



Par la docteure Claudie Dalzill
Optométriste

ARTICLE 2
.....

Perte de vision aiguë unilatérale secondaire à un syndrome pieds-mains-bouche

Le syndrome pieds-mains-bouche (SPMB) est une infection virale aiguë le plus souvent observée chez l'enfant, principalement causée par des entérovirus tels que le virus Coxsackie A16, A6 ou l'entérovirus 71. L'infection est généralement bénigne et autolimitée, se manifestant par une éruption cutanée caractéristique des extrémités et des lésions buccales douloureuses. Compte tenu de la haute contagion du SPMB, les adultes ne sont pas à l'abri des manifestations de cette infection et la présentation peut souvent être plus sévère que chez l'enfant. Les complications systémiques demeurent toutefois rares, et l'atteinte oculaire reste exceptionnelle.

Au cours des dernières années, certaines manifestations ophtalmologiques associées au SPMB ont toutefois été rapportées, incluant des atteintes de la rétine externe telles que la maculopathie aiguë associée au virus Coxsackie ou des tableaux cliniques s'apparentant au syndrome des taches blanches. Ces présentations peuvent se traduire par une perte de vision aiguë, souvent unilatérale, survenant de façon concomitante ou retardée par rapport aux symptômes systémiques.

Nous rapportons ici le cas d'une patiente de 40 ans présentant une perte de vision aiguë unilatérale survenue 1 semaine après l'apparition d'un syndrome pieds-mains-bouche. Ce cas illustre une manifestation ophtalmologique rare de cette infection virale chez l'adulte et souligne l'importance de considérer une étiologie postinfectieuse dans l'évaluation d'une baisse visuelle aiguë inexplicquée. Une revue de la littérature est également présentée afin de discuter des mécanismes pathophysiologiques possibles et du pronostic visuel.



PRÉSENTATION DU CAS

Examen initial, 5 août 2025

Une patiente de 40 ans se présente en clinique après l'apparition d'un scotome central de l'œil gauche depuis une semaine. Elle ne rapporte aucun flottant ni photopsie. Son état de santé général est bon, mais elle mentionne avoir contracté, de son enfant, un syndrome pieds-mains-bouche la semaine précédente. Au moment de l'examen, les lésions corporelles sont guéries depuis déjà quelques jours. Elle n'a jamais eu d'opération ni de traumatisme oculaire. Elle prend quotidiennement bupropion (Wellbutrin) et venlafaxine (Effexor).

À l'examen oculaire, l'acuité visuelle corrigée est de 20/20 OD et MM OS. La PIO est de 19 mm Hg OD et 17 mm Hg OS. L'examen du segment antérieur à la lampe à fente est sans particularité aux deux yeux.

L'examen du segment postérieur révèle un fond d'œil normal à l'OD. À l'OS, on observe une large lésion rétinienne non surélevée, associée à des variations pigmentaires, plus foncées au centre et plus claires en périphérie.

Une hémorragie rétinienne en flammèche, située en supérieur du nerf optique, est également notée. Les nerfs optiques apparaissent sains, sans œdème ni pâleur. L'examen périphérique sous dilatation est sans particularité. Aucune cellule dans le vitré n'est notée.

La TCO maculaire (**figure 1**) montre une perte focale de la zone ellipsoïde, avec des points d'hyperréflexivité dans les couches externes et la choroïde, sans présence de liquide sous-rétinien (LSR) ni de liquide intrarétinien (LIR). Le contour fovéolaire est préservé.

Une consultation en ophtalmologie a eu lieu et on a demandé un bilan infectieux et inflammatoire étendu. À ce stade, l'hypothèse d'un syndrome des taches blanches a été retenu, compte tenu d'un contexte d'infection virale récente rapporté par la patiente. Le diagnostic différentiel incluait également une maculopathie unilatérale idiopathique aiguë (acute idiopathic unilateral maculopathy). Une approche conservatrice avec observation et un suivi à deux semaines ont été recommandés.

