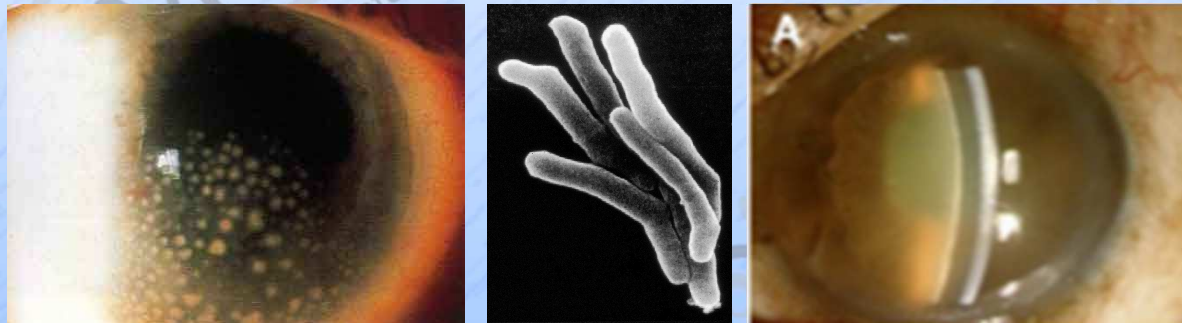


# Uvéites et tuberculose

## Quand et qui traiter ?

4<sup>ème</sup> FMC du CMIO Lyon 23 septembre 2016



**Dr Anh-Minh NGUYEN & Dr Salim TRAD**

# Epidémiologie

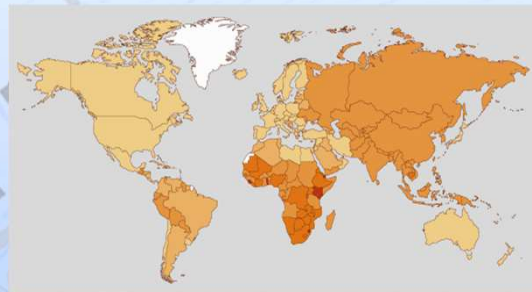
**Dr Salim TRAD**

> 95% pays en voie de développement

Asie (59 %) dont Inde & Chine  $\approx$  40 % des TB

>>

Europe (5 %), Bassin méditerranéen (7%)



## Passage forme à latente à active

10% au cours de la vie pour l'immunocompétent.

*versus*

10%/an pour l'immunodéprimé (VIH...)

fréquence  $\uparrow$  formes extrapulmonaires

[Johnson 2006]

# TUBERCULOSE EXTRAPULMONAIRE

- 20 à 40 % des TB selon les séries
- Plus fréquent chez Patients immunodéprimés +++ (VIH... etc)  
diffusion hématogène  
souvent associé à une tuberculose disséminée

Démarche diagnostique en cas de suspicion  
de TB oculaire

≠ si contexte de forte ou de faible endémie

≠ si sujet sain ou immunodéprimé

# Cohorte de TB

**USA** : Uvéite <2 % en sanatorium [Donahue 1967]

**Inde** : TB oculaire = 1,4 % [Biswas 1995]

**Espagne** : loc. oculaire pour **18 %** des **TB actives**  
si examen Oph (↑ si militaire) [Bouza 1997]

**France** : **pas de données nationales** sur prévalence oculaire  
parmi les cas déclarés

# Cohorte d'uvéites

- Inde : 5 à 20 % uvéites [Gupta 2003]

**1<sup>ère</sup> cause d'uvéite infectieuse** [Venkatesh Int Ophthalmol 2016]

- France : 4 % des uvéites sévères [Bodaghi 2001]

**Si VIH + => Prévalence localisation oculaire des TB >5 %**  
**+ atteinte pulmonaire souvent associée** [Badu 2006]

50% des uvéites restent étiquetées « idiopathiques »

=> **Sous estimation** possible [Mercanti 2001] [Islam 2002]

