



Disponible en ligne sur
ASJP
 Algerian Scientific Journal Platform
<https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/588>



Case Report

De l'atteinte articulaire à la rétine : une vascularite rétinienne de découverte fortuite au cours d'un lupus systémique débutant actif.

From joint damage to the retina: retinal vasculitis discovered incidentally during active early systemic lupus.

Ferial HAMROUR ^{a,b,*}, Bouchra Aissaoui ^{a,b}, Hassina CHICHA ^{a,b}, Nour Elhouda DJELLALI ^{a,b}, Feriel BOUSELHIH ^{a,b}, Raouf Rahaimia ^c, Ahcene CHIBANE ^{a,b}

^a Service de médecine interne, CHU Douéra

^b Université Blida 1-Département de médecine

^c Ophtalmologiste, cabinet privé, Blida.

MOTS CLÉS

Rhumatisme
 inflammatoire ;
 Vascularite rétinienne ;
 L' Lupus systémique
 actif.

Résumé

La vascularite rétinienne constitue une manifestation ophtalmologique rare mais potentiellement sévère du lupus érythémateux systémique, susceptible d'engager le pronostic visuel et fréquemment associée à une activité systémique élevée. Son caractère parfois longtemps asymptomatique peut retarder le diagnostic et la prise en charge. Nous rapportons le cas d'une jeune patiente suivie pour lupus systémique, chez qui la réalisation systématique d'un examen ophtalmologique a permis de dépister une vascularite rétinienne avant l'installation de complications visuelles irréversibles. L'angiographie rétinienne a joué un rôle déterminant en confirmant l'atteinte vasculaire, en précisant sa topographie et sa sévérité, et en guidant la stratégie thérapeutique. Une prise en charge précoce et adaptée a permis une amélioration clinique avec une rémission confirmée au suivi. Ce cas souligne l'intérêt majeur d'un dépistage ophtalmologique systématique chez les patients lupiques, ainsi que le rôle central de l'angiographie dans le diagnostic et le suivi des vascularites rétiniennes, permettant d'optimiser le pronostic visuel grâce à une prise en charge rapide et efficace.

© 2026 Revue Algérienne d'Allergologie et d'Immunologie Clinique. Tous droits réservés

KEYWORDS

Inflammatory
 rheumatism;
 Retinal vasculitis;
 Active systemic lupus.

Abstract

Retinal vasculitis is a rare but potentially severe ophthalmological manifestation of systemic lupus erythematosus, which can compromise visual prognosis and is frequently associated with high systemic activity. Its sometimes long asymptomatic nature can delay diagnosis and treatment. We report the case of a young patient being treated for systemic lupus, in whom routine ophthalmological examination enabled the detection of retinal vasculitis before the onset of irreversible visual

complications. Retinal angiography played a decisive role in confirming vascular involvement, determining its topography and severity, and guiding the therapeutic strategy. Early and appropriate management led to clinical improvement with confirmed remission at follow-up. This case highlights the major benefit of systematic ophthalmological screening in lupus patients, as well as the central role of angiography in the diagnosis and follow-up of retinal vasculitis, enabling the visual prognosis to be optimised through rapid and effective management.

© 2026 Revue Algérienne d'Allergologie et d'Immunologie Clinique. All rights reserved.

* Auteur correspondant :

Adresse e-mail : hamrou65@gmail.com (F.HAMROUR)

Introduction :

Le lupus érythémateux systémique (LES) est la connectivite systémique la plus fréquente, elle demeure complexe et mystérieuse par ses expressions cliniques hétérogènes et polymorphes. Les manifestations oculaires du LES sont polymorphes et reflètent la nature systémique de la maladie. Elles peuvent intéresser l'ensemble des structures oculaires, depuis le segment antérieur, dominé par le syndrome sec, jusqu'au segment postérieur, où les atteintes rétinienne et du nerf optique constituent les formes les plus sévères, susceptibles de compromettre le pronostic visuel. La vascularite rétinienne (VR) est l'une des ophtalmopathies rarement observées au cours du lupus. Elle est définie par un processus inflammatoire des vaisseaux rétiniens, pouvant évoluer vers des lésions vasculaires occlusives et ischémiques sévères. Sa pathogenèse repose sur des mécanismes thrombotiques et immuno-inflammatoires, incluant le dépôt de complexes immuns, l'activation de l'immunité cellulaire et la dysfonction endothéliale. Sur le plan systémique, elle est souvent corrélée à une activité lupique élevée et peut s'intégrer dans un contexte de vascularite diffuse.

