

La chorioretinopathie séreuse centrale et le stress

F. Chraïbi, I. Benatiya Andaloussi, M. Abdellaoui, H. Tahri

Service d'ophtalmologie - CHU Hassan II de Fès - Faculté de médecine et de pharmacie de Fès

Université Sidi Mohammed Ben Abdellah - Fès - Maroc

Résumé

Introduction : L'objectif de notre étude est d'évaluer le stress psychologique comme facteur de risque de la chorio-rétinopathie séreuse centrale (CRSC) en utilisant l'échelle du stress perçu PSS-10.

Méthodes : Étude prospective cas-témoins comparant le score de stress du PSS-10 chez les patients ayant la CRSC et chez des patients contrôles ayant une atteinte oculaire autre que la CRSC.

Résultats : 13 cas diagnostiqués comme ayant une CRSC unilatérale entre Janvier 2012 et Janvier 2016 ont été inclus et appariés pour l'âge et le sexe avec des cas contrôles. Le score moyen du PSS-10 items est 26, 38 (SD=5, 08) et 22, 62 (SD=3, 02) pour les cas et les témoins respectivement avec une différence statistiquement significative ($p = 0.001$).

Conclusion : Nos résultats indiquent que le stress est un facteur de risque de la CRSC.

Mots-clés : chorioretinopathie, stress, maculopathie

La chorioretinopathie séreuse centrale (CRSC) est définie cliniquement comme un détachement neurosensoriel séreux secondaire à une fuite focale au niveau de l'épithélium pigmentaire de la rétine associée ou non avec un décollement de l'épithélium pigmentaire, sans autre cause possible d'exsudation tels que l'infiltration, l'inflammation, ou la néovascularisation choroïdienne.

De nombreux facteurs de risque liés à la CRSC ont été rapportés, tels que le stress psychologique, la personnalité de type A, les corticoïdes, le lupus érythémateux disséminé, la grossesse, la transplantation d'organes, le syndrome de Cushing, et l'helicobacter pylori.

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer le stress psychologique comme un facteur de risque pour la CRSC avec une approche clairement structurée en utilisant l'échelle de stress perçu (PSS-10) (1).

Matériel et Méthodes

Pour étudier la relation entre le stress et la CRSC nous avons réalisé une étude prospective cas-témoins comparant le stress chez les patients ayant une CRSC à des contrôles ayant une atteinte oculaire autres que la CRSC. L'étude a été menée entre Janvier 2012 et Janvier 2016. Tous les patients présentant une CRSC répondants aux critères d'inclusion et d'exclusion étaient consécutivement inscrits et appariés pour l'âge et le sexe avec des contrôles ayant des conditions oculaires autres que la CRSC. Les deux groupes ont été évalués et comparés pour le stress émotionnel en utilisant l'échelle de stress perçu PSS-10.

Pour le groupe des cas, les critères d'inclusion étaient la première attaque du CRSC, et la pleine approbation par le patient pour participer à l'étude. Les critères d'exclusion sont les CRSC chroniques, les cas récurrents de CRSC, l'utilisation des traitements corticoïdes, les patients atteints du syndrome de Cushing endogène, et les femmes enceintes. Il y avait 13 patients diagnostiqués avec CRSC unilatérale. Ces ont bénéficié d'un examen oculaire complet, d'un angiographie à la fluorescéine et d'une OCT maculaire.

En parallèle, le groupe témoin était constitué de 13 patients ayant des conditions ophtalmiques autres que la CRSC. Ils ont été choisis au hasard au cours de la même période de recrutement et appariés pour le sexe et l'âge avec les cas.

A la fin de l'examen, le stress a été évalué en utilisant les PSS-10 articles (version arabe) pour chaque patient dans les deux groupes.

Le PSS-10 est un instrument simple et pratique (tableau 1)

Questions	0= jamais	1= presque jamais	2= parfois	3= assez svt	4= très sv
1. Au cours du dernier mois combien de fois, avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu?	—	—	—	—	—
2. Au cours du dernier mois combien de fois vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie?	—	—	—	—	—
3. Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) ou stressé(e)?	—	—	—	—	—
4. Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) confiant(e) à prendre en main vos problèmes personnels?	—	—	—	—	—
5. Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez?	—	—	—	—	—
6. Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?	—	—	—	—	—
7. Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous été capable de maîtriser votre énervement?	—	—	—	—	—
8. Question 8 – Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous senti que vous dominiez la situation?	—	—	—	—	—
9. Au cours du dernier mois combien de fois vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que événements échappaient à votre contrôle?	—	—	—	—	—
10. Au cours du dernier mois combien de fois avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les contrôler?	—	—	—	—	—

