



Fondation Ophtalmologique  
Adolphe de Rothschild



## Cas clinique n°2

### Journée C<sup>3</sup> Œil et Maladies Systémiques

Dr Chérif TITAH  
Service du Pr Cochereau

Fondation ophtalmologique de  
Rothschild Paris



13 octobre 2017



Homme de 23 ans, se plaint de myodésopsies et **BAV** OD depuis 3 semaines

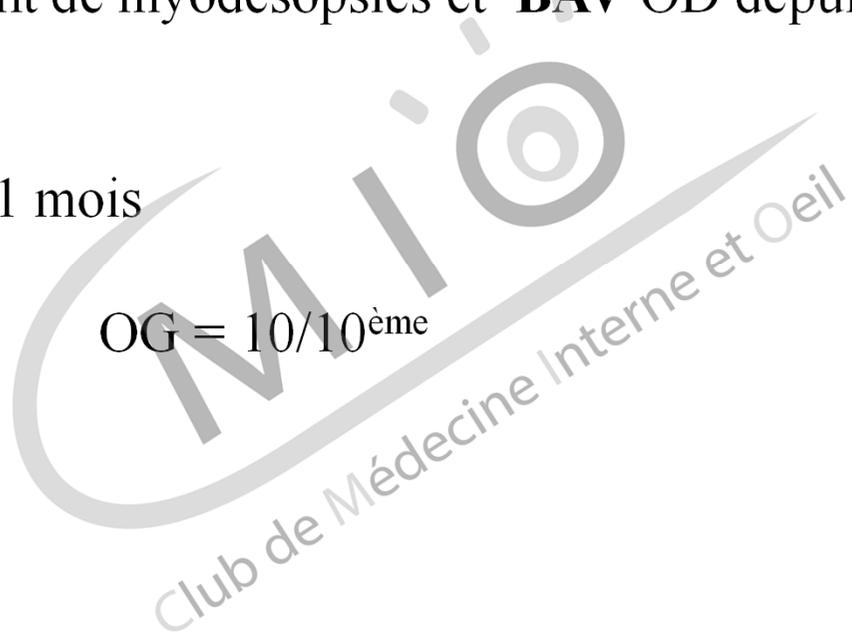
