UVEITES ET MALADIES SYSTEMIQUES : QUE DOIT SAVOIR L'INTERNISTE ?

LE POINT DE VUE DE L'OPHTALMOLOGISTE
Dr Pierre-Loïc CORNUT
Praticien Hospitalier Universitaire
LYON

SNFMI, Nice, décembre 2012
QUE DOIT SAVOIR L’INTERNISTE ?

COUPLE OPHTALMOLOGISTE INTERNISTE
LA SEMIOLOGIE DE BASE
INTERROGATOIRE
BAISSE D'ACUITE VISUELLE

Oeil Blanc
- Indolore
  - Trouble réfractif
  - Opacité cornéenne
  - Cataracte
  - Presbytie
  - Hémorragie intra vitrène
  - Uvête intermédiaire
  - Décollement de rétine
  - OAGR
  - OVCR
  - Maculopathies (DMLA, OMC, CRSC, Membrane épithéliale, iatrogène, Trou maculaire, dystrophies héréditaires)
  - Neuropathies optiques (GCAO, NOIAA, toxique, traumatique, tumorale, dystrophie héréditaire)
  - Cécité corticale
  - Certaines uvètes

- Douloureux
  - Trouble réfractif
  - Trouble de la binocularity
  - Sd sec sévère
  - NRNB

Oeil Rouge
- Indolore
  - Situations rares:
    - Certains traumatismes
    - Certaines uvètes

- Douloureux
  - Contexte traumatique
    - Corps étranger superficiel, Brûlures
    - Contusion
    - Plaie du globe avec ou sans CEIO
  - Contexte post opératoire
    - Endophthalmitie
    - Rejet de greffe de cornée
  - Autre contexte
    - GAFA
    - Kératite
  - Inflammation intra oculaire (Uvête et sclérite)
LES SIGNES D’EXAMEN
SIGNES PHYSIQUES D’UVEITES

UVEITE ANTERIEURE

UVEITE POSTERIEURE

EXAMEN BILATERAL ET COMPARATIF D’AVANT EN ARRIERE...
Nodule conjonctival
BIOPSIE POUR EXAMEN ANAPATH
Cercle Périnéral Sclérite
SCLERITE:
PR ++, Wegener ++, Spondylarthropathie, PAN,
Polychondrite atrophiantle, Lupus, Sarcoïdose, Maladies
inflammatoires intestinales, Lymphome
Biphosphonates ++
HSV, VZV, Tuberculose, Syphilis, Lyme
Membrane cyclitique
PENSEZ :
Enfant : ACJ, rétinoblastome
B27, mais aussi : Behcet +++, HSV, VZV, RIFABUTINE, Endophtalmie endogène,
Précipités rétro descemétiques

PRD fins, diffus, non granulomateux

PRD épais, groupes, granulomateux
Club de Médecine Interne et Oeil
Uvéïtes non granulomateuses :
B27, Behcet, Birdshot, ACJ
NODULES SPHINCTERIENS DE KOEPPE

SIGNES D’UVEITE GRANULOMATEUSE
Nodules iriens

NODULES DE BUSACCA

SIGNES D’UVEITE GRANULOMATEUSE
UVEITES GRANULOMATEUSES

Infectieuses
Tuberculose
Toxoplasmose
Syphilis
Brucelose
Toxocarose
Herpes virus (CMV, VZV, HSV)

Immunologiques
Sarcoidose VKH

Idiopathique
UVEITES GRANULOMATEUSES
Peuvent s’exprimer sous une forme non granulomateuse
PARFOIS SEULE ANOMALIE VISIBLE CHEZ L'ENFANT PORTEUR D'ARTHRITE CHRONIQUE J.
UVEITES NON SYNECHIANTES
Fuchs
Birdshot
Posner Schlossman
Lymphome oculo cérébral
Cataracte

Cristallin normal
Cataracte nucléaire
Cataracte corticale
Cataracte sous capsulaire postérieure: volontiers cortico induite
Cataractes difficiles à prendre en charge: problèmes de dilatation pupillaire rebond inflammatoire post opératoire
Œufs de fourmis
Uvéïte à expression postérieure :
Exceptionnellement idiopathique
Signes de gravité

- Chorioretinite
- Vascularite
- Œdème papillaire par papillite

OMC
OCT: Macula normale

OCT: Œdème maculaire cystoidé
Hyperperméabilité capillaire maculaire
Inflammation aiguë et réversible
Inflammation chronique et irréversible
Œdème papillaire par pailllette

Oedème papillaire

AGF normale

Diffusion papillaire
ŒDEME PAPILLAIRE ET UVEITE: uvéo-papillite Behcet ++, Sarcoïdose ++, Syphilis ++, Tuberculose, Lyme VKH +, Ophtalmie sympathique
UVEO MENINGITE AVEC DECOLLEMENT DE RETINE EXSUDATIF

VKH +
UVEO PAPILITTE AVEC ETOILE MACULAIRE : NEURORETINITE

HTIC, HTA ++ si bilatéral,
Bartonellose ++,
Syphilis, Lymphome, Whipple, Tuberculose, Listeriose,
Ricketsiose, Brucellose, Lyme, Leptospirose,
Toxoplasmose, Toxocarose, Virus herpès
Chorioretinite
Foyers maculaires: urgence diagnostique et thérapeutique
Risque de cicatrice centrale avec baisse de vision irréversible
Vascularite
Sarcoïdose (gros troncs veineux)
Birdshot (plutôt veineuse)
Behcet (initialement veineuse, tardivement artérielle)
Toxoplasmose (plutôt artérielle)
Tuberculose et Eales (plutôt artérielle)
Connectivite (artérielle)
Rétinites virales (plutôt artérielle)
Banquises et/ou hyalite antérieure parfois isolée(s):
Pars planite ou uvéïte idiopathique,
SEP, Sarcoïdose, Syphilis, Lyme, Tuberculose, Crohn
LE RAISONNEMENT DIAGNOSTIQUE
SYNTHESE ANATOMO CLINIQUE

