



Cas clinique

GRANULOME CHOROÏDIEN SARCOÏDOSIQUE BILATERAL DU POLE POSTERIEUR (A PROPOS D'UN CAS)

BILATERAL CHOROIDAL SARCOIDOSIS GRANULOMA OF POSTERIOR SEGMENT (A CASE REPORT)

Wadrahmane Aicha¹, Elkettani Asmaa¹, Elmaaloum Loubna¹, Allali Bouchra¹, Amraoui Abdelouahed¹, Zaghloul Khalid¹.

¹ Service d'ophtalmologie pédiatrique. Hôpital 20 Aout de Casablanca.

Reçu le 10 Février 2015 ; accepté le 30 Juin 2015

RESUME :

La sarcoïdose se manifeste le plus souvent sur le plan ophtalmologique par une uvéite antérieure aiguë granulomateuse. Les atteintes du segment postérieur sont rares, les granulomes choroïdiens en représentent une localisation exceptionnelle. Nous rapportons dans ce travail le cas d'une patiente ayant présenté un granulome choroïdien sarcoïdosique bilatéral. Il s'agit d'une patiente suivie pour sarcoïdose et qui s'est présentée pour une baisse d'acuité visuelle. L'examen clinique a montré un granulome choroïdien bilatéral du pôle postérieur confirmé par l'angiographie et la tomographie en cohérence optique. La patiente a été traitée par corticothérapie. L'évolution a été marquée par une amélioration clinique et para-clinique avec récupération de l'acuité visuelle et régression des granulomes choroïdiens.

SUMMARY:

Sarcoidosis most often manifests ophthalmological acute anterior uveitis granulomatous. Damage of the posterior segment are rare, choroidal granulomas represent an exceptional location. We report a case of patient who presented bilateral choroidal sarcoïdotic granuloma. This patient had sarcoidosis and presented a decreased visual acuity. Clinical examination showed bilateral posterior choroidal granuloma confirmed by angiography and Optic Coherence Tomography. The patient was treated by corticosteroids. The evolution showed clinical and para-clinical improvement with recovery of visual acuity and regression of choroidal granuloma.

Mots-clés

Sarcoïdose, granulome choroïdien, corticoïde.

Key-words

Sarcoidosis, choroidal granuloma, corticoid.

INTRODUCTION

La sarcoïdose ou maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, est une granulomateuse systémique d'étiologie inconnue caractérisée par la formation de granulomes immunitaires au niveau des organes atteints. La caractéristique anatomopathologique est un granulome épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséuse. La sarcoïdose se manifeste le plus souvent sur le plan ophtalmologique par une uvéite antérieure aiguë granulomateuse. Les atteintes du segment postérieur sont rares, les granulomes choroïdiens en représentent une localisation exceptionnelle. Le plus souvent, le granulome sarcoïdosique entre dans le cadre d'une sarcoïdose médiastino-pulmonaire [1]. Nous rapportons une observation d'une localisation

choroïdienne d'un granulome sarcoïdosique.

OBSERVATION

Il s'agit de madame A.A. âgée de 40 ans qui a consulté pour une baisse progressive de l'acuité visuelle de l'œil droit. Dans ses antécédents, on note une sarcoïdose pulmonaire stade II (association d'adénopathies médiastinales et d'une atteinte parenchymateuse interstitielle micronodulaire ou réticulo-micronodulaire) confirmée par la biopsie de nodules granulomateux bronchiques et une élévation de l'enzyme de conversion de l'angiotensine à 83 UI (norme 10 à 55 UI).

L'examen clinique a trouvé une acuité visuelle corrigée chiffrée à 5/10 à droite et 10/10 à gauche et au niveau du segment antérieur la présence de nodules de Koepe au niveau des deux yeux. L'examen du fond de l'œil droit a trouvé un œdème papillaire stade 1 avec un aspect de choriorétinite en interpapillo maculaire (Fig.1). L'examen du fond de l'œil gauche a objectivé un aspect de foyer choroïdien au niveau de l'arcade vasculaire temporale supérieure. L'angiographie rétinienne à la fluorescéine de l'œil droit a montré un œdème papillaire avec hyper fluorescence du foyer de chorioretinite (Fig.2). Au niveau de l'œil gauche, elle a montré un nodule choroïdien (Fig.3)



Figure 1 : Fond d'œil de l'OD : un œdème papillaire stade 1 aspect de chorioretinite en interpapillo-maculaire.

