En ligne
https://www.atrss.dz/ajhs

Cas Clinique

Membrane épirétinienne compliquant une panuvéite virale présumée chez l'enfant : une présentation inhabituelle

Epiretinal membrane complicating suspected viral panuveitis in the child: an unusual presentation

Sofia MEZAACHE [1,2,3,4]
[1] *Faculté de médecine de Constantine, université de Constantine 3, Salah Boubnider, Algérie.*
[2] *Centre hospitalo-universitaire Dr Benbadis de Constantine, service d'ophtalmologie, Algérie.*
[3] *Laboratoire de Recherche en Maladies Métaboliques étude clinique biologie LR2M, Constantine, Algérie.*
[4] *Laboratoire de recherche en biologie génétique et moléculaire B&GM, Constantine, Algérie.*

RESUME

Introduction : Les uvéites pédiatriques sont rares, elles représentent 5-10 % de l'ensemble des uvéites. Elles peuvent être infectieuses ou non infectieuses. Les uvéites infectieuses peuvent être d'origine congénitale ou acquise. Le virus herpès simplex virus est le plus souvent incriminé dans ce contexte. Le tableau habituel des uvéites herpétiques est une uvéite antérieure unilatérale, et la forme la plus sévère est la nécrose rétinienne aigue.
Observation : Dans cet article, nous rapportons un mode de présentation inhabituel d'une panuvéite liée à une infection virale présumée, causée par des herpesviridaes, chez une fille de 8 ans, compliquée d'une membrane épirétinienne.
Le traitement chirurgical par vitrectomie postérieure et pelage de la membrane épirétinienne, effectué après accalmie de l'inflammation, a permis une restitution d'une bonne acuité visuelle.

MOTS CLES: Population pédiatrique, Panuvéite, Membrane épirétinienne, Sérologie virale.

ABSTRACT

Introduction : Pediatric uveitis is rare, accounting for 5-10 % of all cases of uveitis. It can be infectious or non-infectious. Infectious uveitis can be of congenital or acquired origin. The herpes simplex virus is most commonly implicated in this context. The usual clinical presentation of herpetic uveitis is unilateral anterior uveitis, and the most severe form is acute retinal necrosis.
Observation : In this article, we report an unusual presentation of panuveitis related to a suspected viral infection, caused by herpesviridae, in an 8-year-old girl, complicated by an epiretinal membrane.
Surgical treatment by posterior vitrectomy and peeling of the epiretinal membrane, performed after the inflammation had subsided, allowed for restitution of good visual acuity.

KEYWORDS: Pediatric population, Panuveitis, Epiretinal membrane, Viral serology.

* Auteur Corredpondant (Sofia MEZAACHE). Tel.: +213557225931
Adresse E-mail: ophtamezaache@gmail.com

Date de réception : 19/09/2026
Date de révision : 01/10/2026
Date acceptation : 25/10/2026

1. Introduction

L'uvéite est une affection rare dans la population pédiatrique, représentant 5 à 10 % de l'ensemble des uvéites [1]. Elle peut être d'origine infectieuse ou non infectieuse liée à une cause auto-immune ou auto-inflammatoire.

Les uvéites infectieuses représentent en fonction des études 20 à 35 % des cas d'uvéites pédiatriques [2]. Elles peuvent être d'origine congénitale ou acquise.

L'herpès simplex virus est le virus le plus souvent recensé dans les uvéites infectieuses virales [1,2].

Lorsqu'ils affectent l'enfant, le virus herpès simplex virus (HSV) et le varicelle zona virus (VZV) réalisent plusieurs tableaux cliniques inflammatoires de l'œil, mais le mode de présentation habituel est une uvéite antérieure unilatérale [2,3], et la forme la plus sévère est une nécrose rétinienne aigue (ARN) [2].

Nous rapportons dans cet article une présentation inhabituelle, d'une infection virale présumée chez une fille âgée de 8 ans.

2. Observation

Nous rapportons le cas d'une fille âgée de 08 ans, originaire et demeurant à Constantine (Algérie), 2ème d'une fratrie de 3 enfants vivants bien portants, issue d'un mariage non consanguin, sans antécédents pathologiques particuliers, adressée pour la prise en charge d'une panuvéite de l'œil droit.

L'examen ophtalmologique retrouve une acuité visuelle de loin au compte des doigts à 2 mètres inaméliorable par une correction optique au niveau de l'œil droit (OD), et à 10/10ème à l'échelle de Monoyer au niveau de l'œil gauche (OG).

