

Baisse d'acuité visuelle brutale chez l'enfant

À propos de 3 cas de bartonellose oculaire

C. Depeyre (1), E. Mancel (1), L. Besson-Leaud (2), R. Goursaud (3)

(1) Service d'Ophtalmologie, CHT de Nouméa,

(2) Service de Pédiatrie, CHT de Nouméa,

(3) Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie, Nouméa, Nouvelle-Calédonie.

Cet article fait l'objet d'une présentation orale présentée lors du 110^e congrès de la SFO en mai 2004.

Correspondance : C. Depeyre, CIDEX 4011, 31840 Seilh. E-mail : oboulaba@voila.fr

Reçu le 26 mai 2004. Accepté le 14 décembre 2004.

Abrupt visual loss in children. Three case studies of ocular bartonellosis

C. Depeyre, E. Mancel, L. Besson-Leaud, R. Goursaud

J. Fr. Ophtalmol., 2005; 28, 9: 968-975

Purpose: To evaluate the severity and progression of neuroretinitis in children caused by *Bartonella*.

Patients and methods: Retrospective study of three consecutive cases. Patients underwent ophthalmological, medical, and radiological evaluations. *Bartonella* serology was positive. Intravenous treatment was started immediately with antibiotics and steroids. Patients were re-evaluated after visual acuity recovery.

Results: Progression was quickly positive with fosfomycin and fluoroquinolones in all cases.

Conclusion: *Bartonella* induces neuroretinitis even without systemic signs of cat-scratch disease, with sometimes sudden bilateral blindness. Long-term progression is good but urgent medical treatment is necessary.

Key-words: Retinitis, *Bartonella*, cat-scratch disease, macular star.

Baisse d'acuité visuelle brutale chez l'enfant. À propos de 3 cas de bartonellose oculaire

Objectif : Évaluer la gravité et l'évolution des neurorétinites dues au genre *Bartonella* chez l'enfant.

Patients et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective de 3 cas consécutifs. Les patients ont subi des évaluations complètes ophtalmologique, médicale et radiologique. La sérologie à *Bartonella* était positive. Un traitement par voie veineuse était entrepris en urgence associant antibiotiques et anti-inflammatoires. Une nouvelle évaluation était réalisée après récupération de l'acuité visuelle.

Résultats : Dans tous les cas, l'évolution a été rapidement favorable sous fosfomycine et fluoroquinolones.

Conclusion : *Bartonella* est à l'origine de neurorétinites en dehors des autres signes systémiques de la maladie des griffes du chat, avec parfois une cécité brutale bilatérale. L'évolution à long terme est favorable, mais une prise en charge médicale urgente est nécessaire.

Mots-clés : Neurorétinite, *Bartonella*, maladie des griffes du chat, étoile maculaire.

INTRODUCTION

La baisse d'acuité visuelle brutale unie ou bilatérale chez l'enfant par neurorétinite est rare. La maladie des griffes du chat est connue pour être une cause de neurorétinite, mais la responsabilité de *Bartonella henselae* n'a été démontrée que récemment.

Les bactéries du genre *Bartonella* sont de petits bacilles Gram négatif, aérobies, oxydase et catalase négatives, à tropisme intracellulaire, l'homme se contaminant principalement par griffure ou morsure de chat. *B. henselae* est à l'origine chez l'homme de la maladie des griffes du chat, d'angiomatose bacillaire, de bactériémies isolées ainsi que d'endocardites.

Une atteinte isolée oculaire par neurorétinite est rare, mais constitue un nouveau cadre nosologique.

Le diagnostic d'infection par *Bartonella* spp. reste délicat en raison de la difficulté de cultiver ces bactéries et du manque de sensibilité de la sérologie.

Il existe d'autres causes de neurorétinites infectieuses et non infectieuses qu'il faut rechercher en priorité. La prévalence de *B. henselae* dans le cadre d'une neurorétinite est mal connue, probablement entre 5 et 10 %.

Il existe actuellement un regain d'intérêt médical pour *B. henselae* et sa pathogénicité oculaire, mais il n'y

a pas à ce jour de consensus évident quant à la conduite à tenir thérapeutique. Les trois cas présentés dans cette étude permettent de discuter une conduite à tenir.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons recueilli les données cliniques et paracliniques de trois enfants examinés et hospitalisés dans le service d'Ophthalmologie du CHT de Nouméa, suivis sur une période de 6 mois en moyenne, atteints de la maladie des griffes du chat. L'évolution de la maladie était notée. Sur le plan clinique, la meilleure acuité visuelle corrigée initiale et finale était évaluée. L'analyse détaillée de l'état du segment antérieur, des pupilles et du segment postérieur était recueillie, notamment l'existence d'un œdème papillaire et d'un œdème maculaire stellaire.