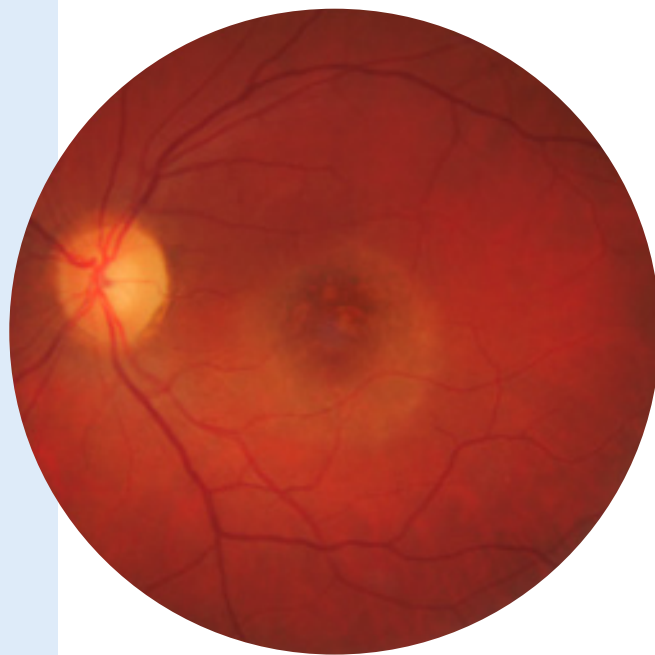


Figure 1 :
La photo rétinienne de l'œil gauche de la patiente.
L'œil droit était sans particularité.

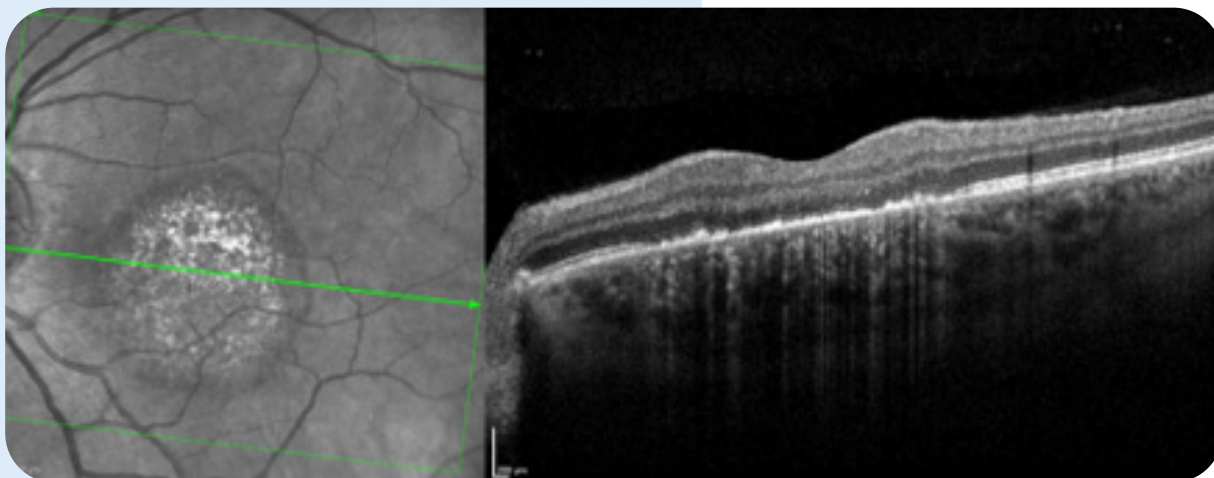


Figure 1 : TCO maculaire de l'œil gauche de la patiente. L'œil droit était sans particularité.

Suivi à 2 semaines, 19 août 2025

Lors du suivi, les acuités visuelles sont inchangées. L'examen du segment postérieur de l'OS démontre une résolution complète de l'hémorragie rétinienne en flammèche, tandis que la lésion maculaire centrale demeure stable. La TCO (figure 2) démontre un léger épaissement des couches externes comparativement à l'examen antérieur avec une atteinte toujours significative de la zone ellipsoïde.

Les résultats du bilan sanguin sont négatifs pour le VIH, la syphilis, la toxoplasmose, les ANCA et le HLA-B27. Le dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) est normal, tout comme les analyses de la créatinine, de l'ALT et de l'AST (enzymes hépatiques).

