Urgences en uveite

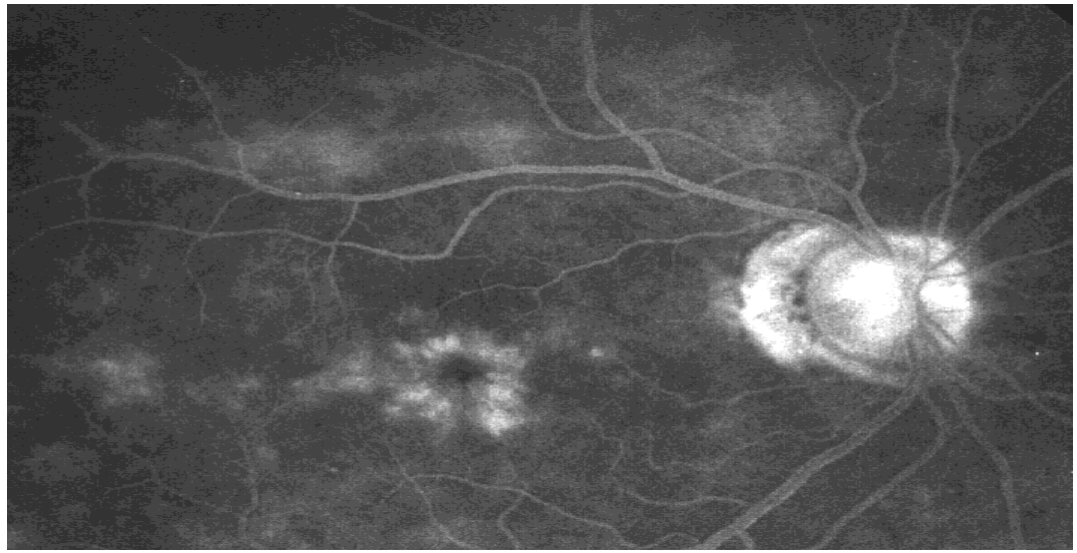
Ophtalmopôle Cochin

Dr Amina Chahrazed DEBIEB

Maladies relativement rares et de causes variées (incidence 50 cas /100000 habitants/an)

Uvéites : 10 % des causes de cécités légales dans les pays riches

Peuvent révéler une maladie générale



PERSPECTIVES

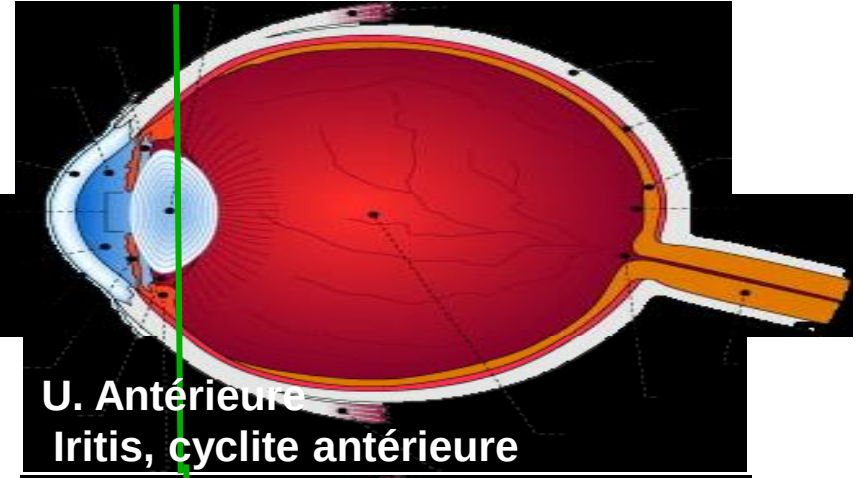
Standardization of Uveitis Nomenclature for Reporting Clinical Data. Results of the First International Workshop

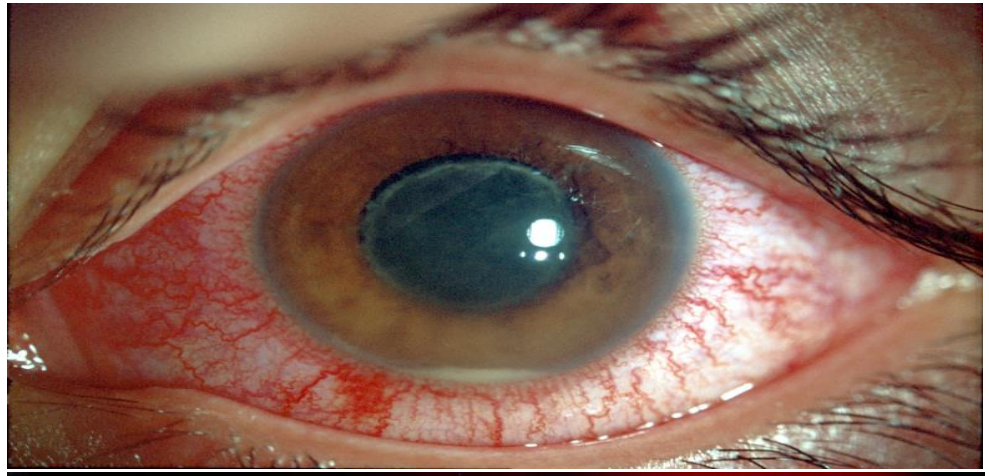
THE STANDARDIZATION OF UVEITIS NOMENCLATURE (SUN) WORKING GROUP

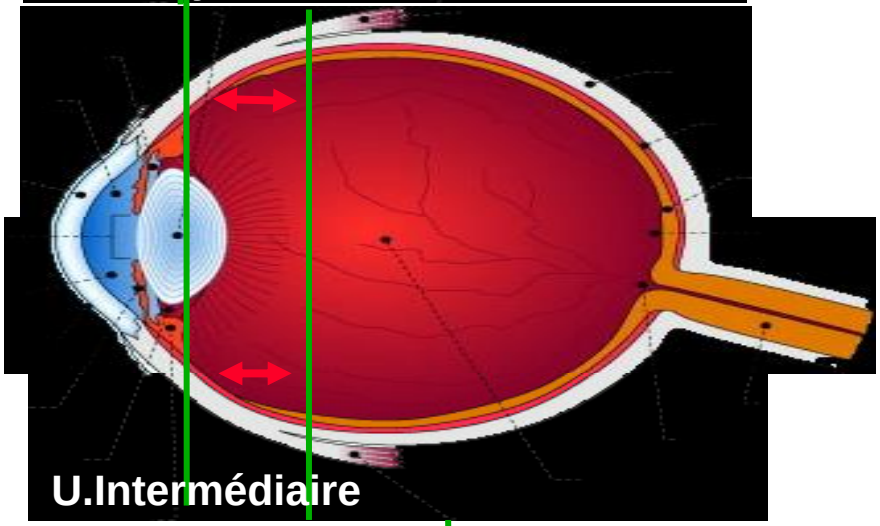
TABLE 1. The SUN* Working Group Anatomic Classification of Uveitis

