



## Un cas de toxoplasmose oculaire sévère chez un sujet séropositif

Céline Landré, Stéphanie Baillif

Monsieur B., 37 ans, présente une baisse d'acuité visuelle gauche depuis un mois. Il est HIV positif depuis deux mois. Ses CD4 étaient à 158/mm<sup>3</sup>. Un diagnostic de rétinite à CMV a été évoqué. Il est actuellement traité par valganciclovir (450 mg x 2/j) et prednisone (70 mg/j). Le patient est adressé pour un second avis.

Lors de notre examen, l'acuité visuelle est de 10/10 P2 à droite et de 4/10 P4 à gauche. Il existe des précipités rétro-descémétiques fins centraux, un micro-Tyndall. Le tonus oculaire est normal. L'examen du fond d'œil retrouve à droite un foyer choro-rétinien temporal blanc crémeux à bords flous et à gauche, deux foyers de description identique péripapillaires avec une hyalite en regard. La papille gauche est œdémateuse (figures 1a et 2a).

Les quatre foyers retrouvés au fond d'œil présentent une hyperfluorescence importante à l'angiographie à la fluorescéine (figures 1b et 2b). L'angiographie ICG retrouve des petits foyers satellites hypofluorescents. À l'OCT, la macula est normale à droite. À gauche, il existe un œdème maculaire avec une épaisseur centrale de 420 µm (figures 1c et 2c).

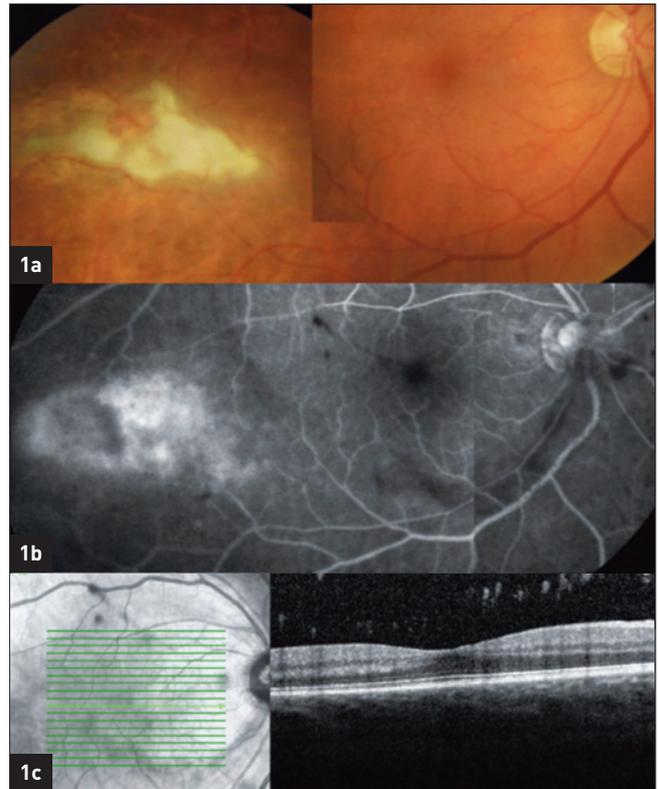
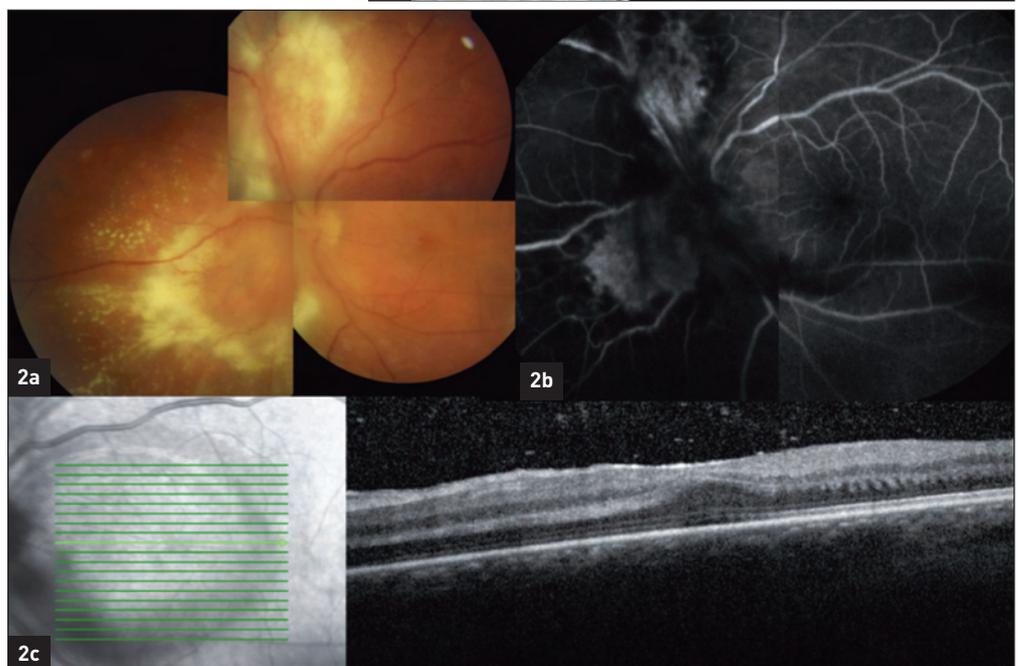


