
MedPeer Publisher

Abbreviated Key Title: MedPeer

ISSN : 3066-2737

homepage: <https://www.medpeerpublishers.com>

Epithéliopathie en plaques partageant des caractéristiques OCT de la maladie de Vogt-Koyanagi-Harada

DOI: 10.70780/medpeer.000QGRF

AUTEUR ET AFFILIATION

Soufiane Droussi ¹¹ Service d'ophtalmologie CHU Mohammed VI Tanger, Maroc**Corresponding author:** Soufiane Droussi .

RÉSUMÉ

L'épithéliopathie en plaque (EPP) est une pathologie inflammatoire acquise du fond d'œil (FO) qui atteint essentiellement les sujets jeunes. Certaines présentations peuvent mimer un syndrome de Vogt Koyanagi Harada (VKH), posant un problème diagnostique. Nous rapportons le cas d'une patiente de 28 ans présentant un tableau clinique et iconographique évocateur de VKH, dont l'évolution spontanément favorable a permis de retenir le diagnostic d'EPP.

MOTS-CLÉS

Epithéliopathie en plaque, Vogt Koyanagi Harada, OCT, décollement séreux rétinien

ARTICLE PRINCIPAL

INTRODUCTION

L'épithéliopathie en plaque (EPP) est une pathologie inflammatoire acquise du fond d'œil (FO) qui atteint essentiellement les sujets jeunes [1]. Des formes cliniques d'EPP, partageant des caractéristiques communes avec la maladie de Vogt Koyanagi Harada (VKH) ont été décrites.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous rapportons le cas d'une patiente présentant un tableau clinique d'une EPP, mimant un syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) à l'OCT.

RÉSULTATS

Il s'agit d'une patiente de 28 ans, qui a présenté un flou visuel bilatérale 3 semaines après un syndrome grippal. L'examen général était sans particularité. L'examen ophtalmologique a objectivé une acuité visuelle (AV) à 1/10 au niveau de l'œil droit (OD) et à 6/10 au niveau de l'œil gauche (OG). Le segment antérieur était normal. Bilatéralement, Le fond d'œil a objectivé de multiples plaques blanches jaunâtres multicycliques confluentes par endroit, prédominant au pôle postérieur en péri-maculaire, avec une hyperhémie papillaire (Figure 1). L'angiographie à la fluorescéine a objectivé une hypofluorescence précoce de ces plaques avec une hyperfluorescence tardive et une rétention papillaire (Figure 2A+2B). La tomographie en cohérence optique (OCT) a montré un épaississement rétinien en regard des plaques, une altération de la ligne ellipsoïde, un décollements séreux rétinien (DSR) multilobés en OD et para-fovéolaire en OG (Figure 3). L'ensemble du bilan était normal. La ponction lombaire a révélé une discrète hyperprotéinorachie aspécifique. Une surveillance rapprochée a été instaurée. L'évolution, un mois plus tard, a été marqué par une régression des lésions avec présence de lésions cicatricielles pigmentées (Figure 4), sans rechute ultérieure jusqu'à un an de suivi. Une régression spontanée du DSR a été observé à l'OCT (Figure 5).

Sur le plan fonctionnel, l'AV finale était de 9/10 en OD et 10/10 en OG.