Table 1: Echelle du stress perçu (PSS-10)

Cas	Score PSS	Témoins	Score PSS
1	28	1	26
2	29	2	22
3	20	3	25
4	31	4	21
5	26	5	22
6	29	6	30
7	20	7	21
8	32	8	20
9	31	9	24
10	15	10	19
11	27	11	21
12	26	12	20
13	29	13	23

Tableau 2: les scores du PSS-10 dans les cas et les témoins

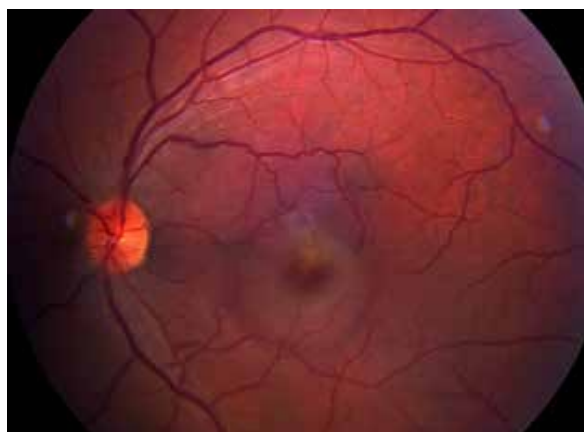


Figure 1 : CRSC aspect du fond d'œil

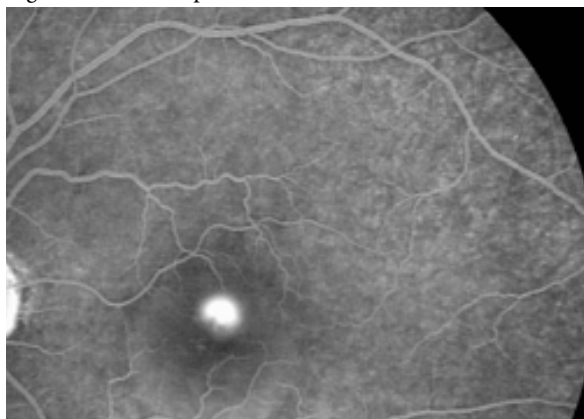


Figure 2 : CRSC aspect angiographique

	PSS score (DS*)	P value
Cases	26,38 (5,08)	0,001
Controls	22,62 (3,02)	

Tableau 3 : Les résultats du test de Wilcoxon

(*) DS: deviation standard.

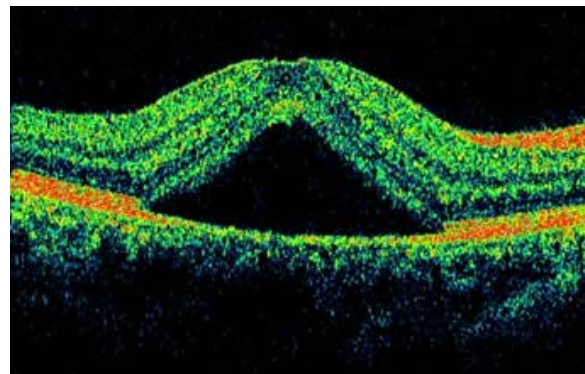


Figure 3 : CRSC : décollement séreux

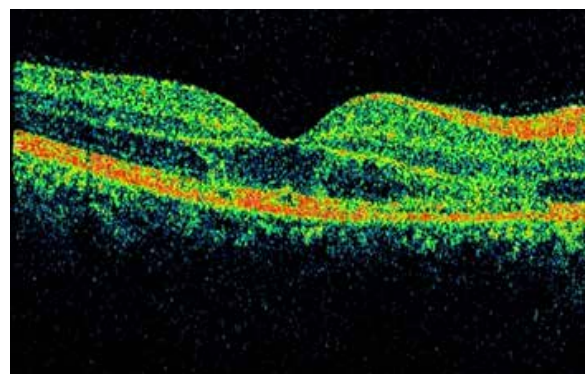


Figure 4 : CRSC : évolution spontanée

basé sur des principes psychométriques solides qui permettent d'évaluer le stress perçu par les individus au cours du dernier mois. Il se compose de 10 questions. Pour chaque élément, les réponses des sujets sont mesurées sur une échelle de cinq points (jamais = 0, presque jamais = 1, parfois = 2, assez souvent = 3, très souvent = 4). Les scores du PSS-10 sont obtenus en additionnant les résultats de l'ensemble des dix questions. A noter que les éléments énoncés positivement 4, 5, 7 et 8 nécessitent un codage inverse en affectant un score opposé. Plus le score est élevé, plus perçu est le stress. Logiciel SPSS et le test de Wilcoxon ont été utilisés pour l'analyse statistique. La limite de la significativité statistique choisie a été $p = 0,05$.