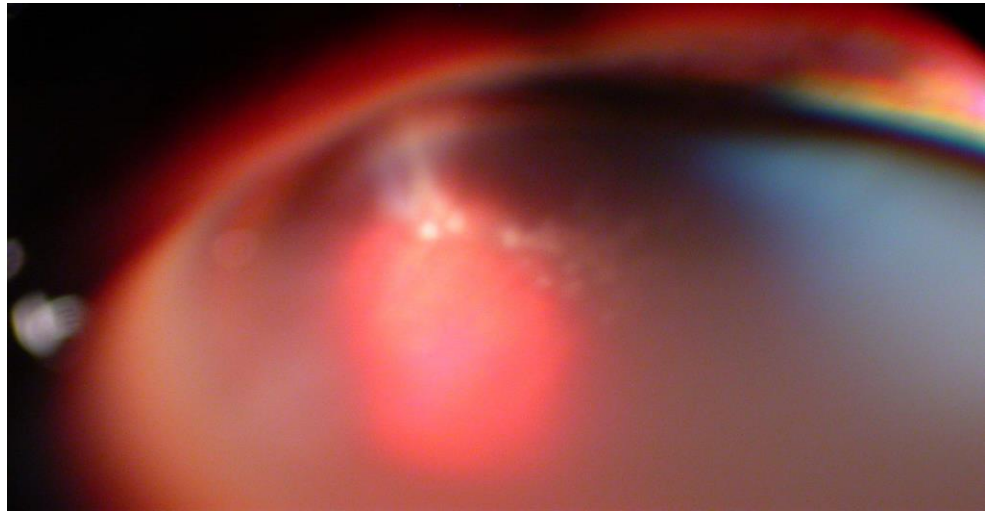
Type	Primary Site of Inflammation†	Includes
Anterior uveitis	Anterior chamber	Iritis
		Iridocyclitis
		Anterior cyclitis
Intermediate uveitis	Vitreous	Pars planitis
		Posterior cyclitis
		Hyalitis
Posterior uveitis	Retina or choroid	Focal, multifocal, or diffuse choroiditis
		Chorioretinitis
		Retinochoroiditis
		Retinitis
		Neuroretinitis
Panuveitis	Anterior chamber, vitreous, and retina or choroid	

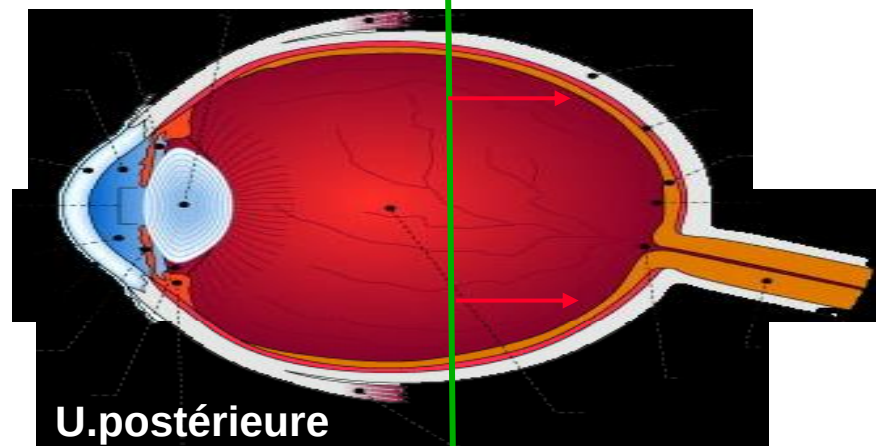
*SUN = Standardization of uveitis nomenclature.
†As determined clinically. Adapted from the International Uveitis Study Group anatomic classification in reference 1.


U. Antérieure
Iritis, cyclite antérieure




U.Intermédiaire

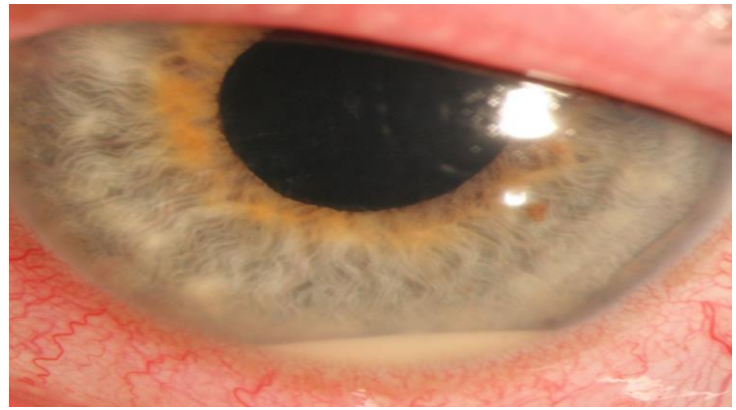



U.postérieure

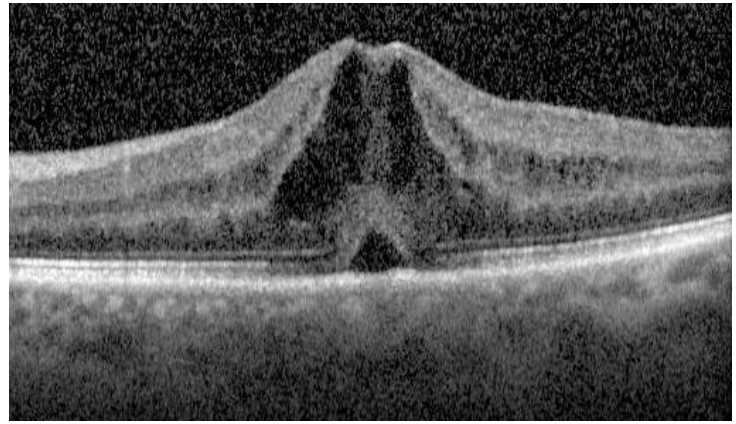
Comment reconnaitre une uvéite?

❖ ***Uvéite antérieure Aigue***

❖ **Douleur, hyperhémie conjonctivale Avec Cercle périkératique, photophobie myosis+ (synéchies++), BAV**



❖ ***Uvéite intermédiaire*: myodésopsies, BAV si Œdème maculaire**



❖ ***Uvéite postérieure*: myodésopsies, BAV si atteinte maculaire et/ou papillaire**

Caractère granulomateux?

Uvéite antérieure Non Granulomateuse

Uvéite antérieure Granulomateuse

Caractères Granulomateux de l'uveite

Uvéites Granulomateuses

***Sarcoïdose**

***SEP**

***Ophtalmie sympathique**

***Syphilis,**

***Herpes (unilatéralite++)**

*** lyme, tuberculose, Toxoplasmose..**

Uvéites non granulomateuses

***Spondylarthropathies**

***Maladie de Behçet**

***Syphilis**

***Origine médicamenteuse (Biphosphonates, Rifabutine)**

A)Interrogatoire+++

* ***Antécédents*** **personnels et familiaux, infectieux et inflammatoires**

***Plainte fonctionnelle*:**

> Ophtalmologique

***Uvéite antérieure aigue: rougeur, douleur oculaire,BAV,photophobie…**

***Uvéite postérieure : myodésopsies , BAV brutale**

> Extraophtalmologique:

Signes articulaires, pulmonaires, cutanéomuqueux (aphtose buccale/génitale),signes d'imprégnation tuberculinique..etc

B)Examen clinique

Injection conjonctivale avec Cercle perikératique.