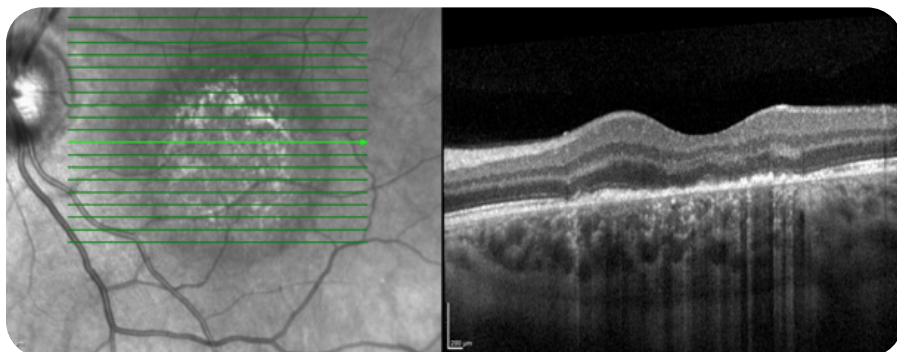


Figure 2 : La TCO maculaire de l'œil gauche de la patiente lors du suivi (2 semaines après la visite initiale).

À la suite de la revue de la littérature et en l'absence d'étiologie infectieuse ou inflammatoire identifiée, le diagnostic de maculopathie associée au syndrome pieds-mains-bouche a été posé. Un contrôle dans deux mois est planifié.

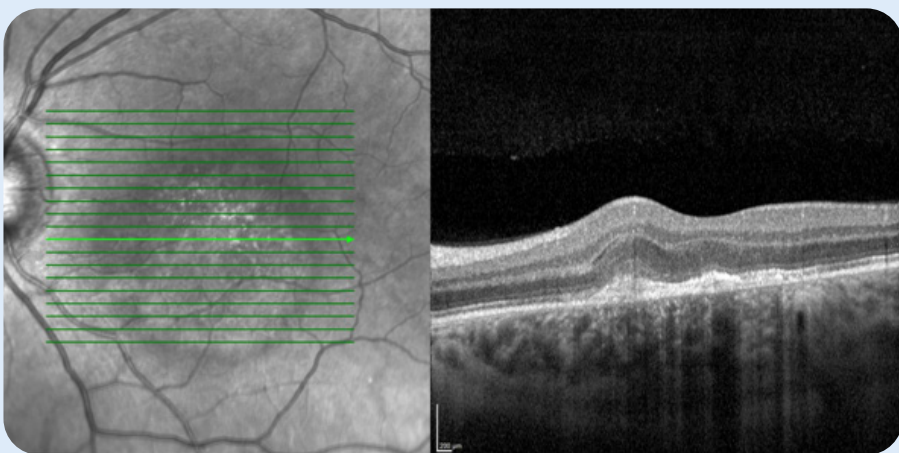


Figure 3 : La TCO maculaire de l'œil gauche de la patiente lors du suivi (2 mois après la visite initiale).

Suivi à 3 mois, 5 novembre 2025

L'acuité visuelle de l'OS s'est améliorée à 20/60. Le bilan infectieux complémentaire s'est avéré négatif, incluant les sérologies pour la toxocarose, la Bartonella henselae (maladie des griffes du chat), la Borrelia burgdorferi (maladie de Lyme), le QuantiFERON (tuberculose), ainsi que les tests HLA-B51 (maladie de Behcet) et HLA-A29 (rétinochoroïdopathie de type Birdshot).

La TCO maculaire démontre une amélioration de la continuité de la zone ellipsoïde, avec une diminution nette des dépôts hyperreflectifs des couches externes et de la choroïde, suggérant une récupération progressive. On recommande un suivi trois mois plus tard.

Suivi à 7 mois, 3 mars 2026

Lors de ce suivi, l'acuité visuelle de l'OS s'est améliorée à 20/40+2. La TCO montre une reconstitution presque complète de la zone ellipsoïde comparativement aux examens antérieurs, ce qui suggère une récupération lente mais continue des photorécepteurs. On planifie un suivi additionnel à 12 mois, en juillet 2026, afin de documenter l'évolution fonctionnelle et anatomique à plus long terme.

