

Les inflammations intraoculaires qui baissent la vision



→ **B. BODAGHI**

Service d'Ophtalmologie, DHU Vision et Handicaps, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, PARIS.

De nombreuses uvéites infectieuses et inflammatoires sont responsables d'une baisse visuelle qui est heureusement souvent transitoire mais qui pourrait, dans de rares cas, laisser des séquelles définitives. Il paraît donc capital de mener l'enquête diagnostique sans retard et de proposer, le cas échéant, un traitement efficace aux patients, évitant un handicap visuel définitif. L'analyse sémiologique prend toute son importance afin de confirmer le degré d'urgence. L'arsenal thérapeutique s'est considérablement développé durant ces 10 dernières années et l'arrivée des agents biologiques a permis de récupérer des situations particulièrement sévères.

Les uvéites infectieuses

Les atteintes postérieures sont les plus dangereuses. Elles se manifestent par

une baisse visuelle brutale et souvent unilatérale. L'examen du segment antérieur pourrait être trompeur avec une uvéite granulomateuse synéchiante. Il est donc important d'accéder au segment postérieur le plus rapidement possible. Toute corticothérapie périoculaire ou systémique doit être évitée à ce stade.

Les principales étiologies sont la toxoplasmose, la syphilis, la maladie des griffes du chat et la nécrose rétinienne aiguë d'origine virale.

>>> Le foyer rétinocoroïdien toxoplasmique [1] est rarement au pôle postérieur lors de la poussée initiale. La baisse visuelle serait alors en rapport avec un décollement séreux rétinien, une occlusion vasculaire, une atteinte du nerf optique ou une hyalite dense et enfin une hypertension oculaire importante. Le décollement de rétine rhégmato-gène est très rare mais possible, en particulier dans les formes périphériques étendues. Le diagnostic est avant tout clinique, complété par l'imagerie angiographique et OCT. Dans les cas atypiques, la ponction de chambre antérieure est effectuée et le diagnostic pourrait être confirmé à partir de la PCR, du coefficient de charge immunitaire et d'un immunoblot. Le traitement antiparasitaire est fréquemment proposé, souvent associé à une corticothérapie systémique. Les nouvelles molécules ne posent plus les complications dramatiques connues auparavant avec la sulfadiazine. La durée moyenne du traitement est de 6 semaines. Lorsque le risque de cécité est important, une prophylaxie peut être envisagée grâce au Bactrim®.

>>> Les atteintes bactériennes sont également à prendre en considération.

La syphilis est la grande simulatrice, mais les formes de chorioretinopathie en plaques sont plus volontiers associées à une baisse visuelle. La sérologie TPHA-VDRL fait partie de tout bilan minimal d'uvéite et son résultat positif permettra de mettre en place rapidement la pénicillinothérapie systémique.

>>> La maladie des griffes du chat se manifeste par une neurorétinite aiguë. La sérologie sanguine est un bon élément diagnostique mais elle peut être faussement négative. Un traitement antibiotique sera discuté en fonction des différents éléments cliniques et de l'ensemble du bilan.

>>> Enfin, la situation la plus sérieuse est la nécrose rétinienne aiguë virale [2]. Les virus du groupe herpès sont fréquemment en cause. L'atteinte est surtout périphérique mais s'associe à une hyalite dense et des vasculites rétinienne sévères. Il s'agit d'une situation nécessitant une preuve diagnostique apportée par la PCR appliquée à l'humeur aqueuse. Le traitement antiviral est proposé avant même la confirmation moléculaire. Il sera intensifié en fonction de la réponse initiale et de la progression éventuelle de la nécrose. La corticothérapie est déconseillée tant que la répllication virale n'est pas circonscrite. Le pronostic final reste particulièrement réservé.

Les uvéites auto-immunes

Il faut différencier les situations aiguës des atteintes chroniques comme l'arthrite juvénile idiopathique et la rétinocoroïdopathie de type Birdshot. En effet, les formes insidieuses sont dangereuses

MISES AU POINT INTERACTIVES

par la découverte tardive de l'étendue des dégâts provoqués par l'inflammation et la présence de séquelles irréversibles. Nous n'aborderons pas les situations chroniques dans ce texte.

