



Des taches blanches au fond d'un œil rouge

Mathilde Goudot^{1,2}, Sawsen Salah¹,
Mathieu Lehmann¹

Un homme de 51 ans consulte pour des douleurs insomniantes de l'œil droit évoluant depuis deux jours dans un contexte d'altération de l'état général.

Il est originaire du Congo, ancien héroïnomanie et séropositif pour le VIH, actuellement en rupture de thérapeutique antirétrovirale.

À l'arrivée du patient, son acuité visuelle avec correction optique est à « voit bouger la main » à l'œil droit et 10/10 P2 à gauche.

L'examen biomicroscopique retrouve une inflammation du segment antérieur droit : une hyperhémie conjonctivale majeure, un œdème de cornée, un Tyndall cellulaire coté à 4+, un hypopion, un iritis associé à une hémorragie irienne ainsi que des synéchies irido-cristalliniennes (figure 1).

Le fond d'œil droit révèle une hyalite dense, un abcès intravitréen masquant partiellement une papillite hémorragique. Il existe également un foyer rétinien blanc interpapillo-maculaire (figure 2). L'OCT retrouve un volumineux décollement séreux rétinien (DSR) interpapillo-maculaire jouxtant le foyer rétinien.

L'examen de l'œil adelphe est sans particularité.

Démarche diagnostique

Devant ce tableau de panuvéite aiguë unilatérale chez un patient immunodéprimé, les infections opportunistes sont les principales hypothèses étiologiques retenues :

- endophtalmie endogène fongique : les levures avec *Candida* en première hypothèse puis *Aspergillus* et autres champignons,
- endophtalmie endogène bactérienne, panuvéite tuberculeuse,
- panuvéite parasitaire : toxoplasmose ou toxocarose.

Prise en charge

Un traitement probabiliste par bithérapie antifongique intraveineuse est débuté (amphotéricine B liposomale 200 mg/j et flucytosine 6 g/j). La vitrectomie précoce est indiquée et réalisée devant la présence d'abcès vitréens

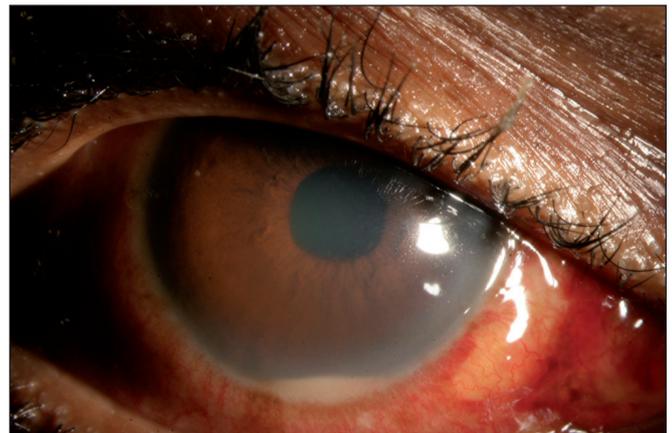


Figure 1. Œil droit : uvéite à hypopion.

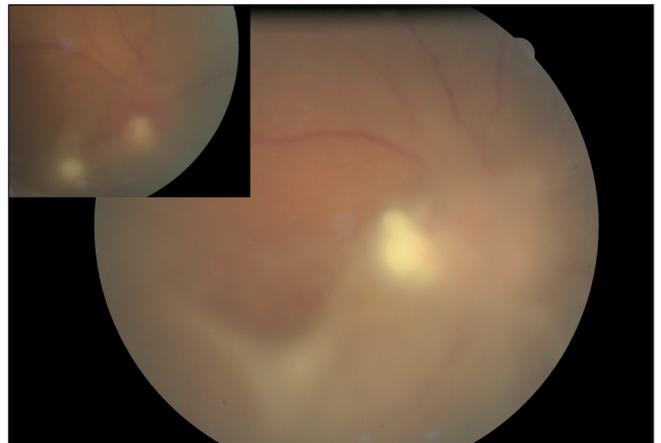


Figure 2. Fond d'œil droit : hyalite, abcès intravitréen.

associés à l'atteinte maculaire.

Trois injections intravitréennes (IVT) d'amphotéricine B liposomale (10 µg/0,1 ml) sont réalisées à 48 h d'intervalle (la première en peropératoire).

Résultats des examens paracliniques

Biologie :

- Lymphocytes CD4 = 180/mm³ (normale > 500/mm³).
- Charge virale VIH = 2500 copies/ml.

Infectiologie dont mycologie :

- Antigénémie *Candida* positive (Bêta-D-Glucan).
- Sérologie *Candida* IgG positifs.
- Examen direct et cultures bactériennes et fongiques de l'humeur aqueuse et du vitré négatifs.
- Examen direct et culture du LCR négatifs.

1. Service d'ophtalmologie, Groupe hospitalier Cochin-Hôtel Dieu, Paris 2. Interne en 6^e semestre

L'échographie cardiaque transœsophagienne ne retrouve pas de végétations valvulaires.

Le diagnostic d'endophtalmie endogène fongique à *Candida* est retenu devant ce faisceau d'arguments : terrain immunodéprimé, hypopion, hyalite, abcès vitréen et foyer rétinien blanc, positivité de l'antigénémie et de la sérologie *Candida*, réponse thérapeutique au traitement antifongique, absence de porte d'entrée oculaire.