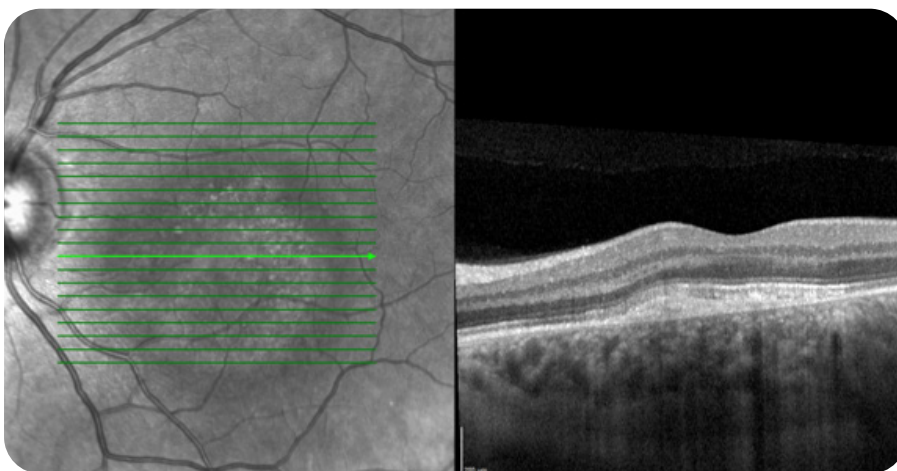


Figure 3 : L'OCT maculaire de l'œil gauche de la patiente lors du suivi (7 mois après la visite initiale).

DISCUSSION

Les atteintes oculaires associées au syndrome pieds-mains-bouche (SPMB) demeurent rares, mais plusieurs cas de maculopathie aiguë postvirale, principalement liés aux virus Cocksackie, ont été décrits. La majorité de ces cas touche habituellement des adultes entre 20-45 ans, de bonne santé générale et la perte visuelle survient typiquement quelques jours à quelques semaines après l'épisode systémique.

De façon similaire avec les cas rapportés dans la littérature, notre patiente présentait :

- une perte visuelle aiguë unilatérale
- un scotome central
- une absence de photopsie ou de flottant
- un examen du segment antérieur normal

Dans la littérature, la plupart des patients rapportent peu ou pas de symptômes inflammatoires intraoculaires, et la vitréite est généralement absente, ce qui correspond également aux constatations cliniques dans notre cas. Contrairement à certaines maladies inflammatoires de la rétine externe, telles que le syndrome des taches blanches, les cas de maculopathie associée au SPMB présentent habituellement une inflammation minime, voire inexistante.

Les descriptions du fond d'œil dans les cas publiés sont variables, allant d'un examen initialement normal à la présence de lésions maculaires jaunâtres ou grisâtres, parfois accompagnées de changements pigmentaires. On rapporte rarement une hémorragie rétinienne associée, mais elle a été décrite dans certains cas isolés, suggérant une atteinte microvasculaire ou inflammatoire transitoire. Dans notre cas, la présence d'une hémorragie en flammèche juxtapapillaire, rapidement résolue, pourrait refléter un phénomène vasculaire transitoire secondaire à l'inflammation postvirale.

L'imagerie TCO constitue l'élément diagnostique central dans les cas rapportés. De façon semblable à notre patiente, la majorité des publications décrivent :

- une atteinte prédominante de la rétine externe;
- une disruption ou disparition transitoire de la ligne ellipsoïde;
- l'absence de liquide sous-rétinien ou intrarétinien dans plusieurs cas.

Dans certains rapports, ces atteintes ont initialement été diagnostiquées comme une maculopathie aiguë unilatérale idiopathique ou un syndrome des taches blanches, avant qu'un lien avec une infection récente à virus Cocksackie ne soit établi. L'évolution sur la TCO de notre cas, marquée par une réapparition progressive de la ligne des photorécepteurs, concorde bien avec les cas rapportés.

Selon la documentation disponible, l'évolution clinique est généralement favorable, avec une amélioration spontanée de l'acuité visuelle sur plusieurs semaines, voire quelques mois. La récupération visuelle peut toutefois être incomplète, et certains patients conservent un scotome résiduel malgré une amélioration anatomique à la TCO. Dans notre cas, l'amélioration graduelle de l'acuité visuelle de MM à 20/40+2 sur une période de sept mois, avec une récupération structurale observée à la TCO, concorde bien avec ces observations.

Comme dans la majorité des cas publiés, une approche conservatrice avec observation a été privilégiée chez notre patiente vu l'absence de signes d'inflammation intraoculaire active ou de progression rapide. Aucun traitement immunosuppresseur ou antiviral spécifique n'a été nécessaire et l'évolution favorable soutient la stratégie d'observation attentive recommandée dans la littérature. Certains rapports de cas font mention de l'utilisation de corticostéroïdes oraux pour diminuer l'inflammation des photorécepteurs et de l'EPR dans le but d'améliorer le pronostic visuel. Leur utilisation repose davantage sur la logique pathophysiologique de la maladie plutôt que sur des données probantes réelles. Dans l'absence de preuve robuste et dans l'optique où la maladie a généralement un profil autolimité, l'utilisation de corticostéroïdes oraux pourrait être envisagée surtout dans les cas plus graves, mais il ne s'agit pas d'un traitement standard.

