

Une Sclérite Postérieure Associée A Une Myosite Orbitaire Au Cours D'une Infection COVID-19 : A Propos D'un Cas

Sekhsoukh Rachid¹, Asmae Maadane², Fatima Zahra Mabrouki³

¹Chef de Service d'Ophtalmologie, Centre Hospitalier MOHAMMED VI d'OUJDA. Maroc, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, BP 4806 Oujda Université 60049 Oujda, Oujda, Morocco

²Professeure Agrégée en Ophtalmologie, Centre Hospitalier MOHAMED VI d'OUJDA. Maroc Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, BP 4806 Oujda Université 60049 Oujda, Oujda, Morocco

³Professeure Assistante en Ophtalmologie, Centre Hospitalier MOHAMED VI d'OUJDA. Maroc Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, BP 4806 Oujda Université 60049 Oujda, Oujda, Morocco

Résumé (abstract)

L'infection par le SARS-COV-2, responsable de la COVID-19, peut s'accompagner de divers manifestations extra-respiratoires, notamment oculaires. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 34 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, ayant présentée une sclérite postérieure associée à une myosite orbitaire survenue trois jours après une infection confirmée par COVID-19, la patiente consultait pour une tuméfaction palpébrale douloureuse de l'œil droit associée à une baisse de l'acuité visuelle. L'examen ophtalmologique a trouvé une acuité visuelle à 7/10, une limitation de la motilité oculaire vers le haut. L'échographie oculaire en mode B mettait en évidence un épaississement scléral avec présence du signe du « T », en faveur d'une sclérite postérieure, tandis que la tomodensitométrie orbitaire objectivait une exophtalmie avec épaississement du muscle droit médial compatible avec une myosite orbitaire. Le bilan étiologique à la recherche d'une cause infectieuse ou auto-immune était négatif. Une corticothérapie systémique associée à un traitement immunosuppresseur par méthotrexate a été instaurée, permettant une amélioration rapide de la symptomatologie et une récupération complète de l'acuité visuelle. Cette observation suggère un mécanisme inflammatoire post-viral lié à l'infection par le SARS-COV-2.

Mots-clés : COVID-19, sclérite postérieure, myosite orbitaire.

Introduction :

Depuis l'apparition de la pandémie de COVID-19 (Coronavirus disease 2019), diverses manifestations extra-respiratoires ont été signalées, mettant en évidence le caractère systémique de l'infection par le SARS-CoV-2 (syndrome respiratoire aigu sévère coronavirus 2). La littérature rapporte des manifestations oculaires consécutives à la vaccination contre le SARS-CoV-2 ou survenant au cours d'une infection par la COVID-19, incluant conjonctivite, névrite optique, hyalite, papillite, exsudation sous-rétinienne, plis choroïdiens, inflammation orbitaire de type myosite et dacryoadénite, panuvéite, occlusions veineuses centrales rétiniennes et occlusions artérielles rétiniennes [1]. À ce jour, aucun cas d'association concomitante de sclérite postérieure et de myosite orbitaire n'a été signalé dans le contexte d'une infection par le SARS-CoV-2.

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 34 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui a présentée une association de sclérite postérieure et de myosite orbitaire trois jours après infection par le SARS-CoV-2.

Patient et observation :

Nous rapportons le cas de Mme E.H, 34 ans, sans antécédents pathologiques notables, admise aux urgences ophtalmologiques du centre hospitalier MOHAMMED VI d'OUJDA pour prise en charge d'une tuméfaction palpébrale unilatérale douloureuse de l'œil droit associée à une baisse d'acuité visuelle (figure 1). La symptomatologie évoluant depuis trois jours dans un contexte de syndrome grippal récent lié à une infection au COVID-19, confirmée par réaction de polymérisation en chaîne (PCR) sur prélèvement nasopharyngé. L'examen ophtalmologique trouve à l'inspection une proptose associée à un œdème palpébrale modéré, une acuité visuelle à 7/10, une limitation de la motilité vers le haut sans diplopie, une hyperhémie conjonctivale à la lampe à fente sans autre anomalie du segment antérieur, la pression intraoculaire est correcte, l'examen du fond de l'œil ne montre pas d'anomalies. L'examen de l'œil gauche est normal. La patiente a bénéficiée d'un bilan biologique inflammatoire qui a montré une élévation de la protéine C-réactive à 100 mg/l, et d'un bilan étiologique afin d'éliminer les causes infectieuses et immunologiques, une recherche d'autoanticorps (facteur rhumatoïdes, anticorps anti nucléaires, ANCA), ainsi qu'un bilan infectieux incluant toutes les sérologies virales usuelles. L'ensemble du bilan étiologique est revenu négatif.