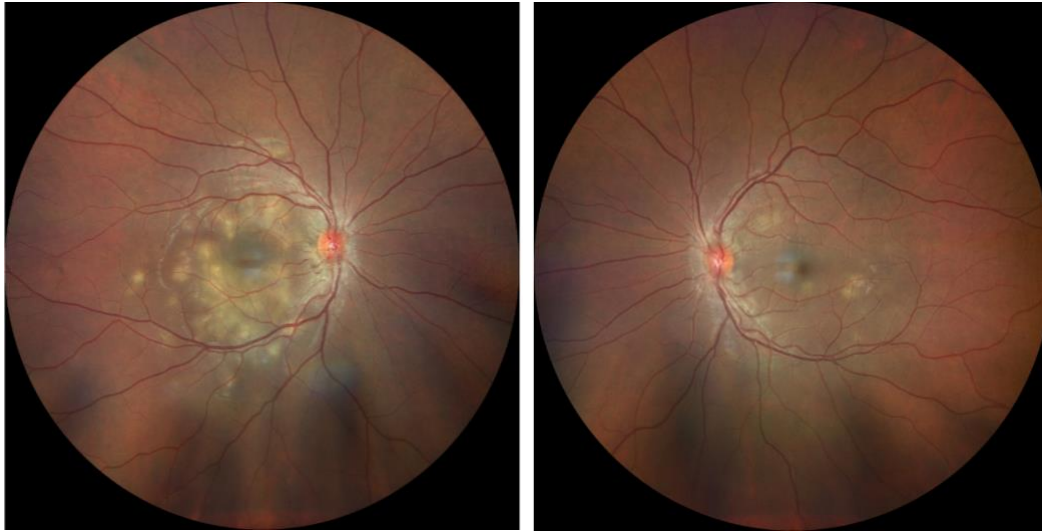


Figure 1 : Rétinophotographie couleur de l'œil droit et de l'œil gauche :
Multiplés plaques blancs jaunâtres multicycliques confluentes par endroit, prédominant au pôle postérieur en périmaculaire, avec une hyperhémie papillaire.



Figure 2A : L'angiographie rétinienne à la fluorescéine de l'OD : Les lésions sont hypofluorescentes au temps précoce avec une hyperfluorescence tardive et une rétention papillaire.



Figure 2B : *L'angiographie rétinienne à la fluorescéine de l'OG : Les lésions sont hypofluorescentes au temps précoce avec une hyperfluorescence tardive et une rétention papillaire.*

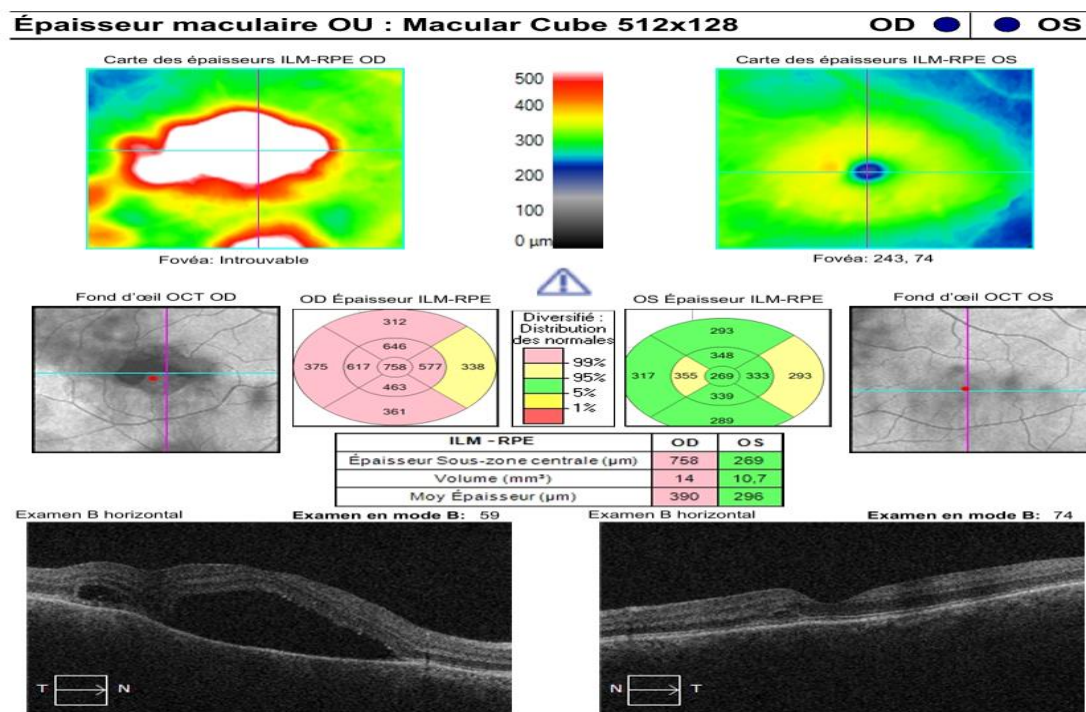


Figure 3 : *L'OCT maculaire a montré un épaissement rétinien en regard des plaques, une altération de la ligne ellipsoïde, Pseudo-décollements séreux rétiniens (DSR) multilobés en OD et parafovéolaire en OG, avec des matériels correspondant à des kystes intrarétiniens.*

