

Une endophtalmie endogène bilatérale à *Candida albicans*

Amine Bensemlali^{1,2}, Marie-Hélène Errera¹

Un patient de 60 ans a été adressé à la consultation « Uvêtes » de l'hôpital des Quinze-Vingts pour une baisse de vision sévère bilatérale, douloureuse. Ce patient diabétique traité par insuline, d'origine maghrébine, était suivi pour un cancer de la vessie en attente de traitement par chirurgie et radio-chimiothérapie. Il avait été hospitalisé il y a un mois au Maroc pour une septicémie à *Candida albicans* à point de départ urinaire et pulmonaire. Il a été pris en charge dans une unité de soins intensifs et traité par amphotéricine B par voie intraveineuse. Les hémocultures avaient retrouvé un *Candida albicans* résistant au fluconazole. Les premiers signes ophtalmologiques sont apparus sept jours après le début de la septicémie.

À son admission, l'examen clinique a retrouvé une acuité visuelle réduite à « Voit bouger la main ». La tension intraoculaire était normale. L'examen à la lampe à fente des deux yeux indiquait un Tyndall 2+ en chambre antérieure, une cataracte cortico-nucléaire dense avec synéchies iridocristalliniennes et une hyalite dense empêchant la visualisation du fond d'œil (figure 1).

L'échographie en mode B montrait un vitré organisé avec un épaissement de la hyaloïde postérieure sans décollement de rétine associé (figure 2).

Figure 2. Échographie préopératoire de l'œil gauche montrant des échos intravitréens et une rétine à plat ; un décollement postérieur du vitré est présent sous forme d'une hyaloïde épaissie.

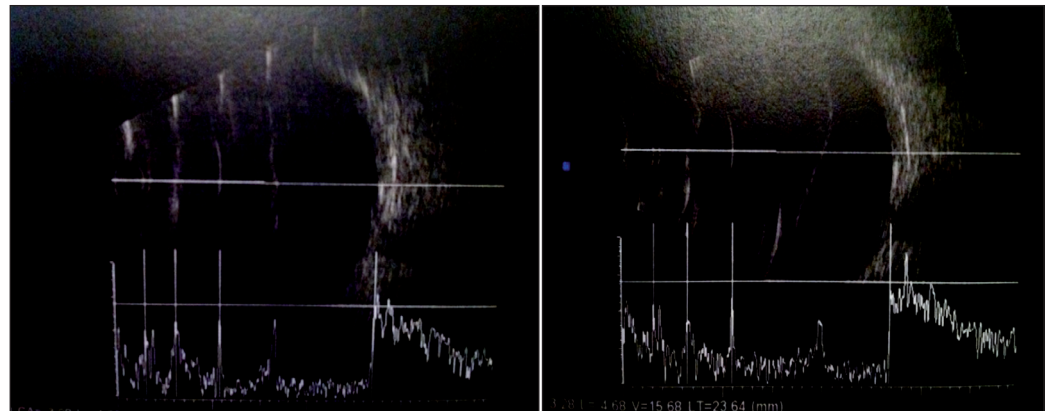


Figure 1.

Photographie préopératoire prise au microscope en salle d'opération avant la réalisation de la chirurgie combinée cataracte-vitrectomie 3 voies (23 gauge) (œil gauche avec cataracte, synéchies iridocristalliniennes et inflammation de segment antérieur).

Diagnostic et traitement

Le diagnostic d'endophtalmie bilatérale endogène à *Candida* probable a été retenu.

Les diagnostics différentiels à évoquer sont la panuvéite bilatérale ou le lymphome oculaire, mais l'histoire clinique et les hémocultures positives au *Candida* sont en faveur de l'endophtalmie endogène. Ainsi l'indication d'une vitrectomie thérapeutique bilatérale associée à une chirurgie combinée de la cataracte a été posée.

Un traitement antifongique a été débuté en urgence 48 heures avant la chirurgie. Ce traitement associait une injection intravitréenne d'amphotéricine B à la dose de 5 µg (0,05 ml) au vori-

conazole per os (200 mg 2x/j pendant 6 semaines) en raison de la résistance au fluconazole à l'antifongogramme.

En peropératoire, un prélèvement de vitré a été réalisé pour analyse bactériologique et fongique. La vitrectomie a permis la visualisation de foyers chorio-rétiens blancs crémeux au pôle postérieur et des amas blancs vitréens en boule de neige et le long des vaisseaux rétiens (figure 3). En fin d'intervention, une injection intravitréenne d'amphotéricine B a été renouvelée.