Un examen neurologique complet a été réalisé par un neuropédiatre. Un bilan orthoptique avec champ visuel et vision des couleurs par un test D-15 Hue désaturé état pratiqué ainsi qu'une angiographie à la fluorescéine à l'arrivée dans le service et lors de la guérison. Tous les enfants ont eu une imagerie cérébrale, médullaire et orbitaire par tomodensitométrie et résonance magnétique. Les potentiels évoqués visuels d'un enfant ont été testés. Enfin, un bilan biologique détaillé était réalisé avec bilan inflammatoire, ionogramme sanguin, dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, bilan d'hémostase, recherche du facteur rhumatoïde (Latex, Waaler-Rose), analyse cyto-bactério-viro-parasitologique du liquide-céphalo-rachidien ainsi que sa biochimie, avec mesure de sa pression. Les sérologies des virus neurotropes, toxoplasmose, syphilis, leptospirose et *B. henselae* ont été effectuées. Cette dernière était réalisée dans le même laboratoire, par immunofluorescence indirecte, avec un seuil de positivité de 128, et refaite à 15 jours d'intervalle.

La décision de traiter ces malades était basée sur le diagnostic clinique et la sévérité de la baisse d'acuité visuelle.

Patient n° 1

Une enfant, âgée de 13 ans, consulta pour l'apparition d'une cécité brutale bilatérale. L'acuité visuelle était alors à 1/20^e à l'œil droit et à 1/10^e faible à l'œil gauche.

L'examen montrait des segments antérieurs normaux, l'absence de déficit pupillaire afférent relatif (DPAR), un œdème papillaire bilatéral majeur avec hémorragies en flammèches, une étoile maculaire bilatérale associée à des plis de la limitante interne, sans signe de vascularite (*fig. 1*). Cette neurorétinite bilatérale induisait une divergence de l'œil gauche. L'examen neurologique et général était normal. Il n'existait pas de diplopie, mais un scotome central absolu bilatéral étendu (*fig. 2*) ainsi qu'une dyschromatopsie sévère sans axe précis. L'exa-

men tomodensitométrique (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébraux et orbitaires réalisés en urgence étaient normaux. L'analyse des potentiels évoqués visuels mettait en évidence un retard de latence et une baisse d'amplitude sur l'ensemble des tracés, avec des pics non bifides (*fig. 3*). Les angiographies à la fluorescéine confirmaient la neurorétinite (*fig. 4*). Le bilan biologique était normal ainsi que l'analyse du liquide céphalo-rachidien et l'état immunitaire. Les sérologies étaient toutes négatives, sauf pour *B. henselae* (titre au 128^e).

Un traitement associant ampicilline, rifampicine et méthylprednisolone par voie intraveineuse était instauré en urgence devant la gravité du tableau ophtalmologique. L'évolution fut favorable avec à 1,5 mois une acuité à 10/10^e à droite et 6/10^e à gauche. L'examen montrait des papilles d'aspect normal et la persistance d'une étoile maculaire bilatérale (*fig. 5*). Les champs visuels étaient normaux en dehors d'un élargissement bilatéral de la tache aveugle séquellaire (*fig. 6*). Le bilan ophtalmologique est resté inchangé au bout de 6 mois, avec notamment la persistance d'une étoile maculaire séquellaire.

Patient n° 2

Un garçon, âgé de 13 ans, fut hospitalisé en urgence pour une cécité bilatérale de survenue brutale : « compte les doigts » à 1 mètre à droite et 1/10^e à gauche. Un épisode d'hyperthermie à 38,5° avec céphalées et asthénie, ayant duré environ une semaine, fut noté. Il n'y avait ni adénopathie ni de lésion cutanée. L'examen ophtalmologique montrait des segments antérieurs calmes, l'absence de DPAR, un œdème papillaire franc bilatéral associé à une étoile maculaire bilatérale et quelques hémorragies en flammèches péri-papillaires. Par ailleurs, une dysversion papillaire droite importante fut constatée sur fond d'atrophie chori-rétinienne diffuse, évoquant une myopie ancienne de cet œil. Il n'existait pas de diplopie, mais un strabisme divergent récent. L'examen des champs visuels mettait en évidence une baisse globale des seuils à droite et un scotome cæco-central gauche profond. La vision des couleurs était subnormale à droite, mais il existait une dyschromatopsie sévère sans axe à l'œil gauche. L'angiographie confirmait la neurorétinite bilatérale. Les TDM et IRM, cérébraux et orbitaires, réalisés en urgence, étaient normaux. L'état immunitaire de Ruben était normal. Il existait un syndrome inflammatoire biologique avec une VS à 90 et une CRP à 26. L'examen du LCR était normal. Les sérologies syphilis, VIH, hépatite virale, EBV, picornavirus, HSV, VZV, oreillons, poliovirus, rougeole, CMV, mycoplasme et leptospirose étaient négatives. Il n'y avait pas de facteurs rhumatoïdes. La sérologie de la maladie des griffes du chat était à la limite des valeurs seuils à la première évaluation (dilution 1/128^e), puis devenait nettement positive 15 jours plus tard avec un titre au 1024^e.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9345944>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9345944>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)