L'échographie oculaire en mode B objective un épaississement scléral avec la présence du signe « T » évocateur d'une sclérite postérieure (figure 2). La tomодensitométrie en coupes axiales et coronales met en évidence une exophtalmie grade II, aspect d'infiltration diffuse du globe droit en faveur d'une sclérite, épaississement du muscle droit médial à 6 mm (figure 3). La tomодensitométrie par cohérence optique maculaire trouve un profil fovéolaire avec un épaississement maculaire normal, et la tomодensitométrie par cohérence optique papillaire montre une conservation des couches des fibres nerveuses sans œdème papillaire. L'angiographie rétinienne ne révèle pas d'anomalies rétinienne ni de signe de vascularite ou d'œdème papillaire (figure 4).

Au terme de cette démarche diagnostique, le diagnostic de sclérite postérieure associée à une myosite orbitaire dans un contexte post-infectieux lié au Covid-19 a été retenu. Une corticothérapie a été administrée, Prednisone à dose de 1 mg/kg/j soit 60 mg par jour, suivie d'une décroissance progressive de 10 mg par semaine, associée à un traitement immunosuppresseur afin de renforcer le contrôle de l'inflammation et de prévenir les récurrences, Méthotrexate à dose de 15 mg par semaine a été prescrite. L'évolution a été favorable avec régression des symptômes dès les premiers 24 heures de traitement, et normalisation de l'acuité visuelle qui s'est remontée à 10/10 et disparition des signes cliniques au bout de sept jours de traitement (figure 5). La réponse favorable au traitement a renforcé notre hypothèse diagnostique.

Discussion :

L'association de l'infection COVID-19 à des maladies auto immunes systémiques, en particulier la vascularite et l'arthrite inflammatoire, les myopathies inflammatoires idiopathiques, le lupus érythémateux disséminé et la sarcoïdose suggère que l'infection au COVID 19 provoque une dérégulation du système immunitaire [2]. Cette dérégulation peut être liée au mimétisme moléculaire du virus qui contribue à la réponse hyperimmune, notamment une production anormale de cytokines (notamment

l'interleukine-6, l'interleukine-8 et le facteur de nécrose tumorale alpha (TNF- α), une hyperactivation des lymphocytes T (notamment les Th1 et Th17) et des taux élevés de neutrophiles actives, et monocytes [3]. Ces mécanismes pourraient conduire à une inflammation des tissus oculaires et orbitaires, expliquant ainsi la survenue des manifestations telles que la sclérite ou la myosite.

Les manifestations ophtalmologiques les plus fréquemment rapportés sont la conjonctivite, l'uvéite, l'épisclérite, et plus rarement, la sclérite ou les inflammations orbitaires [4]. Savino et al. ont rapportés une série de trois cas d'inflammation oculaire survenue après l'administration de vaccins à ARNm, notamment BNT162b2 et mRNA1273, le premier cas associait une myosite orbitaire et une sclérite, tandis que les deux autres correspondaient respectivement à une sclérite isolée et à une myosite orbitaire isolée [5]. Bien que des cas de myosite orbitaire et de sclérite aient été rapportés séparément dans le contexte de la COVID-19, la survenue concomitante de ces deux entités inflammatoires oculaires à la suite d'une infection par le SARS-Cov-2 n'a pas été décrite dans la littérature. Tandis qu'une coexistence de ces deux entités inflammatoires a été décrite dans certains des contextes systémiques comme la maladie de Crohn, avec une résolution réussie grâce à une thérapie immunosuppressive agressive [6].

