

Terrain et bilan général des syndromes des taches blanches

Risk factors and diagnostic work-up of white dot syndromes

B. Wolff¹, M. Mauget-Faÿsse² (¹ Centre ophtalmologique Maison-Rouge, Strasbourg ; ² Service plateforme d'investigation clinique, Fondation ophtalmologique Adolphe-de-Rothschild, Paris)

- ✓ **Mots-clés.** Syndromes des taches blanches • Myopie • Syndrome grippal.
- ✓ **Keywords.** White dot syndromes • Myopia • Flu-like syndrome.

Les syndromes des taches blanches regroupent un ensemble hétérogène de pathologies dont le dénominateur commun est l'apparition de lésions blanches au fond d'œil. Ces pathologies affectent classiquement des sujets jeunes, de sexe féminin et modérément myopes. Une infection virale ou un syndrome grippal est souvent décrit dans les jours précédant l'atteinte ophtalmologique. Néanmoins, ces critères sont inconstamment retrouvés et leur absence ne doit pas exclure l'un de ces syndromes. Aucun lien entre les syndromes des taches blanches et la Covid-19 n'a été décrit à ce jour.

L'épithéliopathie en plaques (EEP) ; acute multifocal placoid pigment epitheliopathy (AMPPE)

Cette pathologie affecte des patients le plus souvent caucasiens, âgés de 20 à 50 ans, sans prédisposition de genre. Un syndrome grippal est fréquemment retrouvé à l'interrogatoire (environ 30 %). Une plus forte prévalence des antigènes HLA-DR2 et B7 a été mise en évidence.

L'EEP est une atteinte rétinienne classiquement isolée sans atteinte générale associée. Néanmoins, son association à une maladie systémique a été décrite dans de nombreuses pathologies. On notera notamment la survenue d'une EEP après une vaccination (contre la grippe ou l'hépatite B). De façon non exhaustive, l'EEP peut

être associée à une vascularite cérébrale, une maladie de Basedow, une rectocolite ulcérohémorragique, une maladie de Wegener, une sarcoïdose, une infection à mycobactéries, la syphilis et une maladie de Lyme [1, 2].

Le bilan général s'attachera à identifier ou éliminer une cause générale associée au tableau d'EEP.

L'interrogatoire recherchera un épisode infectieux ou une vaccination ayant eu lieu dans les semaines précédant l'atteinte ophtalmologique.

Le bilan sanguin, réalisé de façon systématique, recherchera un syndrome inflammatoire biologique, une syphilis (sérologie TPHA-VDRL) et une maladie de Lyme.

Un bilan neurologique avec réalisation d'une IRM cérébrale devra être envisagé en cas de céphalées intenses ou de tout autre symptôme neurologique [3].

La choroïdite serpiginieuse (serpiginous choroiditis)

La choroïdite serpiginieuse affecte classiquement des patients d'âge moyen, plus fréquemment de sexe masculin. Une plus forte prévalence de HLA-A2 et B7 a été retrouvée. L'association entre choroïdite serpiginieuse et tuberculose a été suspectée du fait d'une forte prévalence de tests Quantiféron® positifs chez les patients atteints d'une choroïdite serpiginieuse [4].

Enfin, des associations entre la choroïdite serpiginieuse et la sarcoïdose, la dystonie extrapyramidale et le déficit en facteur VIII de Willebrand ont été décrites.

L'interrogatoire s'attachera à identifier un contage tuberculeux ou tout autre symptôme pouvant évoquer une infection à mycobactéries.



Le bilan sanguin, réalisé de façon systématique, recherchera un syndrome inflammatoire biologique, une anomalie de la crase sanguine (TP, TCA), une syphilis (sérologie TPHA-VDRL) et une maladie de Lyme. Un dosage du Quantiféron® (interféron gamma) sera également demandé.

Un scanner thoracique sera réalisé à la recherche d'une atteinte pulmonaire et, en cas de doute, un examen du liquide de lavage bronchoalvéolaire pourra être proposé.