>>> En termes de gravité, la maladie de Behçet arrive en tête avec une uvéite majoritairement bilatérale et non granulomateuse. L'hypopion est rare puisqu'il survient dans 13 % des cas. Mais la hyalite dense, les vasculites rétinienne à prédominance veineuse et la nécrose rétinienne sont souvent retrouvées. La recherche d'aphtose buccale et/ou génitale est un argument important pour le diagnostic. En revanche, le typage HLA n'apporte pas d'élément supplémentaire. Le traitement corticoïde à fortes doses est nécessaire en urgence après avoir éliminé les infections. Un immunosuppresseur doit être initié très rapidement. Les situations graves nécessitent le recours aux anti-TNF alpha. Ce type de stratégie a permis de réduire significativement le taux de cécité chez les patients atteints de maladie de Behçet [3].

>>> Le syndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) [4] et l'ophtalmie sympathique doivent être considérés en priorité face à une baisse visuelle brutale. La notion de traumatisme oculaire est importante à rechercher. L'examen met en évidence une uvéite granulomateuse

avec un décollement séreux rétinien. Une atteinte neurologique est souvent associée dans le cadre du VKH. Le traitement repose sur une corticothérapie à fortes doses avec relais *per os* qui serait suffisant dans le cadre du VKH. Le recours aux immunosuppresseurs n'est pas nécessaire dans la majorité des cas. En revanche, la situation est très différente avec l'ophtalmie sympathique, qui nécessite obligatoirement une stratégie plus agressive au long cours.

>>> Certaines choriocapillaropathies aiguës, comme le syndrome des taches blanches évanescences (MEWDS), l'épithéliopathie en plaques ou la choroïdite multifocale, sont responsables de baisse visuelle sévère. Le tableau du MEWDS est assez typique et ne nécessite aucun traitement puisque l'évolution sera spontanément favorable. La corticothérapie pourrait s'avérer nécessaire en cas d'épithéliopathie en plaques compliquée de baisse d'acuité visuelle. Il faut toujours éliminer une tuberculose ou une sarcoïdose. La même approche pourrait être proposée en cas de choroïdite multifocale. La baisse visuelle est souvent liée à des complications néovasculaires dans ce cas. La situation est assez similaire en cas de choroïdopathie ponctuée interne. Les anti-VEGF seront alors indiqués en association au traitement anti-inflammatoire.

>>> Enfin, il ne faut pas méconnaître les baisses visuelles liées au syndrome de Susac qui associe encéphalopathie, surdité et vasculites rétinienne d'une part, et au syndrome d'IRVAN associant rétinite, vasculites, anévrismes et neuro-rétinite idiopathiques. Le diagnostic est aisé sur le plan clinique mais le traitement pourrait être difficile avec des séquelles visuelles potentielles.

Bibliographie

1. MAENZ M, SCHLÜTER D, LIESENFELD O *et al.* Ocular toxoplasmosis past, present and new aspects of an old disease. *Prog Retin Eye Res*, 2014;39:77-106.
2. IWASHASHI-SHIMA C, AZUMI A, OHGURO N *et al.* Acute retinal necrosis: factors associated with anatomic and visual outcomes. *Jpn J Ophthalmol*, 2013;57:98-103.
3. HATEMI G, SILMAN A, BANG D *et al.* EULAR recommendations for the management of Behçet disease. *Ann Rheum Dis*, 2008;67:1656-1662.
4. SAKATA VM, DA SILVA FT, HIRATA CE *et al.* Diagnosis and classification of Vogt-Koyanagi-Harada disease. *Autoimmun Rev*, 2014;13:550-555.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Cacicol

Les Laboratoires Théa informent de la mise à disposition de Cacicol, poly(carboxyméthylglucose sulfate) – RGTA® (dispositif médical avec marquage CE).

Cacicol est un nouveau dispositif médical dans la thérapie matricielle indiqué dans le traitement des défauts épithéliaux persistants et des ulcères neurotrophiques. Cacicol est disponible en pharmacie à partir du mois d'avril au prix conseillé de 60 € la boîte de 5 unidoses. Cacicol n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

J.N.

D'après un communiqué des laboratoires Théa