Pupille en myosis: Synéchies !

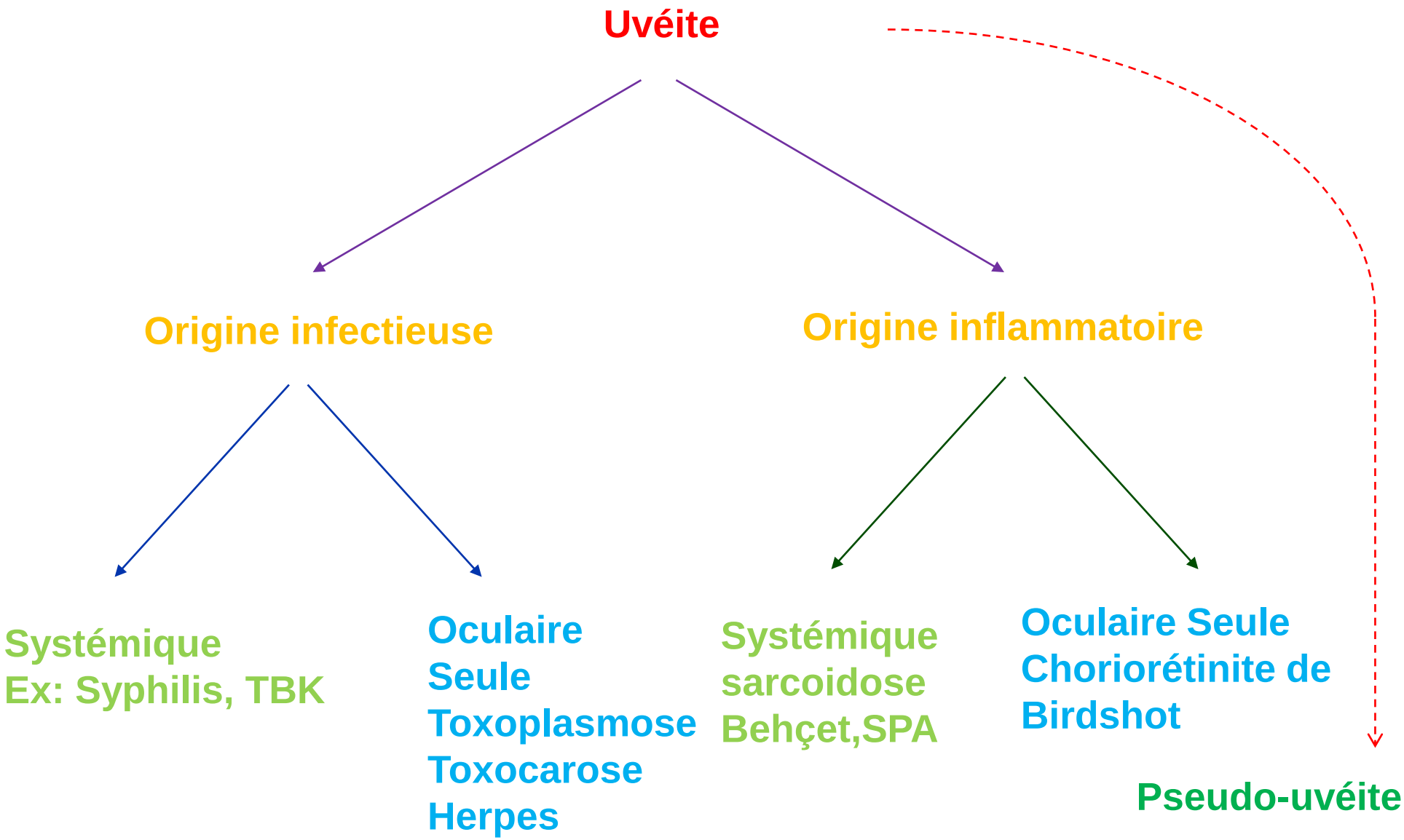
Effet tyndall, précipités rétrocornéens, foyer rétinien au fond d'œil?

