



**Cas clinique**

**Occlusions bilatérales de l'artère cilio-rétinienne dans le lupus érythémateux disséminé :  
à propos d'une observation au CHU de Cocody (Abidjan)**

Bilateral occlusions of the cilioretinal artery in systemic lupus erythematosus:  
a case report from the Cocody university hospital (Abidjan)

KCR Kouadio\*<sup>1</sup>, M Soumahoro<sup>1</sup>, RP Agbohoun<sup>1</sup>, ANS Kra<sup>1</sup>, MSMP Konan<sup>1</sup>, AC Kouassi-Rebours<sup>1</sup>,  
HC N'da<sup>1</sup>, SFL Poualeu<sup>1</sup>, MRG Gogoua<sup>1</sup>, CE Koman<sup>1</sup>, FX Kouassi<sup>1</sup>

**Résumé**

Introduction : Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune multisystémique touchant surtout les femmes jeunes. Les atteintes ophtalmologiques sont fréquentes et parfois révélatrices, pouvant aller jusqu'à des occlusions vasculaires rétiniennes. L'occlusion de l'artère cilio-rétinienne est une manifestation très rare, surtout lorsqu'elle est bilatérale. L'article rapporte un cas exceptionnel de cette atteinte chez une patiente lupique.

Cas clinique : Patiente de 21 ans admise pour crises convulsives, avec antécédent de tuberculose. L'évolution clinique associait céphalées, lésions cutanées, ulcérations buccales et troubles visuels progressifs. Le bilan immunologique confirmait un LES actif.

L'examen ophtalmologique révélait une baisse

sévère de l'acuité visuelle bilatérale avec signes de rétinopathie ischémique. Les explorations confirmaient une occlusion bilatérale de l'artère cilio-rétinienne.

Un traitement par corticothérapie a été instauré. L'évolution a été marquée par des complications (néovascularisation, glaucome néovasculaire), mais avec une légère amélioration visuelle après 3 mois malgré une mauvaise observance thérapeutique.

Discussion : Le LES peut affecter de nombreux organes, y compris l'œil, avec des manifestations variées. Les occlusions vasculaires rétiniennes sont rares mais graves, souvent associées à une maladie active et à la présence d'anticorps antiphospholipides. Le cas présenté est particulier par son atteinte bilatérale simultanée. La prise en charge repose sur les corticoïdes, les immunosuppresseurs et parfois les anticoagulants, mais il n'existe pas de consensus clair.

Une prise en charge multidisciplinaire est essentielle pour prévenir les complications sévères.

Conclusion : Ce cas illustre une manifestation ophtalmologique rare et sévère du LES, marquée par une occlusion bilatérale simultanée de l'artère cilio-rétinienne. Il souligne l'importance d'un diagnostic précoce, d'un suivi ophtalmologique systématique et d'une prise en charge multidisciplinaire afin de limiter les complications visuelles potentiellement irréversibles.

Mots-clés : Lupus érythémateux systémique, Occlusion artérielle rétinienne, Artère cilio-rétinienne, Rétinopathie lupique.

### Abstract

Introduction: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a multisystemic autoimmune disease primarily affecting young women. Ocular involvement is common and sometimes the presenting symptom, potentially leading to retinal vascular occlusions. Ciliary-retinal artery occlusion is a very rare manifestation, especially when bilateral. This article reports an exceptional case of this condition in a lupus patient.

Clinical case: A 21-year-old woman was admitted for seizures, with a history of tuberculosis. Her clinical presentation included headaches, skin lesions, oral ulcerations, and progressive visual disturbances. Immunological testing confirmed active SLE.

Ophthalmological examination revealed severe bilateral visual acuity loss with signs of ischemic retinopathy. Further investigations confirmed bilateral cilioretinal artery occlusion.

Corticosteroid therapy was initiated. The patient's condition was complicated by neovascularization and neovascular glaucoma, but with slight visual improvement after three months despite poor treatment adherence.

Discussion: SLE can affect many organs, including the eye, with varied manifestations. Retinal vascular occlusions are rare but serious, often associated with active disease and the presence of antiphospholipid antibodies.

The case presented is unusual due to its simultaneous bilateral involvement. Management relies on corticosteroids, immunosuppressants, and sometimes anticoagulants, but there is no clear consensus. Multidisciplinary care is essential to prevent severe complications.