**ATCD généraux:**

- Varicocèle opéré il y a 1 mois

**AV** OD = 3/10<sup>ème</sup>

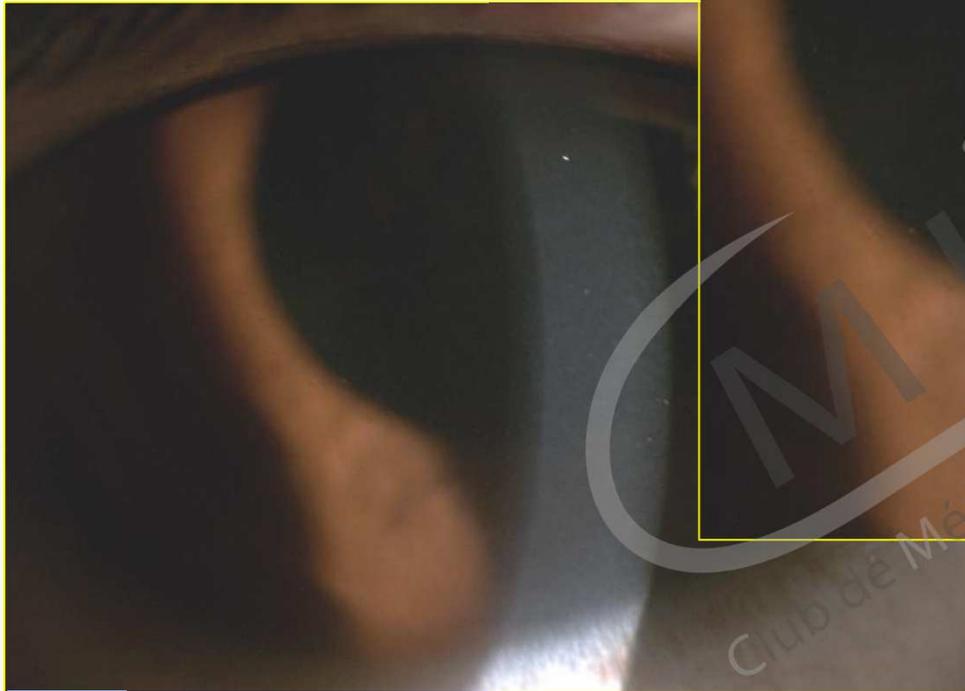
**OG** = 10/10<sup>ème</sup>

**LAF**





## Photos LAF



OD





## Photos du FO



OD

Hyalite 1+

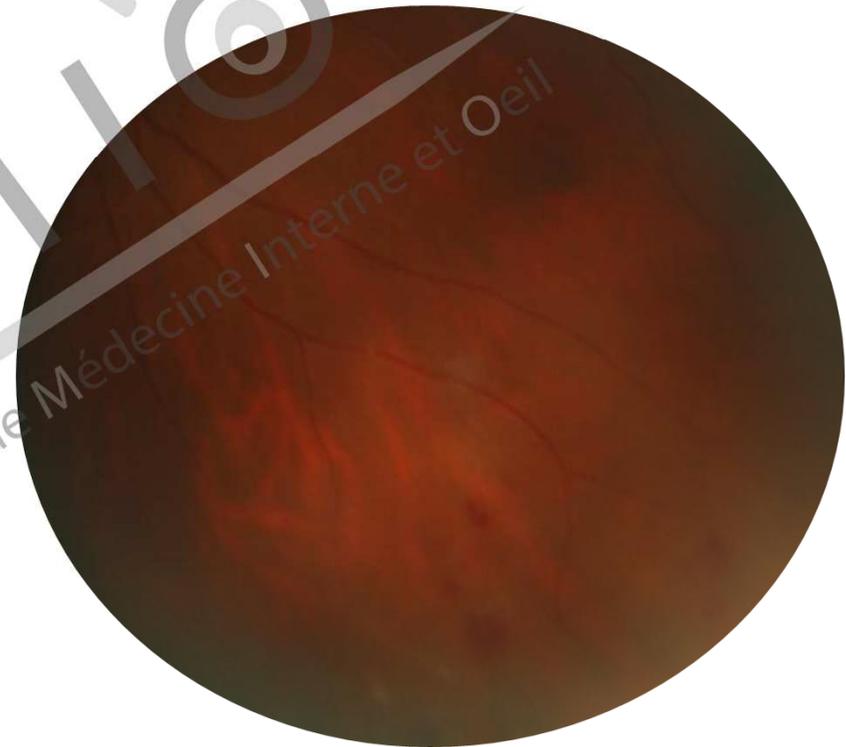




## Photos du FO

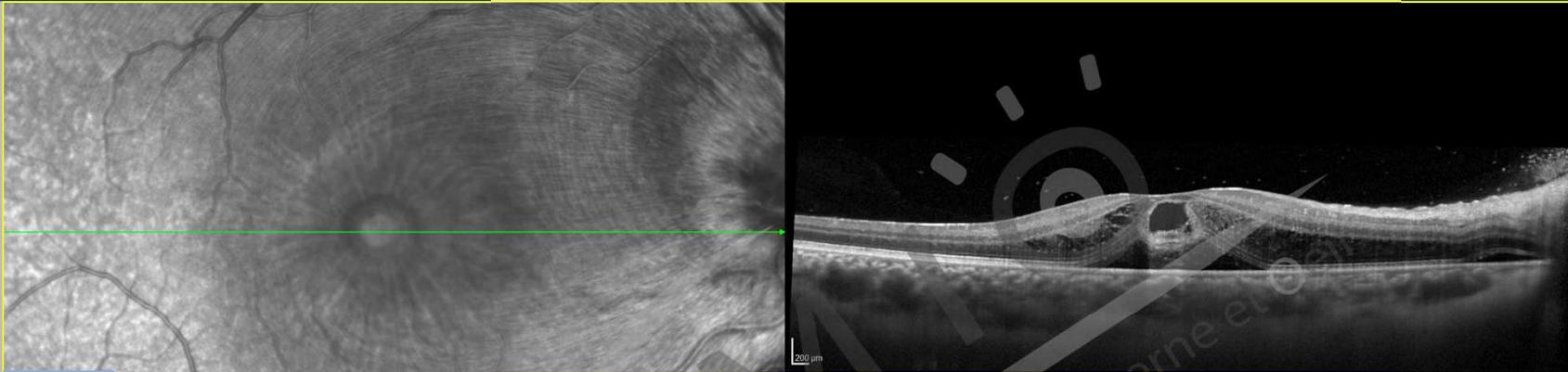


