



Vascularite rétinienne bilatérale à angéite givrée : un défi diagnostique et thérapeutique.

Lydia BENTALEB, Z. CHIKH SALAH, S.BELLIL, F.BENBEKHMA, K.BENKHEDDA, EA.ZITOUNI, N.OUMNIA, S.TAHARBOUCHT.

Service de Médecine Interne, Etablissement Hospitalier Spécialisé «Salim Zemirli», Alger, Algérie.

Introduction:

- L'**angéite givrée** (frosted branch angiitis) est une forme rare et sévère de vascularite rétinienne.
- Son aspect caractéristique: un **sheathing péri-vasculaire** blanc et diffus, semblable à des branches couvertes de givre, en fait une entité clinique distinctive.
- Épidémiologie : Entité rare (< 200 cas publiés),touche principalement les sujets jeunes. Forme **idiopathique** dans environ **50%** des cas adultes.

Urgence ophtalmologique car risque de cécité sans traitement rapide.

- Peut révéler une **maladie systémique grave**.

Notre objectif est d’Illustré la démarche diagnostique et les défis thérapeutiques à travers un cas clinique.

Observation:

- Femme jeune de 20 ans , sans antécédents notables.
- Consulte pour œil rouge douloureux avec baisse brutale et bilatérale de l’acuité visuelle.
- **Examen ophtalmologique:** retrouve une **angéite givrée**:
 - Sheathing péri-vasculaire blanc diffus: aspect «en branche de givre»
 - Atteinte simultanée des artères et des veines (caractéristique)
 - Panuvéïte non granulomateuse non synéchiante initialement*
- **Compiquée** de :
 - Œdème maculaire bilatéral
 - Œdème papillaire bilatéral
 - Lésions ischémiques rétiniennes périphériques
- Le reste de l’examen clinique était sans particularités



FIG 1. Angiographie à la fluorescéine de l’œil droite de la patiente à l’admission