Conclusion: This case illustrates a rare and severe ophthalmological manifestation of SLE, characterized by simultaneous bilateral occlusion of the cilioretinal artery. It highlights the importance of early diagnosis, systematic ophthalmological follow-up, and multidisciplinary management to limit potentially irreversible visual complications.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, Retinal artery occlusion, Cilioretinal artery, Lupus retinopathy.

---

### Introduction

Le lupus érythémateux systémique est une maladie auto-immune multisystémique d'étiologie indéterminée, avec une évolution cyclique. Il est plus fréquent chez les femmes en âge de procréer, avec un ratio femmes/hommes de 9:1 [1]. On estime qu'un tiers des patients atteints de LES présentent des symptômes ophtalmiques, d'intensité variable, allant de légers à sévères, pouvant menacer la vision. L'atteinte des structures oculaires dépend de l'activité systémique de la maladie et précède souvent celle d'autres organes vitaux par exemple, les reins, les poumons, le cœur [2]. Le lupus érythémateux systémique est connu pour présenter diverses manifestations ophtalmologiques. Parmi celles-ci figurent les occlusions vasculaires dues soit à un état pro thrombotique, soit au dépôt de complexes immuns [3]. La survenue initiale d'une occlusion de l'artère centrale de la rétine (OACR) chez un patient atteint de LES est très rare [4], encore plus celle de l'artère cilio-rétinienne. Nous rapportons un cas rare d'occlusion bilatérale simultanée de l'artère cilio-rétinienne chez une patiente atteinte de lupus érythémateux systémique.

## Cas clinique

Une patiente de 21 ans, avec antécédents de tuberculose pulmonaire traitée et déclarée guérie 4 ans auparavant, s'est présentée aux urgences pour crise convulsives généralisées. Sa symptomatologie remonterait à 3 mois avant son admission par l'installation progressive de céphalées diffuses, vomissements sans photophobie ni sonophobie dans un contexte fébrile. On ne notait pas de frissons, hypersudation, sueur nocturne, asthénie ni amaigrissement. On ne notait pas également d'alopécie, d'épaississement cutané, de phénomène de Raynaud, de signes d'appel tumoraux, de myalgies et arthralgies. Deux semaines avant la survenue des crises, elle signalait l'apparition de lésions cutanées hyperchromiques disséminées sur l'ensemble du corps associées à un flou visuel bilatéral, une sécheresse buccale, une ulcération buccale sans ulcération nasale ni génitale. La patiente fut adressée en neurologie où tous les bilans radiologiques sont revenus normaux. Le diagnostic de méningoencéphalite sur terrain de connectivite est posé, ce qui motive son transfert en rhumatologie. En cours d'hospitalisation, l'on a constaté l'apparition d'un érythème malaire en aile de papillon, une chute des cheveux accompagnés d'une accentuation du flou visuel. Le bilan immunologique a objectivé une positivité des Anticorps anti nucléaires, Anticorps anti-ADNdb, Auto anticorps anti antigène nucléaire solubles (ENA), anticorps anti-SSA/Ro ainsi qu'une faible positivité des Anticorps anti-cardiolipine (IgM). Tous les examens suivants étaient négatifs : Anticorps anti NMO, Anticorps anti MOG, Anticoagulant lupique. L'examen ophtalmologique a

retrouvé une acuité visuelle consistant à voir bouger la main à 3 m non améliorée au trou sténopéique aux deux yeux. On notait un déficit pupillaire afférent relatif aux deux yeux. L'examen du fond d'œil mettait en évidence avec un œdème rétinien ischémique inter papillomaculaire, une macula rouge cerise, une pâleur papillaire, des nodules cotonneux et quelques zones d'hémorragies en flammèches péri papillaires (figure 1A). Une angiographie du fond d'œil à la fluorescéine a révélé une vascularite rétinienne avec occlusion bilatérale de l'artère cilio-rétinienne (figure 2). La tomographie par cohérence optique de la macula mettait en évidence une atrophie chorio-rétinienne maculaire aux deux yeux (figure 3). Sur la base des critères de classification 2019 de la Ligue Européenne contre le rhumatisme/American College of Rheumatology (EULAR/ACR), le diagnostic de LES a été posé avec un score de 33 points incluant la fièvre, leucopénie, ulcères buccaux, lupus cutané aigu, chute des cheveux, épanchement pleural et la positivité des anticorps anti cardiolipines, anti-SSA/Ro et anti DNA natifs. La patiente a débuté un traitement par méthylprednisolone intraveineuse (1 g par jour) pendant 3 jours, suivi de prednisolone orale (1 mg/kg/jour) à dose dégressive. L'évolution après 3 mois est marquée par l'apparition de néovaisseaux rétiens (figures 1B et 4) et d'un glaucome néovasculaire pour lequel des injections d'anti-VEGF ont été réalisées. La patiente n'a bénéficié ni d'anticoagulant ni de traitement immunosuppresseur après sa corticothérapie compte tenu de son inobservance. Cependant, on note une amélioration de l'acuité visuelle binoculaire à 1/10.

