



# Cécité Brutale Unilatérale Révélant une Maladie de Vogt–Koyanagi–Harada : Un Piège Diagnostique chez une Patiente Jeune

**Chaimaâ ZEROUAL**, Résidente en médecine interne, Département de médecine interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

**Mina MOUDATIR**, Professeure de médecine interne et d'immunologie clinique, Département de médecine interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

**Khadija ECHCHILALI**, Professeure de médecine interne et d'immunologie clinique, Département de médecine interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

**Hassan ELKABLI**, Professeur de médecine interne et d'immunologie clinique, Département de médecine interne, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

## Introduction

La maladie de Vogt–Koyanagi–Harada (VKH) est une affection inflammatoire auto-immune rare, touchant principalement les sujets jeunes, caractérisée classiquement par une atteinte oculaire bilatérale associée à des manifestations neurologiques, auditives et cutanées. Une présentation inaugurale unilatérale avec cécité brutale, en l'absence de signes systémiques, demeure exceptionnelle et constitue un véritable piège diagnostique, pouvant retarder la prise en charge thérapeutique. Nous rapportons le cas d'une patiente jeune présentant une cécité brutale unilatérale révélant une maladie de VKH, avec une évolution favorable sous traitement immunosuppresseur précoce.

## Observation

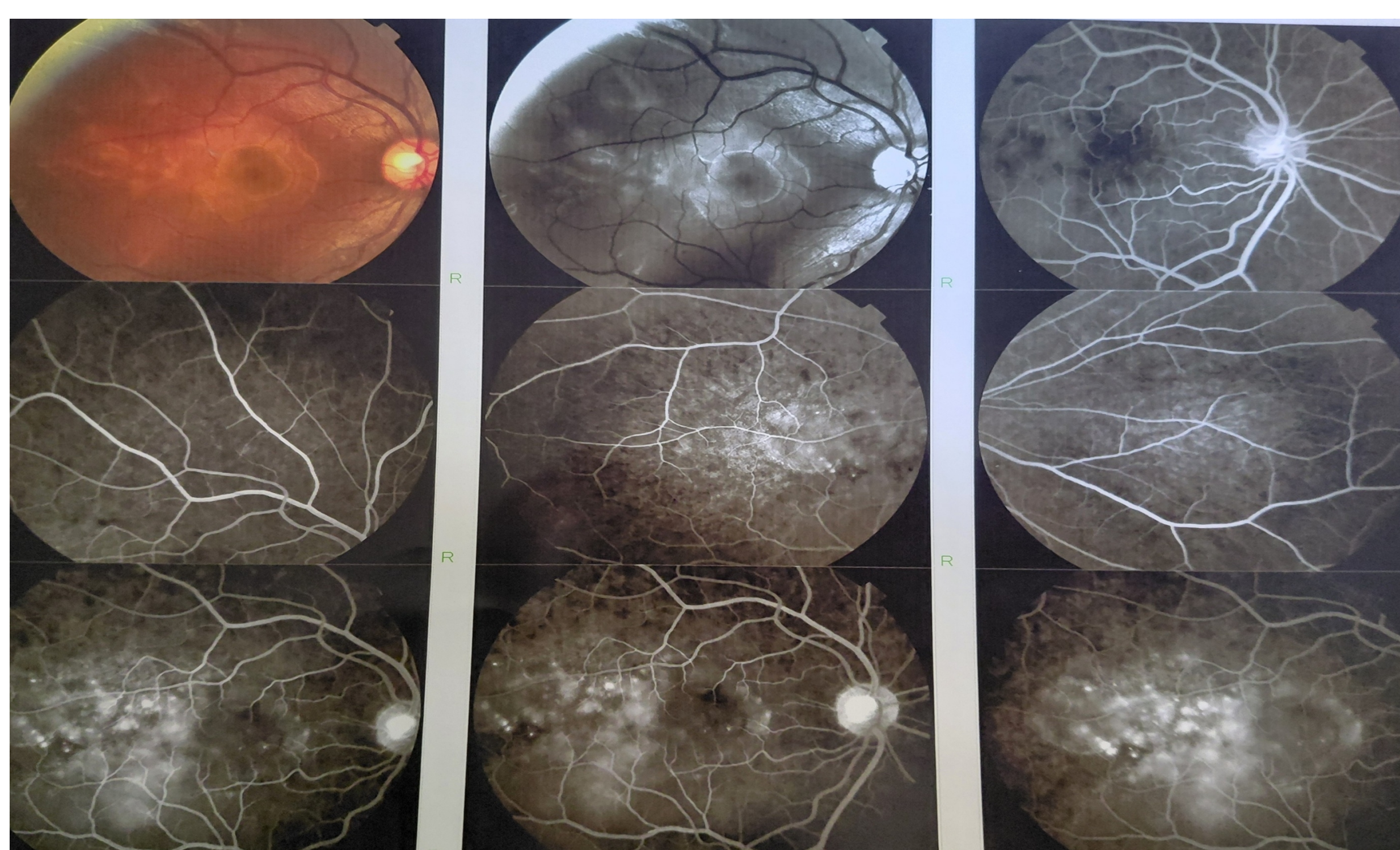
Une patiente âgée de 19 ans, sans antécédents médicaux, chirurgicaux ou traumatiques connus, a consulté pour une cécité brutale de l'œil droit, d'installation aiguë, associée à un scotome central. L'évolution était sans douleur oculaire ni signes généraux associés.