Résultats

La durée moyenne entre le début des signes visuels et l'examen ophtalmologique est de 8 jours (varie de 3 à 15 jours). L'âge moyen des patients dans le groupe des cas est de 35,4 ans (varie entre 25 et 40 ans), et 33,1 ans (varie de 25 à 40 ans) dans le groupe de contrôle. le ratio homme-femme est de 3,3 : 1 dans les deux groupes. Le groupe de contrôle a été composé de 5 patients consultant pour des troubles de réfraction, 3 pour ptérygion, 3 pour une rétinopathie diabétique, et 2 pour une uvéite antérieure. Dans le groupe des cas, tous les patients ont présenté une diminution de l'acuité visuelle, 4 avec métamorphopsies, et 2 avec dyschromatopsie. La moyenne de la meilleure acuité visuelle corrigée dans ce groupe était de 0,2 (0,1 à 0,4). Un examen ophtalmologique a constaté un décollement rétinien séreux avec une participation maculaire dans tous les cas (exemple de la figure 1, le patient 7). L'angiographie à la fluorescéine a montré un point de fuite



dans 12 yeux (exemple figure 2) et deux points de fuite dans 1 oeil. L'OCT maculaire a montré un décollement séreux de la macula dans tous les cas (exemple la figure 3), un décollement de l'épithélium pigmentaire rétinien (EP) dans 2 cas, et la perturbation focale de l'EP dans 1 cas. Les scores de PSS-10 pour les cas et les contrôles sont montrés dans le tableau 2. Le score moyen de PSS-10 est de 26, 38 (SD=5, 08) et 22, 62 (SD = 3, 02) pour les cas et les contrôles respectivement. Pour comparer les données non-paramétriques numériques des deux groupes appariés, nous avons utilisé le test de Wilcoxon et la valeur calculée de P ($p = 0,001$) a été statistiquement significative (tableau 3). Une amélioration spontanée a été notée dans tous les cas après un suivi moyen de 6 mois (exemple figure 4), au final l'acuité visuelle corrigée moyenne mieux de 0,8 (0,5 à 1) dans le groupe des cas.

Discussion

À notre connaissance, notre étude est la première dans le monde arabe qui tente examiner la relation entre le stress et CRSC avec une approche structurée. Nous avons établi une différence statistiquement significative dans les scores de stress perçu entre les cas et les témoins. Le groupe des cas ne comprenait que les patients ne présentant aucun facteur de risque signalés précédemment dans la littérature pour exclure les facteurs de confusion. De nombreuses études ont été publiées sur le stress comme un facteur de risque pour CRSC. Rouvass et al (2) a trouvé une incidence croissante des cas nouveaux et récurrents de CRSC coïncidant avec la crise financière de l'Europe en particulier dans les années 2010 et 2011.

Fanny et al (3) a rapporté 6 cas de CRSC après le début de la crise politico-militaire ivoirienne entre 2003 et 2005 dans un centre où aucun cas de CRSC n'a été diagnostiqué avant la crise. Conrad et al (4) a étudié 31 cas de CRSC et a trouvé une notion de détresse émotionnelle élevée avec une proportion accrue de somatisation, trouble obsessionnel-compulsif, sensibilité interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité et idéation paranoïaque. Spahn et al (5) a rapporté que 9 patients sur 24 avec CRSC (37%) ont montré un état de stress psychique élevée en utilisant le «questionnaire facteur de personnalité». Gelber et al (6) fait état d'un événement de vie critique dans 91% des 33 patients avant le début du CRSC. Cependant, toutes ces études étaient pour la plupart subjective et rétrospective principalement basée sur des questions non structurées; contrastant avec notre approche dans la présente étude qui était prospective et comparative.