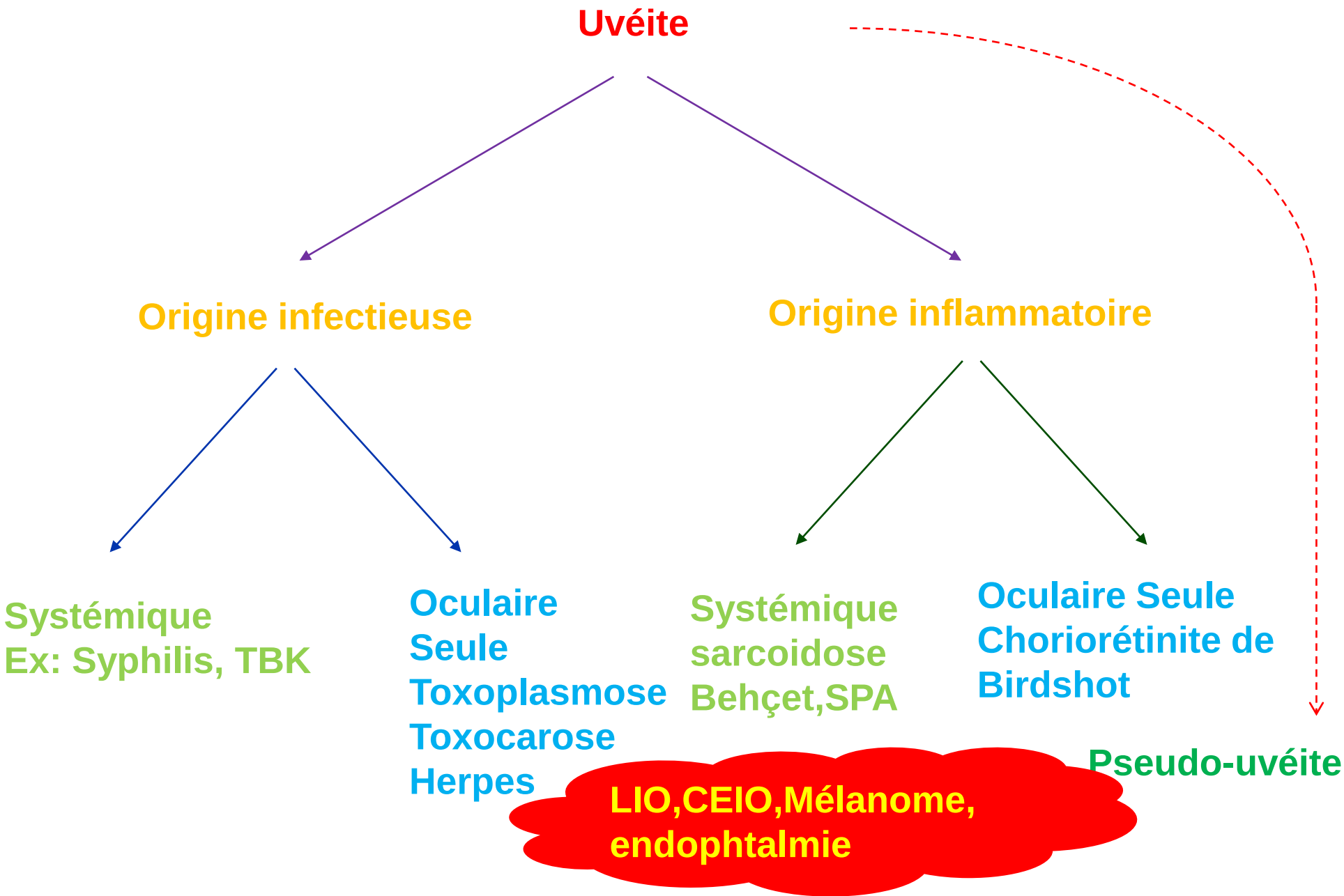
Recherche de l'étiologie

~~Check-list systématique~~

Examens selon :

- **Manifestations extraoculaires**
- **Sémiologie ophtalmologique**
- **Intensité de l'uvéite**


Uvéite
Origine infectieuse
Origine inflammatoire
Systémique
Ex: Syphilis, TBK
Oculaire
Seule
Toxoplasmose
Toxocarose
Herpes
Systémique
sarcoidose
Behçet,SPA
Oculaire Seule
Choriorétinite de
Birdshot
Pseudo-uvéite


Uvéite
Origine infectieuse
Origine inflammatoire
Systémique
Ex: Syphilis, TBK
Oculaire
Seule
Toxoplasmose
Toxocarose
Herpes
Systémique
sarcoidose
Behçet,SPA
Oculaire Seule
Choriorétinite de
Birdshot
Pseudo-uvéite
LIO,CEIO,Mélanome,
endophtalmie

Ce qu'il faut retenir!

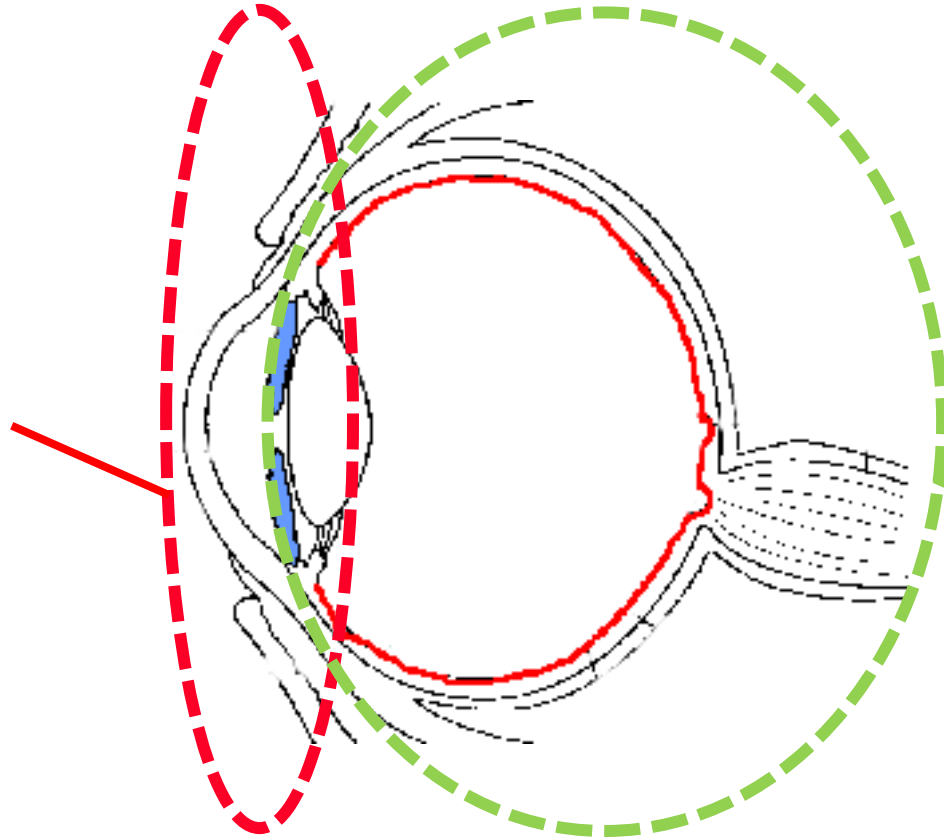
- **Toute uvéite impose la réalisation d'un examen clinique bilatéral complet et une analyse fine de la sémiologie.**
- **INTERET d'un interrogatoire détaillé+++**
- **BAV pas toujours synonyme de gravité!**
- **Toujours suspecter une étiologie infectieuse/ masquerade syndrome (lymphome intraoculaire)**

Bilan Minimal : VS CRP NFS Bilan rénal, hépatique, EPS, TPHA, Quantiféron, ECA +/- imagerie thoracique…. Voire cérébrale

