

Case report



Choroïdite pseudo-serpigineuse d'origine tuberculeuse: à propos d'un cas

Abdi Rhizlane, Siham Chariba, Asmae Maadan, Rachid Sekhsoukh

Corresponding author: Abdi Rhizlane, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI Oujda, Oujda, Morocco. rhizlane_a@hotmail.com

Received: 15 Jul 2020 - **Accepted:** 24 Jul 2020 - **Published:** 14 Sep 2020

Keywords: Choroïdite, pseudo-serpigineuse, tuberculose

Copyright: Abdi Rhizlane et al. PAMJ Clinical Medicine (ISSN: 2707-2797). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Abdi Rhizlane et al. Choroïdite pseudo-serpigineuse d'origine tuberculeuse: à propos d'un cas. PAMJ Clinical Medicine. 2020;4(20). 10.11604/pamj-cm.2020.4.20.25009

Available online at: <https://www.clinical-medicine.panafrican-med-journal.com//content/article/4/20/full>

Choroïdite pseudo-serpigineuse d'origine tuberculeuse: à propos d'un cas

Pseudo-serpiginous like choroiditis of tuberculous origin: about a case

Abdi Rhizlane^{1,&}, Siham Chariba¹, Asmae Maadan¹, Rachid Sekhsoukh¹

¹Abdi Rhizlane, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI Oujda, Oujda, Morocco

&Auteur correspondant

Abdi Rhizlane, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI Oujda, Oujda, Morocco

Résumé

Les manifestations oculaires de la tuberculose sont très polymorphes. La choroïdite pseudo-serpigineuse est une forme clinique rare de la maladie. Il faut penser à l'origine tuberculeuse de l'atteinte oculaire devant une choroïdite multifocale serpigineuse surtout dans les pays endémiques de la tuberculose. Nous rapportons le cas d'une patiente qui présente une choroïdite pseudo-serpigineuse dont le diagnostic étiologique était en faveur de la tuberculose. Le traitement antituberculeux a été recommandé en association avec les corticoïdes, l'évolution a été marquée par

une stabilisation des lésions et une amélioration discrète de l'acuité visuelle.

English abstract

The ocular manifestations of tuberculosis are very polymorphous. Pseudo-serpiginous choroiditis like is a rare clinical form of disease. It is necessary to think about the tuberculous origin of the ocular attack in front of a multifocal choroiditis serpiginous especially of the endemic countries of tuberculous. We report the case of a patient who presents a choroïdite pseudo-serpiginous like whose etiological diagnosis was in favor of tuberculosis. Antituberculosis treatment has been recommended in combination with corticosteroids, the evolution was marked by a stabilization of the lesions and a discreet improvement of the visual acuity.

Key words: *Choroiditis, serpiginous like, tuberculosis*

Introduction

La choroïdite pseudo-serpigneuse serpigneuse est une affection grave située au fond de l'œil et qui atteint des adultes d'âge moyen (autant d'hommes que de femmes). Elle se nomme aussi choroïdopathie géographique hélicoïdale péripapillaire [1]. Cette maladie est rare, chronique, progressive et bilatérale, prédominant sur un œil. Elle va altérer progressivement la chorio-capillaire, l'épithélium pigmentaire et la rétine neuro-sensorielle, donnant une acuité visuelle souvent très basse. La maladie de nature inflammatoire semble en rapport avec une ischémie choroïdienne localisée d'origine immunitaire. Les lésions se développent typiquement près du nerf optique et s'étendent lors des récurrences, de façon irrégulière, d'où le nom de serpigneuse. Les épisodes inflammatoires laissent en place une cicatrice choroïdienne.