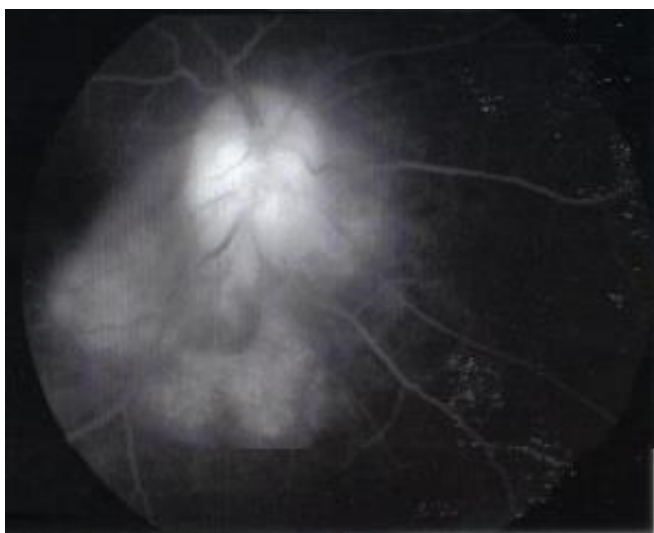


Figure 2 : Angiographie rétinienne à la fluorescéine de l'OD : œdème papillaire avec hyper fluorescence du foyer de chorioretinite.



Figure 3 : Angiographie rétinienne à la fluorescéine de l'OG: un nodule choroïdien.

La tomographie en cohérence optique (OCT) a trouvé un œdème des couches rétinienne avec décollement séreux rétinien et un soulèvement de l'épithélium pigmentaire par une voussure choroïdienne en regard des foyers au pôle postérieur au niveau des deux yeux. (Fig.4). Il existe également une zone d'attachement entre le complexe épithélium pigmentaire choriocapillaire et la rétine neurosensorielle réalisant un signe du contact. (Fig.7)

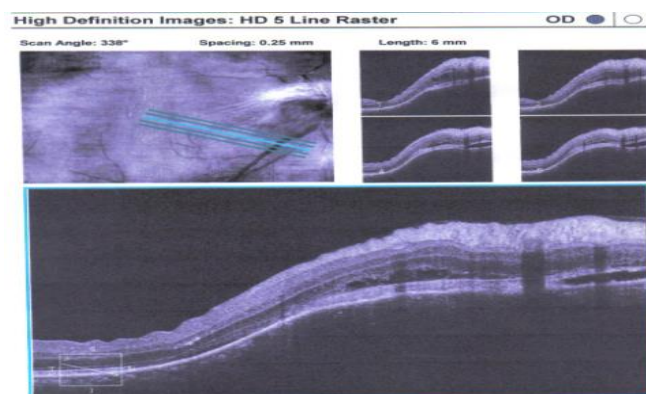


Figure 4 : OCT de l'OD : œdème des couches rétinienne avec décollement séreux rétinien, soulèvement de l'épithélium pigmentaire par une voussure choroïdienne.

La patiente a bénéficié de trois bolus de corticothérapie intraveineuse (Méthyl Prédnisolone) à raison de 1g/jour avec relais par voie orale à raison de 1 mg/kg/jour pendant 3 mois. L'évolution a été marquée par une nette amélioration clinique et para-clinique. Au dernier examen clinique, l'acuité visuelle était chiffrée à 10/10 aux deux yeux, les nodules de Koepe ont disparu. L'examen du fond d'œil a trouvé une régression des foyers de chorioretinite et de l'œdème papillaire à droite. L'angiographie rétinienne à la fluorescéine a montré la régression de l'œdème papillaire (Fig.5) et la diminution de l'hyper fluorescence du foyer de chorioretinite (Fig.6) au niveau de l'œil droit, une régression du nodule choroïdien au niveau de

l'œil gauche (Fig.7). L'OCT a trouvé une régression de l'œdème des couches rétinienne et du décollement séreux rétinien ainsi que l'affaissement de la voussure choroïdienne. (Fig.8).

