

2. Meghoo C.A. et al. Diagnosis and management of evacuated casualties with cervical vascular injuries resulting from combat-related explosive blasts. *J VascSurg* 2012; 55:1329-7
3. Kimoto. T. et al. Inferior Vena Caval Thrombosis after Traumatic Liver Injury. *HPB Surgery* 1998, 11: 111-116
4. Narayan, A. et al. Iliac Vein Compression as Risk Factor for Left- versus Right-Sided DVT. *Radiology* 2012, 265:949–957
5. Gummalla, K.M., George M., Dutta, R. Morel Lavallee lesion : a rare extensive degloving soft tissue injury. *Ulus Travma Acil Cerr Derg.* 2014, 20:63-65

La chorioretinopathie séreuse centrale secondaire à l'infiltration périurale de corticoïdes

Amira Tliba, Najeh Boussetta, Leila Metoui, Imene Gharsallah, Faïda Ajili, Bassem Louzir, Salah Othmani
 Service de Médecine Interne –Hôpital Militaire de Tunis / Université Tunis El-Manar

La chorioretinopathie séreuse centrale (CRSC) est une entité oculaire qui survient préférentiellement chez l'adulte et elle est le plus souvent idiopathique. L'hypercorticisme endogène ou exogène constitue un facteur de risque majeur pour la survenue de la CRSC.

Les infiltrations rachidiennes de dérivés glucocorticoïdes utilisées dans le traitement des lombosciatiques et des lombalgies communes depuis plus de 50 ans, ont certes un rôle bénéfique dans le traitement de la douleur ainsi que pour éviter ou retarder un éventuel geste chirurgical [1]. Néanmoins, ces infiltrations ne sont pas dénuées d'effets secondaires parfois majeurs.

En plus des complications infectieuses, de loin les plus rapportées, d'autres risques inhérents à ces infiltrations peuvent exceptionnellement avoir lieu et doivent être connus par les praticiens du fait d'une gravité parfois importante comme c'est le cas des chorioretinopathies séreuses centrales secondaires aux infiltrations rachidiennes de corticoïdes [2].

Ces chorioretinopathies peuvent aller d'un simple décollement séreux spontanément régressif à la nécrose rétinienne d'autant plus grave qu'elle est maculaire.

En cas de nécrose rétinienne, il n'est pas évident de distinguer s'il s'agissait d'un effet intrinsèque des corticoïdes, ou bien du réveil de certains virus, tel celui de la varicelle-zona ou un herpès virus [3,4].

Les cas de chorioretinopathies séreuses centrales sont très peu rapportés dans la littérature mais leur vraie fréquence serait certes sous-estimée du fait de la longue discrétion des symptômes [5]. En effet, la chorioretinopathie séreuse survient le plus souvent de manière idiopathique mais on retrouve la notion de prise de corticoïdes per-os ou en infiltrations dans 10 à 50 % des cas [5].

Ce nouveau cas que nous rapportons confirme le rôle de la corticothérapie dans le déclenchement ou

l'exacerbation de la CRSC, et l'importance pour tout praticien de penser à cette association et à ses implications pratiques.

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 25 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui s'est présenté dans notre service pour des lombosciatalgies de type mécaniques dans le trajet de S1 droit, évoluant depuis deux ans. A l'examen clinique il avait un syndrome rachidien et un signe de Lasègue positif à droite. Les radiographies lombaires standards n'ont pas montré d'anomalies.

Une tomodynamométrie lombaire a été réalisée et a montré une saillie discale paramédiane droite L5-S1 venant au contact de la racine de S1 droite. Il a reçu un traitement à base d'antalgique de premier et deuxième palier et des anti-inflammatoires non stéroïdiens, mais sans améliorations de la symptomatologie. Devant cette lombosciatalgie rebelle aux antalgiques ordinaires, des infiltrations périurales de corticoïdes ont été proposées. Deux jours après la troisième infiltration le patient a rapporté l'installation rapide d'un flou visuel bilatéral avec notion de métamorphopsie. Un examen ophtalmologique a été réalisé et a retrouvé une acuité visuelle à 10/10 aux deux yeux avec une lame de décollement séreux en rapport avec une chorioretinopathie séreuse centrale imputable, vue la chronologie des événements, aux infiltrations périurales. L'évolution était spontanément résolutive, avec amélioration du flou visuel au bout de quatre jours et une disparition du décollement rétinien au contrôle ophtalmologique après deux semaines. La corticothérapie a été ainsi contre-indiquée de façon absolue chez ce patient.

Conclusion

La fréquence de cette complication est sans doute très sous-estimée, surtout quand elle se limite à une vision passagèrement trouble. Cependant, les chorioretinopathies doivent être évoquées systématiquement devant tout trouble visuel récent suite à une infiltration de corticoïdes.

La survenue de cette complication impose la contre-indication absolue des infiltrations rachidiennes de corticoïdes. La récurrence des lésions lors de nouvelles infiltrations pourrait aboutir à une perte sournoise de la vue.

Références

- 1- Valat JP ; Rozenberg S. Les infiltrations de corticoïdes dans les lombosciatiques et les lombalgies communes. *Revue du rhumatisme*;75(2008):590-5.
- 2- Khairallah M, Kahloun R, Tugal-Tutkun I. Oculimmunoinflamm. Central serous chorioretinopathy, corticosteroids, and uveitis. 2012 Apr;20(2):76-85.
- 3- Browning DJ. Acute retinal necrosis following epidural steroid injection. *Am J Ophthalmol*; 136(2003):192-4.
- 4- Iida T, Spaide RF, Negrao SG, Carvalho CA, Yannuzzi LA. Central serous chorioretinopathy after epidural corticosteroid injection. *Am J Ophthalmol*.2001;132(3):423-5
- 5- Berthelot JM; Le Goff B; Mougars Y. Nouveautés concernant les effets secondaires des injections locales de corticoïdes. *Revue du rhumatisme*;80-4 (2013):345-9.