Uvéite antérieure, intermédiaire, postérieure, totale
Uni ou bilatérale
Aiguë ou chronique
Granulomateuse ou non
Synéchiantante ou non
Hypertensive ou non
Avec ou sans hypopion
Touchant un sujet plus ou moins jeune
Accompagnée ou non de signes de gravité
B27

EPISODES ITERATIFS D’UVEITES ANTERIEURES AIGUES
A BASCULE
NON GRANULOMATEUSES
SYNECHIANTES
A HYPOPION (tyndall marqué)
Corticoïdes locaux à forte dose
Mydriatiques cycloplégiques
Lutter contre l’apparition d’une inflammation chronique
BEHCET

EPISODES ITERATIFS D'UVEITE ANTERIEURE OU DE PANUVEITE BILATERALES NON GRANULOMATEUSES SYNECHIANTES A HYPOPION (tyndall marqué) Corticoïdes locaux à forte dose Mydriatiques cycloplégiques Traitement général systématique
SARCOIDOSE

UVEITE ANTERIEURE OU POSTERIEURE
PLUS SOUVEN BILATERALE
GRANULOMATEUSES
SYNECHIANTES OU NON
AVEC OU SANS HYPOPION
AVEC VASCULARITE VEINEUSE FREQUENTE
Rechercher des nodules conjonctivaux (biopsies)
Rechercher des taches de bougies au fond d’oeil
VKH

PANUVEITE
BILATERALE
GRANULOMATEUSES
SYNECHIANTES
AVEC OU SANS HYPOPION
AVEC DECOLLEMENTS DE RETINE EXSUDATIFS
MENINGITE
WEGENER

EPISODES ITERATIFS DE SCLERITES
PR

SCLERITES
KERATITÉS AVEC PERFORATIONS CORNEENNES
SEP

PAPILLITE OU NORB

VASCULARITES RETINIENNES PERIPHERIQUES ASYMPOTMATIQUE
BIRDSHOT

UVEITE ANTERIEURE A MINIMA OU ABSENTE
NON GRANULOMATEUSE
NON SYNECHIANTE
PAPILLETTE
VASCULARITES RETINIENNES VEINEUSES DES GROS TRONCS
LUPUS

VASCULARITES RETINIENNES DIFFUSES
SYPHILIS

TOUT TYPE DE PRESENTATION POSSIBLE
Sérologie systématique
Fréquents faux positifs de la sérologie Lyme
TUBERCULOSE

ATTEINTE GRANULOMATEUSE QUASI SYSTEMATIQUEMENT BILATERALE AVEC ATTEINTE ANTERIEURE
(à l’exception des choroïdites serpigineuses)
HERPES

ATTEINTE GRANULOMATEUSE OU NON EXCEPTIONNELLEMENT BILATÉRALE SYNECHIANGTE AVEC KERATITE ASSOCIÉE HYPERTENSIVE TTT ANTI VIRAL CORTICOTHERAPIE LOCALE A HAUTE DOSE ET MYDRIATIQUES
HERPES

ATTEINTE GRANULOMATEUSE OU NON EXCEPTIONNELLEMENT BILATERALE SYNECHIANTHE AVEC KERATITE ASSOCIEE HYPERTENSIVE

FOND D’ŒIL SYSTEMATIQUE A LA RECHERCHE D’UNE RETINITE NECROSANTE
HERPES

PRELEVEMENT HUMEUR AQUEUSE
PCR virus herpes
INJECTION INTRA VITREENNES SI RETINITE
LYMPHOMÉ OCOLO CEREBRAL

SEGMENT ANTERIEUR SOUVEN CALME
PARFOIS DISCRETE INFLAMMATION NON GRANULOMATEUSE DE CA
ABSENCE DE SYNECHIE
HYALITE IMPORTANT A GROS GRAINS
IRM CEREBRALE PATHOLOGIQUE OU NORMALE
LYMPHOMÉ OCULO CÉRÉRAL

PONCTION D'HUMEUR AQUEUSE OU DE VITRE POUR DOSAGE IL6 ET IL10

VITRECTOMIE POSTERIEURE POUR ANALYSE CYTOLOGIQUE
TOXOPLASMOSSE

ATTEINTE GRANULOMATEUSE OU NON
EXCEPTIONNELLEMENT BILATÉRALE
SOUVENT LIMITEE AU SEGMENT POSTERIEUR
PARFOIS HYPERTENSIVE
FOYERS TYPIQUES AU FOND D'OEIL QUASI SYSTEMATIQUES
TOXOPLASMOSE

PRELEVEMENT HUMEUR AQUEUSE
Coefficient de charge
PCR virus herpes
EN CAS DE DOUTE
QUE DOIT SAVOIR L’INTERNISTE ?

MAITRISER UN LANGAGE COMMUN
AVOIR UNE DEMARCHE SYSTEMATIQUE
SE PARLER
UVEITES ET MALADIES SYSTEMIQUES : QUE DOIT SAVOIR L’INTERNISTE ?

LE POINT DE VUE DE L’OPHTALMOLOGISTE
Dr Pierre-Loïc CORNUT
Praticien Hospitalier Universitaire
LYON

MERCI POUR VOTRE ATTENTION