

Quand prescrire un traitement dans les syndromes des taches blanches ?

When to prescribe a treatment in 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.** Syndrome des taches blanches • Pronostic favorable • Anti-VEGF • Immunosuppresseur.

✓ **Keywords.** White dot syndromes • Good prognosis • Anti-VEGF • Immunomodulatory therapy.

Épithéliopathie en plaques (EEP) ; *acute multifocal placoid pigment epitheliopathy (AMPPE)* [1, 2]

L'évolution est le plus souvent favorable avec le maintien d'une vision au-dessus de 20/25 dans 80 % des cas.

Une corticothérapie systémique pourra néanmoins être envisagée à la phase aiguë en cas de baisse visuelle sévère liée à une atteinte centrale (*figure 1*). L'infliximab semblerait réduire la perte visuelle initiale et le risque de récurrence pour ces formes sévères. L'azathioprine et le cyclophosphamide sont utilisés quand une atteinte neurologique sévère associée est constatée.

Choréïdite serpiginieuse (*serpiginous choroiditis*) [3, 4]

À la phase aiguë de la maladie, le traitement fera appel aux corticoïdes par voie générale (p.o. ou i.v.) avec pour objectif de diminuer rapidement l'inflammation rétinienne et choréïdienne.

Un traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur sera instauré concomitamment pour obtenir un contrôle de la maladie sur le long terme. Les molécules le plus souvent utilisées sont la ciclosporine, l'azathioprine, le cyclophosphamide, les anti-TNF alpha et le mycophénolate mofétil.

En cas d'infection tuberculeuse avérée, un traitement antibiotique sera prescrit (rifamycine, éthambutol, isoniazide, pyrazinamide).

Un traitement par anti-VEGF sera indiqué en cas de complications néovasculaires qui peuvent survenir dans 25 % des cas.

Choréïdites multifocales (CMF) (*multifocal choroiditis*) [5]

Aucun consensus n'existe quant au traitement des CMF. À la phase aiguë de la maladie, l'administration de fortes doses de corticoïdes par voie générale permet le plus souvent d'obtenir la régression des lésions inflammatoires. Pour les formes unilatérales, une injection intravitréenne (IVT) de dexaméthasone pourra se discuter.

En cas de récurrence des poussées inflammatoires, un traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur permettra de diminuer la fréquence et l'intensité des récurrences.

Les néovaisseaux, qui compliquent les CMF dans 30 à 40 % des cas, seront traités par IVT d'anti-VEGF (*figures 2 et 3*).

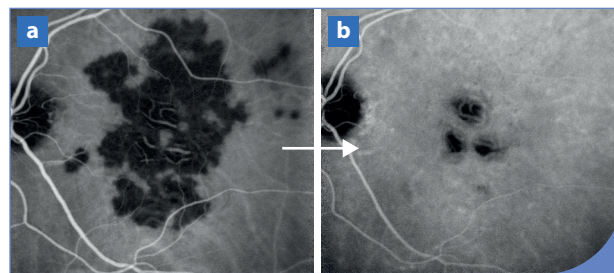


Figure 1. Régression de l'hypoperfusion choréïdienne observée en angiographie ICG, chez un patient atteint d'une EEP traitée par corticoïdes oraux.

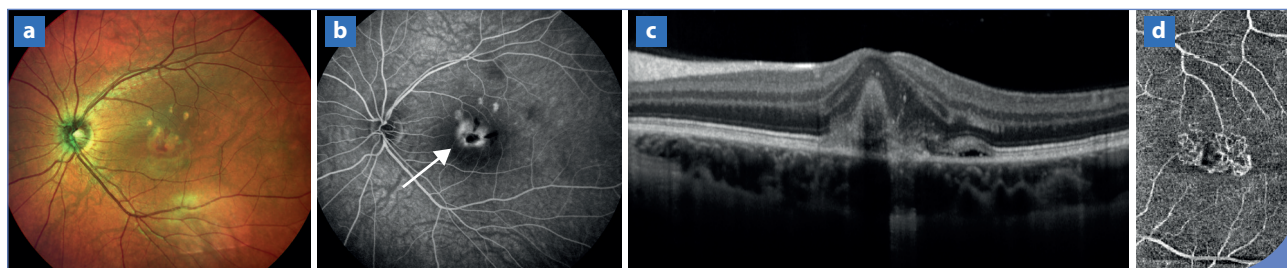


Figure 2. Néo vaisseaux choroïdiens compliquant une choroïdite ponctuée interne (a). L'angiographie à la fluorescéine (b) retrouve une lésion hyperfluorescente diffusant aux temps tardifs. L'OCT (c) montre une lésion hyperréflective rétrofovéolaire associée à un décollement séreux rétinien. L'OCT-angiographie (d) permet d'appréhender le lacis néovasculaire dans le plan frontal.