L'examen ophtalmologique de l'œil droit retrouvait une acuité visuelle limitée au compte des doigts de près. Il n'existait pas de signes d'uvéïte antérieure. L'examen du fond d'œil et l'angiographie rétinienne au niveau de l'œil droit mettaient en évidence une atteinte du segment postérieur (**Figure 1**) et l'OCT maculaire objectivait des décollements séro-rétiniens (DSR) multiples de l'œil droit (**Figure 2**). L'examen de l'œil gauche était normal.

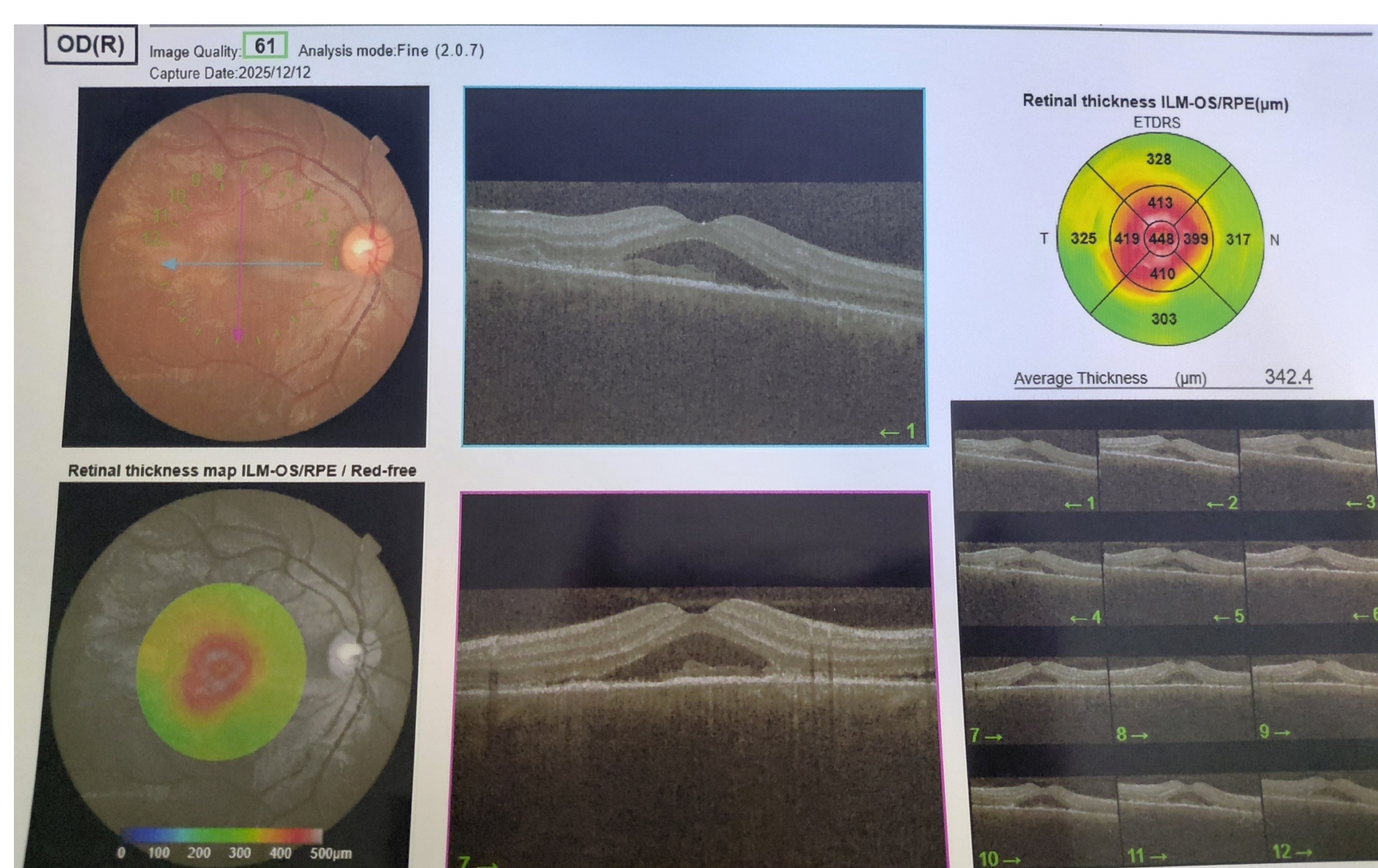
L'examen clinique général était sans particularités, notamment en l'absence de signes méningés, cutanés ou neurosensoriels. L'examen ORL, complété par un audiogramme, était normal (**Figure 3**). Une ponction lombaire ne révélait pas d'anomalies.

L'IRM cérébrale était normale. Les explorations biologiques, incluant les sérologies rétrovirales, syphilitiques, toxoplasmiques, CMV et EBV étaient négatives.

