

Sclérite antérieure unilatérale d'origine herpétique : à propos d'un cas

Y. Hidan, M. Issiaka, A. Mchachi, L. Benhmidoune, R. Rachid, M. EL Belhadji
Service d'ophtalmologie adulte, Hôpital 20 août 1953, CHU Ibn Rochd, Casablanca
Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Hassan II Ain Chock, Casablanca

Résumé

Les sclérites constituent un groupe très hétérogène responsable de l'inflammation oculaire plus ou moins sévère, dont l'évolution et le pronostic sont en fonction de l'étiologie mais également du traitement adapté.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 15 ans, sans antécédents généraux notables, suivie en consultation depuis 3 mois pour une sclérite nodulaire ne s'améliorant pas sous traitements usuels. Elle a reconsulté devant l'aggravation de sa symptomatologie et l'examen retrouvait alors une réaction minime de la Chambre antérieure, en plus de la sclérite nodulaire localisée en temporal, avec notion d'une éruption vésiculeuse au niveau de la région péribuccale du même côté de l'atteinte oculaire et précédant d'une semaine la symptomatologie oculaire, cadrant avec un herpès cutané.

La patiente a été mise sous Aciclovir par voie orale (800 mg, 3 fois par jour) avec une amélioration nette marquée par la diminution de la douleur et de la rougeur et qui s'est amélioré encore après l'introduction des corticoïdes per os. L'existence d'un signe extra-oculaire d'herpès et la bonne réponse au traitement antiviral, confirme de ce fait l'étiologie herpétique de cette sclérite nodulaire chronique.

Les sclérites sont de cause herpétique dans environ 5 % des cas. La clinique est soit un zona ophtalmique avec sclérite associée (VZV), soit une sclérite antérieure diffuse, unilatérale dans 80 % des cas, liée à herpès simplex. Le diagnostic peut être conforté par des prélèvements locaux, ou plus souvent par un test thérapeutique antiviral.

Mots Clés : sclérite, herpès, traitement antiviral.

ABSTRACT

Scleritis is a very heterogeneous group of diseases responsible for ocular inflammation of varying severity, the evolution and prognosis of which depend on the aetiology but also on the appropriate treatment.

We report the case of a 15-year-old female patient, without any notable general history, followed in consultation for 3 months for a nodular scleritis not improving under usual treatments. She was reconsulted when her symptoms worsened and the examination revealed a minimal reaction of the anterior chamber, in addition to the nodular scleritis localized in the temporal region, with the notion of a vesicular eruption in the perioral region on the same side of the ocular involvement and preceding the ocular symptoms by one week, consistent with a cutaneous herpes.

The patient was put on oral Aciclovir (800 mg, 3 times a day) with a clear improvement marked by a decrease in pain and redness, which improved again after the introduction of oral corticoids. The existence of an extraocular sign of herpes and the good response to antiviral treatment, thus confirming the herpetic etiology of this chronic nodular scleritis.

Scleritis is caused by herpes in about 5% of cases. The clinical picture is either ophthalmic herpes zoster with associated scleritis (VZV), or diffuse anterior scleritis, unilateral in 80% of cases, related to herpes simplex. The diagnosis can be confirmed by local swabs, or more often by an antiviral therapeutic test.

Key words: scleritis, herpes, antiviral therapy.

Date of Submission: 28-06-2021

Date of Acceptance: 12-07-2021

I. Introduction

Les sclérites sont des pathologies inflammatoires oculaires rares, dues à une vascularite occlusive du plexus épiscléral profond avec un risque d'ischémie et de nécrose [1]. L'inflammation est profonde, douloureuse, potentiellement chronique et parfois cécitante.

Leurs étiologies sont dominées par l'atteinte auto-immune. Bien que rare, une étiologie infectieuse doit être envisagée chez tout patient souffrant de sclérite, en particulier ceux qui présentent une inflammation chronique de longue date ou ne cédant pas aux thérapeutiques usuels ou une sclérite nécrosante post-opératoire.

Les sclérites infectieuses représentent environ 8 % des étiologies et sont principalement d'origine herpétique (virus varicelle-zona et herpes virus) [2]. Lorsque le diagnostic de sclérite herpétique est suspecté sans pouvoir être bactériologiquement confirmé, un traitement antiviral d'épreuve d'attaque est envisageable compte tenu de l'excellente réponse dans les sclérites herpétiques prouvées [3,4], avec valeur de test thérapeutique.

