



Cas clinique

Chorioretinite toxoplasmique active maculaire unilatérale chez un adulte de 32 ans
au CHU-IOTA de Bamako

Unilateral macular active toxoplasmic chorioretinitis in a 32 years adult at CHU IOTA of Bamako

S Diallo^{1*}, I Conare²

Résumé

La toxoplasmose oculaire est une infection due à *Toxoplasma Gondii* son diagnostic est basé sur l'examen clinique et surtout l'analyse du fond d'œil. Cependant, dans les cas atypiques, l'analyse de l'humeur aqueuse et du vitré est nécessaire pour confirmer l'origine parasitaire de la maladie. Nous rapportons un cas d'un patient âgé de 32 ans présentant un foyer de chorioretinite toxoplasmique active maculaire unilatéral. Cette observation souligne de la gravité de certaines localisations postérieures de la toxoplasmose oculaire notamment maculaire. Une prise en charge précoce par voie générale d'antiparasitaire, associée à une corticothérapie générale et locale. Même si en pratique efficace cela peut provoquer des effets chez certains patients. Cette prise en charge a permis la cicatrisation rapide du foyer actif chorioretinien.

Mots clés : chorioretinite toxoplasmique, maculaire, unilatérale, Mali

Abstract

Ocular toxoplasmosis is an infection due to *Toxoplasma Gondii* its diagnosis is based on clinical examination and especially the analysis of the fundus. However, in atypical cases, analysis of aqueous humor and vitreous is necessary to confirm the parasitic origin of the disease. We report a case of a 32-year-old patient with unilateral macular active toxoplasmic chorioretinitis. This observation highlights the severity of certain posterior localizations of ocular toxoplasmosis, especially macular toxoplasmosis. Early general management of antiparasitic agents, combined with general and local corticosteroids. Although in effective practice this can cause effects in some patients. This management allowed the rapid healing of the active chorioretinal focus.

Key words: toxoplasmic chorioretinitis, macular, unilateral, Mali

Introduction

La toxoplasmose est une maladie parasitaire due à *Toxoplasma Gondii*. Elle est fréquente et 30% de la population mondiale serait infectée [1].

C'est une affection le plus souvent bénigne mais qui peut avoir des conséquences graves, notamment en cas d'atteinte oculaire. Les principales manifestations sont ophtalmologiques majoritairement sous forme de chorioretinite [2,3]. Elle se présente sous forme d'un foyer rétinobulbaire blanc associé à une réaction vitréenne plus importante au regard du foyer. L'atteinte maculaire menace la fonction visuelle et doit être traitée activement en urgence [4].

Nous rapportons un cas de chorioretinite active maculaire au niveau de l'œil droit observé à l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale d'Afrique (IOTA)

Cas clinique

Il s'agit d'un patient de 32 ans sans antécédents particuliers reçu en consultation ophtalmologique pour baisse d'acuité visuelle brutale, associée à des myodesopsies de l'œil droit constatées depuis 3 jours. L'examen ophtalmologique de l'œil droit retrouvait une acuité visuelle chiffrée 1/20, le segment antérieur était normal. Le fond d'œil droit notait une lésion blanchâtre, ronde, profonde, à bord flou d'environ un diamètre papillaire perifovéolaire inférieure (figure 1 A) ; avec une réaction vitréenne en regard de la lésion. L'examen de l'œil gauche était normal dans toutes ses structures.

L'examen d'angiographie à la fluorescéine de l'œil droit montrait, une hypo fluorescence perifovéolaire au temps précoce (figure 1C) et une hyper fluorescence au temps tardif (figure 1 E et F). La tomographie en cohérence optique (OCT) de l'œil droit mettait en évidence la présence d'un important soulèvement de l'épithélium pigmentaire rétinien rétrofovéolaire avec la perte de la

dépression foveolaire (décollement séreux rétinien) et quelques logettes des couches internes de la rétine (figure 2 G). Une sérologie toxoplasmique par immunofluorescence indirecte révélait une positivité des immunoglobuline M (IgM) et G (IgG). Le taux des IgG était de 340 UI/ml et l'indice d'avidité des IgG spécifiques réalisé sur l'automate

Vidas® (bio Mérieux) était chiffré à 0,2 permettant de retenir une infection aiguë. L'examen sérologique de l'humeur aqueuse retrouvait un coefficient Desmots C égale 6.

Devant ces arguments cliniques et paracliniques nous avons évoqué le diagnostic de chorioretinite toxoplasmique maculaire active.

Le traitement par voie générale était composé de comprimé de sulfadoxine 500mg plus la pyriméthamine 25 mg en raison de trois comprimés en prise unique par semaine pendant trois semaines ; de comprimé de prednisolone 30mg à la dose de 1mg/kg/poids soit deux comprimés en prise unique le matin pendant 10 jours puis en dose dégressive pendant 2 semaines. Le traitement topique était composé de collyre dexaméthasone une goutte six fois par jour dans l'œil droit pendant dix jours, puis en dose dégressive pendant trois semaines.

La guérison totale a été obtenue avec cicatrisation du foyer actif au bout de deux mois.

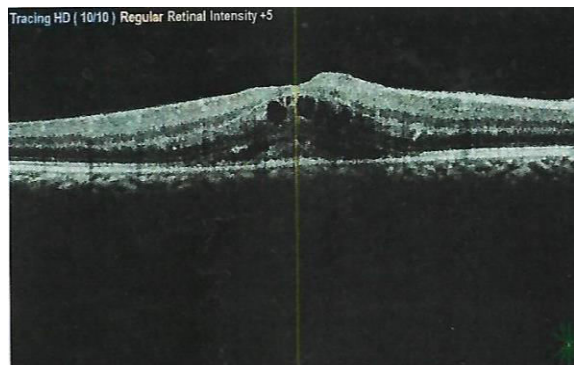


Figure 2 : la présence à la tomographie en cohérence optique d'un décollement séreux rétinien avec une disparition de la dépression fovéolaire.