Cliniquement, la VR peut rester longtemps asymptomatique et être découverte fortuitement, ou au contraire se révéler par des troubles visuels parfois brutaux. Sa reconnaissance revêt un intérêt diagnostique et pronostique majeur, imposant une prise en charge rapide et multidisciplinaire.

Dans ce travail, nous rapportons l'observation d'une jeune patiente présentant initialement un rhumatisme inflammatoire, chez qui l'exploration étiologique a permis de poser le diagnostic de LES débutant actif, compliqué d'une VR découverte de manière fortuite, illustrant l'importance du

dépistage ophtalmologique au cours du LES, même en l'absence de symptomatologie oculaire.

Cas clinique

Il s'agissait d'une patiente âgée de 23 ans, sans antécédents personnels notables, présentait environ un an avant le diagnostic, un phénomène de Raynaud isolé, initialement négligé. L'évolution était marquée, un an plus tard, par l'apparition d'une atteinte articulaire inflammatoire faite d'arthralgies intéressant de façon bilatérale et symétrique les petites et les grosses articulations (interphalangiennes proximales et distales, poignets et coudes). L'examen clinique général était sans particularité, en dehors de la présence d'un purpura vasculaire cutané au niveau des 2 pieds. Dans le cadre du bilan d'exploration systémique, un examen ophtalmologique réalisait, et revenu en faveur d'une acuité visuelle conservée à 10/10 aux deux yeux, l'examen à la lampe à fente montrait des yeux calmes, sans signe d'uvéite antérieure ni séquelles inflammatoires, avec une pression intraoculaire normale (16 mm Hg aux deux yeux). L'examen du fond d'œil retrouvait un œil droit sans anomalie, tandis que l'œil gauche objectivait une vascularite rétinienne occlusive mixte artérielle et veineuse, associée à des signes d'ischémie rétinienne étendue prédominant au niveau de la rétine périphérique inférieure, compliquée d'hémorragies superficielles au pôle postérieur (Figure 1).



Figure1. Hémorragie rétinienne

L'angiographie a montré des lésions de périphlébites occlusives segmentaires de la veine rétinienne temporale inférieure et de la veine temporale supérieure de forme ischémique (Figure 2).

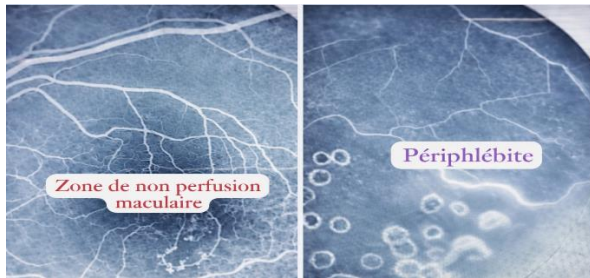


Figure 2. Lésions de périphlébite et d'ischémie

Une neuropathie optique associée a été mise en évidence, caractérisée par un amincissement de la couche des fibres optiques à l'OCT et des altérations des potentiels évoqués visuels (Figure 3).



Figure 3. Amincissement des fibres optiques

Le bilan biologique montrait une anémie normocytaire normochrome modérée (hémoglobine à 11 g/dl), une vitesse de sédimentation accélérée à 60 mm à la première heure, une CRP négative et une électrophorèse des protéines plasmatiques en faveur d'une inflammation chronique. Les bilans rénal et hépatique étaient normaux.