Plusieurs mécanismes ont été proposés pour expliquer l'atteinte rétinienne transitoire associée au SPMB.

1. Atteinte inflammatoire postinfectieuse médiée par le système immunitaire

Le mécanisme le plus fréquemment évoqué est celui d'une réaction inflammatoire postinfectieuse, survenant quelques jours à semaines après l'épisode systémique. L'infection virale initiale entraînerait une activation immunitaire systémique avec production de cytokines pro-inflammatoires, pouvant induire une atteinte secondaire de la rétine externe, en particulier au niveau des photorécepteurs et de l'épithélium pigmentaire rétinien (EPR). Cette hypothèse est soutenue par :


- le temps de latence entre l'infection systémique et l'apparition des symptômes visuels;
- l'absence de signes cliniques d'infection intraoculaire active;
- le bilan infectieux négatif;
- l'évolution spontanément favorable observée dans la majorité des cas.

Dans ce contexte, la destruction transitoire de la ligne ellipsoïde observée à la TCO pourrait refléter une dysfonction inflammatoire réversible des photorécepteurs, plutôt qu'une nécrose irréversible.

2. Atteinte ischémique transitoire de la choriocapillaire

On a aussi proposé l'action d'un mécanisme ischémique impliquant une atteinte inflammatoire transitoire de la choriocapillaire, qui entraîne une hypoperfusion focale de la rétine externe. Cette hypothèse s'inscrit dans le spectre des entités telles que la maculopathie aiguë unilatérale idiopathique et certains syndromes des taches blanches, où une ischémie choroïdienne focale entraîne une atteinte secondaire des photorécepteurs. La récupération progressive de la ligne ellipsoïde observée chez notre patiente est compatible avec une ischémie réversible, sans atteinte permanente de l'EPR.

CONCLUSION

Ce cas souligne l'importance de reconnaître le SPMB comme une cause potentielle de maculopathie aiguë unilatérale, particulièrement chez l'adulte, afin d'éviter des investigations invasives ou des traitements immunosuppresseurs inutiles. Une approche conservatrice avec observation étroite est souvent appropriée dans les cas qui ne présentent pas de signes d'inflammation intraoculaire active et où le pronostic visuel est généralement bon. 

BIBLIOGRAPHIE

1. Reich M, Cakir B, Cvetkoski S, Lang SJ, Stahl A, Ness T, et al. Acute unilateral maculopathy associated with adult onset of hand, foot and mouth disease: a case report. BMC Ophthalmol. 2019;19:104.
2. Balaratnasingam C, Lally DR, Tawse KL, Maisel L, Freund KB, Waheed NK, et al. A unique posterior segment phenotypic manifestation of Coxsackie virus infection. Retinal Cases Brief Rep. 2016;10(3):278-282.
3. Agrawal R, Bhan K, Balaggan K, et al. Unilateral acute maculopathy associated with adult-onset hand, foot and mouth disease: case report and review of literature. Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection. 2015;5:2.
4. Duman R, Ulusoy MO, Kaderli B, et al. Unilateral acute idiopathic maculopathy associated with hand, foot, and mouth disease: case report and review of the literature. Int Ophthalmol. 2015;35(6):861-870.
5. Talli P, Georgalas I, Papaconstantinou D, et al. Unilateral acute idiopathic maculopathy following hand, foot, and mouth disease: multimodal imaging and clinical course. European Journal of Ophthalmology. 2020;14(4):355-359.



Formez votre équipe en assistance optométrique

Offre
spéciale pour
les lève-tôt



ENGAGEZ. VALORISEZ. SOIGNEZ MIEUX.

Inscriptions:
27 juillet – 31 août 2026

Meilleure compréhension:
Valorisez le rôle clé de votre personnel dans la qualité des soins oculaires.

Amélioration de la productivité:
Stimulez la performance de votre équipe.

Avancement de carrière: Offrez à vos employé.e.s de nouvelles compétences et opportunités.

Relations avec la clientèle: Créez une équipe offrant une expérience exceptionnelle.

Formation complète: Offrez une formation à la fois pratique et théorique pour maximiser les compétences.

Accès exclusif: Offres et opportunités de formation continue pour votre personnel.



opto.ca/fr/aocc



613-235-7924
888-263-4676



ccoa@opto.ca



CAO
ACO

Ce programme est offert exclusivement aux employé.e.s des membres de l'ACO