1. Service d'Ophthalmologie IV, Centre hospitalier National des Quinze-Vingts, Paris.

2. Interne.

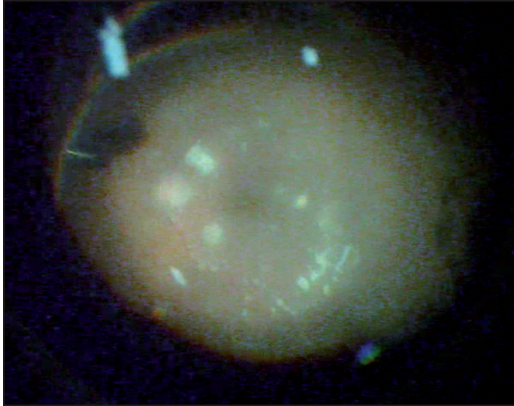


Figure 3. Photographie peropératoire du fond d'œil gauche pendant la vitrectomie 3 voies avec visualisation des foyers mycosiques blanchâtres vitréo-rétiniens.

Dans les suites postopératoires immédiates, l'acuité visuelle du patient s'est améliorée de façon subjective et objective à «Compte les doigts» de façon bilatérale, avec une diminution de l'inflammation de segment antérieur sous corticothérapie topique. La culture du prélèvement vitréen est revenue négative.

Discussion

Les champignons le plus souvent rencontrés dans les endophtalmies sont le *Candida albicans* suivi par *Candida glabrata*, *Candida tropicalis*, *Candida parapsilosis*, *Candida krusei*, *Aspergillus niger*, et plus rarement *Fusarium*, *Paecilomyces*, *Mucor*...

L'endophtalmie endogène représente 5 à 10% de l'ensemble des endophtalmies (bactériennes ou fongiques) [1]. L'atteinte oculaire lors d'une septicémie à *Candida* est de l'ordre de 30% (3% lorsqu'un traitement antifongique est mis en place) [1]. Les facteurs de risque qui doivent évoquer cette pathologie sont l'immunodépression, la toxicomanie, la chirurgie générale lourde, le diabète mal équilibré et la prématurité.

Le diagnostic clinique peut mimer une panuvéite bilatérale. L'atteinte peut être uni- ou bilatérale, isolée ou multiple. Le diagnostic positif repose sur le prélèvement de vitré ou d'humour aqueuse, positif dans 30 à 80% selon les séries [2]. Mais le contexte clinique (hémocultures, antécédents médicaux) et l'aspect clinique sont des éléments suffisants au diagnostic.

Prise en charge thérapeutique

La prise en charge thérapeutique d'une endophtalmie est la suivante (suivant les *Bonnes pratiques* du Moorfields Eye Hospital, Londres, Royaume-Uni, Pr Susan Lightman) :

- *En cas de lésions choroïdiennes isolées*, l'amphotéricine B seule (IV) peut suffire car les lésions sont en arrière de la barrière hémato-rétinienne.
- *En cas de lésions intravitréennes*, la réalisation d'une vitrectomie permettra de diminuer la charge mycosique et d'améliorer la pénétration des antifongiques. Ce traitement sera associé à une injection intravitréenne d'amphotéricine B (5-10 µg) peropératoire et d'antifongique per os avec une biodisponibilité oculaire suffisante comme le fluconazole (200 mg 2x/j) pendant 6 semaines.
- *En cas de lésions rétinienne isolées*, des antifongiques oraux seuls (fluconazole) peuvent être suffisants.

Le voriconazole est un antifongique triazolé et utilisé pour le traitement d'infections graves causées par les *Aspergillus*, *Fusarium*, *Scedosporium* et les espèces de *Candida* résistantes. Il est contre-indiqué en association avec la rifampicine, la carbamazépine, le sirolimus et la phénytoïne. La dose des médicaments suivants : cyclosporine, tacrolimus, coumarine, statines, oméprazole, sulphonylurés et midazolam doit être réduite en association.

L'endophtalmie endogène mycosique est une infection endo-oculaire grave mettant en jeu le pronostic visuel. La plupart des patients atteints présentent des facteurs de risques généraux.

Malgré la prise en charge en urgence et les nouvelles thérapeutiques antifongiques utilisées, le pronostic visuel reste réservé.

La connaissance des thérapies à utiliser en fonction du type d'infection mycosique et l'isolement du germe pour obtention d'une antifongogramme permettent de réduire le délai diagnostique et d'instaurer le traitement rapidement.

Références bibliographiques

1. Bodaghi B. Les endophtalmies endogènes d'origine fongiques. *J Fr Ophthalmol.* 2011;34(1):40-5.
2. Sridhar J, Flynn Jr HW, Kuriyan AE, Miller D, Albin T. Endogenous

fungal endophthalmitis: risk factors, clinical features, and treatment outcomes in mold and yeast infections. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2013;3(1):60.