

CRSC typiques et atypiques

Julien Pérol

Dans sa présentation la plus typique, la chorioretinopathie séreuse centrale (CRSC) ne pose habituellement pas de problème diagnostique et thérapeutique. Toutefois, certaines formes cliniques atypiques peuvent être de diagnostic plus difficile, en particulier chez les sujets plus âgés pour lesquels une néovascularisation occulte reste le principal diagnostic différentiel. Enfin certaines CRSC chroniques comme l'épithéliopathie rétinienne diffuse (ERD) sont plus difficiles à traiter et de moins bon pronostic visuel que la CRSC typique.

La CRSC typique

Classiquement, une baisse d'acuité visuelle chez un homme jeune

Touchant préférentiellement les hommes jeunes, certains facteurs de risque ont été mis en évidence comme une personnalité de type A (stress, rapidité à s'énerver, compétitivité, nécessité de contrôle), la prise de corticostéroïdes ou de psychotropes. Les principaux symp-

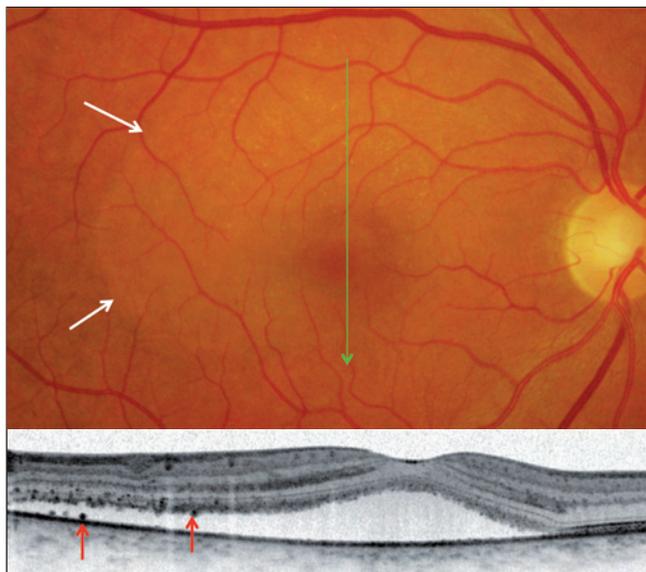


Figure 1. Rétinophotographie couleur d'une CRSC présentant une bulle de décollement séreux rétinien (DSR) maculaire dont les bords sont bien limités (flèches blanches), et contenant des points blancs sous-rétiniens. La coupe OCT passant par le DSR met en évidence un DSR au contenu homogène, et des points hyperréflectifs (flèches rouges) correspondant aux points blancs sous-rétiniens.

Service d'ophtalmologie, hôpital Lariboisière, Paris

tômes se manifestent par une baisse d'acuité visuelle pouvant aller de 1/10 à 10/10, en partie améliorable par la correction de l'hypermétropie acquise, un scotome central relatif, une micropsie ainsi qu'une discrète dyschromatopsie. L'examen du fond d'œil retrouve une bulle de décollement séreux rétinien (DSR) maculaire à liquide clair parfois associée à des petits points blancs sous-rétiniens au sein de cette bulle (figure 1).

Le diagnostic repose encore sur l'angiographie à la fluorescéine

Elle permet de mettre en évidence le plus souvent un ou deux points de diffusion. Ce point de fuite apparaît vers la trentième seconde après l'injection sous la forme d'un point hyperfluorescent, puis le colorant diffuse au sein du DSR, parfois en tâche d'encre ou en plumeau, remplissant ainsi la bulle aux temps tardifs (figure 2).

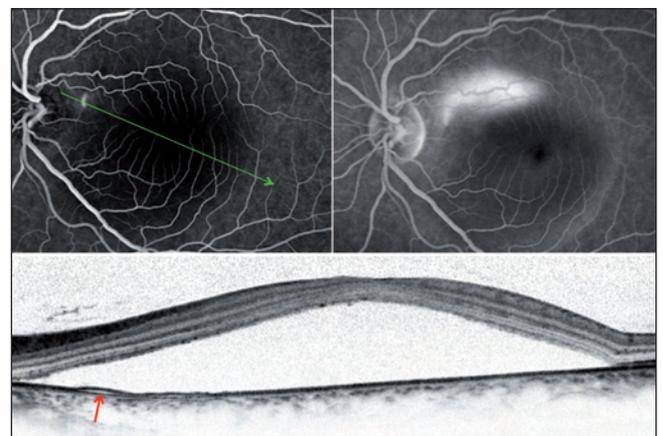


Figure 2. Angiographie à la fluorescéine d'une CRSC typique avec une diffusion en plumeau du point de fuite, remplissant le décollement séreux rétinien au temps tardif. Sur la coupe OCT, on retrouve un petit DEP (flèche rouge) en regard du point de fuite.

