

Neurorétinite stellaire bilatérale révélant une sténose de l'artère rénale

F.El Asri ; S.Iferkhass ; M. Belmalih; R.Abdelkhalek; N.Aigbe;
A.Elkhoyaali ; S.Chetoui ; K.Redha ; A.Oubaaz
Service d'ophtalmologie ; Hôpital militaire Mohamed V ; Rabat Maroc

Résumé : La neurorétinite stellaire est un syndrome clinique associant une perte brutale de l'acuité visuelle (AV), associant un œdème papillaire et des exsudats en étoile en péri-maculaire. Les étiologies de cette affection, sont multiples. Elle doit faire rechercher une cause infectieuse chez le sujet jeune et une cause vasculaire chez le sujet âgé ; La neurorétinite stellaire idiopathique de Leber doit rester un diagnostic d'élimination. Nous rapportons l'observation clinique d'un patient âgé de 63 ans qui consulte pour une baisse bilatérale de l'acuité visuelle, évoluant depuis 3 semaines et chez qui l'examen ophtalmologique trouve une neurorétinite stellaire bilatérale. Le bilan infectieux était négatif et l'IRM orbito-cérébrale était normale. L'examen général a noté une tension artérielle à 270/160 mmHg. Et Le bilan étiologique a révélé une sténose de l'artère rénale droite. Après stabilisation de la tension artérielle, il y a eu régression de l'œdème papillaire et résorption des exsudats maculaires et une amélioration sur le plan fonctionnel.

L'association d'un œdème papillaire et d'une étoile maculaire (totale ou partielle) définit le tableau clinique de neurorétinite. Les causes de cette entité clinique sont multiples et sont dominées par les étiologies infectieuses, inflammatoires (locales et générales) chez le jeune et les étiologies d'origine vasculaire chez les patients âgés. Nous rapportons le cas d'un patient de 63 ans admis dans notre formation pour une neurorétinite bilatérale en rapport avec une hypertension artérielle (HTA) maligne, secondaire à une sténose de l'artère rénale droite.

OBSERVATION

Un patient âgé de 63 ans, sans antécédent pathologique notable, consulte pour une baisse bilatérale de l'acuité visuelle évoluant depuis 3 semaines, avec des céphalées, mais sans notion de vomissements ni de nausées. L'examen de l'œil droit note une acuité visuelle réduite à 4/10 P10 ; un segment antérieur normal, un vitré clair et au fond d'œil un œdème papillaire de stase, des hémorragies péri-papillaires, des nodules cotonneux et des exsudats maculaires disposés en étoile. L'examen de l'œil gauche note une acuité visuelle à 2/10 P10 avec un segment antérieur normal et un

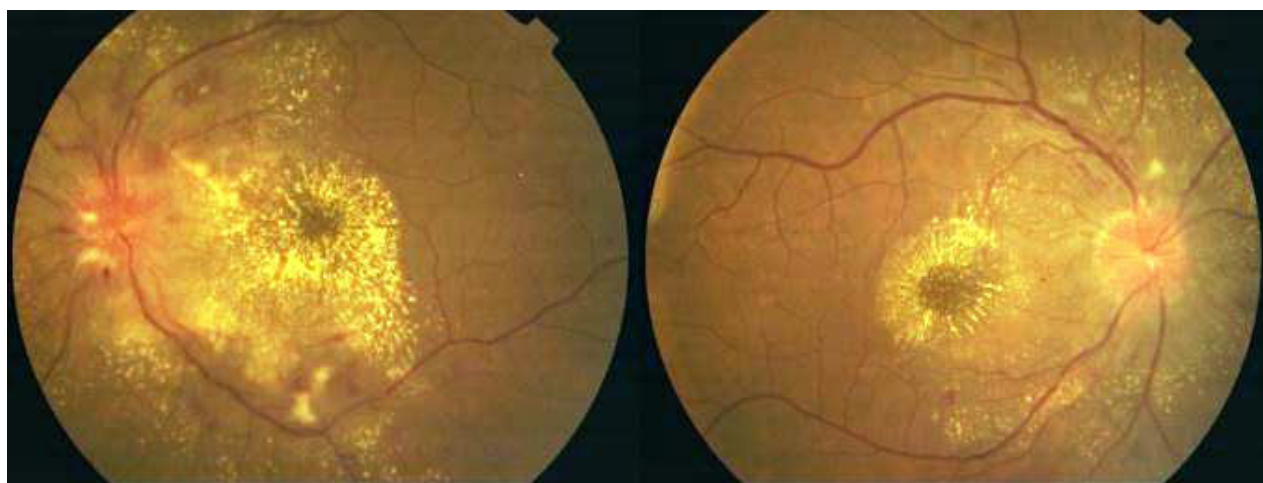


Figure 1- Fond d'œil : neurorétinite de l'œil droit et de l'œil gauche.

