fig. 5 : Temps intermédiaires et d'inversion de l'angiographie à l'indocyanine.

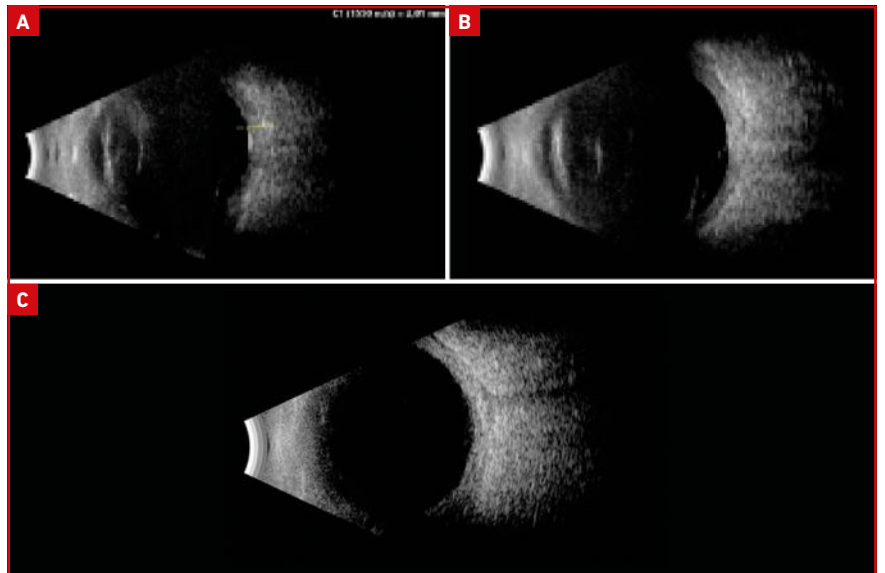


Fig. 6 : Clichés échographiques mode B de l'œil droit (A et B) et de l'œil gauche (C).

La pression artérielle, le bilan radiologique (IRM cérébrale et des troncs supra-aortiques injectée, TDM thoracique) et biologique (infectieux et inflammatoires) sont normaux.

L'échographie en mode B retrouve une choroïde épaissie associée à du fluide sous-choroïdien de manière bilatérale, ainsi qu'un décollement de rétine inférieur à droite (**fig. 6**). L'IRM orbitaire retrouve une diffusion de gadolinium rétrobulbaire associée à un épaissis-



Fig. 7 : IRM orbitaire en séquence T1 après injection de Gadolinium.

sement choroïdien bilatéral (**fig. 7**). De manière pluridisciplinaire nous concluons à une pansclérite bilatérale idiopathique, spontanément résolutive.

Quinze jours plus tard, le patient consulte pour un œil droit rouge et douloureux, accompagné d'une baisse d'acuité visuelle. À l'examen clinique, une hypertonie à 23 mmHg et un chémosis et à un aplatissement de la chambre antérieure, accompagnent une récurrence du décollement choroïdien. Du côté gauche, on note une augmentation des plis choroïdiens (**fig. 8**). Sur les OCT, on note de nouveaux décollements bacillaires péripapillaires, associés à un épaississement de la choroïde (**fig. 9**).

Le patient est hospitalisé pour recevoir cinq bolus de méthylprednisolone. Après relais par voie orale, la corticothérapie permet une résolution clinique et fonctionnelle, avec remontée de l'acuité visuelle à 10/10, il persiste de petits dépôts orangés, hyperautofluorescents, hyperreflectifs en proches infrarouges, témoignant de la résorption du liquide sous-rétinien (**fig. 10**). Les clichés en autofluorescence mettent en évidence une hyperautofluorescence décline inférieure et en travées concentriques, séquelles du décollement de rétine exsudatif et des plis choroïdiens.