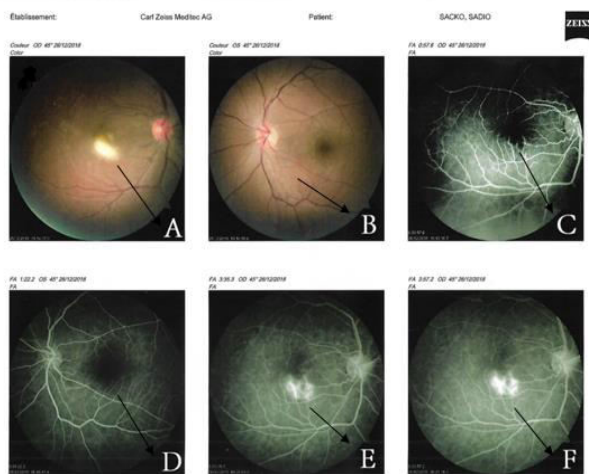


Figure 1: foyer actif de chorioretinite maculaire toxoplasmique au niveau de l'œil droit (A), fond d'œil normal au niveau de l'œil gauche (B), présence dans le territoire d'une hypo fluorescence au temps précoce au niveau des deux yeux à l'angiographie à la fluorescéine (C et D), présence dans la zone maculaire d'une hyper fluorescence au temps tardif au niveau de l'œil droit à l'angiographie à la fluorescéine (E et F).

Discussion

Le diagnostic positif de la chorioretinite toxoplasmique repose sur des arguments cliniques complétés par la sérologie toxoplasmique et la recherche d'anticorps toxoplasmique dans l'humeur aqueuse. Les atteintes chorioretiniennes observées au fond d'œil au cours de la toxoplasmose peuvent être confondues avec des lésions dues à d'autres microorganismes [5]. La localisation postérieure de la toxoplasmose oculaire peut être maculaire, péri-maculaire, papillaire, péri-papillaire et la périphérie rétinienne. Dans notre observation la localisation est maculaire et proche de la zone fovéolaire. Certains auteurs avaient noté des formes disséminées, mais aussi ils avaient mis en évidence à l'angiographie à la fluorescéine d'une hypo fluorescence au temps précoce et une hyper fluorescence au temps tardif de la lésion active de chorioretinite toxoplasmique [6]. Cet aspect angiographique a été noté dans le cas rapporté. Dans le cas rapporté l'évolution sous antiparasitaire associée à une corticothérapie générale et locale a été favorable. Cela corrobore à celle de la littérature [7].

Néanmoins nous rappelons que la prise en charge de la toxoplasmose devra prendre en compte le versant curatif et préventif pour les formes menaçant la fonction visuelle [8].

Conclusion

La toxoplasmose oculaire est une variante clinique de la toxoplasmose. Ces formes cliniques sont nombreuses, cependant l'atteinte maculaire est responsable d'une perte définitive de la vision centrale. L'angiographie à la fluorescéine et la tomographie en cohérence optique permettent une bonne orientation diagnostique. Le pronostic fonctionnel d'une toxoplasmose oculaire tient compte essentiellement de la localisation du foyer actif d'où l'intérêt d'un traitement précoce en urgence.

*Correspondance

Seydou Diallo

(diall907@yahoo.fr)

1. Institut d'Ophthalmologie Tropicale d'Afrique, Bamako, Mali
2. Hôpital Régional de Gao, Mali

© Journal of african clinical cases and reviews 2019

Conflits d'intérêts : Aucun

Références

- 1- auer A, Villard O, Bourcier T, Speeg- Schatz C, Candolfi E. Toxoplasmose oculaire : de la physiopathologie au diagnostic microbiologique. Journal Français d'Ophthalmologie. 2013 ; 36 : 77.
- 2- AFSSA. Toxoplasmose. Etat des connaissances et évaluation du risque lié à l'alimentation. Rapport du groupe de travail Toxoplasma Gondii de l'AFSSA. Recommandations de l'AFSSA 2005.
- 3- Bosch-Driessen EH, Rothova A. Recurrent ocular disease in postnatally acquired toxoplasmosis. Am J Ophthalmol. 1999; 128: 421-5.
- 4- Yves Bokobza. Toxoplasmose oculaire chez l'homme. Bulletin Académie. Vétérinaire. De France, 2001 ; 154 : 25.
- 5- Errera. M.H, Chahed. S, Man H, Garin Y.J.F, Bergmann J.F, Gaudric A, Massin P, Stanford ML, Gras L, Wade A, Gilbert RE. Reliability of expert interpretation of retinal photographs for the diagnosis of toxoplasma retinochoroiditis. Br J Ophthalmol 2002; 86: 636-9.
- 6- Errera M.H, Chahed S, Man H, Garin Y.J.F, Bergmann J.F, Gaudric A, Massin P. Toxoplasmose disséminée severe avec chorioretinite atypique. A

- propos d'un cas de primo-infection. Journal Français d'Ophthalmologie. 2009 ; 32 : 348
- 7- Cutirus M, Hayat GR, Vogler CA et al. toxoplasmic polymyositis revisited: case report and review of literature. Neuromuscul disord. 1997; 7:390-6.
 - 8- Bosch-Driessen LH, Verbaak FD, Storp-Schulten MSA, Van Ruyen RLJ, Klok AM, Hoyng CB et al. A prospective, randomized trial of pyrimethamine and azithromycin vs pyrimethamine and sulfadiazine for the treatment of ocular toxoplasmosis. Am.J. ophthalmol. 2002. Jul ; 134 (1) : 34-40.