Clinique

On retrouve parfois sur les clichés OCT un décollement de l'épithélium pigmentaire (DEP) au niveau du point de fuite (*figure 2*) ou en dehors de la bulle. Ces DEP sont parfois multiples et bilatéraux. Il n'est pas rare de retrouver sur l'œil controlatéral des séquelles de CRSC passées inaperçues, ou bien des poussées infracliniques. L'OCT nous permet actuellement de suivre avec précision l'évolution de la maladie en quantifiant la taille du DSR. Le contenu de ce DSR est aréfléctif et homogène, l'épaisseur de la rétine neurosensorielle est en règle peu modifiée, et l'on peut noter un allongement des articles externes des photorécepteurs lorsque la bulle persiste quelques semaines. On retrouve parfois des points hyperréfléctifs à la face postérieure des segments externes des photorécepteurs (*figure 1*) qui correspondent aux points blancs sous-rétiniens vus au fond d'œil. L'étude de la choroïde en OCT-SD obtenu grâce au procédé EDI (*Enhanced Depth Imaging*) retrouve un épaississement choroïdien diffus présent également sur l'œil adelphe.

Une évolution spontanée le plus souvent vers une guérison en 4 à 10 semaines avec une cicatrisation du point de fuite

Les récurrences varient de 30 à 40 % selon les études. Elles surviennent dans l'année qui suit l'épisode initial dans 50 % des cas et peuvent aller jusqu'à 12 ans. Un passage à la chronicité est également possible, indépendamment de la survenue de récurrences.

Si on réalise un traitement, il repose sur la réalisation d'impact de laser vert sur le point de fuite

Il sera proposé lorsque la poussée persiste plus de six semaines à trois mois. Les indications du traitement ne sont toutefois pas strictes et elles seront à moduler en fonction du contexte clinique. En effet, il faut prendre en compte l'acuité visuelle, la gêne ressentie par le patient et ses besoins visuels ainsi que la localisation du point de fuite. Après un repérage soigneux aidé par l'angiographie à la fluorescéine, on effectuera 2 à 5 impacts au laser vert de 100 µm de diamètre, d'une durée de 0,1 s et d'intensité juste suffisante pour que l'emplacement du point de fuite devienne légèrement gris. Ce traitement réduit la durée de la poussée, mais ne semble pas avoir d'effet sur l'acuité visuelle finale et le taux de récurrence. La PDT demi-fluence n'a de place dans la CRSC aiguë que lorsque le point de fuite est rétro- ou juxtafovéolaire.

Les CRSC atypiques

Les CRSC aiguës atypiques

Certaines CRSC se présentent parfois avec des points de fuites multiples, dépassant parfois la dizaine (*figure 3*).

L'ensemble des points de fuite présents dans l'aire du DSR devra être traité, à moins qu'ils ne soient trop proches du centre. Certaines se présentent parfois avec un liquide trouble, soit localement autour du point de fuite (*figure 4*), soit en inférieur sous la forme d'un sédiment jaune mimant ainsi l'aspect d'une dystrophie pseudovitelliforme de l'adulte. De façon très rare enfin, elles prennent la forme d'un décollement de rétine inférieur, pouvant faire errer le diagnostic vers un décollement de rétine rhégmotogène, une maladie de Harada ou bien un syndrome d'effusion uvéale. Le diagnostic repose princi-

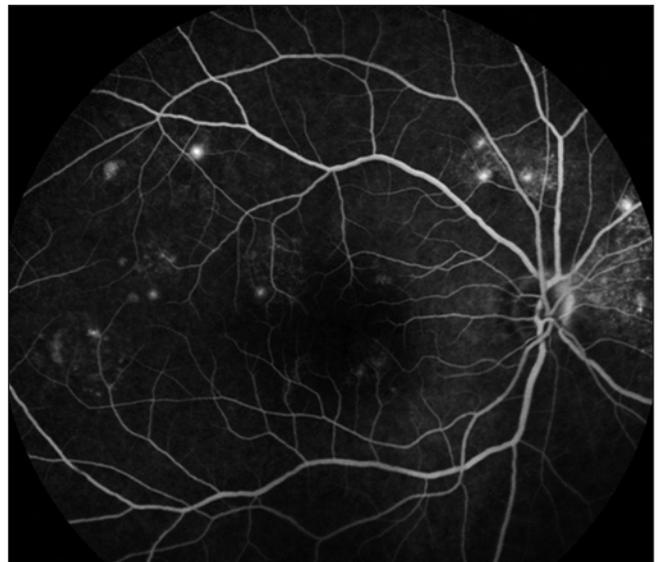


Figure 3. Angiographie à la fluorescéine d'une CRSC avec des multiples points de fuite au pôle postérieur.