Figure 1. Œil droit avant traitement. ►

a. La rétinographie couleur montre un foyer choro-rétinien blanc crémeux en temporal inférieur de la macula. b. Ce foyer est hyperfluorescent en angiographie. c. La macula est normale en OCT. On note des hyper-réflexivités dans le vitré postérieur correspondant à la hyalite.

►  
Figure 2. Œil gauche avant traitement.

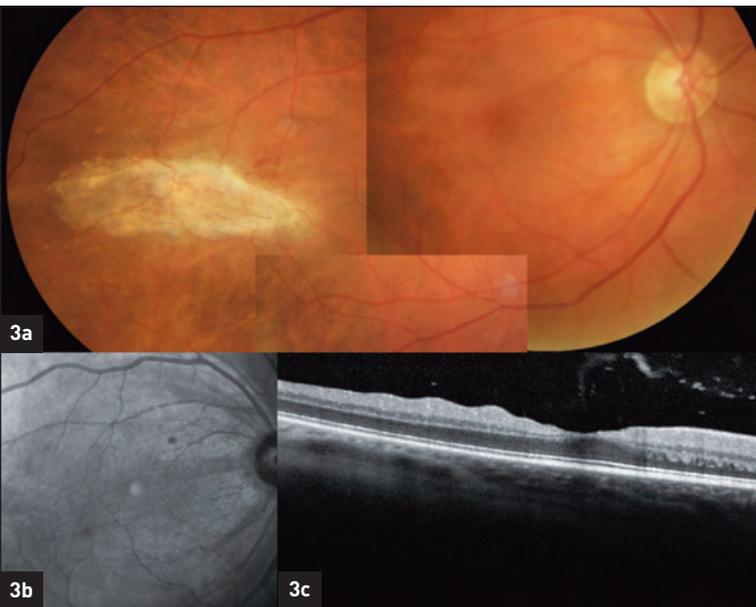
a. La rétinographie couleur montre deux foyers choro-rétiniens blanc crémeux péripapillaires avec des exsudats durs et un œdème papillaire. Une hyalite est présente en regard. b. L'angiographie à la fluorescéine confirme l'œdème papillaire et localise les foyers rétiniens. c. L'OCT montre un épaississement maculaire et une membrane épimaculaire.