Patient et observation

Il s'agit d'une patiente âgée de 48 ans vaccinée, ayant comme antécédent une mère traitée pour tuberculose pulmonaire. Qui consulte pour baisse d'acuité visuelle progressive de l'œil droit et des métamorphopsies; l'examen ophtalmologique: acuité visuelle OD compte les doigts de près OG: 7/10; tonus oculaire a 12 mm de Hg ODG. Examen à la lampe à fente ODG : chambre antérieure calme, cataracte sous capsulaire peu dense. FO: OD: lésions choroïdiniennes atrophiques pigmentées, débutant au niveau de la papille s'étendant vers la macula (Figure 1). OG: normal. Angiographie: OD: aux temps précoces et tardifs, un effet masque de l'atteinte choroïdienne associé à un liseré hyperfluorescent entourant les lésions (Figure 2). Oct maculaire OD: dépression fovéolaire présente. Zone d'hyper - réflectivité para fovéolaire en inter-papillomaculaire d'allure cicatricielle (Figure 3). Une recherche d'infection tuberculeuse a été faite: radio thorax revenue normale 3BK crachats négatifs IDR à la tuberculine + phlycténulaire, quantiféron + le diagnostic de choroïdinite pseudoserpigneuse d'origine tuberculeuse a été retenu en se basant sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques: (notion de décomptage tuberculeux, IDR et quantiféron +) et le traitement par antibacillaire a été démarré associé à la corticothérapie.

Discussion

La choroïdopathie pseudoserpigneuse est une maladie chronique récurrente, qui commence typiquement dans la zone juxtapapillaire comme une ou plusieurs zones de décoloration blanche grisâtre qui est souvent en continuité avec une zone de l'épithélium pigmentaire (RPE) et une atrophie choroïdienne qui entoure tout ou une partie du disque optique. Au bout de quelques semaines, les lésions grises deviennent pâles et atrophiques, tandis que le bord actif avance davantage vers les zones adjacentes et, finalement, le fond d'œil montre de multiples zones d'atrophie choroïdienne en forme de puzzle [2]. La

choroïdite pseudoserpigineuse est une pathologie rare représentant moins de 5% des uvéites postérieures. La maladie a tendance à affecter les adultes jeunes et en bas âge, la plupart des études signalant une prévalence plus élevée chez les hommes que chez les femmes [3]. Il n'y a pas de prédilection raciale. Bien que d'étiologie inconnue, son origine est probablement immunogène car il semble répondre au traitement par corticoïdes et autres immunosuppresseurs. De plus, les patients atteints présentent également une fréquence accrue des associations HLA-B7 et S-antigène rétinien. D'autres mécanismes pathogènes ont été proposés et plusieurs auteurs relient la choroïdite pseudoserpigineuse à des agents infectieux comme *Mycobacterium tuberculosis* et les virus de l'herpès mais cela reste à prouver [4]. Une étude récente, ayant montré la multiplication de mycobactéries au sein de l'épithélium pigmentaire rétinien qui servirait de réservoir pour l'agent pathogène [4].

Par ailleurs, plusieurs auteurs considèrent que la réaction inflammatoire secondaire à l'infection tuberculeuse est due essentiellement à une réaction d'hypersensibilité contre les antigènes mycobactériens. L'angiographie à la fluorescéine et au vert d'indocyanine peut être utile dans l'évaluation de l'étendue et de l'activité des lésions. L'analyse des clichés aux temps précoces montre une hypo fluorescence des lésions actives, suivie d'une hyper fluorescence tardive de façon centripète. Les lésions cicatricielles peuvent être hypo fluorescentes. Les clichés aux temps précoces et moyens montrent un liseré continu hyper fluorescent qui borde l'ensemble du territoire cicatriciel [5]. L'angiographie au vert d'indocyanine est plus précise que l'angiographie rétinienne à la fluorescéine dans l'évaluation de l'étendue des lésions. Les lésions se caractérisent par des zones d'hypo fluorescence sur les temps précoces et les temps tardifs, qui peuvent être étendues au-delà des lésions observables en angiographie à la fluorescéine et en auto fluorescence [5]. La tomographie en cohérence optique détermine très précocement l'extension des lésions, et objective la présence ou non d'œdème maculaire. Le traitement d'uvéite tuberculeuse est basé sur

l'association antituberculeux et corticoïdes. L'évolution conduit à une cicatrisation en 2 à 7 semaines avec de possibles poussées épisodiques. La survenue d'une poussée est caractérisée par le signe de Jean Antoine Bernard, qui est la disparition du liseré fluorescent au niveau de la récidence [6]. La survenue de néovaisseaux choroïdiens peut aggraver un tableau clinique déjà sévère à cause de la baisse importante de la vision [6].