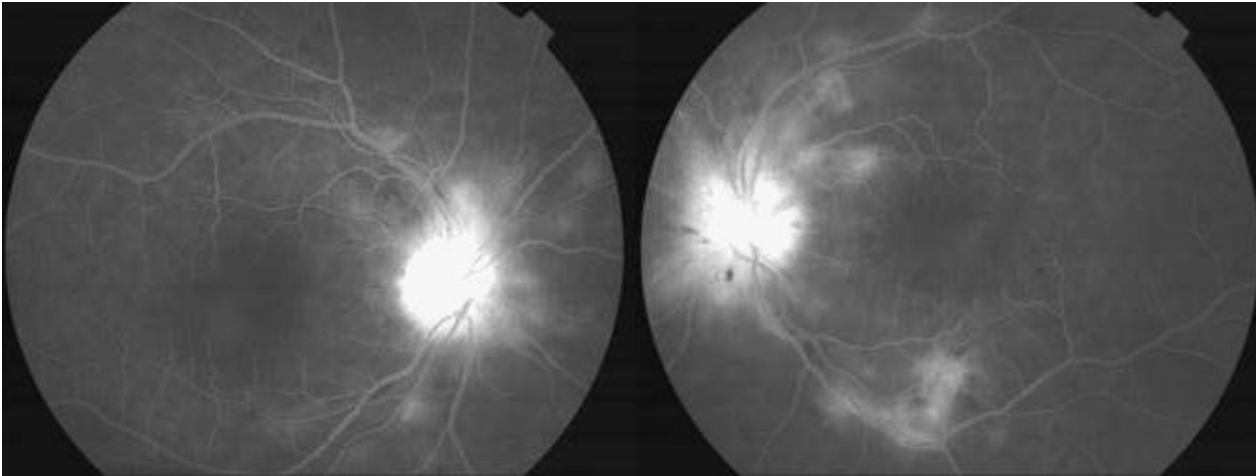


Figure 2 -
Angiographie rétinienne à la fluorescéine aux temps tardifs : diffusion papillaire bilatérale.

aspect similaire du fond (Figure 1).

L'angiographie rétinienne à la fluorescéine montre une diffusion papillaire bilatérale de la fluorescéine sans anomalie vasculaire nette. (Figure 2).

Une TDM cérébrale réalisée en urgence a permis d'éliminer un processus intracrânien.

L'examen général révèle une HTA à 270/160 mmHg.

Ainsi, le diagnostic de neurorétinite secondaire à une HTA maligne est retenu.

Le bilan étiologique de l'HTA a objectivé une sténose de l'artère rénale droite, avec un petit rein non fonctionnel bien visible sur la TDM abdominale (Figure 3).

La stabilisation de la tension artérielle par un traitement médical a permis la régression de l'œdème papillaire, avec une persistance de quelques exsudats maculaires et une nette récupération fonctionnelle.