Évolution

Après régression partielle postopératoire des lésions observées (figure 3), le traitement antifongique intraveineux est relayé par fluconazole per os pour une durée totale de six semaines. La récupération visuelle reste limitée avec une acuité de 1/10, secondaire au foyer interpapillo-maculaire cicatriciel (figure 4).

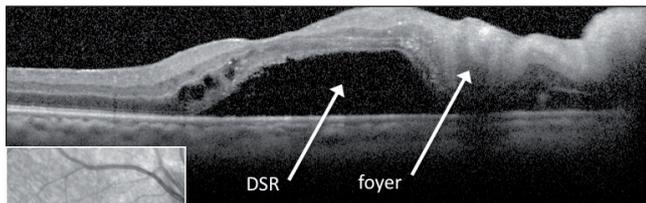


Figure 3. OCT maculaire postopératoire OD : décollement séreux rétinien et foyer interpapillo-maculaire ; épaisseur maculaire centrale = 520 µm (SD-OCT).

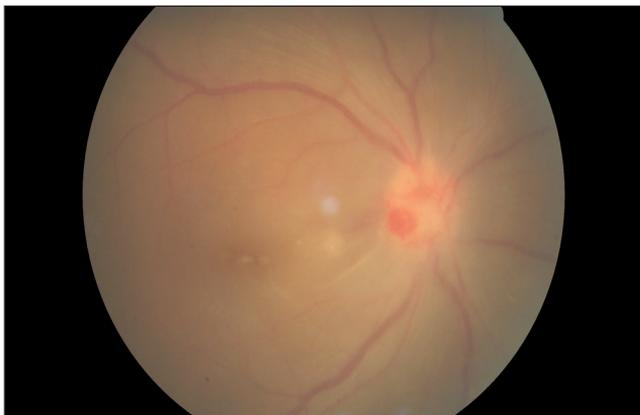


Figure 4. Aspect postopératoire.

Discussion

L'endophtalmie endogène candidosique est un diagnostic à évoquer systématiquement devant une uvéite intermédiaire ou postérieure chez un patient immunodéprimé.

Son traitement doit être le plus précoce possible. Il comporte plusieurs axes thérapeutiques synergiques : des antifongiques systémiques [1,2], la vitrectomie précoce ainsi que des IVT d'antifongiques devant toute atteinte

vitréenne ou menace maculaire associée (voriconazole ou amphotéricine B) [3].

La vitrectomie permet l'analyse du vitré et la réduction de la charge fongique et du risque de complications tractionnelles. Le pronostic fonctionnel reste réservé, particulièrement en cas d'atteinte maculaire centrale [4].

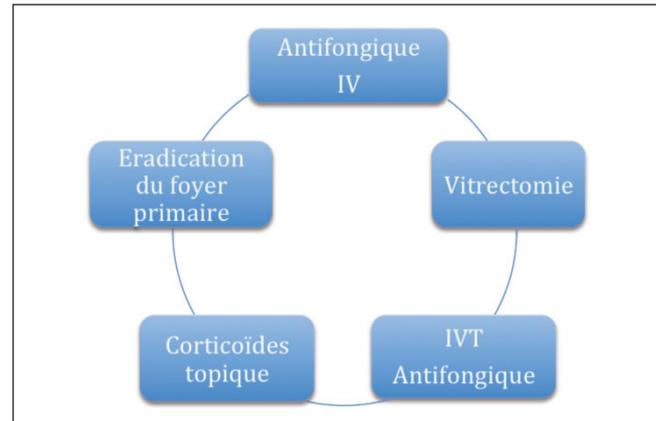


Figure 5. Axes thérapeutiques.

En résumé

Tableau d'endophtalmie endogène fongique à *Candida* chez un patient de 51 ans immunodéprimé, d'évolution favorable sous bithérapie antifongique intraveineuse associée à une vitrectomie et des IVT d'amphotéricine B liposomale.

Points forts

- Évoquer systématiquement le diagnostic d'endophtalmie fongique devant une uvéite intermédiaire ou postérieure d'un patient toxicomane et/ou immunodéprimé.
- Le traitement multimodal comporte l'éradication de la porte d'entrée ainsi que les antifongiques systémiques et intravitréens répétés.
- La vitrectomie précoce s'impose devant toute atteinte vitréenne sévère ou foyer rétinien au pôle postérieur.

Références

1. Pappas PG, Kauffmann CA, Andes D *et al.* Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2009;48(5): 503-35.
2. Riddell J 4th, Comer GM, Kauffmann CA. Treatment of endogenous fungal endophthalmitis: focus on new antifungal agents. *Clin Infect Dis.* 2011;52(5):648-53.
3. ESCMID guideline for the diagnosis and management of *Candida* diseases 2012. *Clin Microbiol Infect.* 2012;18(Suppl 7).
4. Lingappan A, Wykoff CC, Albin TA *et al.* Endogenous fungal endophthalmitis: causative organisms, management strategies, and visual acuity outcomes. *Am J Ophthalmol.* 2012;153(1):162-6.e1.