



Endothélite herpétique À propos d'un cas

Nilly Banayan^{1,2}, Cristina Georgeon¹,
Vincent Borderie¹

Madame L. âgée de 66 ans, originaire des Antilles, se présente en consultation, adressée par son ophtalmologue, pour des douleurs et une baisse d'acuité visuelle de l'œil droit. Elle ne présente pas d'antécédent général et rapporte initialement comme seul antécédent ophtalmologique une chirurgie de la cataracte aux deux yeux en 2008.

Histoire de la maladie

Elle remonte à deux ou trois ans avec des épisodes de brûlures et de brouillard de l'œil droit, avec un doute sur un épisode aigu d'œil rouge et douloureux. Il existe une notion de traitement anti-herpétique.

Examen clinique

L'acuité visuelle est de 4/10^e à l'œil droit (OD) et 7/10^e à l'œil gauche (OG) sans correction. La vision est améliorée à 10/10 +0,50 (-1,75, 40°) et 10/10 -0,50 (-0,75, 160°) de loin et P2 avec une addition de +3, de près. La pression intraoculaire est normale à l'aplanation (12 mmHg OD et 13 mmHg OG). À la lampe à fente (figure 1), on retrouve à l'œil droit une opacité sous-épithéliale centrale, des précipités rétro-cornéens (PRC) fins centraux, sans prise de fluorescéine. Il existe des zones de cornée saines, en particulier en périphérie. L'examen de l'œil gauche est normal.

Examens complémentaires

Réalisés le jour même, ils permettent d'objectiver en OCT une hyper-réflexivité de l'endothélium et de la membrane de Descemet, épaissies et irrégulières du fait des PRC fins centraux (OD, figure 2). L'opacité sous-épithéliale centrale est également visible sous forme d'une zone hyper réfléchive localisée, sans œdème stromal associé. En microscopie spéculaire, on peut noter un œdème cellulaire avec des cellules de grande taille aux contours flous, de taille et de forme variables (polymégathisme, pléomorphisme) ainsi que de fins PRC (piquetés plus brillants), sans diminution de la densité cellulaire endothéliale (OD, figure 3).

1. Fédération de pathologie infectieuse oculaire, Hôpital des Quinze-Vingts, Paris ;
2. Interne en X^e semestre.

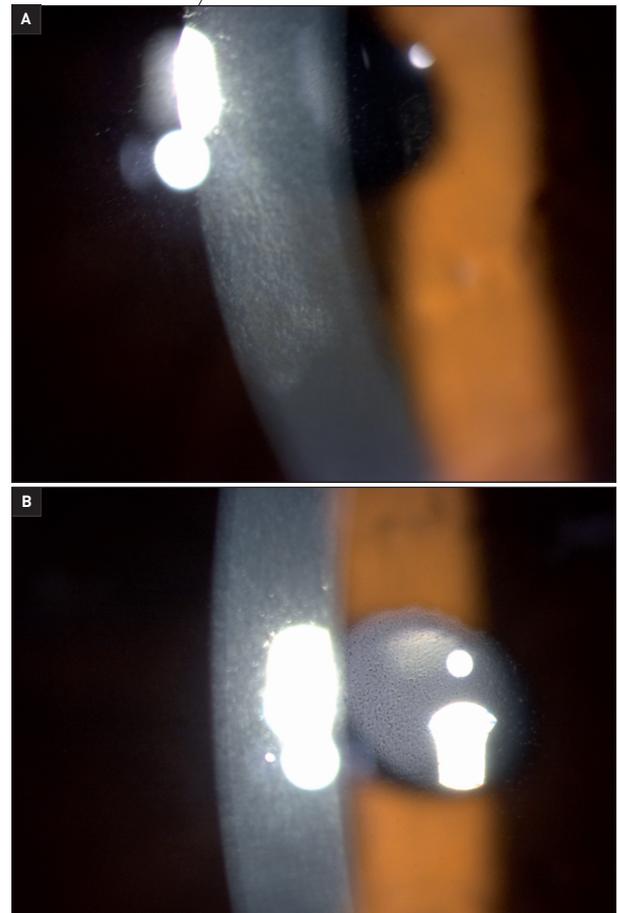


Figure 1. Photographies en lumière blanche. A. Cicatrice sous épithéliale centrale grisâtre. B. Surface endothéliale irrégulière avec visualisation de très fins PRC centraux.