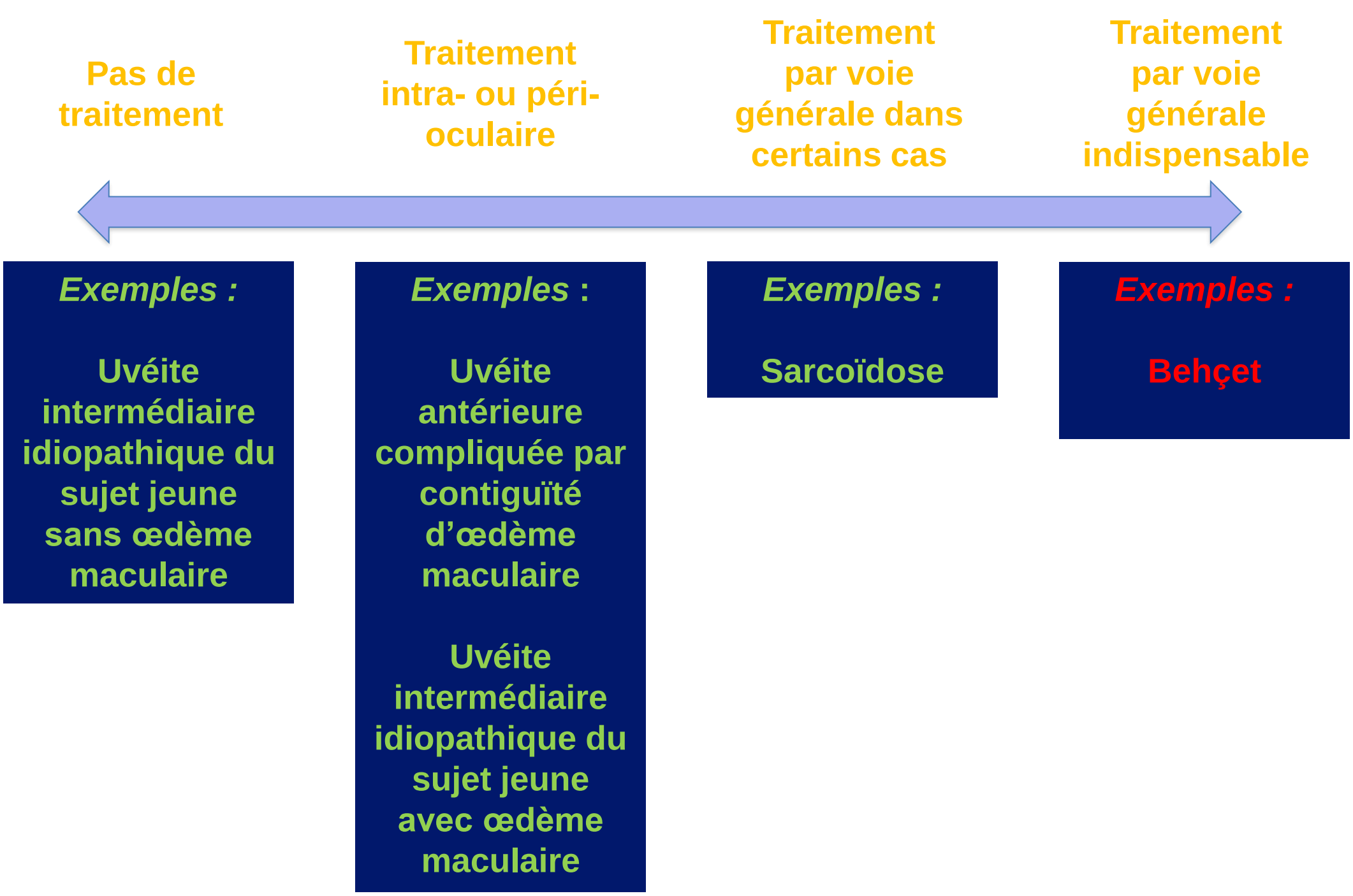
Pierre angulaire du traitement des uveites non infectieuses : corticoides (topiques, locaux ou systémique)/ traitement d'épargne cortisonique

Traitement adapté au site de l'inflammation

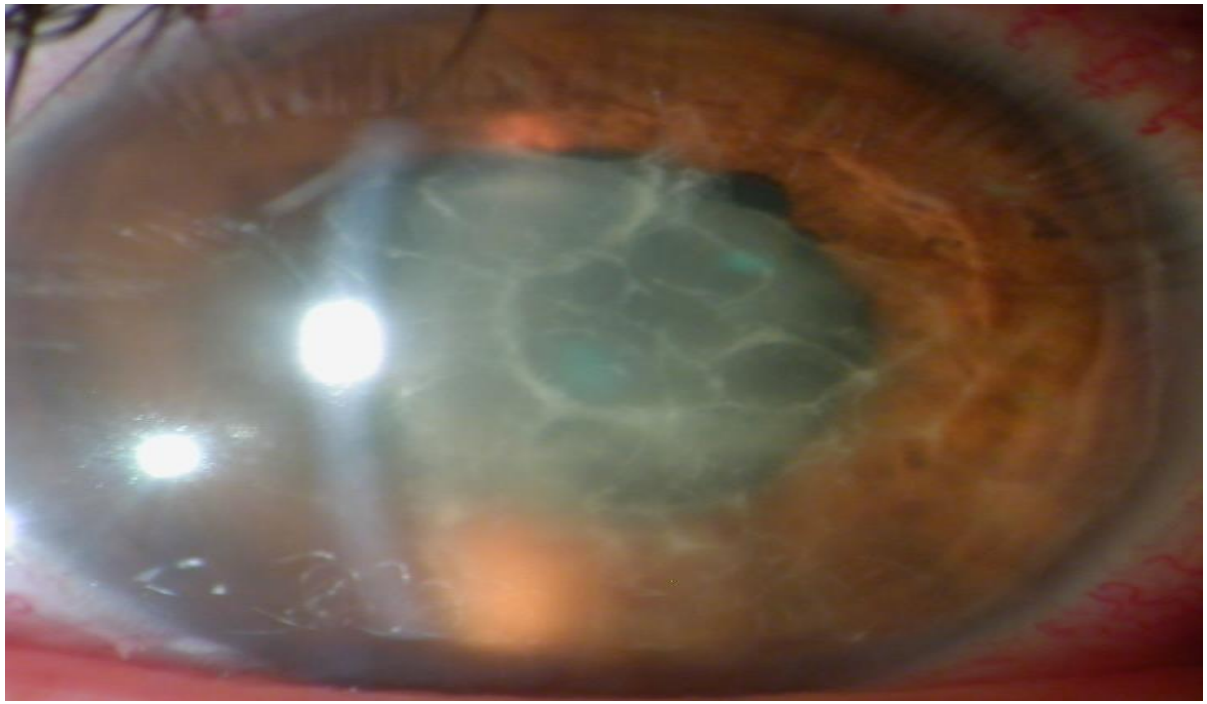
Anterior uveitis
Topical



Intermediate and/or posterior uveitis : systemic, intra or periocular treatmente


Pas de traitement
Traitement intra- ou péri-oculaire
Traitement par voie générale dans certains cas
Traitement par voie générale indispensable
Exemples :
Uvéite intermédiaire idiopathique du sujet jeune sans œdème maculaire
Exemples :
Uvéite antérieure compliquée par contiguïté d'œdème maculaire
Uvéite intermédiaire idiopathique du sujet jeune avec œdème maculaire
Exemples :
Sarcoïdose
Exemples :
Behçet

Cas cliniques



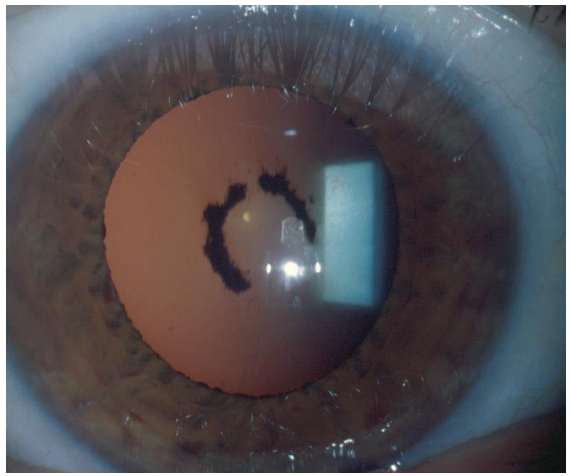
Cas clinique 1

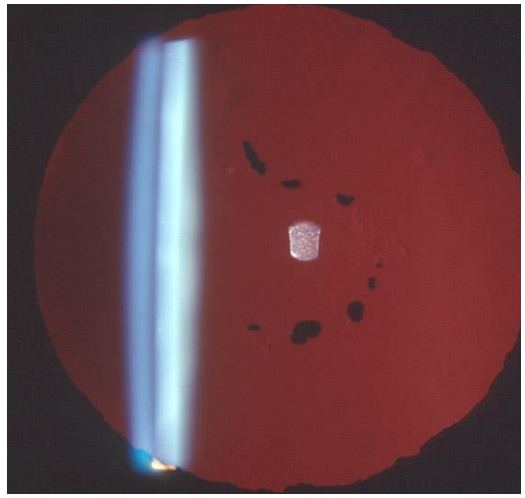
Jeune Homme 24 ans
Premier épisode d'UAA
Douleur lombaire depuis
L' âge de 20 ans