OG

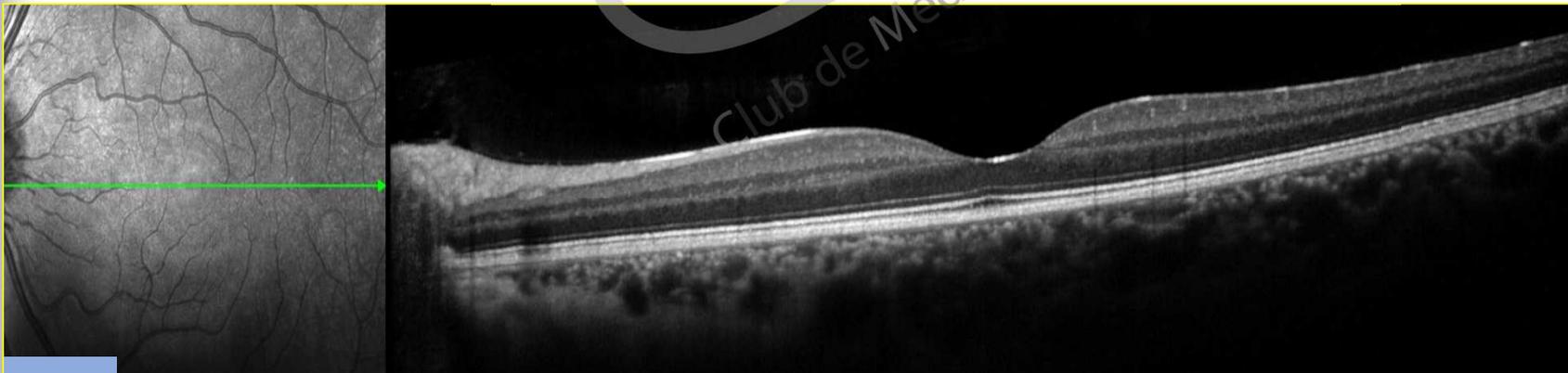




# OCT maculaire



OD



OG





## Etiologies à évoquer

### Causes infectieuses

- Syphilis
- Tuberculose
- Maladie de Lyme
- Bartonellose
- Rétinites virales CMV++
- Rickettsiose

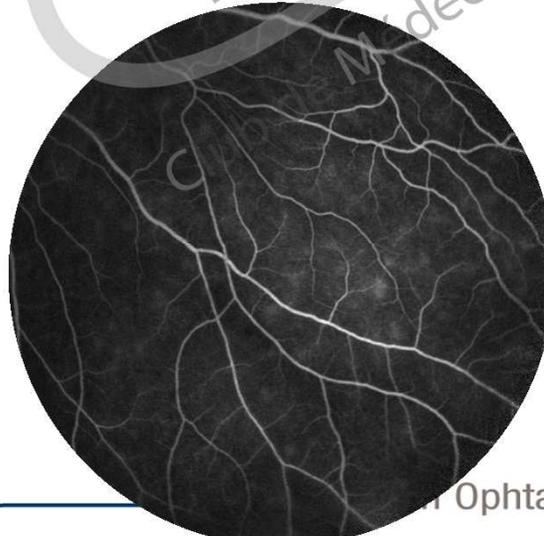
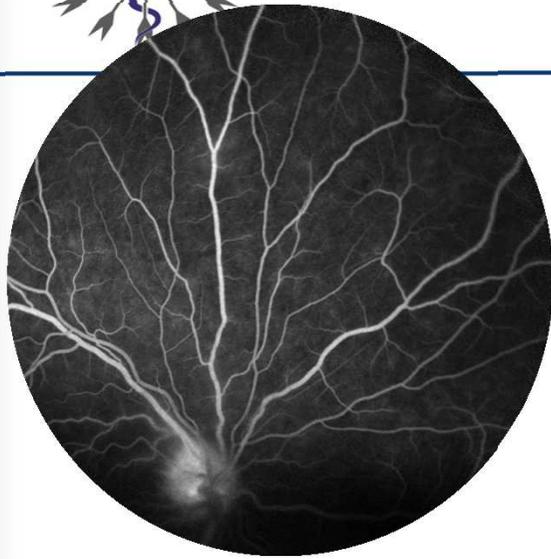
### Causes inflammatoires