L'examen du segment antérieur à la lampe à fente (LAF) ne trouve pas de stigmates inflammatoires aux deux yeux, ni d'atrophie sectorielle de l'iris, sachant que la patiente était déjà mise sous corticothérapie topique par son médecin traitant libéral avant de l'adresser à notre niveau pour prise en charge.

Le fond d'œil était inexplorable à droite par la présence d'une hyalite dense, et sans particularité à gauche.

L'échographie oculaire mode B a montré une hyalite dense à droite, avec organisation vitréenne, et un espace rétrohyaloïdien vide d'échos (**figure 1**).

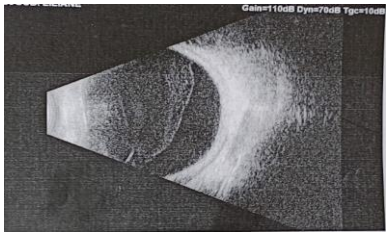


Figure 1 : Echographie oculaire mode B (OD).
OD : œil droit

Devant le caractère unilatéral de la panuvéite et le terrain pédiatrique nous avons éliminé en premier lieu une cause infectieuse par la recherche : d'une tuberculose (intradermoréaction à la tuberculine à 7 mm, radiographie du thorax sans anomalie), infection syphilitique (anticorps anti-TPHA et VDRL négatifs), une bartonellose (sérologie négative), une maladie de Lyme (sérologie négative), une toxoplasmose (sérologie négative), une toxocarose (sérologie négative), une infection au virus de l'immunodéficience humaine (VIH ; sérologie négative), une hépatite B et C (sérologies négatives), une infection herpétique ; HSV (IgG et IgM positives), VZV (IgG et IgM positives), cytomégalovirus (CMV ; IgG positive, IgM négative).

Un syndrome inflammatoire biologique a été recherché retrouvant une protéine C réactive (CRP) négative, une vitesse de sédimentation (VS) élevée à 30 mm la première heure, une formule numération sanguine (FNS) normale, et un profil normal à l'électrophorèse des protéines. L'exploration d'une maladie inflammatoire systémique ou immunologique a été faite par: dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) et bilan phosphocalcique à la recherche d'une sarcoïdose revenant normaux, dosage du facteur rhumatoïde avec bilan immunologique (facteurs antinucléaires; FAN et anticorps anti-DNA natifs) qui sont revenus négatifs, un typage HLA B_{51} à la recherche de la maladie de Behçet était négatif. Le bilan rénal et hépatique était sans anomalie, avec absence d'hématurie ou de protéinurie. Un avis en pédiatrie a été fait à la recherche d'une pathologie systémique revenant sans particularité.

La prise en charge thérapeutique consistait en l'administration d'un traitement antiviral systémique par voie intraveineuse à base d'aciclovir à la dose de 10mg/Kg/8h pendant 10 jours, suivi par un bolus de méthylprednisolone 10mg/Kg/j pendant 3 jours, avec relais peros par prednisolone à raison de 1mg/kg/j et dégression progressive sur 8 semaines. Le traitement antiviral par aciclovir en intraveineux a été maintenu

jusqu'à élaircissement du fond d'œil à J_4 de corticothérapie, et confirmation de l'absence d'une nécrose rétinienne aigue.



Figure 2 : Rétinographies couleur du fond d'œil, après régression de la hyalite sous corticothérapie systémique, illustrant la présence d'une MER tractionnelle adhérente à la papille (OD).
OD : œil droit, MER : membrane épirétinienne.

L'évolution était vers l'amélioration de l'acuité visuelle de loin à 01/10ème inaméliorable par une correction optique (OD), avec mise en évidence après régression de la hyalite d'une membrane épirétinienne (MER) tractionnelle adhérente à la papille **(figure 2)**, sans signes de nécrose rétinienne aigue ni de vascularites confirmés par angiographie à la fluorescéine.

A l'examen par tomographie par cohérence optique (OCT), cette MER prenait l'aspect une couche hyperréflective, formant un pont interpapillomaculaire tractionnel, associée à un œdème maculaire cystoïde (OMC), et une fine lame de décollement séreux rétinien (DSR). L'épaisseur maculaire centrale était à 574 µm **(figure 3)**.

La lame de DSR avait disparu à J_{20} de corticothérapie systémique, mais l'OMC avait persisté malgré que la patiente ait bénéficié d'une forte dose de corticoïdes, avec une dégression progressive. Cette réponse de l'OMC, nous a fait penser à une composante principalement tractionnelle de l'œdème maculaire persistant.