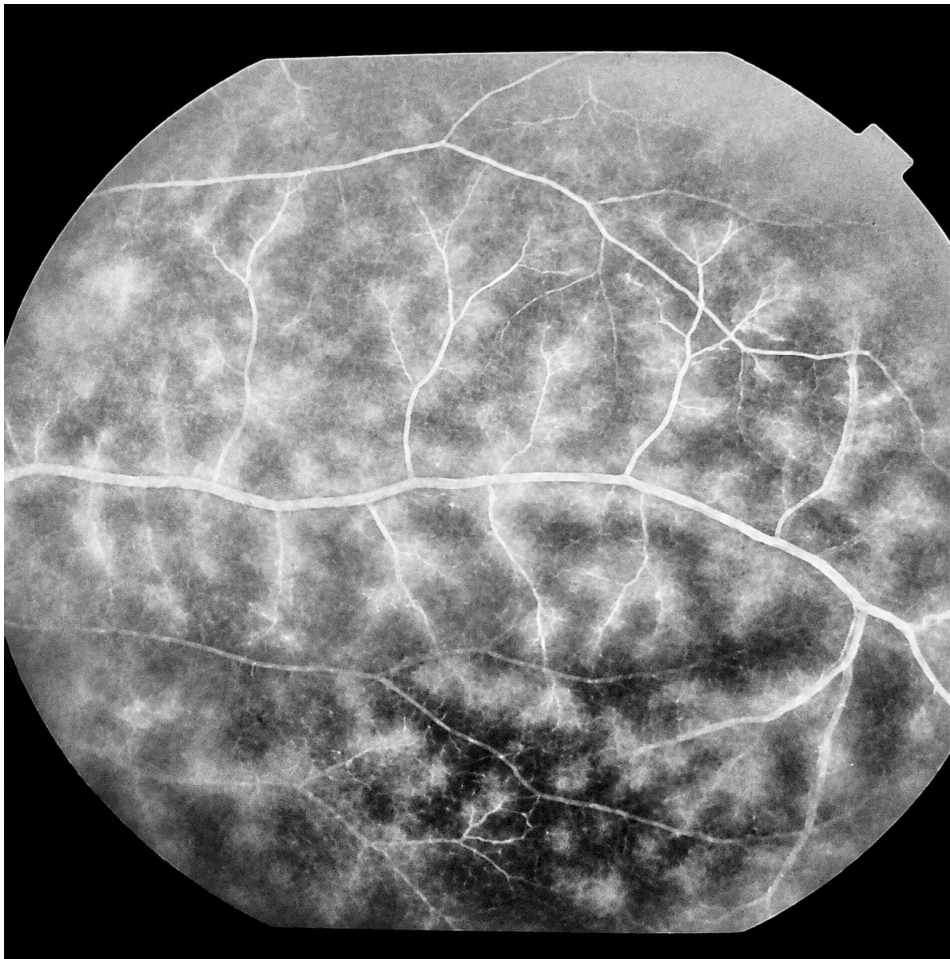
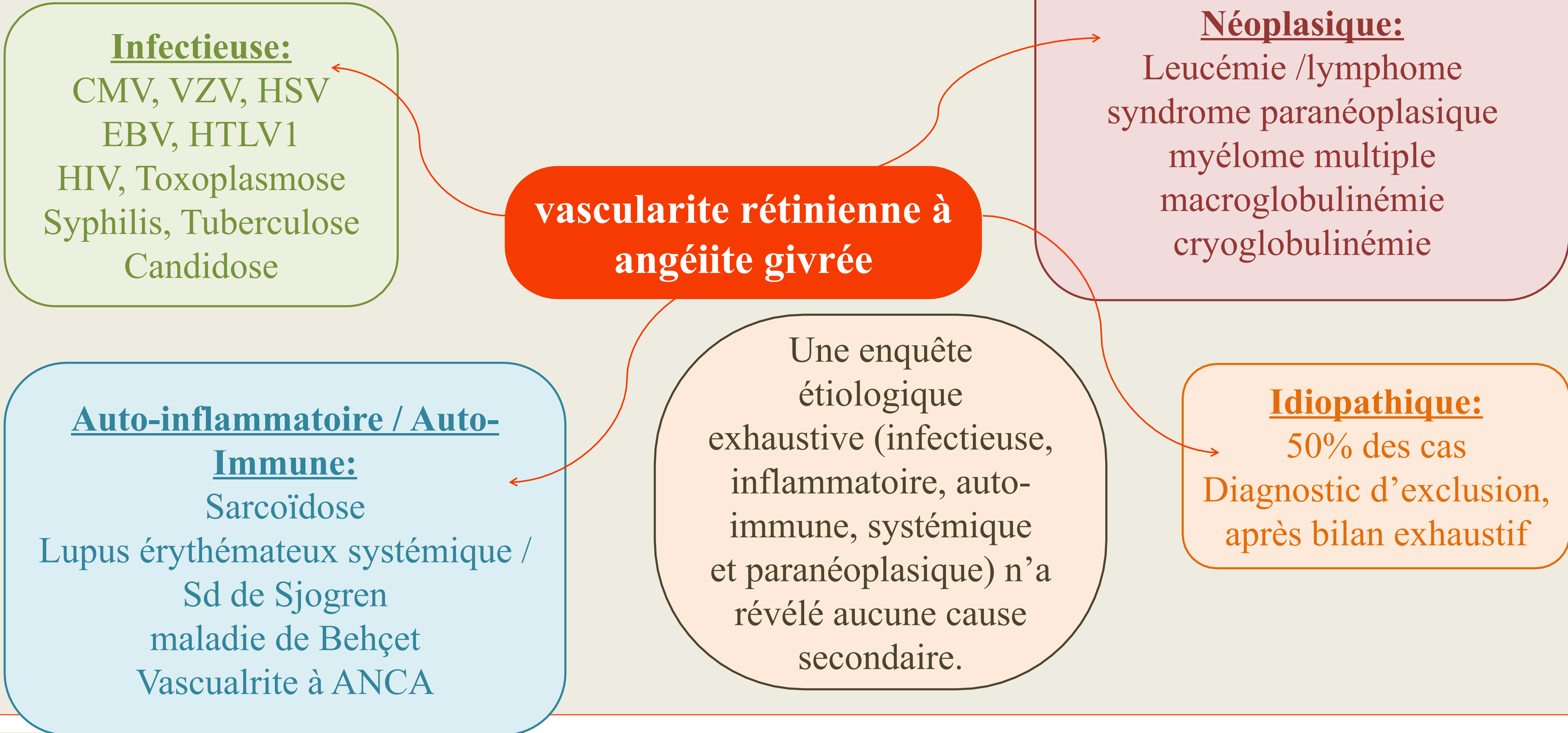