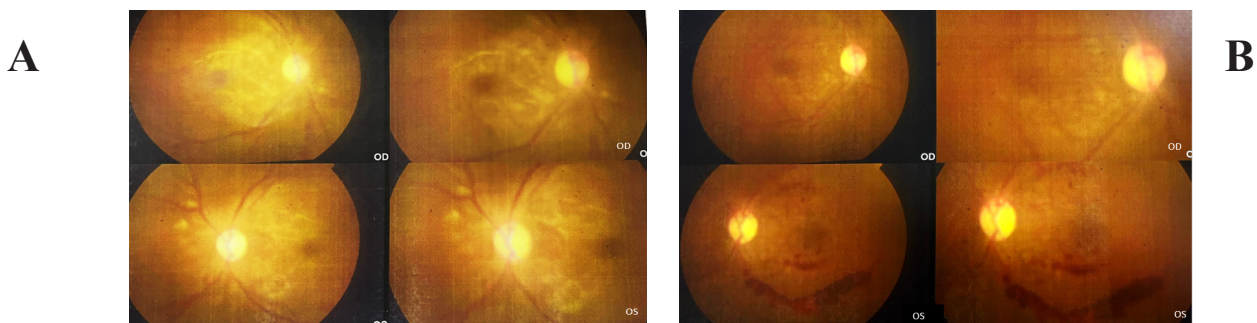


Figure 1 : photographie du fond d'œil montrant une atrophie optique, une fovéa rouge cerise avec un blanchiment rétinien inter papillomaculaire, signes d'une occlusion de l'artère cilio-rétinienne bilatérale (A) et 3 mois plus tard hémorragie en nappes à l'œil gauche et présence de néovaisseaux (B)