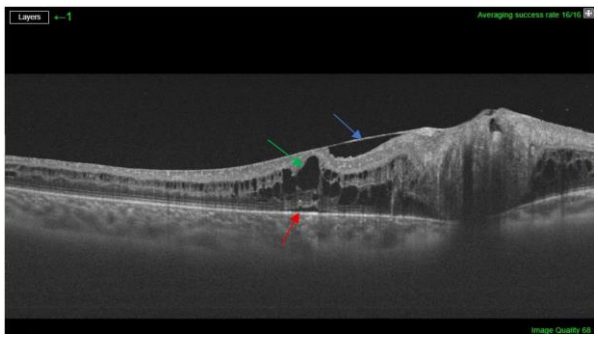


Figure 3 : Coupe OCT swept-source (OD), montrant la MER tractionnelle interpapillomaculaire (flèche bleue), l'OMC (flèche verte), et une fine lame de DSR (flèche rouge).
OCT : optical coherence tomography, OD : œil droit, MER : membrane épirétinienne, OMC : œdème maculaire cystoïde, DSR : décollement séreux rétinien.

De ce fait, nous avons continué la surveillance de la patiente pendant 6 mois après arrêt de la corticothérapie, afin de s'assurer de l'accalmie de la réaction inflammatoire, et l'absence de réactivation de l'uvéite, de même pour distinguer l'origine inflammatoire ou tractionnelle de l'OMC persistant, par la mesure régulière de l'acuité visuelle, l'examen du segment antérieur à la LAF, l'examen du fond d'œil, et la pratique de l'OCT maculaire, d'abord tous les 15 jours les 3 premiers mois, puis chaque mois durant les 3 mois suivants. Les données de l'examen ophtalmologique et l'OCT maculaire sont restés stationnaires durant toute la période du suivi de 6 mois après l'arrêt de la corticothérapie systémique.

Par la suite, la patiente a été prise en charge par un spécialiste en chirurgie vitréo-rétinienne, qui a procédé sous anesthésie générale à une vitrectomie postérieure par la pars plana avec pelage de la membrane épirétinienne sans pelage de la membrane limitante interne (MLI), et sans tamponnement par gaz ou silicone (**figure 4a**), sans complications peropératoire de déchirure rétinienne ou d'hémorragie rétinienne ou intravitréenne, conduisant à une amélioration de la meilleure acuité visuelle corrigée à 7/10ème à l'échelle de Monoyer (OD), avec résolution de l'œdème maculaire tractionnel confirmée par l'OCT maculaire, et persistance d'une irrégularité de la MLI. L'épaisseur maculaire a baissé jusqu'à 358 µm (**figure 4b**).

La surveillance post-opératoire recherchait une éventuelle ; déchirure rétinienne, réactivation inflammatoire, ou récidive de l'OMC.

L'état oculaire de la patiente est resté stable jusqu'à ce jour après trois ans d'évolution sans récidive inflammatoire ou de l'OMC.

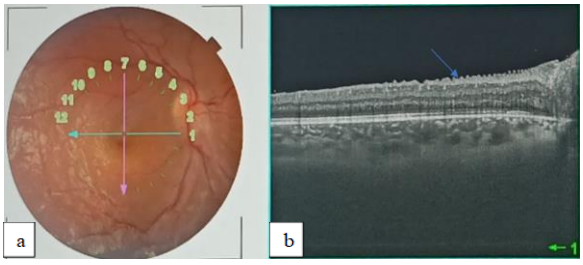


Figure 4 : a : Rétinographie couleur du fond d'œil après pelage de la MER (OD). **b :** Coupe OCT swept-source après pelage de la MER confirmant la disparition de l'OMC tractionnel, avec persistance d'une irrégularité de la MLI (flèche bleue) (OD).
MER : membrane épirétinienne, OD : œil droit, OCT : optical coherence tomography, OMC : œdème maculaire cystoïde, MLI : membrane limitante interne.

3. Discussion

L'uvéite virale se présente habituellement comme une uvéite antérieure unilatérale [2,3]. La survenue d'une panuvéite dans ce contexte, peut être attribuée au caractère récurent et chronique de l'infection virale donnant une extension de l'inflammation, notamment dans la population pédiatrique où le diagnostic est souvent tardif suite aux difficultés particulières rencontrées dans cette tranche d'âge, liées principalement à l'incapacité des enfants à exprimer leur symptomatologie clinique entrainant un retard de consultation [4].