Nous rapportons le cas d'une patiente suivie pendant 3 mois pour une sclérite chronique résistante aux traitements usuels, dont l'étiologie herpétique était la cause.

II. Observation clinique

Il s'agit d'une patiente âgée de 15 ans, sans antécédents généraux notables. Elle est porteuse de correction optique depuis 3 ans, régulièrement suivie. Elle est également suivie en consultation depuis 3 mois pour notion d'œil rouge droit à répétition, diagnostiqué comme étant une sclérite antérieure nodulaire d'étiologie non encore étiquetée malgré un bilan immunologique complet, et qui ne s'améliorait pas sous traitement usuel. Elle a été réadressée par son médecin interniste pour intensification des signes cliniques avec notion de baisse de l'acuité visuelle à type de brouillard depuis 48 heures et légères douleurs oculaires dans le regard en abduction.

A l'admission, on retrouve une acuité visuelle corrigée conservée à 9/10 en bilatéral, un tonus oculaire à 14 mmHg au tonomètre à air. L'examen à la lampe à fente de la surface de l'œil droit retrouve une hyperhémie conjunctivo-sclérale localisée en temporal avec présence d'un nodule d'environ 4 mm, non mobilisable, absence de foyer de nécrose ou de scléromalacie (figure 1). La cornée était claire sans prise de fluo et on notait la présence d'un tyndall fin cellulaire en chambre antérieure, le reste de l'examen était sans anomalie notamment le fond d'œil qui ne retrouvait pas de plis rétinien ou choroïdiens ni de papillite. L'examen de l'œil gauche était normal.

Le diagnostic de sclérite antérieure nodulaire chronique a été retenu devant les données de l'examen et un test à la néosynéphrine négatif. Par ailleurs, l'interrogatoire retrouve la notion d'une éruption vésiculeuse au niveau de la région péribuccale du même côté de l'atteinte oculaire et précédant d'une semaine l'aggravation de la symptomatologie oculaire, cadrant avec un herpès cutané.

L'examen général ne retrouve pas d'autres localisations cutanéomuqueuse d'herpès. La patiente a été mise sous ACICLOVIR per os à la dose 800 mg 3 fois/jours avec des mesures hygiéniques locales pour son herpès péribuccal.

L'évolution a été marquée par une amélioration nette avec diminution de la douleur et de la rougeur au bout de 24 heures. L'adjonction de la corticothérapie orale 48 heures après le début de l'antiviral a permis d'amener tous les signes cliniques avec régression du nodule au bout de 2 semaines (figure 2). Une dégression de la dose de l'Aciclovir a été démarrée alors, mais la patiente a interrompu d'elle-même son traitement sans dégression progressive ni dose d'entretien ; elle reconseille en urgence une semaine plus tard avec un début d'atteinte controlatérale (œil gauche) à type de sclérite aiguë localisée temporale, sans nodule individualisable (figure 3). Ce qui a imposé une reprise de traitement à la dose de charge pendant 1 mois avec 2 semaines de corticothérapie orale. Il n'y a pas eu de rechute au cours de la dégression pendant 2 mois supplémentaires et 6 mois de dose d'entretien à 800 mg par jour.

En sommes, l'étiologie de cette sclérite nodulaire chronique chez notre patiente est herpétique. Après un an de suivi pas de complication ni de rechute.

III. Discussion

Les sclérites sont des pathologies inflammatoires oculaires rares, dues à une vascularite occlusive du plexus épiscléral profond avec un risque d'ischémie et de nécrose [1]. La sclérite doit être différenciée d'une épisclérite qui correspond à une inflammation des tissus superficiels, faible à modérée, isolée et rarement associée à une maladie systémique.

La sclérite constitue un groupe très hétérogène responsable de l'inflammation. Cela s'explique par la variabilité du site de l'atteinte (antérieure ou postérieure), de la présentation clinique (diffuse, nodulaire ou nécrosante), de l'étiologie qui peut être auto-immune (cause la plus fréquente), infectieuse (virale ou bactérienne) ou iatrogène et enfin de l'évolution (sous traitement adapté ciblé ou probabiliste).