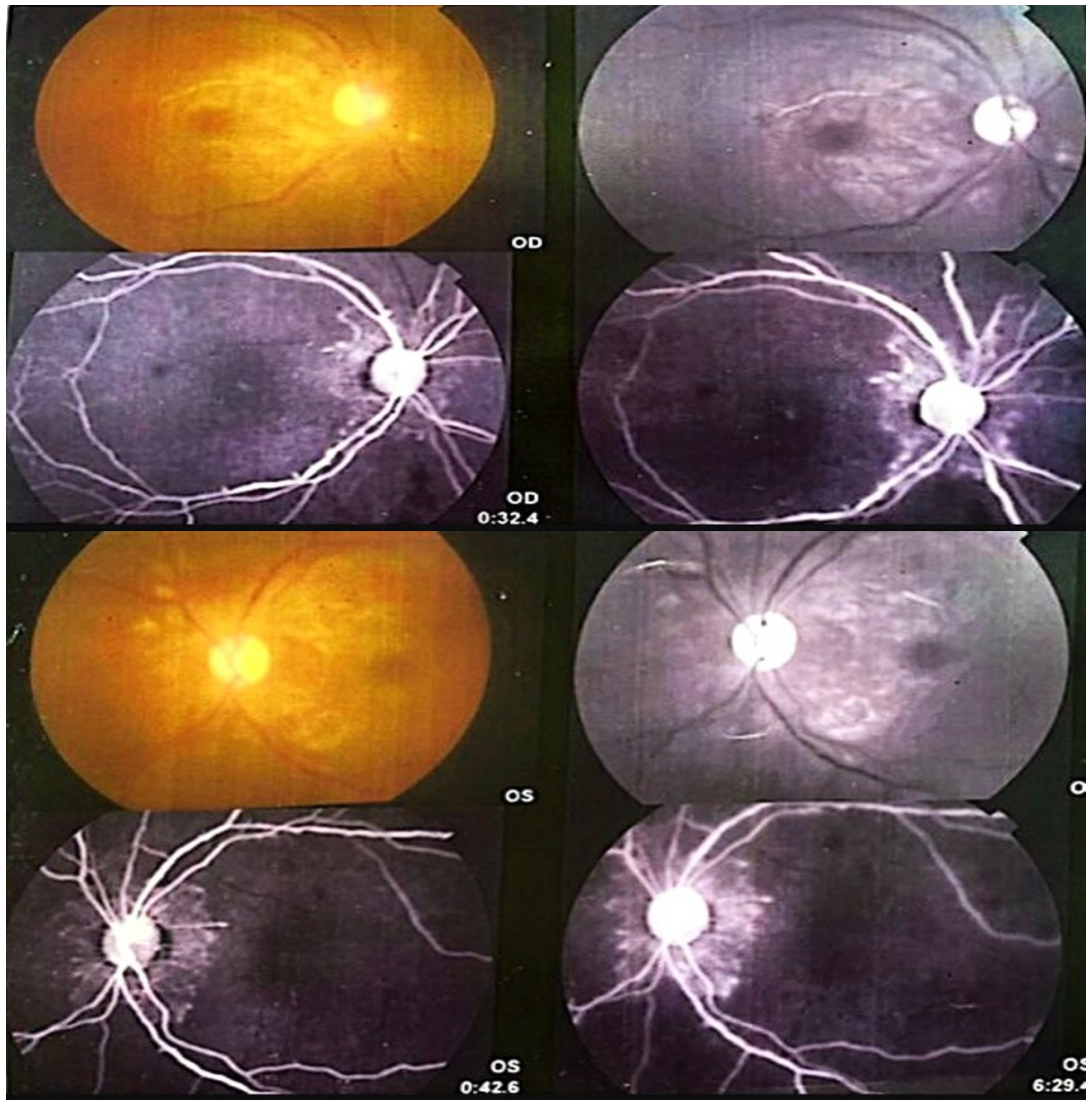


Figure 2 : Angiographie à la fluorescéine du fond d’œil droit gauche montrant des zones bilatérales d’hypofluorescence maculaire et pérимaculaire avec fuite capillaire diffuse autour de la papille