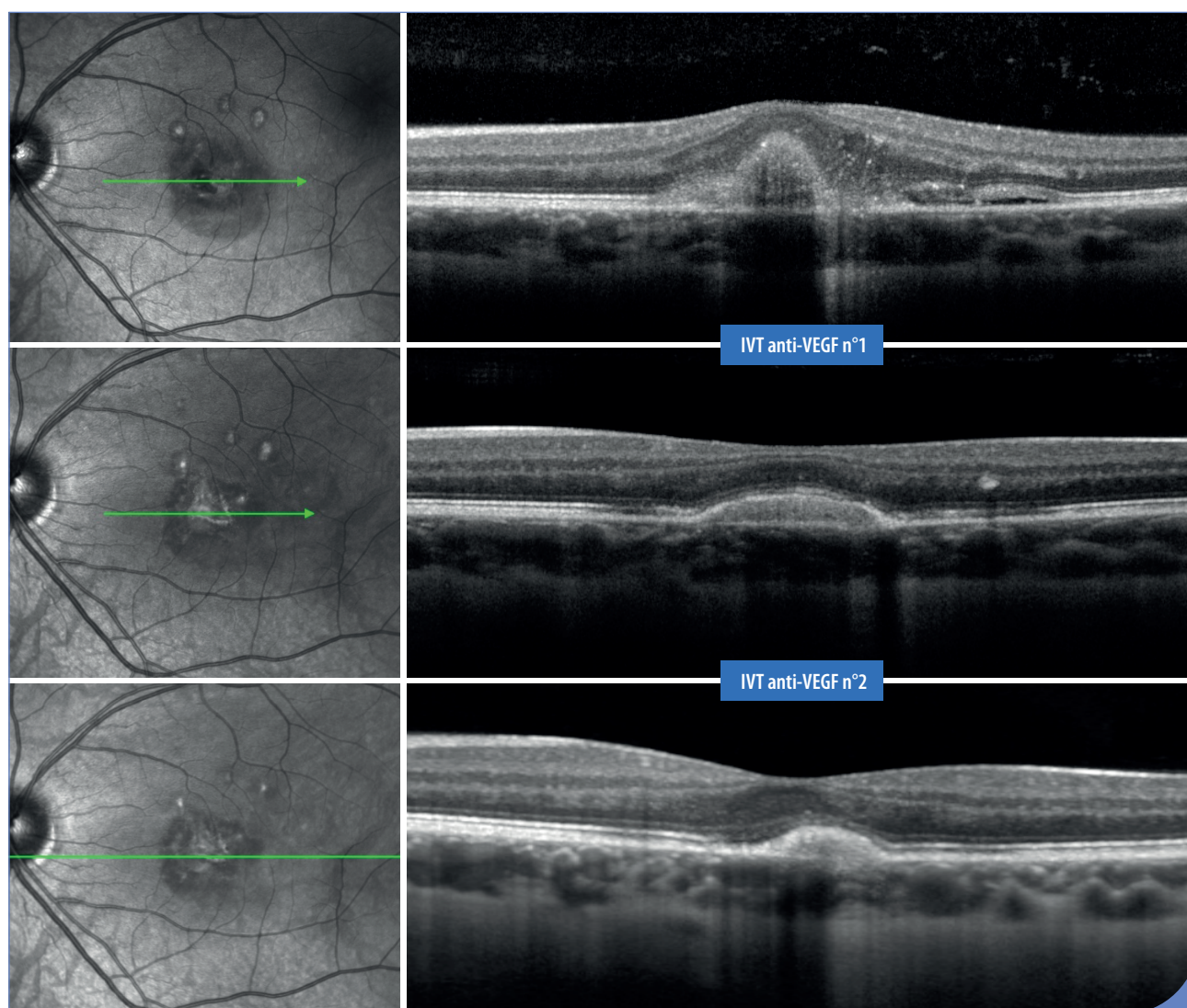


Figure 3. Néo vaisseaux choroïdiens compliquant une choroïdite ponctuée interne, traités par injections intravitréennes d'anti-VEGF. On observe une nette régression des phénomènes exsudatifs après chaque injection.

Syndrome des taches blanches évanescences (*multiple evanescent white dot syndrome, MEWDS*) [6]

L'évolution est spontanément favorable dans la grande majorité des cas. Dans les rares cas de complications néovasculaires, un traitement par anti-VEGF sera indiqué.

AZOR (acute zonal occult outer retinopathy) [7]

Dans près de 90 % des cas, l'évolution est favorable sur le plan fonctionnel. Pour les formes sévères avec menace de la vision centrale, un traitement immunosuppresseur devra être discuté.

Enfin, les rares cas de complications néovasculaires (10 cas rapportés dans la littérature) seront traités par IVT d'anti-VEGF. ■■

B. Wolff et M. Mauget-Fajssse 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. El-Markaby HS et al. Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy: role of tnf blocker in severe cases. *Retina* 2012;32(10):2102-7.
3. Akpek EK, Ilhan-Sarac O. New treatments for serpiginous choroiditis. *Curr Opin Ophthalmol* 2003;14(3):128-31.
4. Seve P et al. Infliximab in serpiginous choroiditis. *Acta Ophthalmol* 2010;88(8):e342-3.
5. Michel SS et al. Multifocal choroiditis and panuveitis: immunomodulatory therapy. *Ophthalmology* 2002;109(2):378-83.
6. Rouvas AA et al. Intravitreal ranibizumab in a patient with choroidal neovascularization secondary to multiple evanescent white dot syndrome. *Eur J Ophthalmol* 2007;17(6):996-9.
7. Introini U et al. Clinical course of acute zonal occult outer retinopathy complicated by choroidal neovascularization. *Int J Retina Vitreous* 2018;4:32.