Le bilan immunologique était en faveur d'un LES, avec une positivité des anticorps antinucléaires, des anticorps anti-ADN natif fortement positifs, des anticorps anti-Sm positifs et une positivité des anticorps anti-Ro60. Une hypocomplémentémie C3 et C4. Le bilan du syndrome des antiphospholipides (anticorps anticardiolipine, anti- β 2GP1 et anticoagulant lupique) était négatif.

Les sérologies infectieuses virales, parasitaires et bactériennes étaient négatives. Les explorations cardiaque et pulmonaire étaient normales.

La capillaroscopie périunguëale mettait en évidence une microangiopathie active. La biopsie des glandes salivaires était normale. La biopsie cutanée, réalisée au niveau des lésions purpuriques, montrait une vascularite

leucocytoclasique avec dépôts d'IgA à l'immunofluorescence directe.

Au regard de l'ensemble des données cliniques, biologiques, immunologiques et ophtalmologiques, le diagnostic de LES débutant compliqué d'une VR occlusive sévère était retenu, selon les critères de l'ACR/EULAR 2019. Le score de SLEDAI était à 20 témoignant d'une activité systémique sévère, très élevée. La patiente a bénéficié d'un traitement par bolus de corticoïdes, relayés par voie orale, associé à un traitement immunosuppresseur par mycophénolatemofétil, à l'hydroxychloroquine et à un inhibiteur calcique (diltiazem) pour le phénomène de Raynaud. L'évolution était favorable, marquée par une régression nette des lésions de vascularite, sans altération de l'acuité visuelle.

Discussion

Le lupus systémique est un état dysimmunitaire complexe, caractérisé par une immunodépression intrinsèque et une altération de l'immunité innée et adaptative. L'atteinte oculaire au cours du lupus est variable et résulte d'un processus immunitaire affectant différentes structures, notamment la conjonctive, la cornée, la glande lacrymale, les muscles oculomoteurs, la sclère, le tonus vasculaire et le nerf optique (1).

L'atteinte rétinienne au cours du LES constitue un marqueur de gravité systémique et relève le plus souvent de mécanismes microangiopathiques ou thrombo-occlusifs.

La vascularite rétinienne inflammatoire demeure rare, en particulier en l'absence d'un Syndrome des antiphospholipides associé, principal déterminant des complications vasculaires rétinienne dans ce contexte (2).

La rétinopathie lupique, dont l'incidence peut atteindre 30% (3), constitue une manifestation ophtalmologique majeure du lupus et peut exceptionnellement révéler la maladie. Elle traduit le plus souvent une atteinte vasculaire inflammatoire sous-jacente, dominée par la vascularite rétinienne. Cette dernière, peut se compliquer d'une neuropathie optique ischémique débutante, susceptible d'évoluer vers une atrophie optique (4).

La pathogénèse de la vascularite rétinienne au cours du lupus est complexe et implique des dépôts de complexes immuns circulants, l'activation du système complément et la présence d'anticorps anti phospholipides au niveau des vaisseaux rétinien, à l'origine d'une nécrose fibrinoïde des

parois vasculaires et de micro-infarctissements (5,6).

Peu d'études ont évalué la fréquence des maladies systémiques associées à la vascularite rétinienne. Dans une étude rétrospective menée entre 1985 et 2010 sur 1 390 patients dans un centre de référence pour les uvéites, 207 cas de vascularite rétinienne ont été identifiés. Parmi eux, 35 patients présentaient une vascularite rétinienne primitive. Les étiologies systémiques les plus fréquentes étaient la maladie de Behçet (n = 14), la sarcoïdose (n = 13), la sclérose en plaques (n = 4), les vascularites systémiques (n = 3) et le lupus érythémateux systémique, avec ou sans syndrome des antiphospholipides (n = 3), illustrant la rareté de cette atteinte chez les patients lupiques (7).

La vascularite rétinienne est un marqueur de sévérité de la maladie et peut être découverte fortuitement, comme chez notre patiente, ou se manifester par un flou visuel ou une baisse de l'acuité visuelle (8). Bien qu'elle ne fasse pas partie des critères diagnostiques du lupus selon l'American Rheumatology Association, l'atteinte oculaire reste un indice important de l'activité de la maladie, permettant de visualiser directement les modifications vasculaires (9).