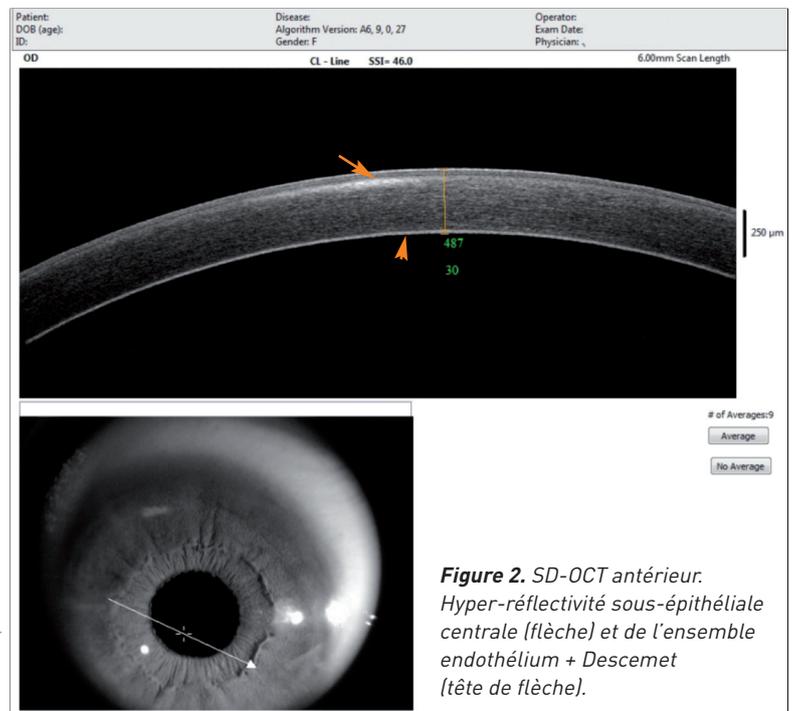


Figure 2. SD-OCT antérieur. Hyper-réflexivité sous-épithéliale centrale (flèche) et de l'ensemble endothélium + Descemet (tête de flèche).



Figure 3. Microscopie spéculaire. Densité cellulaire normale. Contours cellulaires flous avec cellules de grandes tailles, souvent œdémateuses et quelques précipités rétro-cornéens brillants.

Conclusion

On en déduit donc une endothélite active, vraisemblablement disciforme, avec cicatrice stromale antérieure, d'origine très probablement herpétique. Nous décidons de traiter la patiente par comprimés de valaciclovir 500 mg : 1 comprimé par jour, associés localement à de la fluorométholone : 1 goutte, 2 fois par jour dans l'œil droit. Au contrôle, à son retour de Guadeloupe trois mois plus tard, les signes fonctionnels ont diminué et l'examen à la fente normalisé avec une disparition des PRC et régression de l'opacité sous épithéliale. On décide d'arrêter le traitement.

Points forts

Les kératites stromales non nécrosantes correspondent à 2% des premières manifestations herpétiques et à la moitié environ des récidives.

Les signes fonctionnels sont modérés et la baisse d'acuité visuelle en rapport avec l'atteinte centrale.

Ses risques particuliers sont liés à la persistance des opacités et la fibrose stromale, la néovascularisation et la transformation possible en forme nécrosante.

Environ 10% des patients avec kératite stromale présentent une atteinte endothéliale, surtout liée aux complications de la réponse immunitaire antivirale.

Dans la forme disciforme, il persiste une zone de cornée saine. Un effet Tyndall peut être visible en chambre antérieure et une hypertonie liée à la trabéculite associée.

La perte endothéliale est rare et minime, mais le risque de récurrence est fréquent.

Dans la forme diffuse, les signes fonctionnels sont plus marqués et l'œdème diffus.

La forme linéaire est la plus sévère, caractérisée par des PRC en ligne droite ou tortueuse, progressant du limbe vers le centre.

Pour en savoir plus

Labetoulle M, Rousseau A, Bourcier T. Atteintes herpétiques du segment antérieur de l'œil : aspects thérapeutiques. *EMC Ophthalmologie* 2014;11:1-8 [21-200-D-21].