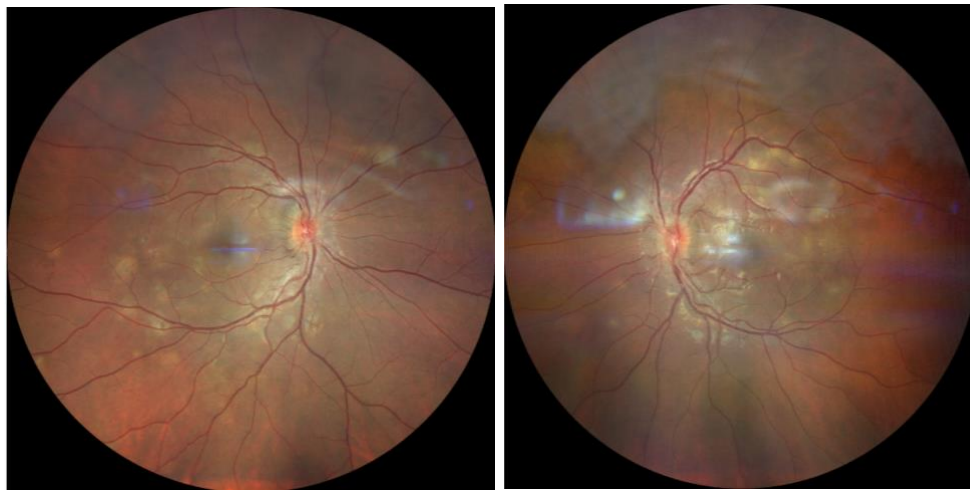


Figure 4 : Rétinophotographies couleur montrant une cicatrisation des foyers après un mois d'évolution.

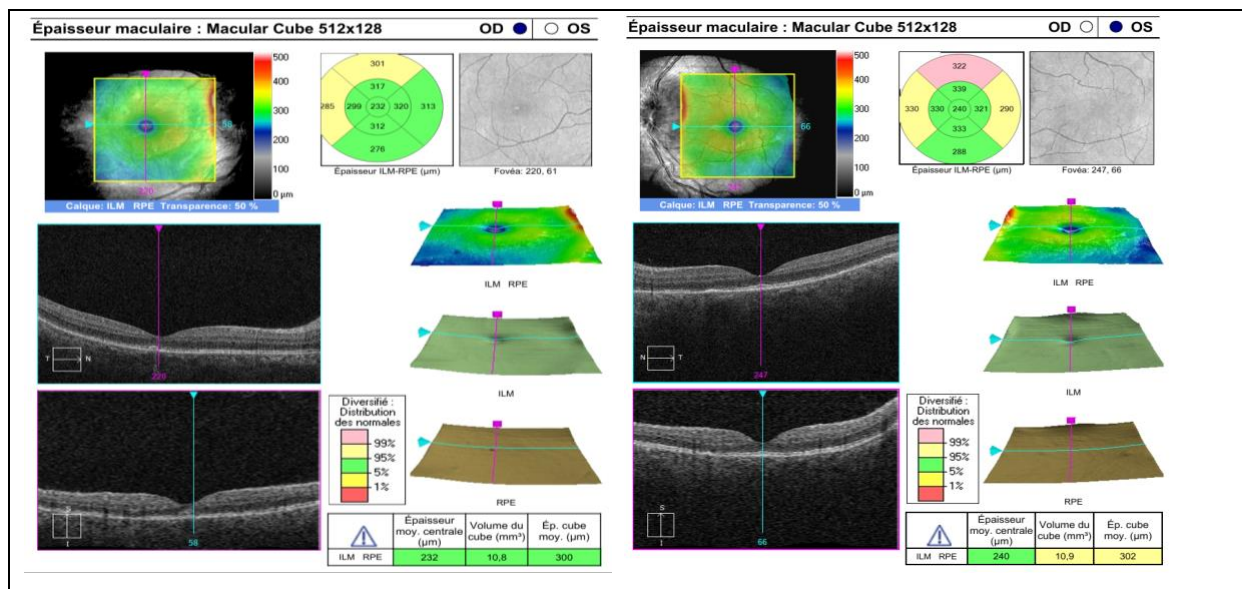


Figure 5 : OCT maculaire montrant une Disparition spontanée du DSR après un mois d'évolution.