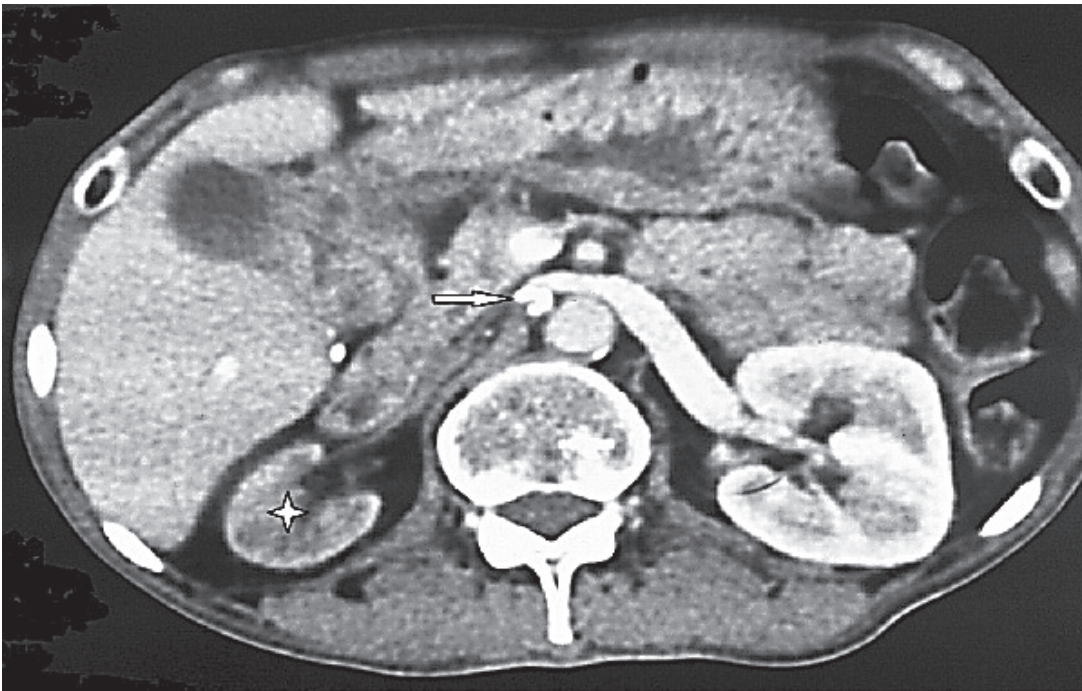


Figure 3 :
TDM abdominale :
sténose au niveau
de l'ostium de
l'artère rénale droite
(flèche) avec un petit
rein non fonctionnel
(étoile).



DISCUSSION

Les étiologies de la neurorétinite sont variées. Chez le sujet jeune, celles-ci sont dominées par les causes infectieuses notamment, l'origine bactérienne (maladie des griffes du chat, syphilis, maladie de Lyme, tuberculose), parasitaire (leptospirose, toxoplasmose, toxocarose), virale (herpes, varicelle, zona, rubéole, oreillons) ou fongique (coccidiomycose) [1,3,6]. Ces étiologies réalisent le plus souvent une atteinte unilatérale, mais des cas bilatéraux ont été décrits [2].

L'origine inflammatoire notamment la maladie de Behçet, la sclérose en plaques ou la sarcoïdose peuvent également réaliser un tableau de neurorétinite qui s'accompagne plus fréquemment d'une réaction vitréenne [2,7]. Par ailleurs, la neurorétinite stellaire idiopathique de Leber, reste un diagnostic d'élimination [4,6].

Chez les sujets âgés, Certaines pathologies vasculaires (HTA, diabète, occlusions veineuses rétinienne, neuropathie ischémique antérieure), peuvent réaliser un tableau de neurorétinite [2,7]. La rétinopathie hypertensive maligne (stade III de Kirkendall) est caractérisée par l'existence de nodules cotonneux, d'hémorragies péripapillaires, d'exsudats durs pouvant prendre la forme d'une étoile maculaire, réalisant ainsi un tableau de neurorétinite, associée sur le plan général à une tension artérielle diastolique supérieure ou égale 120 mmHg[5] C'était le cas de notre patient. Ce tableau de HTA maligne incite à rechercher une cause secondaire de l'hypertension avant de retenir une HTA essentielle.

Sur le plan thérapeutique, la stabilisation de la tension artérielle permet la réversibilité de la rétinopathie, avec le plus souvent, une disparition rapide de l'œdème papillaire et une résorption plus progressive des exsudats maculaires. Néanmoins, des séquelles à type d'atrophie optique, de taches d'Elschnig et des exsudats de résorption fovéolaires persistants peuvent se rencontrer [5].

CONCLUSION

Le diagnostic de neurorétinite repose sur l'association d'un œdème papillaire et d'une étoile maculaire. Son diagnostic clinique est aisé, mais la multiplicité des causes rend l'enquête étiologique délicate.

RÉFÉRENCES

- [1] Leavitt JA, Pruthi S, Morgenstern BZ. Hypertensive retinopathy mimicking neuroretinitis in a twelve-year-old girl. *Surv Ophthalmol* 1997;41:477—80.
- [2] Casson RJ, O'Day J, Crompton JL. Leber's idiopathic stellate neuroretinitis: differential diagnosis and approach to management. *Aust N Z J Ophthalmol* 1999;27:65—9.
- [3] Zekraoui Y, Megzari A, El Alloussi T, Berraho A. Neurorétinite unilatérale révélant une maladie des griffes du chat. *Rev Med Interne* 2011;32:46—8.
- [4] Esteve C, Achibet AM, Junot F, Ghassem A, Rousseau B. À propos d'un cas de neurorétinite aiguë de Leber. *J Fr Ophtalmol* 2000;23:794—6.
- [5] Guyomard JL, Jacob H, Roche O, Pierre-Kahn V, Charlin JF. Présentation d'un cas atypique de rétinopathie hypertensive maligne chez une fillette. *J Fr Ophtalmol* 2004;27:57—62.
- [6] optic disk edema with a macular star Rana rahman ghauri, andrew g. Lee, *Survey of ophthalmology* volume 43 • number 3 • november–december 1998.
- [7] Neuroretinitis. Clinical cases Valverde-gubianas , ramos-lópez , lópez-torres , et al *Arch soc esp oftalmol* 2009; 84: 389-394

