



Devant une choroïdite serpigneuse, faut-il toujours incriminer la tuberculose ?

1^{er} Auteur : Safaa , Mhaber , Résidente , Service de Medecine Interne, CHU IBN ROCHD, Casablanca , Maroc

Autres auteurs, équipe:

- Mina , Moudatir , Professeur, Medecine Interne, CHU IBN ROCHD, Casablanca , Maroc
- Khadija, Echchilali , Professeur, Medecine Interne, CHU IBN ROCHD, Casablanca , Maroc
- Hassan , El Kabli , Professeur, Medecine Interne, CHU IBN ROCHD, Casablanca , Maroc

Introduction

La choroïdite serpigneuse est une affection inflammatoire rare de la choroïde et de l'épithélium pigmentaire rétinien, susceptible d'entraîner une atteinte visuelle sévère. Son diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et d'imagerie, après exclusion rigoureuse des causes infectieuses, en particulier la tuberculose, dont la présentation peut être trompeuse. La distinction entre une forme idiopathique et une atteinte d'origine infectieuse conditionne la stratégie thérapeutique. Nous rapportons le cas d'un patient présentant une choroïdite serpigneuse initialement suspectée d'étiologie tuberculeuse, dont l'évolution a finalement permis de retenir une forme idiopathique.

Observation

Patient de 31 ans, sans antécédents pathologiques notables, consultant pour une baisse progressive de l'acuité visuelle de l'œil gauche évoluant depuis quatre mois. L'examen ophtalmologique retrouve une acuité visuelle à 5/10 à gauche. Le fond d'œil met en évidence une hyalite avec vitré filamenteux, une rétine à plat et un foyer choriorétinien évocateur de choroïdite serpigneuse. L'OCT confirme des lésions compatibles avec ce diagnostic, associées à des zones d'ischémie. Un bilan étiologique exhaustif est réalisé. Les sérologies infectieuses (toxoplasmose, CMV, syphilis) sont négatives. Le bilan inflammatoire systémique, notamment à la recherche d'une sarcoïdose, est sans particularité. L'IRM cérébrale est normale. Le patient présente un test tuberculinique fortement positif dans un contexte de contage tuberculeux récent. Une étiologie tuberculeuse est alors suspectée et un traitement antibacilaire (RHZ puis RH) est instauré, associé à une corticothérapie systémique. Après trois mois de traitement, aucune amélioration clinique ni régression des lésions n'est observée. Devant l'absence de réponse thérapeutique et la négativité du bilan étiologique, le diagnostic de choroïdite serpigneuse idiopathique est retenu, conduisant à l'arrêt du traitement antibacilaire et à la réévaluation de la stratégie thérapeutique.

Conclusion

La choroïdite serpigneuse représente un véritable défi diagnostique, notamment dans les zones d'endémie tuberculeuse où un test tuberculinique positif peut orienter à tort vers une étiologie infectieuse. Ce cas souligne l'importance d'une analyse critique des données biologiques et de la réponse thérapeutique. L'absence d'amélioration sous traitement antibacilaire doit faire reconsidérer le diagnostic et évoquer une forme idiopathique, afin d'adapter précocement la prise en charge et préserver le pronostic visuel.