Les sclérites sont associées à des pathologies générales, dans 40 à 50 % des cas [5,6]. Les étiologies sont dominées par les maladies systémiques (polyarthrite rhumatoïde et vascularites nécrosantes [30–40 %]) et les infections (essentiellement à herpès virus, [10 %]). Les sclérites sont de cause herpétique dans environ 5 % des cas. La clinique est soit un zona ophtalmique avec sclérite associée (VZV), soit une sclérite antérieure diffuse, unilatérale dans 80 % des cas, liée à herpès simplex [2].

Le caractère unilatéral et le type nodulaire antérieur ainsi que l'association à une kératite interstitielle ou une uvéite sont en faveur d'une origine infectieuse tandis que le caractère bilatéral et le sexe féminin paraissent prédictifs d'une origine systémique [1]. Dans notre cas, la patiente présentait une sclérite antérieure nodulaire unilatérale, avec une réaction minimale en chambre antérieure, ce qui était en faveur d'une atteinte infectieuse surtout devant la non-amélioration sous les traitements anti-inflammatoires usuels.

L'étiologie herpétique représentant la cause virale la plus fréquente environ 8 % de l'ensemble des étiologies ; mais elle demeure longtemps méconnue, ce qui incite à un examen très minutieux à la recherche des signes en faveur de l'herpès. Comme dans notre cas où l'herpès cutané péri-buccal était un signe très en faveur. D'ailleurs l'existence d'un signe évocateur dispense de faire une sérologie, qui reste positive dans la plupart des cas.

Enfin le recours à la biopsie sclérale devant toute sclérite résistante au traitement usuel, avec examen anatomopathologique, et la recherche de génome viral par la technique PCR est important [3]. Nous n'avions pas eu recours à la biopsie sclérale ni à la sérologie devant la présence de signe évocateur mais aussi et surtout l'amélioration sous traitement antiviral, qui rapporte la certitude diagnostique.

Le traitement des sclérites herpétiques repose sur les antiviraux systémiques. Les plus usuellement utilisés sont L'ACICLOVIR et le VALACICLOVIR (qui reste une prodrogue de l'Aciclovir) [2]. Ainsi, Si la biopsie n'est pas possible et que la suspicion d'une infection herpétique est forte (c.-à-d., unilatérale, ne répondant pas aux stéroïdes), il est suggéré un essai d'ACICLOVIR (800 mg 3 fois par jour par voie orale) et d'envisager de titrer les anticorps anti-virus herpétiques. S'il existe des signes d'infection par le virus de l'herpès zona (p. ex., zona ophtalmique), il est acceptable d'utiliser l'ACICLOVIR 800 mg 5 fois par jour ou le FAMCICLOVIR à la place. Ceci dit, la dose d'Aciclovir varie (800 mg 3 à 5 fois par jour). Cette posologie correspond à 1 à 2 g/jour de Valaciclovir.

Gonzales et all [4] rapportent une régression de l'inflammation en moins de 3 semaines dans les formes simples (3 à 8 semaines dans les formes plus chroniques). Après 1 mois sans signes d'inflammation, la posologie est diminuée progressivement jusqu'à la dose d'entretien pour éviter les récurrences inflammatoires.

Le risque de récurrence des sclérites herpétiques est souvent élevé nécessitant le maintien d'une couverture antivirale.

IV. Conclusion

La sclérite est une pathologie oculaire toujours préoccupante. Elle constitue un groupe hétérogène d'inflammation de la sclère, nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire rigoureuse (ophtalmologiste, interniste, immuno-biologiste), du fait de la fréquence de l'étiologie auto-immune, ceci, ne doit en aucun cas faire oublier les causes infectieuses essentiellement herpétiques surtout en cas d'antécédents herpétique oculaire ou autre. Le diagnostic peut être conforté par des prélèvements locaux, ou plus souvent par un test thérapeutique antiviral.