Dans le cas de notre patiente, notre démarche thérapeutique initiale visait à traiter une éventuelle ARN, suite la présence d'une hyalite dense génant l'examen de la rétine. Devant la positivité des sérologies HSV et VZV, des doses curatives d'aciclovir ont été administées par voie intraveineuse. Cependant, les protocols thérapeutiques sont moins standardisés pour la corticothérapie systémique; certains auteurs indiquent le bolus de méthylprednisolone 24-48 h après de le début du traitement antiviral systémique, d'autres préfèrent temporiser jusqu'à la maîtrise de l'infection virale jugée cliniquement par la limitation de l'extension de la ARN [5].

Dans notre cas, la hyalite dense empêchait l'examen et la surveillance de l'évolution de l'état de la rétine, de ce fait nous avons décidé de poursuivre le traitement antiviral jusqu'à 10 jours avant d'initier la corticothérapie systémique, qui est une durée suffisante théoriquement pour maîtriser une éventuelle ARN. Le relais peros par prednisolone est justifié après le bolus de méthylprednisolone à la dose de 1mg/Kg/j avec dégression rapidement progressive allant de 4-6 semaines en cas d'ARN [5].

Dans le cas de notre patiente, l'absence de signes cliniques d'ARN, et la découverte d'une membrane inflammatoire nous a incité à faire une dégression plus progressive de la corticothérapie orale.

Le traitement antiviral systémique a été arrêté après confirmation de l'absence d'une ARN, sachant que l'infection virale à HSV/VZV est présumée sur la base des sérologies virales positives de ces deux virus, et notre but était de couvrir empiriquement une éventuelle ARN avant corticothérapie, et il n'existe pas de schéma universel validé spécifiquement pour une panuvéite pédiatrique isolée avec une sérologie HSV/VZV positive.

La chronicité de l'inflammation peut induire le développement d'une membrane épirétinienne à l'interface vitréorétinienne, faite de cellules myofibroblastiques contractiles et de matrice extracellulaire [6]. Sa survenue chez l'enfant est rare [7].

Les uvéites intermédiaires et postérieures sont le plus souvent incriminées dans la formation de MER; elle a été décrite dans 57 % des cas d'uvéite intermédiaire, et 43.4 % des uvéites postérieures et panuvéites chez l'adulte [8], et 20.5% des cas d'uvéites intermédiaires et postérieures chez l'enfant [9]. Dans ces atteintes inflammatoires du segment postérieur, les médiateurs inflammatoires agissent d'emblée au niveau de l'interface vitréo-rétinienne.

Le caractère contractile des cellules constituant la MER conduit à plusieurs complications, aboutissant à une baisse de l'acuité visuelle (BAV), des métamorphopsies et la formation d'OMC tractionnel [8]. L'OMC a été décrit chez 31.9% des patients présentant une MER, et constitue une cause fréquente de BAV [6].

Les mécanismes inflammatoire et mécanique de l'OMC peuvent coexister en cas d'uvéite [8].

Dans notre cas la persistence d'un OMC malgré les doses importantes de corticoïdes et la disparition des autres signes inflammatoires notamment la hyalite et le DSR, et en présence d'une MER, l'origine tractionnelle de l'OMC a été fortement suspectée, ce qui a incité l'indication d'un traitement chirurgical pour supprimer les tractions maculaires.

La prise en charge de la MER et de l'OMC tractionnel qui en résulte repose principalement sur la vitréctomie postérieure par la pars plana avec pelage de la MER, plus ou moins associés au pelage de la membrane limitante interne, bien que le pelage de la MLI ne soit pas systématique et ses bénéfices restent controversés [8].

Les résultats fonctionnels et anatomiques de la chirurgie de la MER sont souvent satisfaisants, permettant une résolution de l'OMC tractionnel et l'amélioration de l'acuité visuelle [6,7].

L'acte chirurgical de vitrectomie accompagnée de pelage de la MER doit être réalisée après une accalmie de l'inflammation d'au moins de 3 mois après l'arrêt de la corticothérapie systémique [6,10], Marco Coassin et ses collaborateurs [11], préconisent le geste chirurgical pour les œdèmes maculaires dont l'épaisseur maculaire est restée inchangée pendant 6 mois d'observation.

Cette période de surveillance de l'accalmie de la réaction inflammatoire a été respectée dans le cas de notre patiente et a mené des résultats satisfaisants sur les plans anatomique et fonctionnel.

4. Conclusion

L'uvéite virale se manifeste habituellement sous forme d'une uvéite antérieure. L'atteinte habituelle du segment postérieur dans le cadre des infections herpétique se manifeste dans les cas les plus sévères par une rétinite nécrosante, mais dans le cas de notre patiente le mode de révélation était une panuvéite compliquée d'une membrane épirétinienne témoignant de la variabilité de la présentation clinique des uvéites virales herpétiques.