En **fig. 11** se trouvent les clichés OCT en mode EDI dans un ordre chronologique avec, en **A**, le cliché initial ; en **B**, lors de la résolution du premier épisode, quatre jours après ; et en **C**, le cliché lors de la récurrence, quinze jours après. Les clichés **D**, **E**, **F** montrent l'évolution

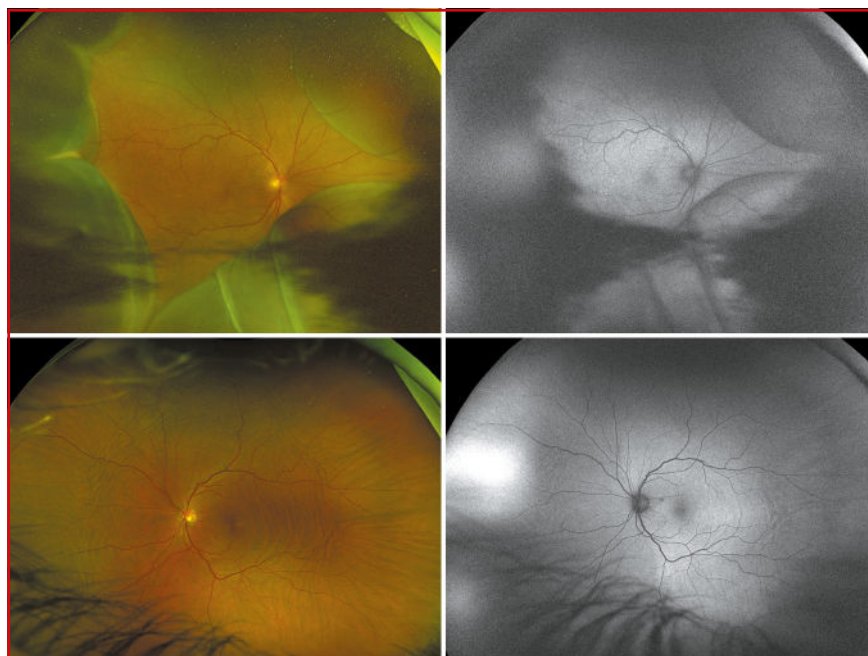


Fig. 8 : Clichés ultra-grand champ des deux yeux lors de la récurrence de l'effusion uvéale, après un premier épisode spontanément résolutif.

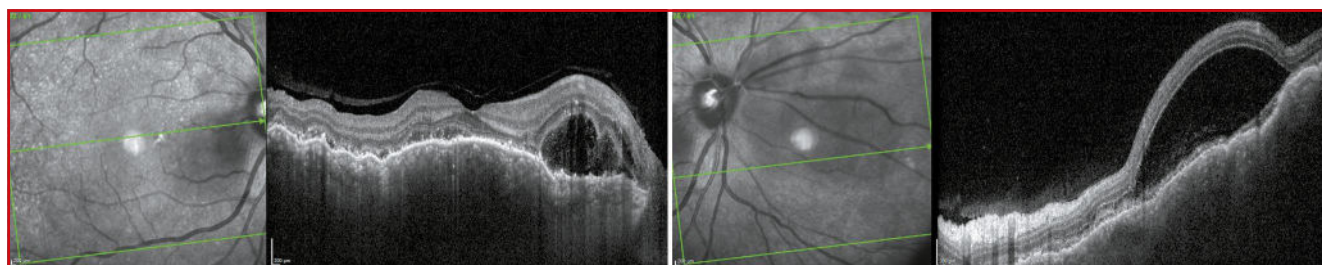


Fig. 9 : OCT en mode EDI montrant des décollements bacillaires maculaire et nasal.