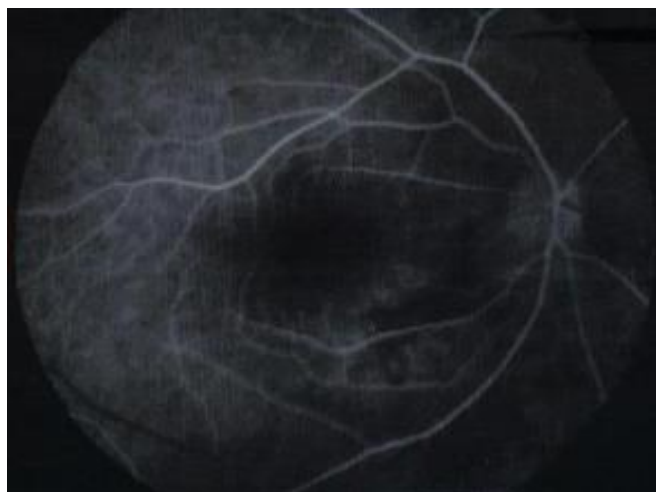


Figure 5 : Angiographie rétinienne à la fluorescéine de l'OD: régression de l'œdème papillaire.

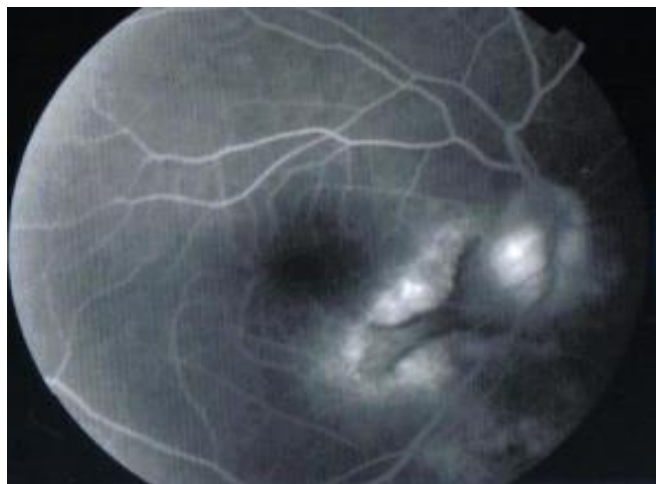


Figure 7: Angiographie rétinienne à la fluorescéine de l'OG : régression du nodule choroïdien au niveau de l'œil gauche.

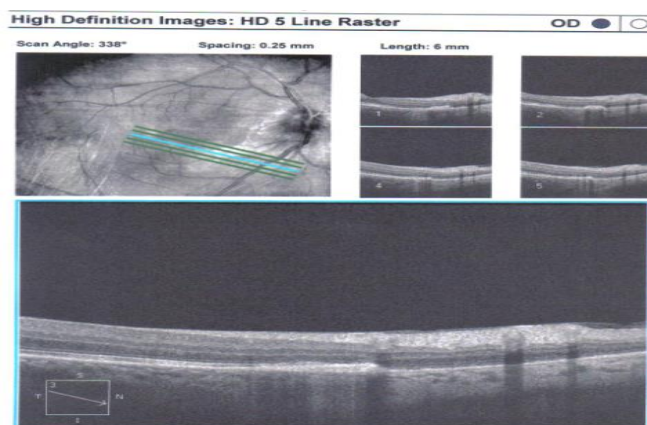


Figure 8 : OCT OD: régression de l'œdème des couches rétinienne et du décollement séreux rétinien et affaissement de la voussure choroïdienne.