L'uvéite elle-même constitue un défi diagnostique et thérapeutique dans la population pédiatrique, par le

retard diagnostique lié aux difficultés chez les enfants à verbaliser leur symptomatologie clinique, et les complications qui en découlent.

Le retard de consultation dans le cas de notre patiente, a fait que cette infection virale présumée avait entrainé le développement d'une membrane épirétinienne, gênant une récupération visuelle satisfaisante, malgré un traitement anti-infectieux adapté et anti-inflammatoire par corticoïde.

Le recours à la chirurgie vitréo-rétinienne était obligatoire, malgré un contexte infectieux suspecté, par vitrectomie postérieure et pelage de la membrane épirétinienne, après arrêt du traitement immunosuppresseur et une accalmie de 6 mois de l'inflammation, dans le but de restaurer une acuité visuelle satisfaisante.

5. Consentement du patient

Un consentement éclairé des parents de la patiente a été obtenu pour la publication des données de cet article.

6. Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

7. Remerciement

Nous remercions le Dr R.Dahou, ophtalmologiste installé à Oran (Algérie), qui a contribué à la prise en charge de la patiente par chirurgie vitréo-rétinienne, et a aidé la patiente à restaurer chez elle une bonne acuité visuelle.

8. Financement

Cette recherche n'a reçu aucun financement externe.

9. Références.

1. Paroli, M. P., Restivo, L., Ottaviani, E., Nardella, C., Abicca, I., Spadea, L., & Paroli, M. (2022). Clinical features of infectious uveitis in children referred to a hospital-based eye clinic in Italy. *Medicina*, *58*(11), 1673.
2. Ngathaweesuk, Y., Hendrikse, J., de Groot-Mijnes, J. D. F., de Boer, J. H., & Hettinga, Y. M. (2024). Causes of infectious pediatric uveitis: A review. *Survey of ophthalmology*, *69*(3), 483-494.
3. Ahmed, A., & Biswas, J. (2016). Pediatric uveitis. In *Uveitis: an update* (pp. 153-159). New Delhi: Springer India.
4. Wensing, B., Relvas, L. M., Caspers, L. E., Valentincic, N. V., Stunf, S., de Groot-Mijnes, J. D., & Rothova, A. (2011). Comparison of rubella virus-and herpes virus-associated anterior uveitis: clinical manifestations and visual prognosis. *Ophthalmology*, *118*(10), 1905-1910.
5. Devilliers MJ, Salah WB, Barreau E, Da Cunha E, M'Garrech M, Bénichou J, Labetoulle M, Rousseau A. Atteintes ophtalmologiques des infections virales. La Revue de Médecine Interne. 2021 Jun 1;42(6):401-10.
6. Yap, A., Lu, L. M., Sims, J. L., Welch, S., & Niederer, R. L. (2024). Epiretinal membrane in uveitis: rate, visual prognosis, complications and surgical outcomes. *Clinical & Experimental Ophthalmology*, *52*(1), 54-62.
7. Kalogeropoulos, D., Lotery, A. J., Gupta, B., Lash, S., & Antonakis, S. (2024). Epiretinal membranes in patients with uveitis: an update on the current state of management. *International Ophthalmology*, *44*(1), 291.
8. Schirrwagen, J., Schöneberger, V., Brockmann, C., Fuchsluger, T. A., & Schaub, F. (2025). Peeling of secondary epiretinal membrane in uveitis–functional improvement to be expected?. *International Journal of Retina and Vitreous*, *12*(1), 7.
9. Khaja HA, McCannel CA, Diehl NN, Mohney BG. Incidence and clinical characteristics of epiretinal membranes in children. Archives of ophthalmology. 2008 May 1;126(5):632-6.
10. Meuer, S. M., Myers, C. E., Klein, B. E., Swift, M. K., Huang, Y., Gangaputra, S., ... & Klein, R. (2015). The epidemiology of vitreoretinal interface abnormalities as detected by spectral-domain optical coherence tomography: the beaver dam eye study. *Ophthalmology*, *122*(4), 787-795.
11. Coassin M, Mori T, Mastrofilippo V, Sborgia G, De Maria M, Carlà MM, Di Zazzo A, Fontana L, Cimino L. Surgical management of post-uveitic epiretinal membranes. European Journal of Ophthalmology. 2022 Mar;32(2):1122-8.