



## Une cornée troublante

Benjamin Memmi

Mme C., 41 ans, psychiatre, nous a été adressée par un confrère pour un œdème cornéen. Elle ne présente pas d'antécédent ni sur le plan général, ni sur le plan ophtalmologique, notamment pas de poussées d'herpès, pas de port de lentilles, pas de chirurgie réfractive. À son arrivée dans notre service, elle se plaint d'une douleur et d'une vision qui s'est troublée en quelques jours.

### Observation

L'examen retrouve une acuité visuelle de 2/10 à droite et 10/10 à gauche. La pression intraoculaire (PIO) est de 16mmHg à droite et 17 mmHg à gauche. Un cercle périkératique de l'œil droit est également présent.

L'examen à la lampe à fente retrouve en effet un œdème de cornée localisé (figure 1A), avec des plis de Descemet et des précipités rétrocornéens granulomateux en regard (figure 1B). Un effet Tyndall est présent, coté à 2 croix, sans hypopion. On note l'absence de nodules iriens et d'atrophie irienne en secteur. L'épreuve à la fluorescéine est négative. Devant ce tableau d'endothélite de l'œil droit, une poussée d'herpès est très fortement suspectée. Notre prise en charge initiale a consisté en la réalisation d'un prélèvement de chambre antérieure au bloc opératoire et l'instauration d'un traitement par valaciclovir orale (1 gramme 3 fois par jour, dose d'attaque, hors AMM). Un suivi biologique (NFS, bilan rénal, bilan hépatique) est également mis en place.

### Évolution

Après 48 heures de traitement, devant l'amélioration des symptômes, nous avons introduit des corticoïdes topiques de type dexaméthasone (1 goutte 5 fois par jour, en décroissance par paliers de 7 jours, toujours sous couverture antivirale à dose maximale).

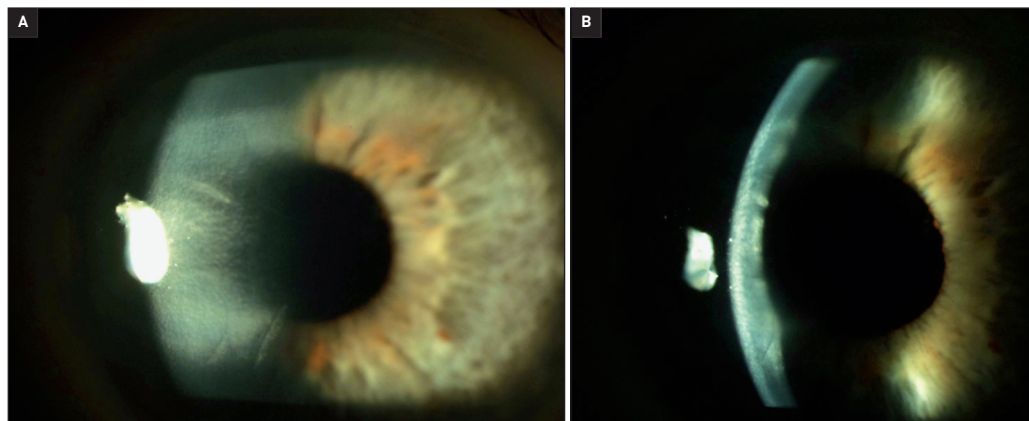


Figure 1. Examen à la lampe à fente de face (A) et en coupe (B).