Les choréïdites multifocales (*multifocal choroiditis*)

Les choréïdites multifocales (CMF) affectent classiquement des femmes jeunes (80 % des cas), myopes (85 % des cas) au cours des 3^e et 4^e décennies. Un phénotype caucasien est retrouvé dans 60 % des cas [5].

L'origine précise des CMF reste mal connue. Ce tableau peut néanmoins être associé à de nombreuses pathologies :

- infectieuses : pseudohistoplasme, tuberculose, syphilis, brucellose, coccidioïdomycose, candidose, virus Zika, West Nile, etc. ;
- non infectieuses : sarcoïdose et autres granulomatoses.

L'interrogatoire recherchera un épisode infectieux ayant eu lieu dans les semaines précédant l'atteinte ophtalmologique ou tout autre symptôme évoquant une pathologie générale associée.

Le bilan sanguin, réalisé de façon systématique, recherchera un syndrome inflammatoire biologique, une syphilis (sérologie TPHA-VDRL) et une maladie de Lyme.

Un scanner thoracique pourra être indiqué en cas de signes d'appel pour une sarcoïdose ou une tuberculose.

Syndrome des taches blanches évanescents (*multiple evanescent white dot syndrome, MEWDS*)

Le MEWDS affecte le plus souvent des femmes jeunes (75 % des cas) en bonne santé au cours des 2^e et 3^e décennies. Une myopie modérée à forte est souvent retrouvée avec une réfraction moyenne de -5 dioptries chez les patients atteints. Dans la moitié des cas, un syndrome grippal est relaté [6].

L'interrogatoire cherchera des arguments pour une cause secondaire de MEWDS (néoplasie, syphilis, sarcoïdose, tuberculose, maladie de Lyme).

Le bilan sanguin, réalisé de façon systématique, recherchera un syndrome inflammatoire biologique, une syphilis (sérologie TPHA-VDRL) et une maladie de Lyme.

AZOR (*acute zonal occult outer retinopathy*)

L'AZOR est une maladie rare qui touche en général des patients jeunes (le plus souvent de sexe féminin) et en bonne santé.

Les mécanismes physiopathogéniques conduisant à cette maladie ne sont pas connus. Des cas d'AZOR ont néanmoins été rapportés chez des patients atteints d'une pathologie auto-immune (18 % des cas), d'une infection virale (*herpesvirus*) ou fongique.

L'interrogatoire cherchera des arguments pour une cause secondaire d'AZOR (syphilis, lymphome, *cancer associated retinopathy*).

Le bilan sanguin, réalisé de façon systématique, recherchera un syndrome inflammatoire biologique, une syphilis (sérologie TPHA-VDRL) et une maladie de Lyme [7]. ■

B. Wolff et M. Mauget-Fajsse déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références bibliographiques

1. Fiore T et al. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy: outcome and visual prognosis. *Retina* 2009;29(7):994-1001.
2. Abu-Yaghi NE et al. White dot syndromes: a 20-year study of incidence, clinical features, and outcomes. *Ocul Immunol Inflamm* 2011;19(6):426-30.
3. Algahtani H et al. Neurological manifestations of acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy. *J Clin Neurol* 2016;12(4):460-7.
4. Mackensen F et al. QuantiFERON TB-Gold--a new test strengthening long-suspected tuberculous involvement in serpiginous-like choroiditis. *Am J Ophthalmol* 2008;146(5):761-6.
5. Spaide RF et al. Redefining multifocal choroiditis and panuveitis and punctate inner choroidopathy through multimodal imaging. *Retina* 2013;33(7):1315-24.
6. Zicarelli F et al. Multimodal imaging of multiple evanescent white dot syndrome: a new interpretation. *Ocul Immunol Inflamm* 2020;28(5):814-20.
7. Monson DM, Smith JR. Acute zonal occult outer retinopathy. *Surv Ophthalmol* 2011;56(1):23-35.