Sahin et al (7) dans une étude comparative entre les 30 cas de CRSC et 30 sujets témoins sains d'âge et de sexe appariés à l'aide de la liste de Symptôme 90-R (SCL 90-R) ont montré des scores significativement plus élevés de SCL 90 -R dans le groupe CRSC. Avec la même approche, Conrad et al (8) en utilisant le même instrument psychométrique (à savoir le SCL 90-R) a trouvé des résultats comparables.

Les études de Sahin et al (7) et Conrad et al (8) sont particulièrement intéressantes car ils sont comparative et prospective, mais le SCL 90 -R utilisé pour évaluer le stress est complexe,

nécessite un temps prolongé - 90 éléments à évaluer - et non disponible en langue arabe.

Tout ce qui a précédé nous a poussé à réaliser l'étude avec une approche adaptée à notre contexte comme un pays arabe, nous avons utilisé un instrument psychométrique très simple et fiable disponible en langue arabe -Les PSS-10- et nos résultats sont en ligne avec la plupart des études publiées.

Les mécanismes sous-jacents qui expliqueraient l'apparition de la CRSC dans le stress dépendent d'une activité accrue du système nerveux sympathique. Cela a été montré par Garg et al (9) quand il a trouvé des niveaux élevés de cortisol endogène chez les patients ayant une CRSC par rapport aux patients avec décollement de la rétine et par l'étude de John C. Michael et al (10), qui a rapporté 4 cas de CRSC associés à l'administration d'agents sympathomimétiques.

Conclusion

Notre étude n'est pas parfaite en raison du nombre limité de patients impliqués en raison de la rareté de la maladie elle-même et la durée relativement courte de l'étude. A la question « est-ce que la CRSC est vraiment liée au stress? » Nous pouvons répondre que cette étude a rendu la relation plus évidente, mais pas définitive. Pour cela, nous devons affiner l'étude en impliquant plus de patients et en considérant d'autres approches pour comprendre la maladie avant d'établir formellement la relation entre le stress et CRSC.

Références

- 1- Cohen, S; Kamarck T, Mermelstein R. «A global measure of perceived stress». *Journal of Health and Social Behavior* 1983; 24:385-396.
- 2- Rouvas AA, Chatziralli IP, Ladas ID, Xanthopoulou V, Giannakaki E, Karamboulas A, Galanis D, Datseris I, Alonistiotis D, Diamanti R, Tsilimbaris M, Chalkia A, Theodossiadis P. The impact of financial crisis on central serous chorioretinopathy in Greece: is there any correlation? *Eur J Ophthalmol* 2014; 24:559-65.
- 3- A. Fanny, K. Gbè, F. Coulibaly, R. Béréty-Coulibaly, S. Boni, A. Ouattara, M. Kéita. Central serous chorioretinopathy: a study of six cases observed in Abidjan between 2003 and 2005, suggesting a role played by the Ivorian political-military crisis. *J.Fr.Ophthalmol* 2008; 31, 10:1018-1024.
- 4- R. Conrad, N. Friederike Weber, M. Lehnert, F. Gerhard Holz, R. Liedtke, N. Eter. Alexithymia and Emotional Distress in Patients With Central Serous Chorioretinopathy. *Psychosomatics* 2007; 48:489-495.
- 5- Spahn C, Wiek J, Burger T, et al: Psychosomatic aspects in patients with central serous chorioretinopathy. *Br J Ophthalmol* 2003; 87:704-708.
- 6- Gelber GS, Schatz H: Loss of vision due to central serous chorioretinopathy following psychological stress. *Am J Psychiatry* 1987; 144:46-50.
- 7- Sahin A, Bez Y, Kaya MC, Türkcü FM, Sahin M, Yüksel H. Psychological distress and poor quality of life in patients with central serous chorioretinopathy. *Semin Ophthalmol* 2014; 29:73-6.
- 8- Rupert Conrad, Franziska Geiser, Alexandra Kleiman, Berndt Zur, Andrea Karpawitz-Godt. Temperament and Character Personality Profile and Illness-Related Stress in Central Serous Chorioretinopathy. *Scientific World Journal* 2014 ; Article ID 631687.
- 9- Garg SP, Dada T, Talwar D, et al: Endogenous cortisol profile in patients with central serous chorioretinopathy. *Br J Ophthalmol* 1997; 81:962-964.
- 10- Michael JC, Pak J, Pulido J, Guillermo de Venecia: Central serous chorioretinopathy associated with administration of sympathomimetic agents. *Am J Ophthalmol* 2003; 136:182-185.