La vascularite rétinienne lupique touche généralement les veines. Des formes mixtes artério-veineuses ischémiques, bien que plus rares, sont associées à un pronostic fonctionnel plus péjoratif (10,11). Chez notre patiente, l'atteinte rétinienne sévère survenait malgré une acuité visuelle initialement conservée et l'absence de signes inflammatoires du segment antérieur, soulignant le caractère parfois silencieux mais potentiellement grave de cette atteinte. Cette dissociation met en évidence l'importance d'un examen systématique du fond d'œil, même en l'absence de symptômes visuels (12).

Les lésions observées, de type occlusion mixte avec ischémie périphérique, sont rares et généralement associées à une activité systémique élevée et un pronostic visuel défavorable (13,14), comme chez notre patiente dont le score SLEDAI était de 20. L'angiographie rétinienne reste le gold standard pour confirmer la nature occlusive, en préciser la topographie et l'étendue, et guider la stratégie thérapeutique ainsi que le suivi évolutif (15).

La neuropathie optique débutante détectée à l'électrorétinogramme souligne l'intérêt de cet outil pour le dépistage des atteintes infracliniques. Dans le lupus, l'atteinte du nerf optique peut résulter de mécanismes inflammatoires,

ischémiques ou thrombotiques, et précéder toute altération clinique objectivable (16–18).

Bien que les lésions ischémiques et occlusives soient souvent associées au syndrome des antiphospholipides, le bilan de notre patiente était négatif. Cette atteinte vasculaire peut néanmoins s'expliquer par des mécanismes inflammatoires et immunologiques propres au lupus actif, indépendamment de toute thrombophilie. L'inflammation vasculaire immune, l'activation du complément, les dépôts de complexes immuns et la dysfonction endothéliale peuvent induire une occlusion microvasculaire et une ischémie rétinienne sévère, mimant un tableau thrombotique sans SAPL associé.

L'association entre le LES et la vascularite à IgA demeure exceptionnelle et principalement rapportée sous forme de cas isolés (19). Si les vascularites cutanées sont relativement fréquentes au cours du LES, elles sont le plus souvent liées à des dépôts de complexes immuns contenant des IgG et du complément. La mise en évidence, dans notre observation, d'une vascularite leucocytoclasique avec dépôts prédominants d'IgA en immunofluorescence directe oriente vers une véritable vascularite à IgA plutôt qu'une simple manifestation cutanée lupique.

La question d'une association fortuite versus d'un lien étiopathogénique se pose. Sur le plan physiopathologique, le LES constitue un terrain d'hyperactivation immunitaire avec production accrue d'immunoglobulines et altération de la clairance des complexes immuns, mécanismes susceptibles de favoriser des dépôts vasculaires, y compris d'IgA. Toutefois, en l'absence de données expérimentales ou de séries structurées, aucun lien causal formel ne peut être établi à ce jour.

Ainsi, cette association rare pourrait relever d'un chevauchement immunologique favorisé par un terrain auto-immun commun plutôt que d'une relation spécifique démontrée. Des observations supplémentaires sont nécessaires afin de préciser s'il s'agit d'une coïncidence clinique ou de l'expression d'un sous-phénotype particulier au sein du spectre lupique.

Ce cas clinique issu de la pratique courante souligne l'importance d'un examen ophtalmologique systématique chez les patientes lupiques pour instaurer rapidement le traitement approprié. La prise en charge précoce et efficace de cette atteinte rare a permis une amélioration significative et une rémission confirmée par des contrôles réguliers.

Conclusion

Cette section n'est pas obligatoire, mais peut être ajoutée au manuscrit si la discussion est longue ou complexe.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt.