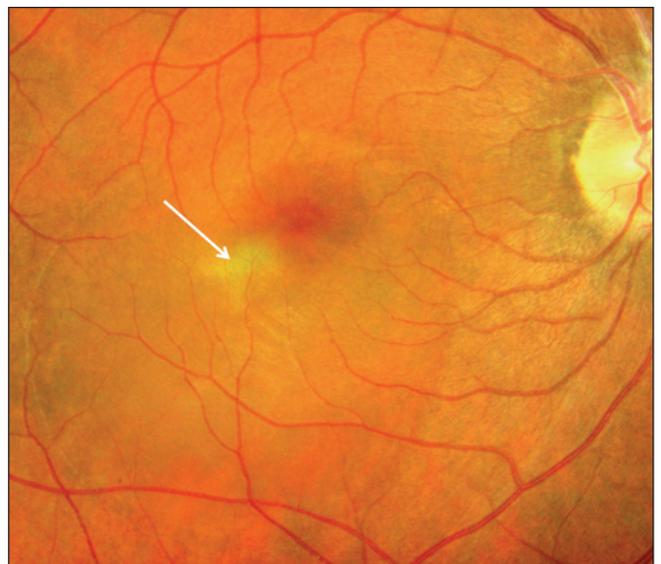


Figure 4. Rétinophotographie couleur d'une CRSC aiguë typique avec un liquide trouble en regard du point de fuite (flèche blanche).

palement sur la présence de points de diffusion sur l'angiographie à la fluorescéine. Une fibrose sous-rétinienne peut apparaître après résolution du DSR.

Les CRSC chroniques et ERD

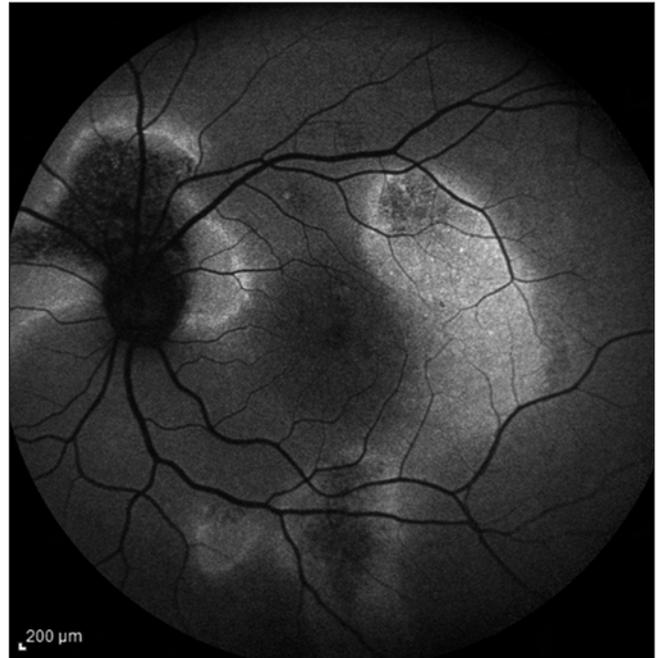
La CRSC chronique est définie par la persistance de DSR plus de six mois, et les formes diffuses sont appelées épithéliopathie rétinienne diffuse (ERD).

La survenue d'une ERD se fait habituellement à un âge plus avancé que dans la CRSC aiguë, avec une évolution chronique et récidivante. On retrouve des points de fuites multiples associés à des zones d'altération d'épithélium pigmentaire ainsi que des dépigmentations en coulées gravitationnelles bien visibles sur les clichés en autofluorescence (*figure 5*).

Il est également possible de retrouver un œdème maculaire cystoïde et des exsudats lipidiques. Les points de fuites, souvent multiples et modérément actifs, sont plus difficiles à distinguer que dans la CRSC typique.

Figure 5. Cliché en autofluorescence d'une épithéliopathie rétinienne diffuse (ERD) : coulées gravitationnelles hyper-autofluorescentes, partant du pôle postérieur et s'étendant vers la partie inférieure du fond d'œil. À noter que les coulées les plus anciennes sont hypo-autofluorescentes, entourées d'une bordure hyper-autofluorescente.

