



Une toxocarose oculaire

Yan Bernard^{1,2}, Nicolas Bonnin¹

Un homme de 60 ans est reçu en consultation pour baisse d'acuité visuelle droite, six ans après un épisode d'uvéite antérieure du même œil. Fermier de profession, il décrit une dégradation de l'acuité dans les précédents mois, retrouvée à 2,5/10 P10 le jour de la consultation, sans autre signe fonctionnel associé.

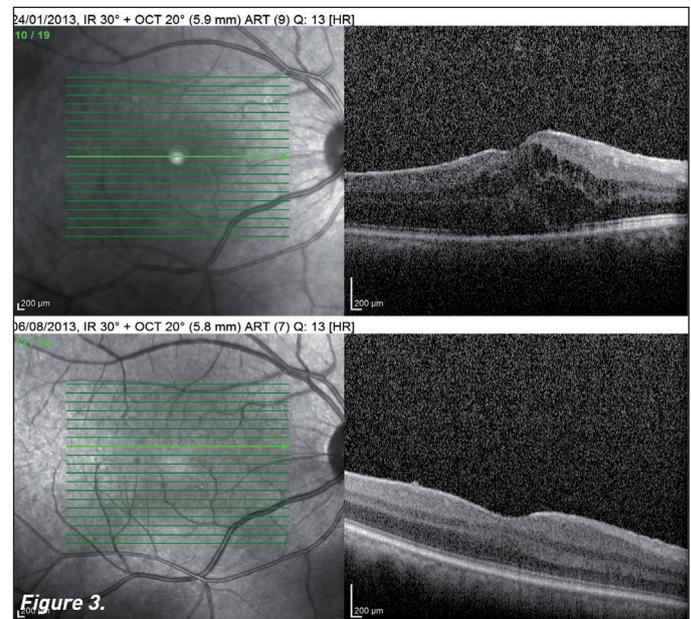
L'examen du segment antérieur est sans particularité ; le fond d'œil après dilatation retrouve un foyer blanchâtre en extrême périphérie (figure 1), associé à une hyalite cotée à 1x et responsable d'un œdème maculaire cystoïde sur l'OCT (figure 2). L'examen de l'œil controlatéral est strictement normal.

Dans le cadre du bilan de ce granulome postérieur, les sérologies sanguines pour *Toxoplasma gondii* et *toxocara* sont revenues négatives.



Devant la forte suspicion clinique d'une atteinte parasitaire, une ponction de chambre antérieure est réalisée et retrouve un coefficient de Goldmann-Witner positif pour *Toxocara canis*, confirmant le diagnostic de toxocarose intraoculaire.

Un traitement par albendazole per os à la dose de 20 mg/kg/j pendant 15 jours associé à une corticothérapie orale à 1 mg/kg/j a permis une amélioration de l'acuité visuelle à 8/10 P2, la disparition de la hyalite et la résolution de l'œdème maculaire cystoïde (figure 3). Aucune récurrence n'est survenue après sept mois de recul.



Conclusion

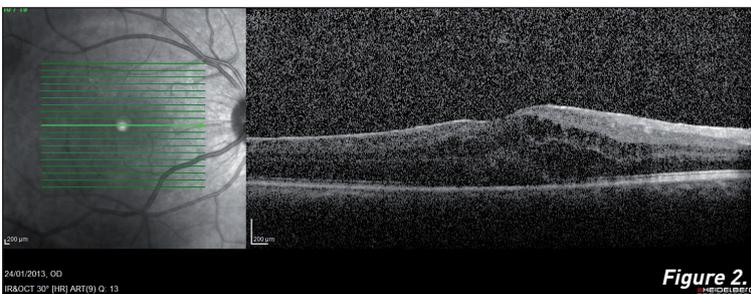
Ce cas illustre un cas typique de toxocarose de localisation rétinienne, ainsi que l'excellente efficacité de son traitement.

Dans les suspicions de toxocarose, la ponction de chambre antérieure est impérative car dans les atteintes ophtalmologiques, la sérologie sanguine est classiquement négative.

L'examen de référence est le Western Blot.

Points forts

- Bien que rare, la toxocarose est la deuxième cause de foyer infectieux choroïdien ou rétinien.
- La ponction de chambre antérieure avec réalisation d'un Western Blot doit s'imposer rapidement dans la démarche diagnostique.
- Un traitement antiparasitaire per os associé à une corticothérapie locale et/ou orale permet une guérison de la maladie ainsi qu'une régression constante des conséquences de l'inflammation.



1. Service d'ophtalmologie, CHU Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand. 2. Interne en 7^e semestre.