Références bibliographiques

1. Palejwala, N.V.;Walia, H.S.; Yeh, S. Ocular manifestations of systemic lupus erythematosus: A review of the literature. *Autoimmune Dis.* **2012**, 2012, 290898
2. Gascon P, et al. Vascularites rétinienne et maladies systémiques. *Rev Med Interne* (2018),<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2018.04.013>
3. Agarwal, A.; Rübsum, A.;zur Bonsen, L.; Pichi, F.; Neri, P.;Pleyer, U. A Comprehensive Update on Retinal Vasculitis: Etiologies,Manifestations and Treatments. *J.Clin. Med.* 2022, 11, 2525.
4. Lin, Y.C.; Wang, A.G.; Yen, M.Y. Systemic lupus erythematosus-associated optic neuritis: Clinical experience and literature review. *Acta Ophthalmol.* **2009**, 87, 204–210
5. Abdellatif, A.A.;Waris, S.; Lakhani, A.; Kadikoy, H.; Haque,W.; Truong, L.D. True vasculitis in lupus nephritis. *Clin. Nephrol.*2010, 74, 106–112.
6. Arevelo JF, Lowder CY, Muci-Mendoza R.Ocular manifestations of systemic lupus erythematosus.*CurrOpinOphthalmol* 2002;13:404-10.
7. James T.Rosenbaum, M.D, Jennifer Ku, M.Ph, Amro Ali, M.D et al.Patients with Retinal Vasculitis Rarely Suffer from Systemic Vasculitis. *Semin Arthritis Rheum.* 2012 June ; 41(6): 859–865.
8. Butendieck, R.R.; Parikh, K.; Stewart, M.; Davidge-Pitts, C.; Abril, A. Systemic lupus erythematosus-associated retinal vasculitis.*J. Rheumatol.* 2012, 39, 1095–1096. A
9. Giorgi D, Pace F, Giorgi A, et al. Retinopathy in systemic lupus erythematosus: pathogenesis and approach to therapy. *Hum Immunol* 1999;60:688-96.
10. Stafford-Brady F, Urowitz MB, Gladman DD, Easterbrook M.Lupus retinopathy. Patterns,associations, and prognosis. *Arthritis Rheum.*1988;31(9):1105–1110.
11. Heeyoon Cho. Ocular Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus. *Hanyang Med Rev* 2016;36:155-160. Doi : 10.7599/hmr.2016.36.3.155
12. Meng X, Li J, Zhang Y, et al. Retinal involvement in systemic lupus erythematosus: prevalence, clinical features, and association with disease activity. *BMC Rheumatology.* 2021;5:35. doi:10.1186/s41927-021-00203-5.
13. Al-Moujahed A, et al. Lupus érythémateux disséminé et rétinopathie ischémique maculaire : à propos d'un cas. **Société Française d'Ophtalmologie (SFO Online).** 2023. Disponible sur:<https://www.sfo-online.fr/media/lupus-erythemateux-dissemine-et-retinopathie-ischemique-maculaire-propos-dun-cas>
14. Dammacco R, Procaccio P, Racanelli V. Ocular involvement in systemic lupus erythematosus. **Clin Exp Med.**2018;18(2):135–149. doi:10.1007/s10238-017-0471-0
15. Leder et al. Diagnostic et imagerie des vascularites rétinienne. *Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection* 2013, 3:30
16. Ferreira A, Viveiros L, Faria R, et al. Retinal microvascular changes in systemic lupus erythematosus assessed by optical coherence tomography angiography. *Int J Retina Vitreous.* 2024;10:94. doi:10.1186/s40942-024-00617-6.
17. Meng L, Wang Y, Yang Z, et al. Ocular fundus changes and association with systemic conditions in systemic lupus erythematosus. *Front Immunol.* 2024;15:1395609. doi:10.3389/fimmu.2024.1395609.
18. Clinical features of ocular damage in systemic lupus erythematosus and risk factors for hydroxychloroquine-related complications. *SurvOphthalmol.* 2024;69(5):733–742. doi: 10.1016/j.survophthal.2024.05.006.
19. Bernardino V, Mendes-Bastos P,Rodrigues A, et al. BMJ. Case Rep Published online : doi :10.1136/bcr-2015-210121