Uvéite liée à l'HLA-B27

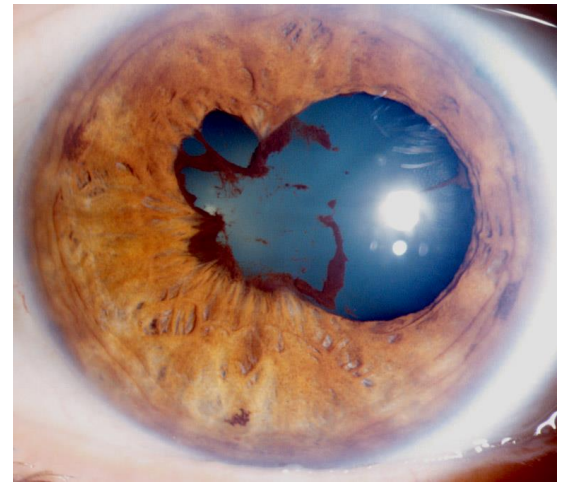
Urgence: prévention de l'installation irréversible de synéchies
Corticoïdes locaux 60 gouttes/ jour
Mydriatiques +++
Latérobulbaire de corticoïde
Adresser au med. Interniste ou rhumatologue +++
Contrôle à 48 heures
Décroissance adaptée clinique ± Flare meter