- Sarcoidose
- Maladie de Behçet





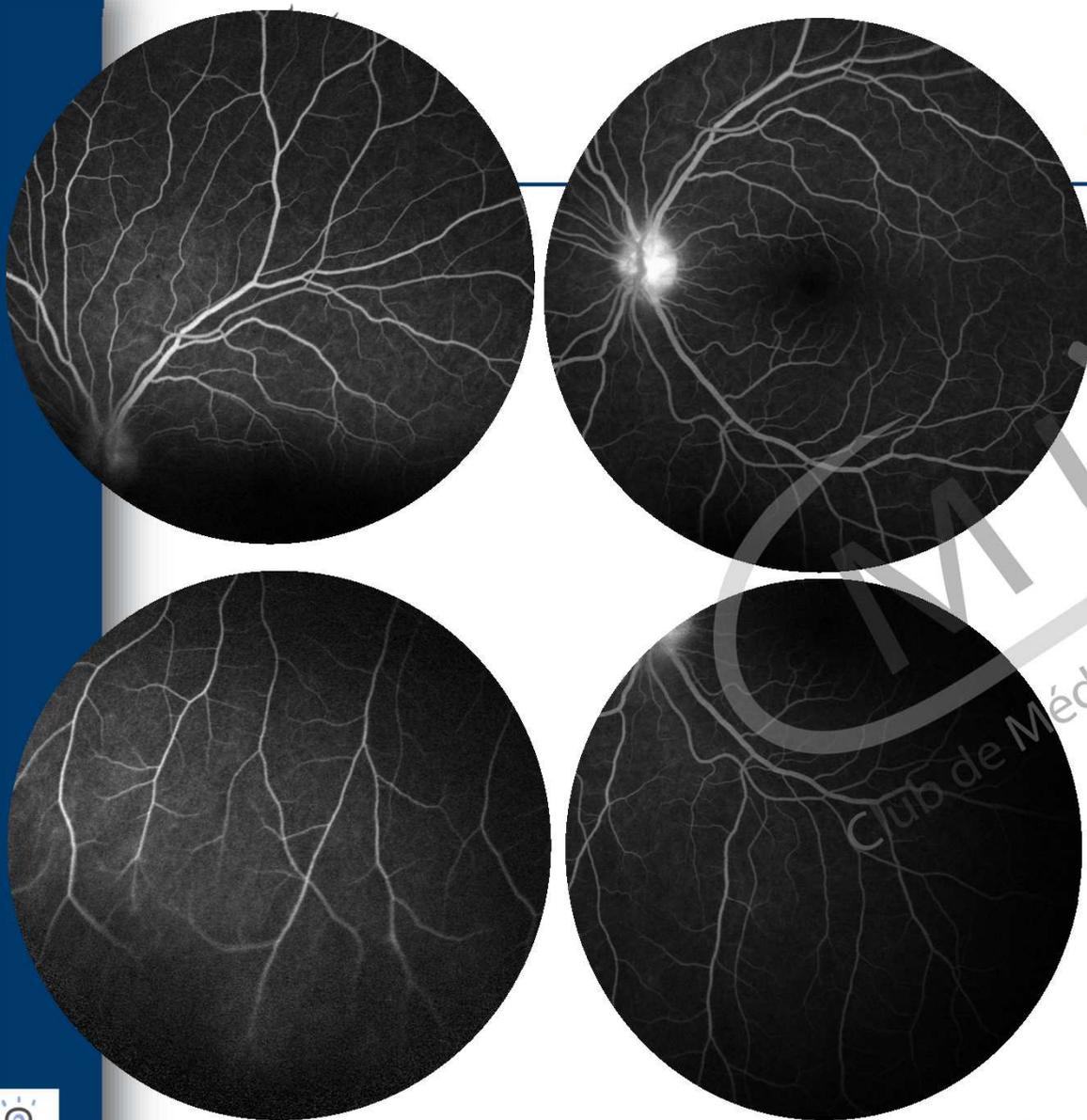
## Angiographie à la fluorescéine



OD



## Angiographie à la fluorescéine



OG

Club de Médecine Interne et Oeil





## Bilan d'uvéite

- VS accélérée, CRP élevée
- NFS normale
- TPHA VDRL, Sérologie Lyme, sérologie Bartonella henslae négatives
- Sérologies virales HSV, VZV anciennes, **CMV négative**
- Quantiferon négatif
- ECA lysozyme sérique normal





## Avis de médecine

- Pas de fièvre
- Pas d'AEG
- **Aptose buccale 2 fois par an**
- Pas d'aptose génitale
- Pas de pseudofolliculite
- **Test pathergique positif**