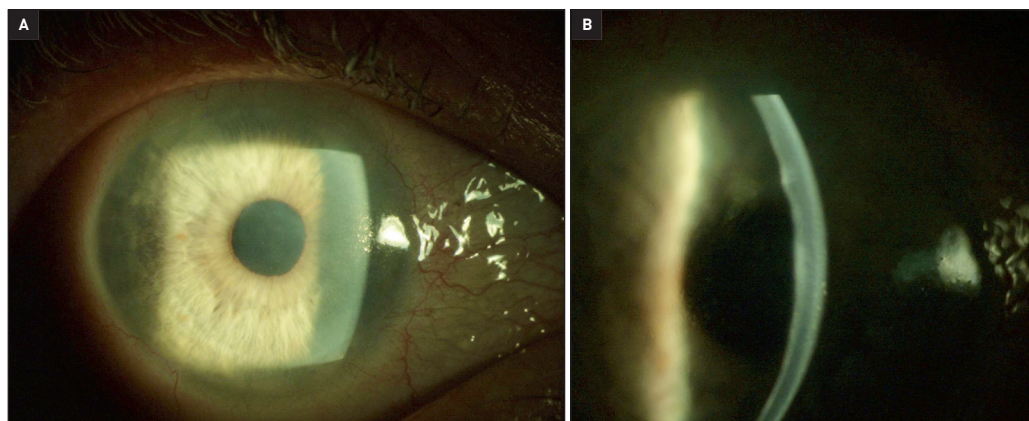


Figure 2. Examen à la lampe à fente de face (A) et en coupe (B).

Après 72 heures de dexaméthasone, on constate, lors du nouvel examen de la patiente, la disparition quasi complète de l'œdème cornéen (figure 2A) et des plis de Descemet (figure 2B).

Le Tyndall est désormais coté à 0,5 croix, il n'y a plus de précipités rétrocornéens.

L'acuité visuelle est remontée à 9/10 et la PIO se maintient à 16mmHg.

La ponction de chambre antérieure est revenue positive à HSV 1.

Après 10 jours à dose d'attaque, le valaciclovir est progressivement diminué jusqu'à 2 comprimés par jour, et sera maintenu pendant toute la durée du traitement par dexaméthasone.

Deux mois après l'épisode initial, l'acuité visuelle de l'œil droit était de 10/10, la PIO était stable à 16 mmHg.

Pour cette patiente, étant donné l'acuité visuelle initiale, la sévérité de l'épisode et l'origine herpétique prouvée, un traitement prophylactique quotidien de 1 comprimé de 500 mg de valaciclovir a été mis en place.

### Discussion

Nous avons présenté ici un cas d'endothélite herpétique isolé, dont la fréquence est mal connue.

La pathogénie réside en une réplication virale dans les cellules endothéliales, à l'origine d'une réaction inflammatoire en chambre antérieure et d'un œdème stromal.

Le traitement consiste dans un premier temps à maîtriser la réplication virale, avec un traitement par valaciclovir à la dose maximale de 3 grammes par jour maintenu pendant une dizaine de jours. Une fois la réplication virale contrôlée, généralement après 48 heures, des corticoïdes topiques sont introduits à dose décroissante par paliers de 5 à 10 jours.

Durant toute la durée des corticoïdes, le traitement antiviral doit être maintenu à la dose conventionnelle de 1 gramme par jour. Il passe ensuite à la dose prophylactique de 500 mg par jour pendant 1 an si un deuxième épisode d'endothélite survient ou dans le cas d'un épisode sévère.

### Conclusion

L'endothélite herpétique est un mode d'entrée rare dans la maladie herpétique, mais qu'il faut savoir diagnostiquer et traiter. En effet, elle préfigure une maladie chronique qui nécessite un suivi ophtalmologique afin de permettre aux patients de conserver la meilleure acuité visuelle possible.

L'importance de prouver l'origine herpétique réside dans le contrôle des récurrences plutôt que dans l'élimination des diagnostics différentiels. En effet, chez des patients dont l'évolution naturelle de la maladie est la récurrence, il est important d'avoir une preuve du diagnostic avant de maintenir, parfois à vie, un traitement antiviral. La méthode de choix pour prouver l'origine herpétique est l'amplification génique par PCR, à réaliser sur ponction de chambre antérieure ou sur prélèvement de larmes. Lors d'une endothélite isolée, le prélèvement le plus rentable est la ponction de chambre antérieure.

Le diagnostic différentiel principal est la kératite amibienne chez le porteur de lentilles, qui peut mimer une infection herpétique à tous les stades de l'invasion cornéenne. Ainsi, en l'absence d'amélioration par un traitement antiviral conventionnel, il faudra toujours évoquer ce diagnostic.

---

#### Pour en savoir plus

Labetoulle M, Rousseau A, Bourcier T. Atteintes herpétiques du segment antérieur de l'œil : aspects thérapeutiques. *Enclyc Med Chir* (Elsevier, Paris). Ophtalmologie. 2014.