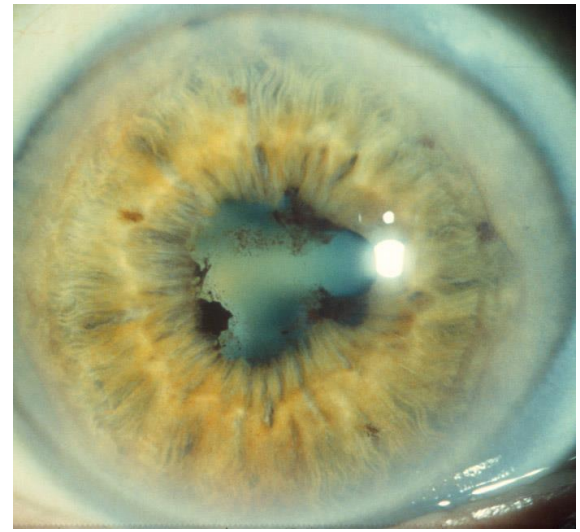
Succes





Prise en charge précoce



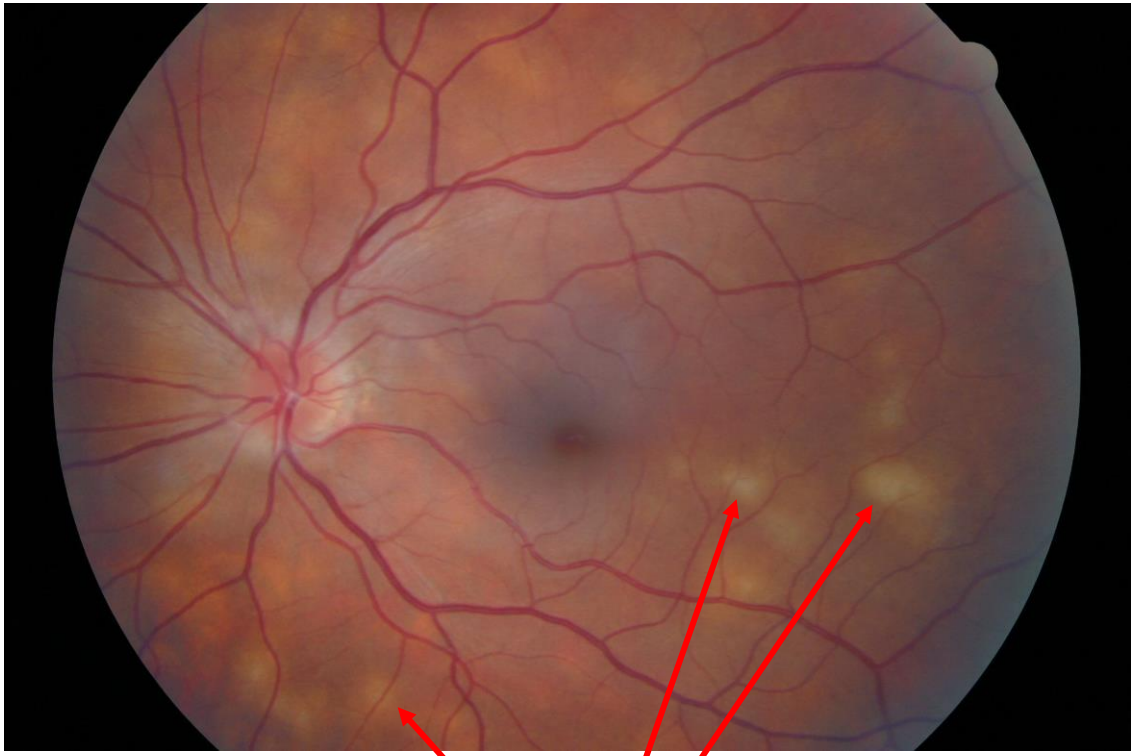


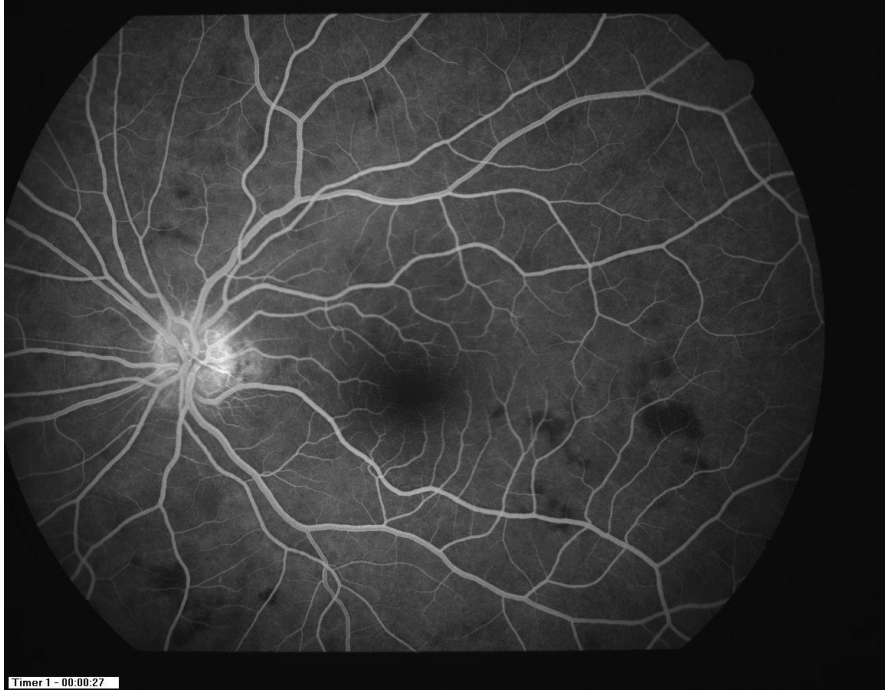
Prise en charge tardive

Echec

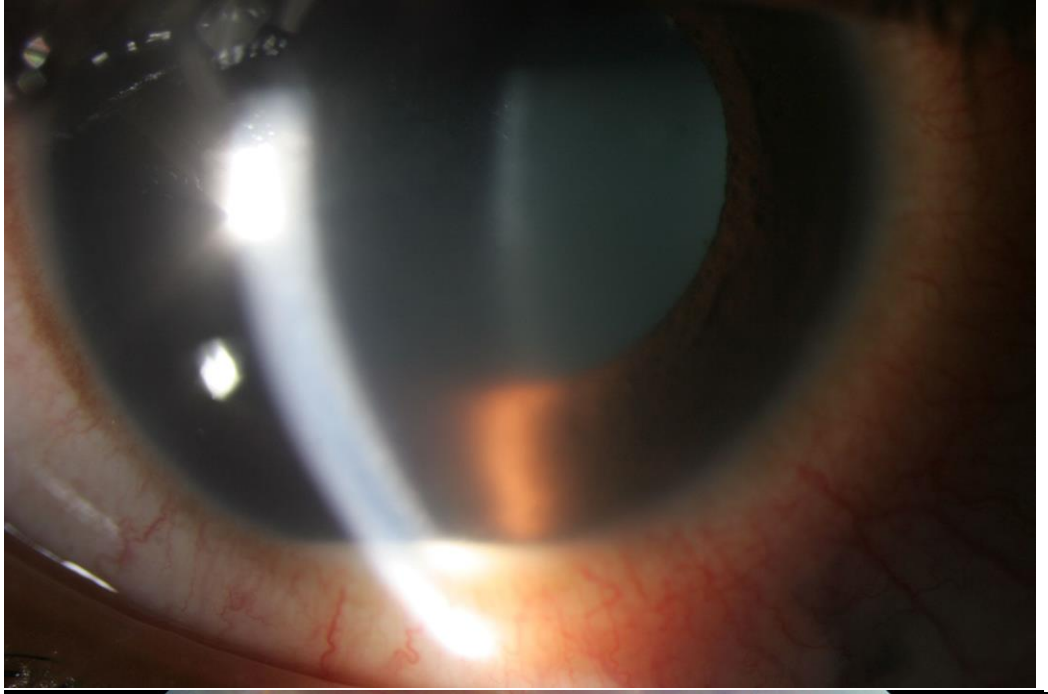
Cas clinique 2

- **Femme 38 ans, BAV progressive**
  Fièvre -, HIV +
- **Acuité visuelle 3/10 OD** **5/10 OG**





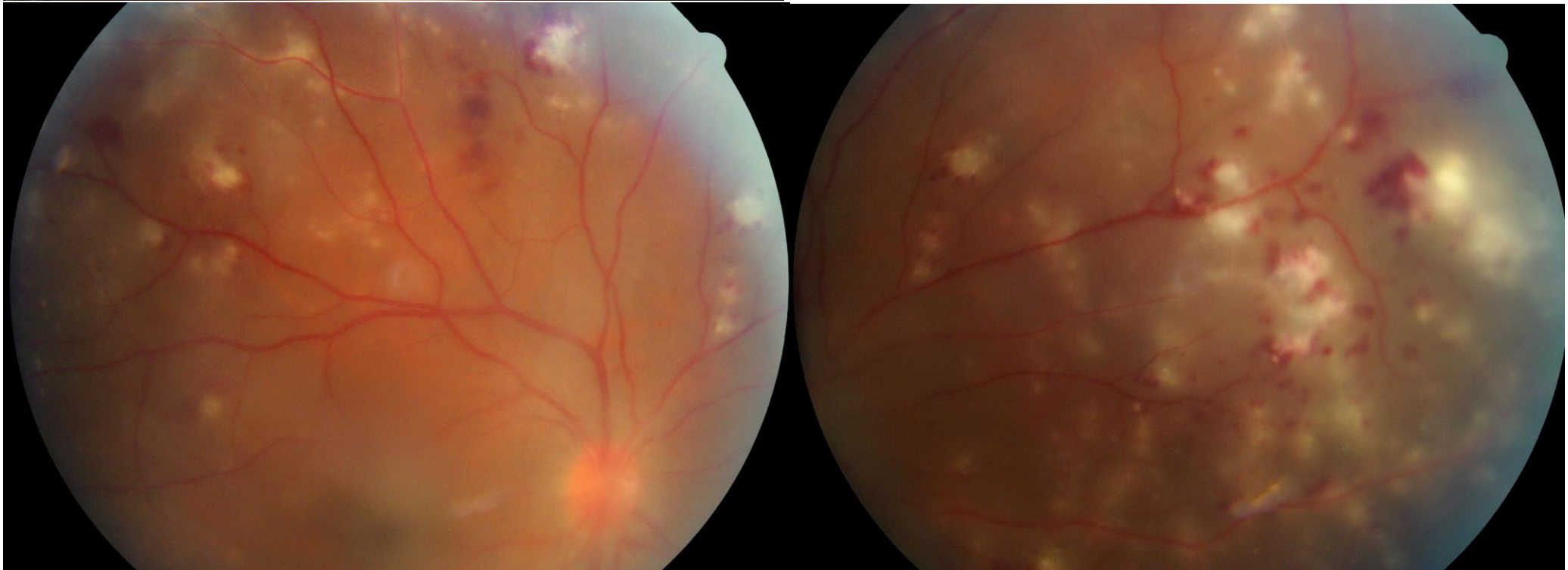
Nodules de Bouchut



Cas Clinique 3

Mme Y. 26 ans
OD 3/10 OG 4/10
Panuvéite ODG
Interrogatoire : aphtose

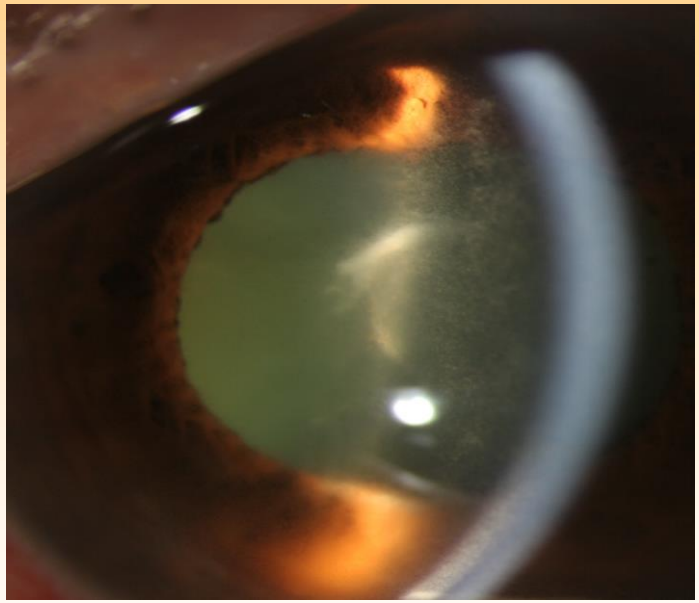
Prise en charge ?