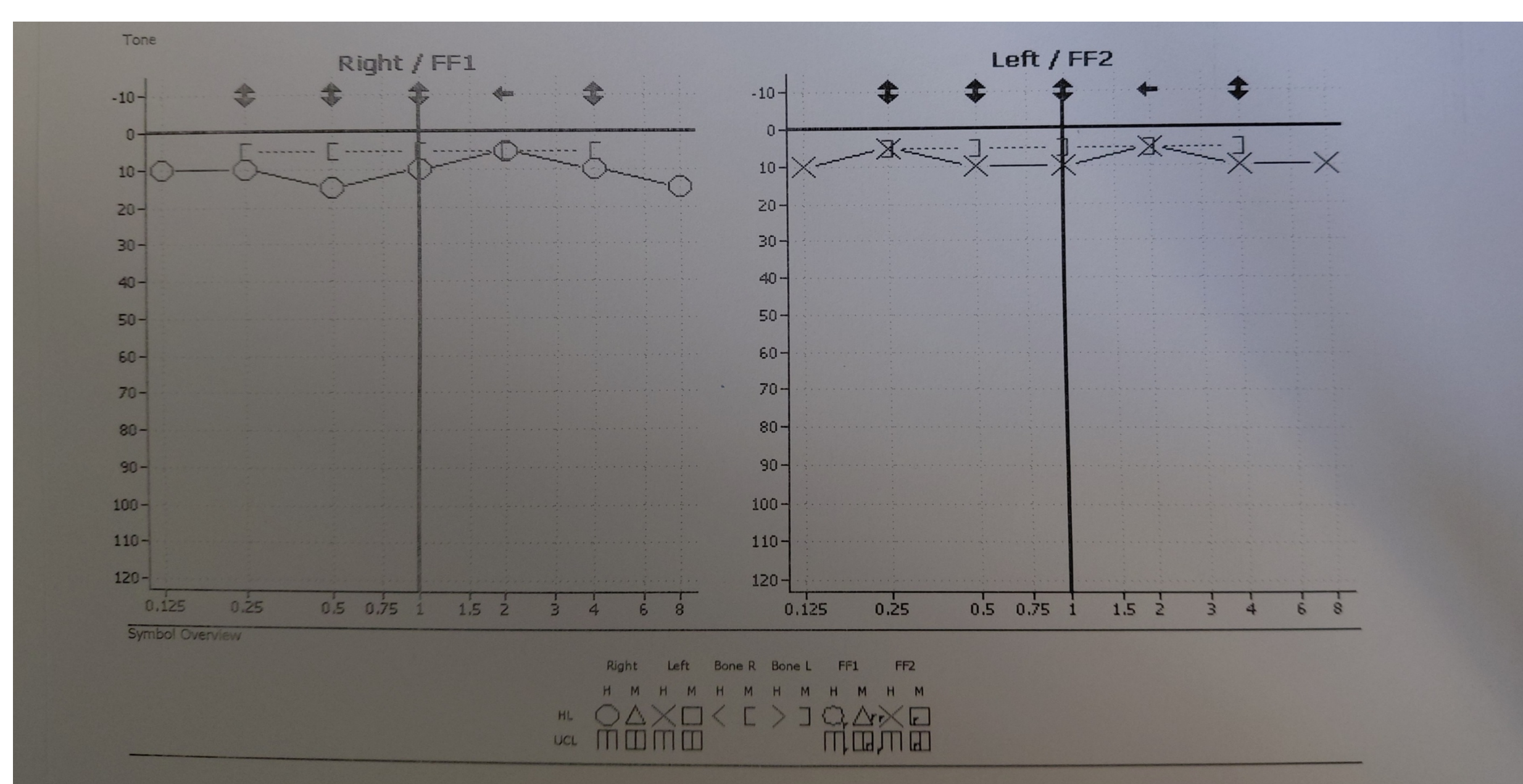
Devant l'ensemble des données cliniques et paracliniques, le diagnostic de maladie de VKH à présentation inaugurale atypique a été retenu. Un traitement par bolus de méthylprednisolone à la dose de 1 g par jour pendant trois jours a été instauré, relayé par une corticothérapie orale à 20 mg par jour, associée à un traitement immunosuppresseur par azathioprine à la dose de 150 mg par jour. L'évolution a été spectaculaire après un mois de traitement, avec une récupération complète de l'acuité visuelle de l'œil droit à 10/10 et une réapplication totale des décollements séro-rétiniens unilatéraux (**Figure 4**). En raison du risque potentiel de rechute, il a été décidé de programmer deux bolus supplémentaires de méthylprednisolone, tout en maintenant l'azathioprine en traitement de fond.