Les manifestations oculaires peuvent survenir à n'importe quel moment de l'évolution, plusieurs études ont montré que la chronologie d'apparition est corrélée à des concentrations élevées d'IgG, une séroconversion précoce et une charge virale élevée qui sont tous liés à un COVID-19 sévère [4]. Dans notre observation, la survenue concomitante d'une sclérite postérieure et d'une myosite orbitaire dans un contexte récent d'infection par le SARS-CoV-2 confirmée biologiquement, avec l'absence d'étiologie auto-immune ou infectieuse suggère fortement un mécanisme inflammatoire post-viral.

La corticothérapie systémique constitue le traitement de première intention dans les formes modérées à sévères. La prednisone est généralement administrée à une dose initiale de 0.5 à 1 mg/kg/j, suivie d'une décroissance progressive en fonction de l'évolution clinique et de la réponse thérapeutique [7]. Dans les formes sévères récidivantes ou corticodépendantes, l'introduction d'un traitement immunosuppresseur est souvent nécessaire afin d'obtenir un meilleur contrôle de l'inflammation et une épargne cortisonique, le Méthotrexate est l'un des immunosuppresseurs les plus utilisés dans les inflammations orbitaires idiopathiques et les sclérites inflammatoires [8].

Les cas rapportés de myosite orbitaire ou de sclérite associés au COVID 19 aient généralement évolué favorablement sous corticothérapie systémique, certaines observations décrivent des complications fonctionnelles telles qu'une diplopie persistante ou une atteinte visuelle transitoire, soulignant l'importance d'un diagnostic précoce et d'un traitement adapté [9].

Conclusion :

Ce cas met en lumière une rare combinaison de sclérite postérieure et de myosite orbitaire survenue au cours d'une infection par le SARS-CoV-2, avec une résolution réussie grâce à un diagnostic précoce et un traitement adapté.

Conflits d'intérêt :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs :

Les auteurs ont contribué de manière significative à la réalisation de ce travail. Ils ont lu et approuvé la version finale du manuscrit avant la soumission.

Liste des figures :

Figure 1 : Image montrant une proptose associée à un œdème palpébral modéré de l'œil droit.

Figure 2 : L'échographie oculaire en mode B montrant un épaississement scléral avec la présence du signe « T » évocateur d'une sclérite postérieure.

Figure 3 : Coupe tomодensitométrique axiale montrant une exophtalmie grade II, infiltration diffuse de la sclère du globe droit associée à un épaississement du muscle droit médial à 6 mm

Figure 4 : Image d'angiographie rétinienne à la fluorescéine sans anomalies.

Figure 5 : Image montrant la disparition des signes cliniques après dix jours de traitement.

Références :

1. Ngoie Maloba V. Manifestations oculaires du COVID-19. Revue Africaine de Médecine et de santé Publique. 2020.
2. Gracia-Ramos AE, Martin-Nares E, Hernandez-Molina G. New onset of autoimmune diseases following COVID-19 diagnosis. Cells. 2021 ; 10 :3592
3. Armstrong BK, Murchison AP, Bilyk JR. Suspected orbital myositis associated with COVID-19. Orbit. 2021 ; 40(6) :532-535.
4. SeyedAlinaghi S, Mehraeen E, Afzalian A, Dashti M, Ghasemzadeh A, Pashaei A, et al. Ocular manifestations of COVID-19 : a systemic review of current evidence. Prev Med Rep. 2024 ;102608
5. Savino G, Gambini G, Scoria G, Comi N, Fossataro C, Rizzo S. Orbital myositis and scleritis after anti-SARS-CoV-2 Mrna vaccines : a report of three cases. Eur J Ophthalmol. 2022.
6. Culver EL, Salmon JF, Frith P, Travis SPL. Posterior scleritis and orbital myositis extra-intestinal manifestations of Crohn's disease : case report and systemic literature review. J Crohns Colitis. 2008 ;2(4) :337-342.
7. Sainz de la Maza M, Molina N, Gonzalez-Gonzalez LA, Doctor PP, Tauber J, Foster CS. Clinical characteristics of a large cohort of patients with scleritis and episcleritis. Ophthalmology. 2012 ;119(1) :43-50.
8. Yuen SJ, Rubin PA. Idiopathic orbital inflammation : distribution, clinical features, and treatment outcome. Arch Ophthalmol. 2003 ;29(4) :491-499
9. Mangan MS, Yildiz E. New onset of unilateral orbital myositis following mild COVID-19 infection. Ocul Immunol Inflamm. 2021 ; 29(4) :669-670