L'ensemble de ces manifestations chez un sujet de plus de 50 ans doit faire évoquer les principaux diagnostics différentiels que sont les néovaisseaux occultes et la



Clinique

vasculopathie polypoidale. L'autofluorescence est un bon examen dans ces formes, mettant en évidence des coulées gravitationnelles hyper-autofluorescente (AF). Les coulées les plus anciennes sont hypo-AF avec une bordure hyper-AF. Partant du pôle postérieur au niveau de la macula ou de la papille, elles se dirigent vers la partie inférieure du fond d'œil.

L'angiographie au vert d'indocyanine (*Indocyanine Green*, ICG) permet de confirmer le diagnostic d'ERD et de guider le traitement par photothérapie dynamique (PDT).

Les zones d'hyperfluorescences en ICG sont plus larges et plus diffuses que les points de fuites visualisés à l'angiographie à la fluorescéine. Les DEP ont un comportement angiographique caractéristique en ICG avec un remplissage dès le temps précoce, se vidant ensuite pour ne laisser qu'un liséré hyperfluorescent. L'OCT retrouve une atrophie rétinienne en regard des zones hyper-AF, un DSR maculaire est parfois présent ainsi que des zones de dégénérescence cystoïde ne s'imprégnant pas en angiographie à la fluorescéine (*figure 6*). Si des points de fuites sont bien individualisables, un traitement par laser vert peut être effectué, mais l'existence de plages de diffusion larges nécessitera un traitement par PDT en demi-fluence. La PDT demi-fluence consiste en une dose de vertéporfine de 6 mg/m², une fluence à 25 J/cm², et une durée de 83 s. La taille des spots sera 1 mm plus large que la taille de la zone hyperfluorescente en ICG.

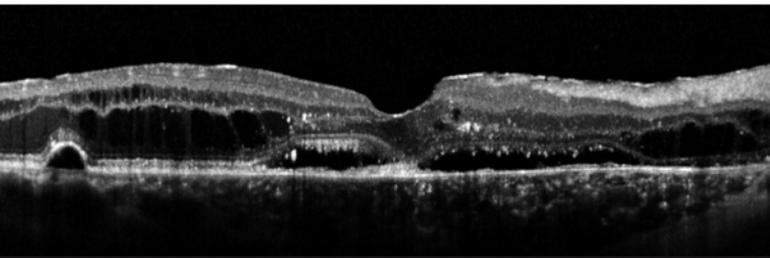


Figure 6. Coupe OCT-SD d'une épithéliopathie rétinienne diffuse (ERD) : présence d'un décollement de l'épithélium pigmentaire (DEP), de décollement séreux rétinien (DSR) avec allongement des segments externes des photorécepteurs et points hyperréfléctifs, et d'une dégénérescence cystoïde associée à une atrophie du tissu rétinien.

Les CRSC atypiques selon le terrain

Après l'âge de 50 ans, les CRSC ont un moins bon pronostic visuel et l'on note volontiers d'avantage de formes diffuses, bilatérales et/ou récidivantes. Les femmes sont atteintes en proportion plus importante que chez les sujets jeunes et, à cet âge, il est important de ne pas méconnaître l'existence de néovaisseaux occultes.

Chez la femme, la CRSC est plus rare, mais des cas de poussées sont possibles lors de la grossesse, en particulier pendant le troisième trimestre. Les épisodes sont résolutifs après l'accouchement et le pronostic visuel est bon.

Les patients ayant bénéficiés d'une transplantation d'organe (rétinopathie des greffés), peuvent présenter des poussées de CRSC. Ils sont généralement sous traitement immunosuppresseur et corticostéroïdes et présentent une HTA. Un décollement séreux rétinien chronique associé à des proliférations pigmentaires sous-réiniennes, donnant un aspect "léopard" en angiographie à la fluorescéine, est assez évocateur.

L'association de la CRSC avec certaines maladies systémiques a été également décrite comme le lupus érythémateux disséminé, la maladie de Crohn, la polyarthrite rhumatoïde et l'asthme. Il est néanmoins difficiles d'imputer avec certitude la maladie, les patients étant largement traités par corticostéroïdes pour ce type de pathologies.

Pour en savoir plus

Gass JDM. Stereoscopic atlas of macular disease. 4th ed. St.-Louis: Mosby SLC, 1997.

Gass JDM. Pathogenesis of disciform detachment of the neuroepithelium. *Am J Ophthalmol* 1967;63:Suppl:1-139.

Cohen D, Gaudric A, Coscas G *et al.* Epithéliopathie rétinienne diffuse et chorioretinopathie séreuse centrale. *J Fr Ophtalmol* 1983; 6:339-49.

Inoue R, Sawa M, Tsujikawa M, Gomi F. Association between the efficacy of photodynamic therapy and indocyanine green angiography findings for central serous chorioretinopathy. *Am J Ophthalmol* 2010;149:441-6.