Conclusion

La choroïdite pseudo-serpigineuse est une manifestation rare de la tuberculose intraoculaire. Elle survient le plus souvent dans le cadre d'une tuberculose présumée ou latente dont la difficulté réside dans la mise en évidence de mycobactéries en intraoculaire. Les patients souffrant de choroïdite pseudoserpigineuse nécessitent un suivi long et régulier afin de guetter les récurrences et la néovascularisation choroïdienne.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: aspect du fond d'œil: lésions chorioretiniennes atrophiques pigmentées, débutant au niveau de la papille s'étendant vers la macula

Figure 2: angiographie à la fluorescéine montrant au niveau de l'OD: aux temps précoces et tardifs, un effet masque de l'atteinte chorio-retinienne associé à un liseré hyperfluorescent entourant les lésions

Figure 3: oct maculaire OD: zone d'hyper-réflexivité para fovéolaire en inter-papillomaculaire d'allure cicatricielle

Références

1. Becquet F, Cohen SY, Coscas G. Choroïdite serpigneuse. J Fr Ophtalmol. 1992;15(4): 288-98. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Gass, JDM. Inflammatory diseases of the retina and choroid. In: Stereoscopic atlas of macular diseases: diagnosis and treatment 4thed St Louis: CV Mosby. 1997;158-165.
3. Bouchenaki N, Cimino L, Auer C. Assessment and classification of choroidal vasculitis in posterior uveitis using indocyaninegreenangiography. KlinMonatsblAugenheilkd. 2002;219(4): 243-9. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Chang JH, Wakefield D. Uveitis: a global perspective. Ocul Immunol Inflamm. 2002;10(4): 263-279. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
5. Bouchenaki N, Cimino L, Auer C, Tao Tran V, Herbot CP. Assessment and classification of choroidal vasculitis in posterior uveitis using indocyanine green angiography. Klin Monbl Augenheilkd. 2002; 219(4): 243-249. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
6. Wu JS, Lewis H, Fine SL, Grover DA, Green WR. Clinicopathologic findings in a patient with serpiginous choroiditis and treated choroidal neovascularization. Retina. 1989;9(4): 292-301. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)



Figure 1: aspect du fond d'œil: lésions chorioretiniennes atrophiques pigmentées, débutant au niveau de la papille s'étendant vers la macula

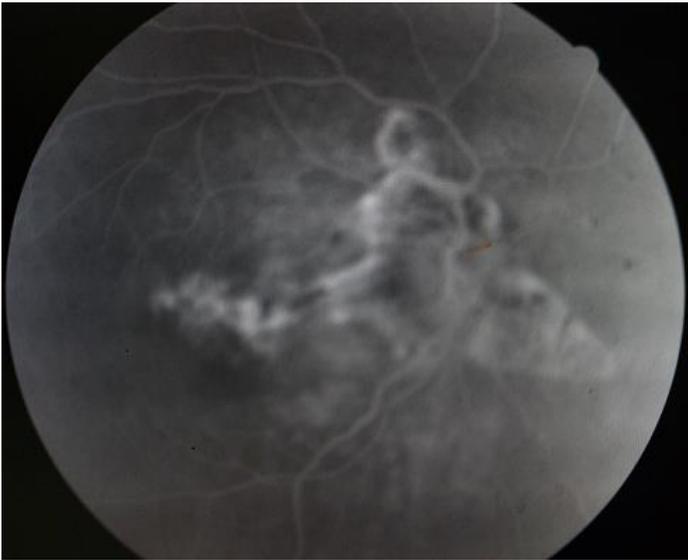


Figure 2: angiographie à la fluorescéine montrant au niveau de l'OD: aux temps précoces et tardifs, un effet masque de l'atteinte chorio-retinienne associé à un liseré hyperfluorescent entourant les lésions



Figure 3: oct maculaire OD: zone d'hyper - réflectivité para fovéolaire en inter-papillomaculaire d'allure cicatricielle