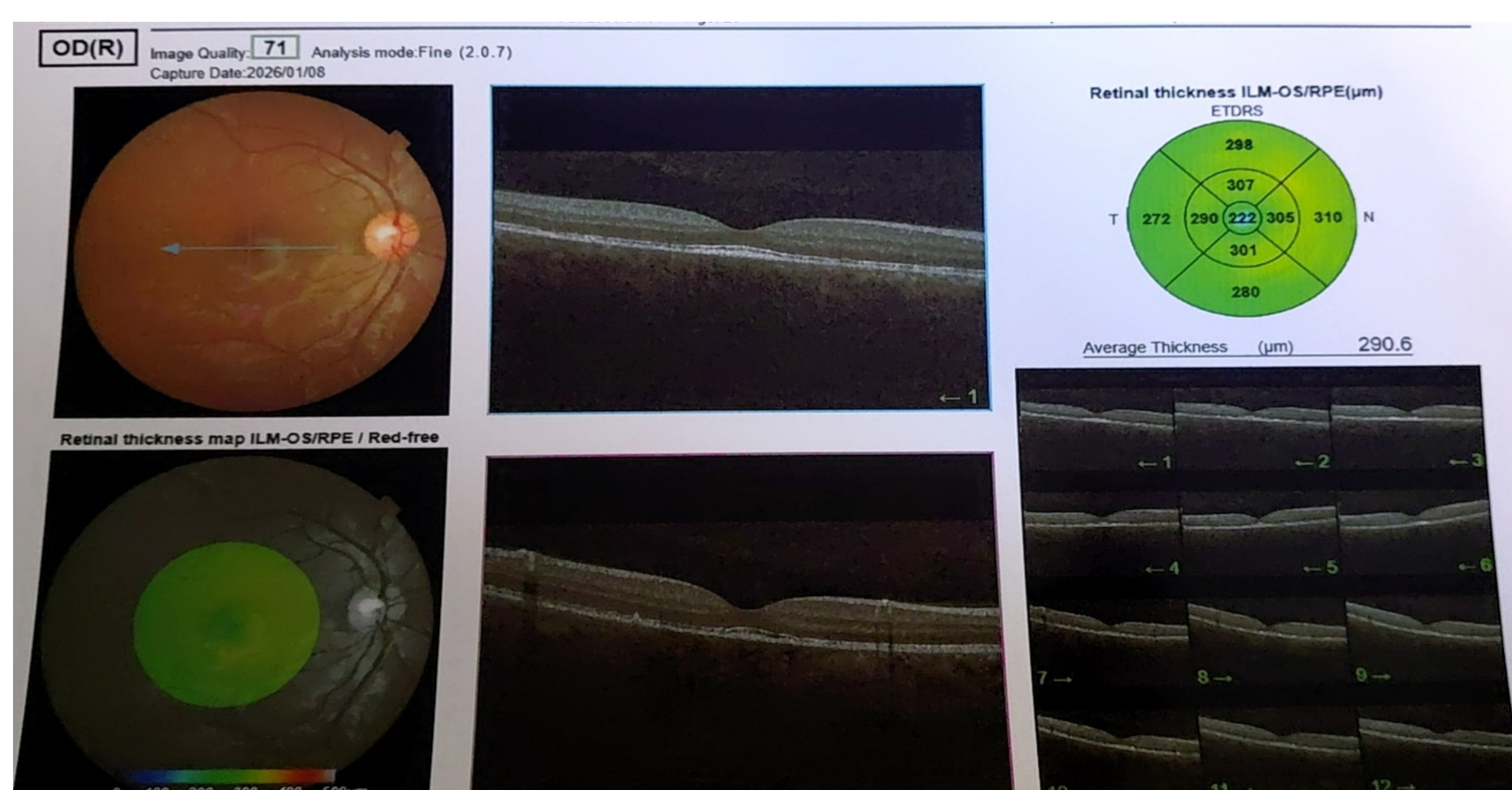
**Figure 1.** L'angiographie rétinienne de l'œil droit montre de multiples points hyperfluorescents maculaires et péri-maculaires avec remplissage choroïdien visible et réseau vasculaire rétinien conservé.



**Figure 2.** L'optical coherence tomography (OCT) maculaire de l'œil droit objective les décollements séro-rétiniens (DSR) unilatéraux.



**Figure 3.** L'audiométrie aux deux oreilles ne révèle pas d'anomalies.



**Figure 4.** Un mois après administration du 1<sup>er</sup> bolus de méthylprednisolone, l'OCT maculaire de l'œil droit montre la réapplication complète des DSR.

## Conclusion

La maladie de VKH peut exceptionnellement se révéler par une cécité brutale unilatérale isolée, sans manifestations systémiques initiales. Ce cas souligne l'importance d'évoquer ce diagnostic devant toute atteinte séro-rétinienne inexpliquée chez un sujet jeune. Un diagnostic précoce et une prise en charge immunosuppressive rapide permettent une récupération visuelle complète et contribuent à prévenir les rechutes et les formes chroniques de la maladie.