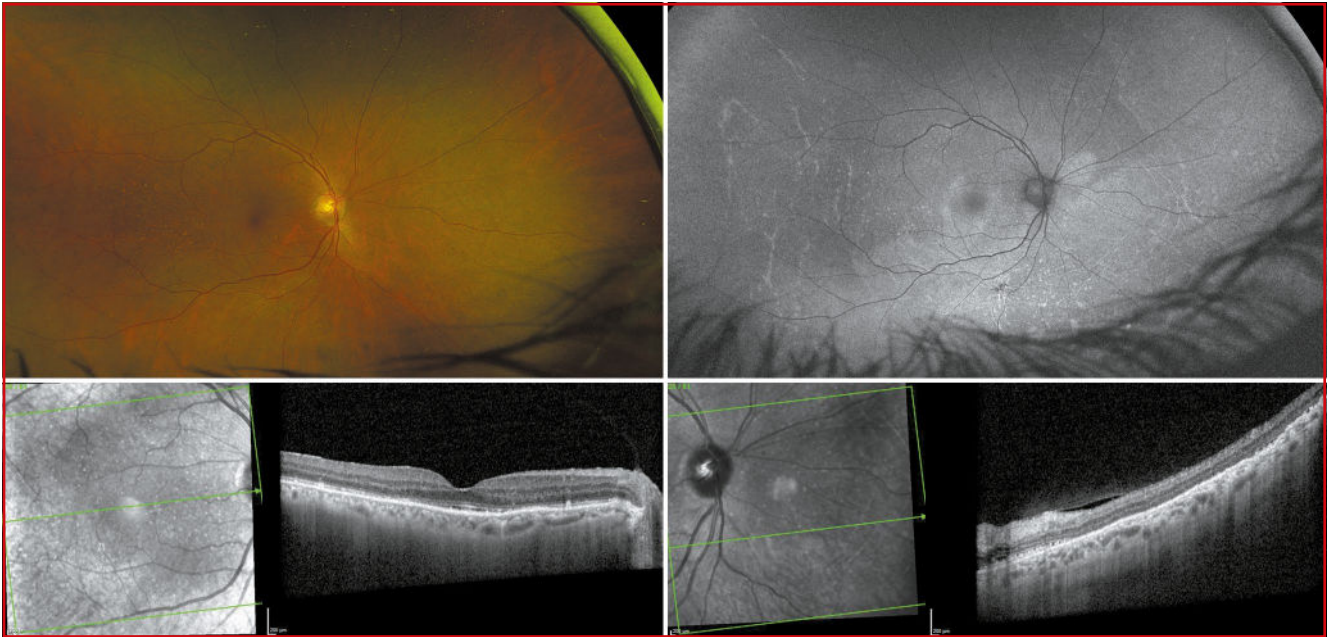


Fig. 10 : Clichés ultra-grand champ en couleur et en autofluorescence, en proche infrarouge et SD-OCT de l'œil droit, en rémission avec 7,5 mg de prednisone quotidiens.

