

OPHTALMOLOGIE

La nécrose rétinienne aiguë au cours du sida

Isabelle Reux

Service d'ophtalmologie, Groupe Hospitalier La Pitié-Salpêtrière (Paris)

**Acute retinal
necrosis in
the course of
AIDS: study
of 26 cases**
Batisse D.,
Eliaszewicz
M., Zazoun L.,
Baudrimont
M., Pialoux
G., Dupont B.
AIDS, 1996,
10, 55-60

A partir de 26 cas, cette étude montre l'importance d'un diagnostic précoce de la nécrose rétinienne aiguë.

Les données cliniques de 26 cas de nécrose rétinienne aiguë au cours du sida, survenues entre 1985 et 1993, ont été analysées et comparées à celles de la littérature par Dominique Baptiste et coll.

La nécrose rétinienne aiguë a été rapportée pour la première fois en 1971 chez des patients immunocompétents puis, en 1985, chez les patients infectés par le VIH. Le diagnostic est ophtalmologique. Le mode de découverte le plus fréquent est

la baisse d'acuité visuelle (18/26). Dans 2 cas, un rétrécissement du champ visuel et des douleurs ont été rapportés.

Les critères d'inclusion dans cette étude ont été d'une part la sérologie positive pour VIH-1 ou VIH-2, et d'autre part la visualisation d'une nécrose rétinienne périphérique circulaire avec progression centripète vers le pôle postérieur, d'une périatérite occlusive et d'une inflammation du vitré et de la chambre antérieure.

La nécrose rétinienne était bilatérale dans 54 % des cas et a atteint l'autre œil après un délai moyen de 36 jours. Un décollement de la rétine est survenu dans 73 % des cas et dans un délai moyen de 46 jours. Le nerf optique a été touché dans 56,3 % des cas. La nécrose rétinienne a conduit à la perte fonctionnelle du globe dans 76 à 85 %. Dans 85 % des cas, les lésions ont entraîné la cécité, avec bilatéralisation dans 59 % des cas. La perte fonctionnelle est en général en rapport avec un décollement de la rétine.

La nécrose rétinienne aiguë survient tard au cours du sida, quand les lymphocytes CD4 sont en dessous de 100/mm³. Une éruption cutanée vésiculeuse a précédé la nécrose rétinienne aiguë de quelques jours dans 5 cas, et une varicelle est survenue dans 2 cas, quelques jours avant la nécrose rétinienne aiguë. Dans 24 % des cas, des signes neurologiques ont suivi le diagnostic de nécrose rétinienne aiguë en moyenne 19 jours après.

Ce travail est exemplaire par le grand nombre de cas étudiés et ses résultats sont concordants avec les données de la littérature. Les auteurs envisagent le rôle du varicella-zoster virus dans la nécrose rétinienne aiguë. Cependant, un autre agent causal -l'herpes simplex virus- a également été documenté dans quelques cas de nécrose rétinienne aiguë (1, 2).

Actuellement, aucun schéma thérapeutique idéal n'est connu. Cependant, en raison des résistances de plus en plus fréquentes des herpes-virus à l'acyclovir, le foscarnet de première intention, seul ou associé à l'acyclovir, est proposé par les auteurs. Certains ajoutent aux antiviraux un traitement anticoagulant, antiagrégant et/ou corticoïde (de façon différée

par rapport au traitement antiviral) (3).

En conclusion, cet article montre l'importance d'un diagnostic précoce de la nécrose rétinienne aiguë car le pronostic visuel, qui est sombre, est directement lié à la rapidité d'institution du traitement et à un suivi ophtalmologique rigoureux.- Isabelle Reux

1 - Duker JS, Nielsen J, Eagle RC et al.

«Rapidly progressive, acute rétinial necrosis (ARN) secondary to herpes simplex virus, type 1»

Ophthalmology, 1990, 97, 1638-1643

2 - Lewis ML, Culbertson WW, Post JD et al.

«Herpes simplex virus type 1. a cause of the acute retinal necrosis syndrome»

Ophthalmology, 1989, 96, 875-878

3 - Mandell BA, Stenberg P

«The acute rétinial necrosis syndrome»

Lewis H., Ryan S.J. : Medical and surgical retina. Advances, controversies, and management. Mosby, St Louis, 1994, 400-414. Book Article.