DISCUSSION

L'épithéliopathie en plaque est une entité pathologique rare, décrite initialement par Gass en 1968 [1].

Il s'agit d'une pathologie inflammatoire acquise, appartenant aux groupes des taches blanches du fond d'œil.

La physiopathologie reste encore mal connue. Un processus inflammatoire secondaire à un agent infectieux notamment une infection virale a été rapporté dans la littérature [2].

Des formes cliniques d'EPP, partageant des caractéristiques communes avec la maladie de Vogt Koyanagi Harada (VKH) ont été décrites.

La maladie de Vogt Koyanagi Harada est dans sa forme typique une panuvéite bilatérale granulomateuse, associées à des manifestations extraoculaire. Le traitement repose essentiellement sur la corticothérapie par voie systémique. L'adjonction de traitements immunosuppresseurs est fréquemment proposée [3,4].

L'imagerie multimodale (La rétinophotographie couleur, l'OCT, l'angiographie rétinienne à la fluorescéine et au vert d'indocyanine) a un apport considérable dans le diagnostic, le suivi et l'évolution de ces pathologies.

Les pseudo DSR sont trompeurs. Leur aspect cloisonné est très en faveur d'un VKH, alors que la présence de matériel intra-rétinien associée a été décrite dans l'EPP [5]. Dans notre observation, plusieurs arguments nous permettent d'éliminer le VKH : l'absence totale des signes extra-oculaires, L'aspect angiographique, L'OCT et l'amélioration rapide sans traitement par la corticothérapie.

L'EPP est une chorioretinite rare qui affecte les sujets jeunes [6]. Bien que l'étiologie exacte soit inconnue, il pourrait exister une association avec une maladie virale telle qu'une infection grippale.

CONCLUSION

L'EPP est une pathologie inflammatoire multifactorielle. Dans notre observation, L'origine probable de cette affection est une réponse inflammatoire localisée, suite à une infection virale généralisée.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts en lien avec cette publication. Aucun intérêt financier, personnel ou professionnel n'a influencé, de manière directe ou indirecte, la conduite, l'analyse ou la présentation des résultats de ce travail.

REFERENCES

1. Gass JD. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. Arch Ophthalmol. 1968 Aug;80(2):177-85. PubMed
<https://doi.org/10.1001/archophth.1968.00980050179005>
2. Ahmed ghazza et al. Epithéliopathie en plaque succédant un syndrome grippal : à propos d'un cas. PAMJ Clinical medicine. 2021 ;5 ;47
<https://doi.org/10.11604/pamj-cm.2021.5.47.21070>
3. A.P.Brézin. Maladie de Vogt Koyanagi Harada. EMC ophtalmologie 2020.
4. Read RW, Holland GN, Rao NA, et al. Revised diagnostic criteria for vogt-koyanagi-Harada disease. Am J Ophthalmol. 2001;131(5):647-52.
[https://doi.org/10.1016/S0002-9394\(01\)00925-4](https://doi.org/10.1016/S0002-9394(01)00925-4)
5. Yuta Kitamura. Acute Posterior Multifocal Placoid Pigment Epitheliopathy Sharing Characteristic OCT Findings of Vogt-Koyanagi-Harada Disease. Case Rep Ophthalmol Med. 2019 Jul 9 ;2019 :9217656. doi : 10.1155/2019/9217656
<https://doi.org/10.1155/2019/9217656>
6. sergio Eustolio Hernández-Da Mota. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy Cirugía y Cirujanos (English Edition). March-April 2016 ;84(2) :135-139.
<https://doi.org/10.1016/j.circen.2016.02.011>