Références :

- [1]. Akpek EK, Thorne JE, Qazi FA, Do DV, Jabs DA. Evaluation of patients with scleritis for systemic disease. *Ophthalmology* 2004;111:501-6.
- [2]. Héron, E., & Bourcier, T. (2017). Sclérites et épisclérites. *Journal Français d'Ophtalmologie*, 40(8), 681-695
- [3]. C. Leal, K. Le Roux, A. Rahmi, L. Varron, C. Broussolle, P. Denis, L. Kodjikian, P. Sève, Sclérites, aspects cliniques, étiologiques et thérapeutiques : à propos d'une série de 32 observations, *La Revue de Médecine Interne*, Volume 35, Issue 8, 2014, Pages 491-497, ISSN 0248-8663,
- [4]. Luis Alonso Gonzalez-Gonzalez, Nicolas Molina-Prat, Priyanka Doctor, Joseph Tauber, Maria Teresa Sainz de la Maza, C. Stephen Foster, Clinical Features and Presentation of Infectious Scleritis from Herpes Viruses: A Report of 35 Cases, *Ophthalmology*, Volume 119, Issue 7, 2012, Pages 1460-1464, ISSN 0161-6420
- [5]. Bhat PV, Jakobiec FA, Kurbanyan K, Zhao T, Foster CS. Chronic herpes simplex scleritis: characterization of 9 cases of an under-recognized clinical entity. *AmJ Ophthalmol* 2009;148:779-89
- [6]. Okhravi N, Odufuwa B, McCluskey P, Lightman S. Scleritis. *Surv Ophthalmol* 2005;50:351-63.

Figures



Figure 1: Aspect de sclérite nodulaire localisée en temporal

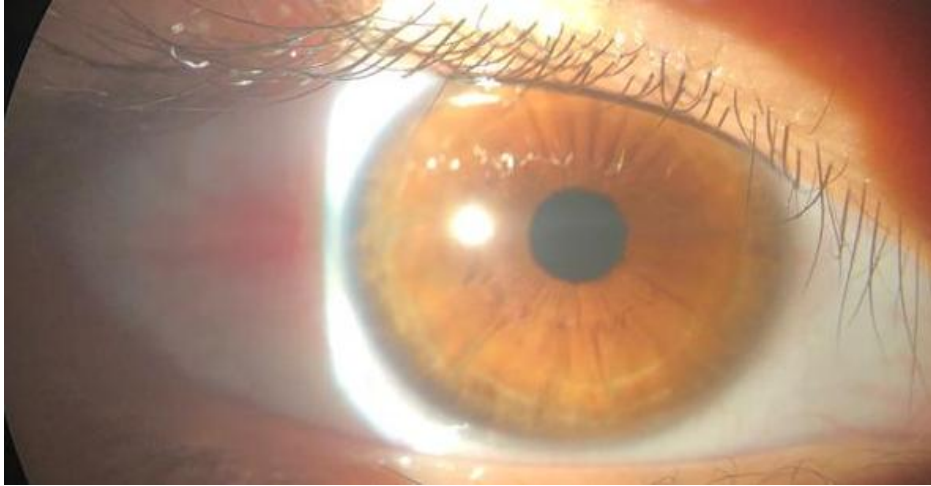


Figure 2 : aspect après 2 semaines de traitement: bonne évolution et régression de l'inflammatoire

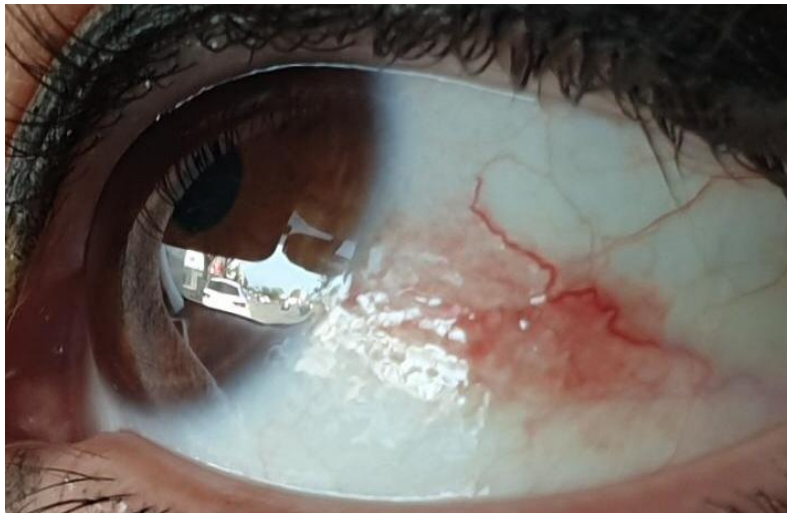


Figure 3 : aspect de sclérite temporale de l'œil gauche

Y. Hidan, et. al "Sclérite antérieure unilatérale d'origine herpétique : à propos d'un cas." *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 20(07), 2021, pp. 01-04.