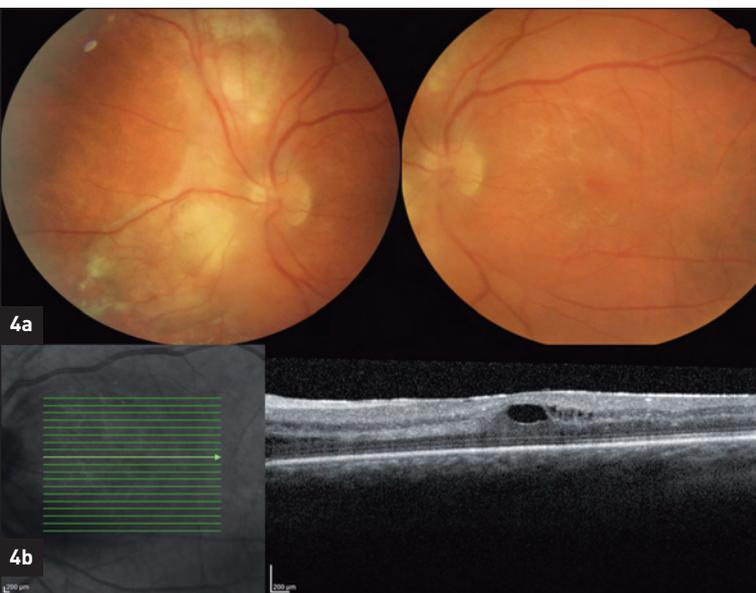
Hôpital Saint-Roch,  
CHU de Nice

Devant l'examen clinique, le diagnostic de rétinopathie toxoplasmique sévère bilatérale est privilégié.

La ponction de chambre antérieure confirme le diagnostic de toxoplasmose oculaire (coefficient de Desmots >3). Un trai-



**Figure 3.** Œil droit après un mois de traitement antitoxoplasmique. *a.* Le foyer chorioretinien temporal est en voie de cicatrization et commence à se pigmenter. *b.* Une membrane épimaculaire est visualisée sur le cliché infrarouge. *c.* Elle est retrouvée en OCT.



**Figure 4.** Œil gauche après un mois de traitement antitoxoplasmique. *a.* Les deux foyers sont en voie de cicatrization avec développement d'une fibrose cicatricielle péripapillaire. *b.* La membrane épimaculaire est bien visible en OCT ; elle est responsable d'une traction tangentielle maculaire en direction du nerf optique. L'entonnoir fovéolaire est horizontalisé avec une cavitation secondaire.

tement par Malocide®, Adiazine® et Lederfoline® est instauré. Une corticothérapie per os est ré-instaurée après 48 heures de traitement antiparasitaire.

Un mois après, l'acuité visuelle est de 10/10 P2 à droite et 8/10 P2 à gauche. L'examen du segment antérieur est normal. L'examen du fond d'œil retrouve un foyer cicatriciel à droite et des foyers en voie de cicatrization à gauche avec une fibrose cicatricielle (*figures 3a et 4a*). L'examen en infrarouge et l'OCT mettent en évidence une membrane épimaculaire bilatérale (*figures 3b, 3c et 4b*).

### Points forts

- La rétinite à CMV survient chez des sujets très immunodéprimés ( $CD4 < 50/mm^3$ ). Elle se présente comme une rétinite périphérique d'évolution progressive avec un vitré et un segment antérieur calme dans la plupart des cas. La réaction inflammatoire est faible du fait de l'immunodépression associée.
- La rétinite à CMV peut être œdémateuse fulminante avec des plages nécrotico-hémorragiques inhomogènes, périvasculaire avec une rétinite périvasculaire diffuse nécrosante d'aspect d'angéite givrée ou indolente avec un œdème rétinien isolé d'aspect granuleux et grisâtre sans hémorragies ni atteinte vasculaire.
- La toxoplasmose oculaire se manifeste par un ou des foyers de rétinopathie blanchâtres, profonds, à bords flous au contact de foyers cicatriciels anciens s'ils existent. On peut retrouver une vascularite par contiguïté ou à distance. Il existe une hyalite prédominant en regard des foyers. L'inflammation du segment antérieur est d'intensité variable. Dans le cadre du VIH, la toxoplasmose oculaire est un diagnostic fréquent à évoquer systématiquement. Chez notre patient, les signes cliniques ont été majorés par l'immunodépression ainsi que par la corticothérapie systémique instaurée.
- La ponction de chambre antérieure avec calcul du coefficient de Desmots permet, quand il est supérieur à 3, le diagnostic biologique de certitude de toxoplasmose oculaire. Chez les patients immunodéprimés, le coefficient de Desmots doit s'accompagner de la détection par PCR de l'ADN de *Toxoplasma gondii*. Chez ces patients, elle pourrait avoir une sensibilité supérieure à celle de la recherche d'une production locale d'anticorps.

### Bibliographie

Bodaghi B, LeHoang P. Uvéites. Paris:Elsevier, 2009.