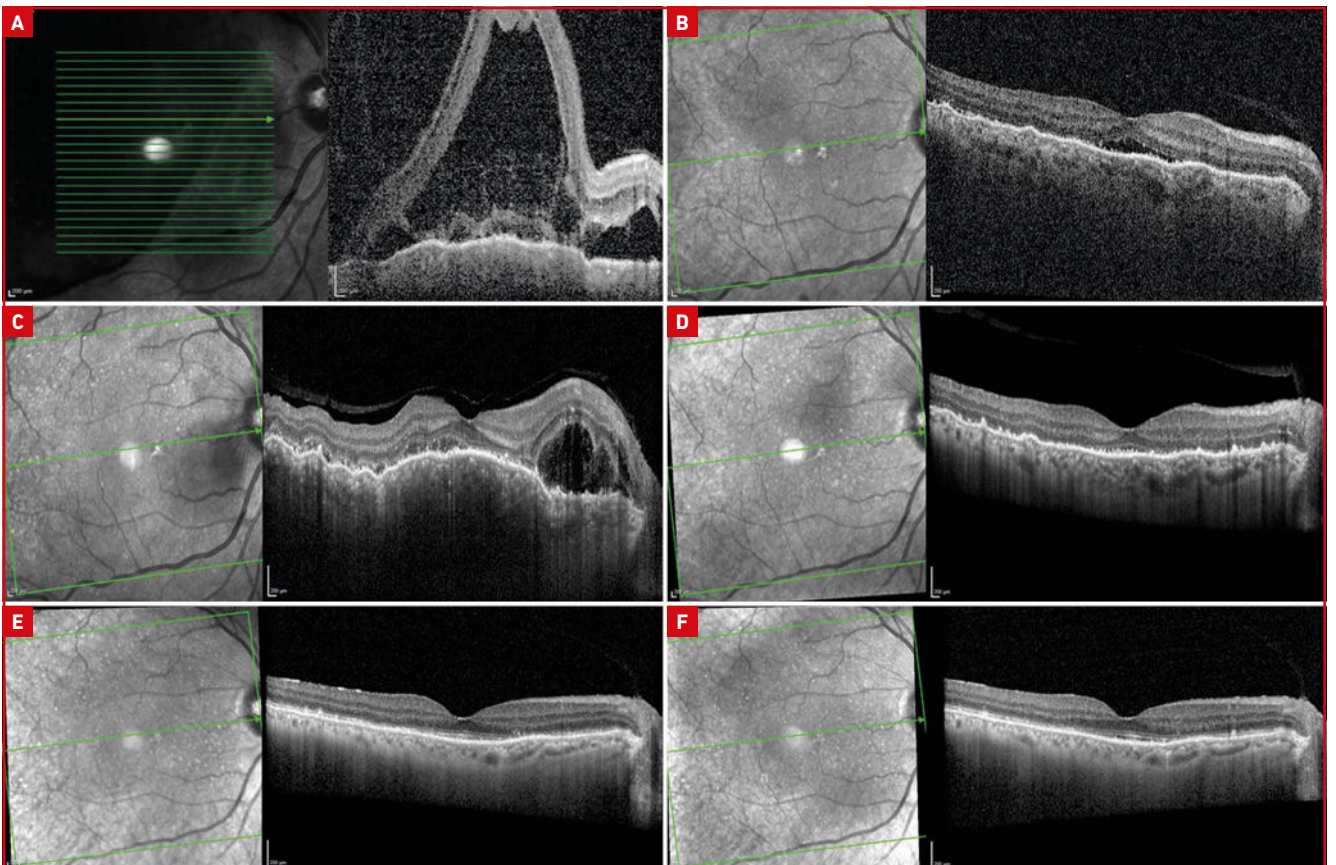


Fig. 11 : Évolution en OCT-EDI.

anatomique favorable à un mois, deux puis trois mois après l'instauration d'un traitement par corticothérapie. Lors des poussées inflammatoires, l'épaississement de la choroïde est accompagné de décollements bacillaires, d'épaississement des articles externes des photorécepteurs et de points hyperréfectifs sous-rétiens. La résolution de l'inflammation s'accompagne d'une diminution progressive de l'épaisseur de la choroïde (C, D, E F), d'une résorption de liquide sous rétinien et d'un aspect granulaire de la ligne ellipsoïde qui apparaît sous

forme de points hyperréfectifs en infrarouge. La normalisation de l'épaisseur choroïdienne est accompagnée d'une restitution progressive de la ligne ellipsoïde et de la diminution des granules hyperréfectifs.

Ainsi, ce cas illustre la possible association d'une sclérite postérieure à une composante antérieure, à un syndrome d'effusion uvéale, et à une fermeture de l'angle secondaire responsable d'hypertonie intraoculaire. Les clichés angiographiques étant très souvent peu

spécifiques, le diagnostic clinique est confirmé par une imagerie multimodale.



S. MREJEN, A. BAILLY

Service du Professeur Pâques,
CHNO des Quinze-Vingts,
PARIS.
Centre d'imagerie et de laser
CIL, PARIS.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.