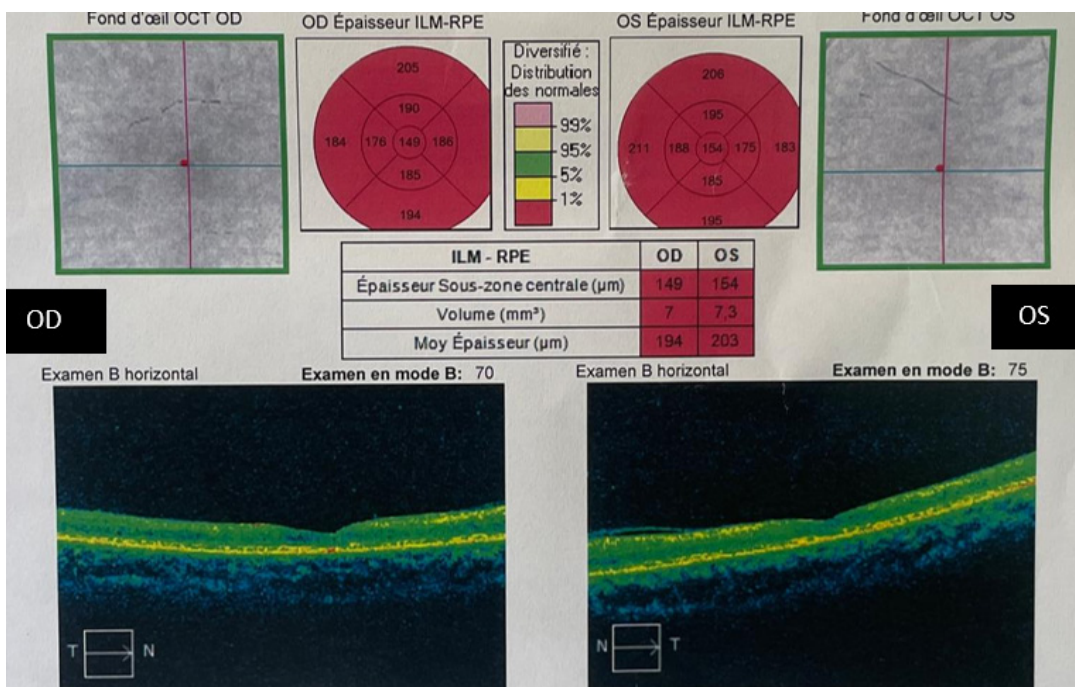


Figure 3 : atrophie chorio-rétinienne maculaire bilatérale à l’OCT

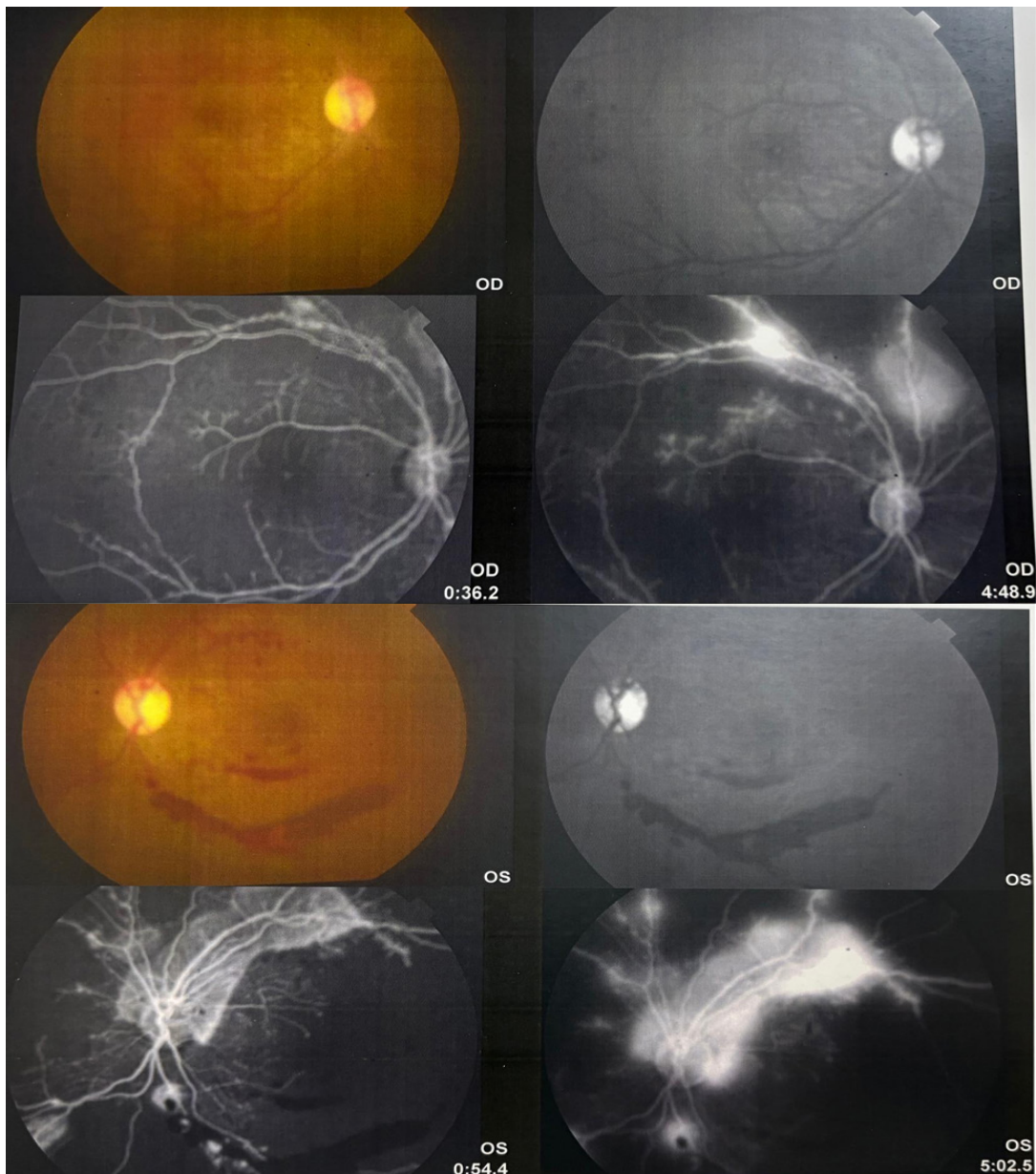


Figure 4 : Angiographie à la fluorescéine du fond d’œil droit et gauche réalisée 3 mois après montrant des zones d’hypofluorescence par masquage correspondant à la nappe hémorragique à l’œil gauche et des zones d’hyperfluorescence sus-papillaire correspondant à des néovaisseaux