DISCUSSION

La sarcoïdose est une maladie granulomateuse idiopathique chronique multisystémique inflammatoire d'étiologie inconnue. Elle survient principalement chez l'adulte jeune entre 25 et 40 ans. L'atteinte oculaire dans la sarcoïdose se produit chez 10-75% des patients [1]. L'atteinte du segment postérieur est plus rare que celle du segment antérieur et ne survient que dans 14 % à 43 % des formes oculaires [2]. Toutes les structures de l'œil peuvent être concernées, aussi bien dans le segment antérieur (conjonctive, cornée, chambre antérieure, corps ciliaires) que postérieur (choroïde, vitre, rétine, nerf optique). Les localisations conjonctivales et lacrymales présentent l'avantage d'être accessibles à la biopsie et de confirmer histologiquement le diagnostic [3].

Les lésions conjonctivales, observées dans 7 à 47% des cas, sont le plus souvent asymptomatiques. Elles se caractérisent par la présence de petites lésions nodulaires jaunâtre, pales, translucides, localisées dans les culs-de-sac conjonctivaux inférieurs. Il peut s'y associer une hypertrophie des glandes lacrymales et une xérophtalmie.

L'atteinte de la cornée, notée dans 5 à 14% des sarcoïdoses oculaires, elle peut être primitive ou secondaire réalisant une kératopathie en bandes. Les sclérites et épisclérites sont très rares.

Une uvéite antérieure à type d'iritis ou d'iridocyclite est observée dans 22 à 50% des sarcoïdoses oculaires. Elle survient dans 80% des cas la première année de la sarcoïdose. Souvent pauci symptomatiques, elles peuvent être aussi à l'origine de photophobie, douleurs, larmoiements, troubles visuels. L'examen au biomicroscope peut retrouver des précipités kératiques en graisses de mouton, voire des nodules iriens de Koeppe [3].

L'uvéite intermédiaire, notée dans 10 à 20% des sarcoïdoses oculaires, souvent pauci symptomatique (phosphènes, brouillard), doit être recherchée par un fond d'œil au verre à 3 miroirs avec étude de la périphérie du fond d'œil en dilatation maximale.

L'atteinte du nerf optique constitue la 2ème localisation nerveuse après le nerf facial. Dans 40% des cas, il s'y associe une atteinte du segment postérieur. Les lésions granulomateuses habituelles siègent sur la papille ou sur le trajet du nerf optique. Le tableau peut être celui d'une tumeur du nerf optique bien repérée par l'échographie, le scanner ou l'IRM [3].

L'uvéite postérieure est observée dans 20 à 22% des cas de sarcoïdoses oculaires. Elle menace le pronostic visuel. Annoncée par des troubles de la vision et la description de corps flottants, elle peut prendre différents aspects: rétinite en taches de bougie, sarcoïdomes pseudo tumoraux, vascularite périphérique diffuse, hyalite.

Il existe des nodules jaunâtres posés sur la rétine, de disposition péri veineuse ; c'est les granulomes choroïdiens [3].

Un granulome choroïdien isolé est rarement observé au fond d'œil, il apparaît plus ou moins surélevé, jaunâtre avec un décollement séreux rétinien sus-jacent [4]. Le granulome choroïdien peut être la seule manifestation ophtalmologique retrouvée [5] et alors poser le problème de diagnostic différentiel

avec une métastase choroïdienne, un ostéome choroïdien ou un tuberculome [6-7].

En angiographie à la fluorescéine, les lésions sont hypofluorescentes aux temps très précoces, se colorant progressivement à partir de la périphérie, avec une diffusion modérée du colorant aux temps tardifs. L'angiographie au vert d'indocyanine est très utile et montre ces granulomes sous forme de multiples plages hypofluorescentes aux temps précoces, parfois plus nombreuses qu'en angiographie à la fluorescéine [8]. L'OCT met en évidence une lésion hyperréfléctive, qui correspond au granulome, avec une zone d'attachement entre le complexe épithélium pigmentaire rétinien-choriocapillaire et la rétine neurosensorielle. Cette lésion peut également s'associer à une exsudation avec du liquide sous-rétinien et un infiltrat inflammatoire de couches profondes de la rétine [9].