quizz

Question 1

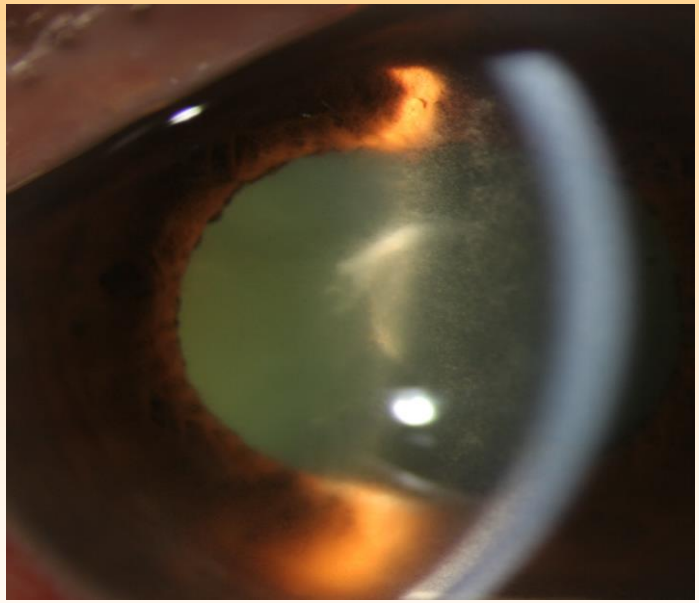
- **Patient âgé de 20 ans ; se plaignant de rougeur et de douleur oculaire gauche.**
- **Notion de fessialgies cédant sous AINS**
- **L'examen ophtalmologique retrouve un CPK et cet aspect (image)**



- ❑ **A) l'aspect représente un effet Tyndall**
- ❑ **B) Il faut traiter par un collyre myotique**
- ❑ **C) il faut traiter par un collyre mydriatique**
- ❑ **D)le diagnostic le plus probable étant la sarcoïdose**
- ❑ **E)c'est une uvéite non granulomateuse**

Question 1

- **Patient âgé de 20 ans ; se plaignant de rougeur et de douleur oculaire gauche.**
- **Notion de fessialgies cédant sous AINS**
- **L'examen ophtalmologique retrouve un CPK et cet aspect (image)**



- ❑ **A) l'aspect représente un effet Tyndall**
- ❑ **B) Il faut traiter par un collyre myotique**
- ❑ **C) il faut traiter par un collyre mydriatique**
- ❑ **D)le diagnostic le plus probable étant la sarcoïdose**
- ❑ **E)c'est une uvéite non granulomateuse**

Question N2

- **Patient âgé de 40 ans, se présentant pour un flou visuel , douleur et photophobie de l'œil droit, l'examen clinique retrouve : Image**

- ❑ **A)On traite la plainte fonctionnelle par un collyre corticoïde pour soulager le patient**
- ❑ **B) Prescription de mydriatique type Atropine en collyre**
- ❑ **C) L'uveite dans ce contexte est souvent non granulomateuse**
- ❑ **D)On instaure un traitement antiviral peros type Valaciclovir**
- ❑ **E)On prescrit un bilan biologique à la recherche de terrain immunodéprimé**

Question N2

- **Patient âgé de 40 ans, se présentant pour un flou visuel , douleur et photophobie de l'œil droit, l'examen clinique retrouve : Image**

- ❑ **A)On traite la plainte fonctionnelle par un collyre corticoïde pour soulager le patient**
- ❑ **B) Prescription de mydriatique type Atropine en collyre**
- ❑ **C) L'uveite dans ce contexte est souvent non granulomateuse**
- ❑ **D)On instaure un traitement antiviral peros type valaciclovir**
- ❑ **E)On prescrit un bilan biologique à la recherche de terrain immunodéprimé**

Question N 3

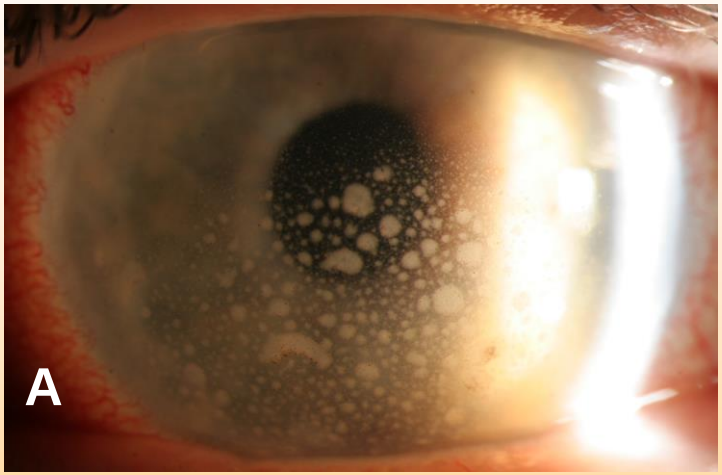
Patient âgé de 30 ans,

BAV brutale unilatérale droite,

L'examen à la lampe à fente :(A)

L'examen du Fond d'œil : (B)

L'examen général: (C)



Question N 3

- A)Il s’agit d’une maladie de Behçet
- B)Prescription de bolus de méthylprednisolone en Urgence
- C)Le fond d’œil montre des vascularites rétiniennes
- D)Il s’agit probablement d’une origine infectieuse, l’adresser aux urgences ophtalmologiques dans les plus brefs délais
- E)Prescription de corticostéroïdes Peros dans l’hypothèse d’une sarcoïdose

Question N 3

- ❑ A)Il s’agit d’une maladie de Behçet
- ❑ B)Prescription de bolus de méthylprednisolone en Urgence
- ❑ C)Le fond d’œil montre des vascularites rétiniennes
- ❑ D)Il s’agit probablement d’une origine infectieuse, l’adresser aux urgences ophtalmologiques dans les plus brefs délais
- ❑ E)Prescription de corticostéroïdes Peros dans l’hypothèse d’une sarcoïdose

aminachahrazed.debieb@aphp.fr