## Discussion

Le lupus érythémateux systémique (LES) est une maladie auto-immune systémique chronique, caractérisée par une prédisposition génétique, une prédominance féminine et l’influence de facteurs environnementaux [5]. Ses manifestations sont variables. Il affecte notamment les systèmes neurologique, cardiaque, orthopédique, pulmonaire, rénal et dermatologique. De même, le LES peut toucher presque toutes les parties de l’œil, allant de la kérato-conjonctivite sèche à la myosite orbitaire

en passant par la névrite optique [3]. Notre patiente s’inscrit dans ce contexte, elle est de sexe féminin, a un antécédent de tuberculose pulmonaire et de troubles neurologiques. Dans plusieurs cas cliniques antérieurs, la perte de vision était le seul symptôme initial décrit comme manifestation oculaire du LES [6–8]. Des occlusions artérielles et veineuses rétiniennes centrales et/ou de branche ont également été décrites dans cette affection, probablement secondaires au développement de micro embolies [5]. Cependant, une atteinte bilatérale de l’artère centrale de la rétine n’a été rapportée que dans peu de cas [4, ]. Notre patiente

présentait une baisse brutale de l'acuité visuelle due à une occlusion bilatérale simultanée de l'artère cilio-rétinienne, ce qui rend ce cas unique. Les signes de rétinopathie et les occlusions des gros vaisseaux sont généralement associés à un lupus érythémateux systémique (LES) actif et sévère [3] comme le démontre ce cas. Il a été retrouvé une association entre une vasculopathie lupique rétinienne sévère et la présence d'anticorps anti phospholipides. Aussi, il est bien établi que les infarctus récurrents et les maladies thromboemboliques sont caractéristiques du syndrome des anti phospholipides (SAPL) [2]. Bien que notre patient ait présenté des taux faiblement positifs d'anticorps anti phospholipides, un syndrome des anti phospholipides secondaire a été diagnostiqué selon les critères de l'American College of Rheumatology (ACR), ce qui augmente son risque d'atteinte rétinienne et d'occlusions vasculaires [1]. La prise en charge du syndrome des antiphospholipides oculaire est similaire à la prévention secondaire des thromboses dans le syndrome des antiphospholipides en général, la warfarine constituant le traitement de première intention. La raison la plus fréquente de non observance du traitement anticoagulant est liée aux effets secondaires potentiels, notamment le risque d'hémorragie [9]. La principale contrainte chez notre patiente était plutôt un problème de moyens financiers corollaire de l'inobservance thérapeutique. La rétinopathie occlusive vasculaire sévère est généralement rare et, de ce fait, une entité peu diagnostiquée mais bien décrite, associée à une importante hypoperfusion des capillaires rétiniens, une obstruction multibranche de l'artère centrale de la rétine, une néovascularisation du fond d'œil, une hémorragie du vitré, un décollement de rétine tractionnel et un glaucome néovasculaire, entraînant une perte de vision significative [2]. C'est malheureusement le cas chez notre patiente qui présentait une néovascularisation rétinienne aux deux yeux puis un glaucome néovasculaire à l'œil droit. Il n'existe pas de consensus clair concernant le traitement médical des événements vaso occlusifs rétiniens chez les patients atteints