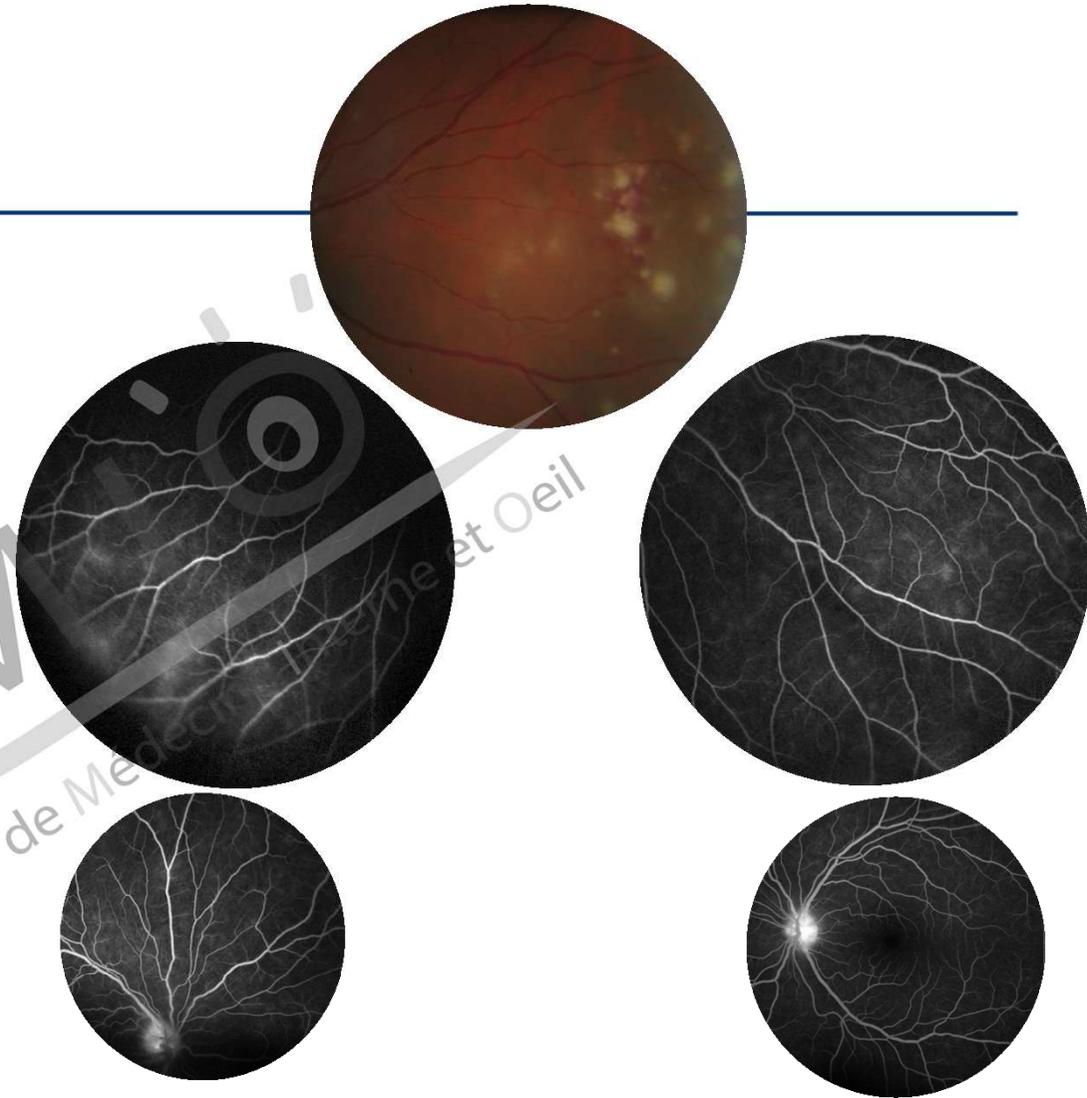
MIO  
Club de Médecine Interne et Oeil





## Avis de médecine

- Pas de fièvre
- Pas d'AEG
- **Aptose buccale 2 fois par an**
- Pas d'aptose génitale
- Pas de pseudofolliculite
- **Test pathergique positif**
- **Bilan inflammatoire perturbé**



## Behçet Oculaire





## Hospitalisation

- Complément du bilan :

- Angio IRM cérébrale
- TDM thoraco-abdominale

- Traitement:

- Bolus de méthyl prédnisolone 1 gr/J
- Relai par prédnisone 1 mg/kg/j
- Introduction traitement de fond Azathioprine 150 mg par jour





REVIEW OF OCULAR BEHÇET'S DISEASE IN JAPAN

## **A Major Review: Current Aspects of Ocular Behçet's Disease in Japan**

Kenichi Namba, MD, PhD<sup>1</sup>, Hiroshi Goto, MD, PhD<sup>2</sup>, Toshikatsu Kaburaki, MD, PhD<sup>3</sup>, Nobuyoshi Kitaichi, MD, PhD<sup>4</sup>, Nobuhisa Mizuki, MD, PhD<sup>5</sup>, Yuri Asukata, MD, PhD<sup>5</sup>, Yujiro Fujino, MD, PhD<sup>6</sup>, Akira Meguro, PhD<sup>5</sup>, Shunya Sakamoto, MD<sup>2</sup>, Etsuko Shibuya, MD, PhD<sup>5</sup>, Katsutoshi Yokoi, MD, PhD<sup>2</sup>, and Shigeaki Ohno, MD, PhD<sup>1</sup>

*Ocular Immunology & Inflammation*, 2015; 23(SI): S1–S23





Sur une série de 257 patients BD

❖ Manifestations oculaires

- Iridocyclite récurrente
- Hypopion
- Opacités vitréennes diffuses
- infiltrats inflammatoires rétiniens avec ou sans hémorragie rétinienne

❖ Angiographie à la fluorescéine:

- Capillarite rétinienne aspect « en feuille de fougère »
- Hyperfluorescence maculaire
- Hyperfluorescence du disque optique

La possibilité du BD est suspectée ophtalmologiquement en présence d'une des manifestations cliniques + 2 signes angiographiques (1 signe est suffisant si aspect en feuille de fougère)





## A retenir

- L'ophtalmologiste peut être amené à faire le dg de Behçet en l'absence de signes généraux
- Savoir les confier aux internistes (maladie systémique)
- Le traitement est toujours basé sur les recommandations Eular 2008 corticothérapie et traitement de fond (IS ou anti TNF alpha)