La fréquence et l'importance des complications évolutives des granulomes choroïdiens, sont fonction de la taille et de l'évolutivité de la lésion initiale, mais elles sont dominées par les complications néovasculaires choroïdiennes et par les proliférations de néovaisseaux secondaires à des occlusions veineuses [10]. Le pronostic des granulomes sarcoïdiques est généralement favorable [8].

La sarcoïdose est très sensible aux corticoïdes. En cas d'atteinte bilatérale, les corticoïdes par voie orale sont indiqués. Le corticoïde de première intention est la prednisone. La posologie initiale est de 0,5mg à 1 mg/kg/jour en une prise le matin. Ce traitement est poursuivi à cette dose pendant 2-3 semaines jusqu'à l'obtention d'une réponse clinique. Ensuite les doses sont diminuées sur plusieurs semaines ou mois jusqu'à l'obtention de la dose minimale efficace. Dans les cas les plus sévères, des bolus intraveineux de méthylprednisolone à la dose de 500 mg/jour pendant 3 à 5 jours peuvent être utilisés. Les immunosuppresseurs sont indiqués en cas de corticorésistance [11].

CONCLUSION

Les granulomes choroïdiens sarcoïdiques sont considérés comme des manifestations rares de la sarcoïdose oculaire. Le diagnostic est clinique aidé par l'OCT. Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec le tuberculome choroïdien. Le traitement est basé sur la corticothérapie et/ou les immunosuppresseurs. Chez notre patiente, une amélioration spectaculaire sous corticothérapie a été observée.

REFERENCES

1. **Éksarenko OV, Kharlap SI, Safonova TN.** Sarcoidosis: etiology, pathogenesis, epidemiology, risk factors, clinical presentation. *Vest Oftalmol.* 2012; 128:42-8.
2. **Razavi S, Meunier I, Souied E, Sterkers M, Coscas G, Soubrane G.** Les atteintes du segment postérieur au cours de la sarcoïdose. *J Fr Ophtalmol.* 1999 ; 22:110-21.
3. **Varron L, Abad S, Kodjikian L, Seve P.** Uvéites sarcoïdiques: actualités thérapeutiques. *Rev Med Int.* 2011; 32 (2):86-92.

4. **Ryckewaert M, Zanlonghi X, Castier P, François P.** Granulome choroïdien sarcoïdique. *J Fr Ophtalmol.* 1988 ; 11:773-8.
5. **Tingey DP, Gonder JR.** Ocular sarcoidosis presenting as a solitary choroidal mass. *Can J Ophthalmol.* 1992; 27:25-9.
6. **De Potter P, Shields JA, Shields CL et al.** Unusual MRI finding in metastatic carcinoma to the choroid and the optic nerve: a case report. *Int Ophthalmol.* 1992 ; 16:39-44.
7. **Karim A, Laghmar M, Boutimzine N, Lamarti A, Ibrahimy W, Essakali N.** Granulome choroïdien pseudo tumoral révélant une tuberculose. À propos d'une observation. *J Fr Ophtalmol.* 2003 ; 26:614-7.
8. **Steahly LP.** Sarcoidosis and peripheral neovascularization. *Ann Ophtalmol.* 1988 ; 20:426-30.
9. **Verma A, Biswas J.** Choroidal granuloma as an initial manifestation of systemic sarcoidosis. *Int Ophtalmol.* 2010 ; 30:603-6.
10. **Salman A, Parmar P, Rajamohan M, Vanila CG, Thomas PA, Jesudasan CA.** Optical coherence tomography in choroidal tuberculosis. *Am J Ophtalmol.* 2006; 142:170-2.
11. **Krzystolik M, Power WJ, Foster CS.** Diagnostic and therapeutic challenges of sarcoidosis. *Int Ophtalmol Clin.* 1998; 38:61-76.