FIG 2. Angiographie à la fluorescéine de l’œil gauche de la patiente à l’admission



FIG 3. vergetures pourpres - complications de la corticothérapie

Bilan étiologique:



Traitement et évolution:

Après exclusion des causes infectieuses, une **corticothérapie systémique** par **bolus intraveineux** suivis d’un relais oral à forte dose a été instaurée, avec **récupération complète de l’acuité visuelle**.

Un traitement complémentaire par la **photocoagulation laser adjuvante** a traité les lésions rétiniennes périphériques.

L’évolution a été compliquée par des **effets indésirables liés à la corticothérapie prolongée** : syndrome cushingoïde, prise pondérale rapide, troubles métaboliques et hypokaliémie, nécessitant une réévaluation thérapeutique, et un traitement d’épargne cortisonique type **Azathioprine**, avec très bonne évolution clinco-biologique.

Après un an de traitement, une interruption thérapeutique a été décidée sous surveillance rapprochée. Une rechute est apparue dans les trois mois suivant l’arrêt du traitement, caractérisée par la survenue d’une **uvéïte intermédiaire granulomateuse**.

Conclusion:

L’**angéite givrée** représente un défi diagnostique et thérapeutique en médecine interne et en ophtalmologie.

Devant toute **vascularite rétinienne sévère**, une démarche étiologique rigoureuse est indispensable afin d’éliminer une cause infectieuse, inflammatoire ou néoplasique.

Notre observation met en évidence l’efficacité de l’**immunosuppression précoce** sur le pronostic visual, tout en soulignant la nécessité d’un suivi prolongé en raison du risque de rechute et des complications liées à la corticothérapie.

le **profil évolutif** de la maladie peut déceler de **nouveaux éléments d’orientation étiologique**, comme c’est le cas chez notre patiente, par l’apparition d’une uveite intermédiaire granulomateuse.

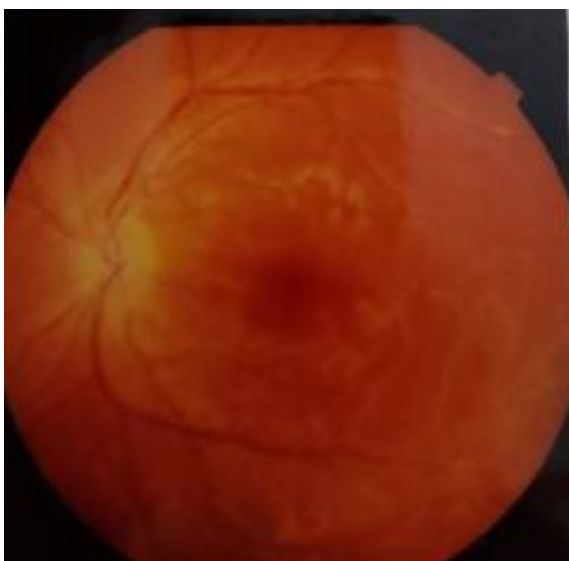


FIG 4. Rétinophotographie couleur montrant engainement « givré » veineux, léger œdème maculaire et important œdème papillaire.