de lupus érythémateux systémique. Les traitements actifs du LES comprennent principalement les corticoïdes associés à des antipaludéens tels que l'hydroxychloroquine et aux immunosuppresseurs classiques (méthotrexate, cyclophosphamide, azathioprine, mycophénolate mofétil) [5]. L'incidence de la maculopathie induite par l'hydroxychloroquine a été rapportée comme inférieure à 1 % au cours des 5 premières années ; cependant, une association entre une occlusion de l'artère centrale de la rétine (OACR) et une maculopathie précoce induite par l'hydroxychloroquine a été décrite dans deux cas cliniques antérieurs [1]. Compte tenu de la maculopathie préexistante, en accord avec les rhumatologues, il a été recommandé la corticothérapie. Dans notre cas, l'acuité visuelle s'est nettement améliorée passant de VBLM à 1/10 aux deux yeux. L'association d'un traitement systémique et d'un traitement oculaire est cruciale pour traiter les manifestations oculaires du LES. Un examen ophtalmologique est indispensable, et une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire afin de prévenir les complications vaso-occlusives potentiellement graves. Ce cas clinique met en lumière une présentation inhabituelle de l'atteinte oculaire en l'occurrence l'occlusion bilatérale simultanée de l'artère cilio-rétinienne.

### Limites

Cette étude avait un caractère monocentrique. Aussi, les autres causes d'occlusions artérielles rétiniennes n'ont pas été recherchées.

### Conclusion

Ce cas illustre une manifestation ophtalmologique rare et sévère du LES, marquée par une occlusion bilatérale simultanée de l'artère cilio-rétinienne. Il souligne l'importance d'un diagnostic précoce, d'un suivi ophtalmologique systématique et d'une prise en charge multidisciplinaire afin de limiter les complications visuelles potentiellement irréversibles.

**\*Correspondance :**

Kouadio Kouao Cedric Romarie

[cedrickouadio@hotmail.fr](mailto:cedrickouadio@hotmail.fr)

**Disponible en ligne :** 30 Mars 2026

1 : Service d'ophtalmologie, Centre Hospitalier Universitaire Cocody, Département de chirurgie et spécialités chirurgicales, Université Felix-Houphouët-Boigny

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

**Conflit d'intérêt :** Aucun

**Références**

- [1] Aldhefeery N, Alhadhood N, Alkadi A. Bilateral retinal vasculitis as initial presentation of systemic lupus erythematosus with secondary antiphospholipid syndrome. *Am J Case Rep.* 2023;24:e942085. doi:10.12659/AJCR.942085
- [2] Luboń W, Luboń M, Kotyla P, et al. Understanding ocular findings and manifestations of systemic lupus erythematosus: update review of the literature. *Int J Mol Sci.* 2022;23:12264.
- [3] Lim Y, Afkhamnejad ER, Kavoussi S. Unilateral CRAO as the presenting clinical sign of systemic lupus erythematosus. *Am J Ophthalmol Case Rep.* 2023;29:101810.
- [4] Chandran K, Shenoy SB, Kulkarni C, et al. Bilateral simultaneous central retinal artery occlusion (CRAO) in a patient with systemic lupus erythematosus (SLE). *Am J Ophthalmol Case Rep.* 2020;19:100833.
- [5] Saidane R, Fendouli I, El Matri K, et al. Combined central retinal artery occlusion and anterior ischemic optic neuropathy as presenting signs of systemic lupus erythematosus. *J Fr Ophtalmol.*

2023;46:961–965.

- [6] Madurapperuma CP, Poobalasingam T, Dissanayake M, et al. Bilateral retinal vasculitis presenting as the first manifestation of systemic lupus erythematosus: a case report. *J Med Case Rep.* 2025;19:132.
- [7] Ben Brahim M, Arfa S, Boubaker F, et al. Recurrent retinal vein occlusion as the first clinical manifestation of systemic lupus erythematosus in a male patient. *F1000Res.* 2022;10:761.
- [8] Alhassan E, Gendelman HK, Sabha MM, et al. Bilateral retinal vasculitis as the first presentation of systemic lupus erythematosus. *Am J Case Rep.* 2021;22:e930650. doi:10.12659/AJCR.930650
- [9] Delavar A, Baxter SL. Cilioretinal artery occlusion in antiphospholipid syndrome and the decision to anticoagulate. *BMJ Case Rep.* 2022;15:e249509.

**Pour citer cet article**

KCR Kouadio, M Soumahoro, RP Agbohoun, ANS Kra, MSMP Konan, AC Kouassi-Rebours et al. Occlusions bilatérales de l'artère cilioretinienne dans le lupus érythémateux disséminé : à propos d'une observation au CHU de Cocody (Abidjan). *Jaccr Surgery* 2026; 2(1): 41-47

<https://doi.org/10.70065/2621.jaccrSurg.001L013003>