# La prévalence des études **varient en fonction des outils diagnostiques**

Exemple pour 2 études indiennes de >1000 uvéites

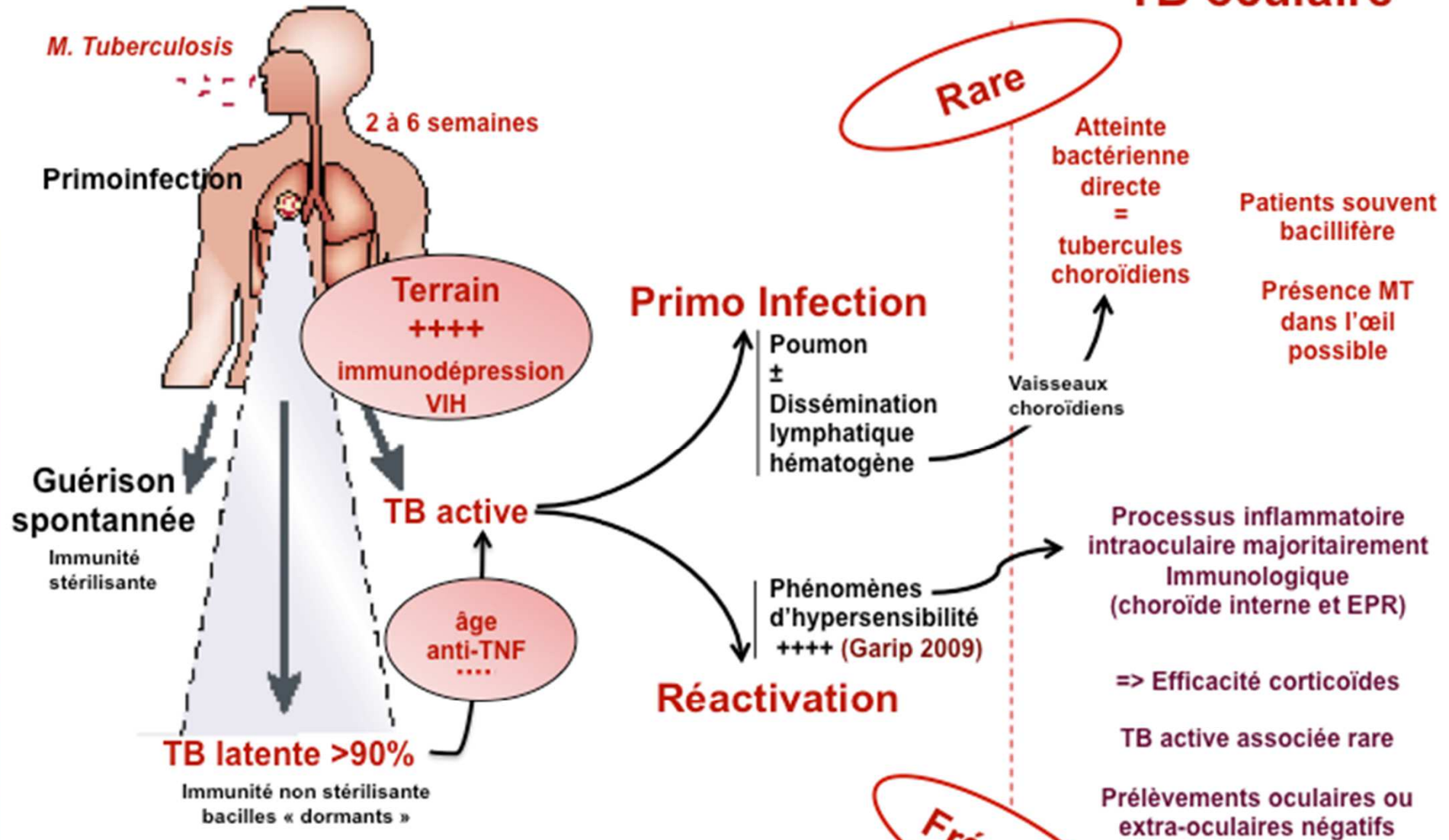
0,39 % de TB oculaire **[Biswas 1996]**

*versus*

10 % (lorsque PCR sur prélèvements de CA) **[Singh 2004]**

# PHYSIOPATHOLOGIE

## TB oculaire



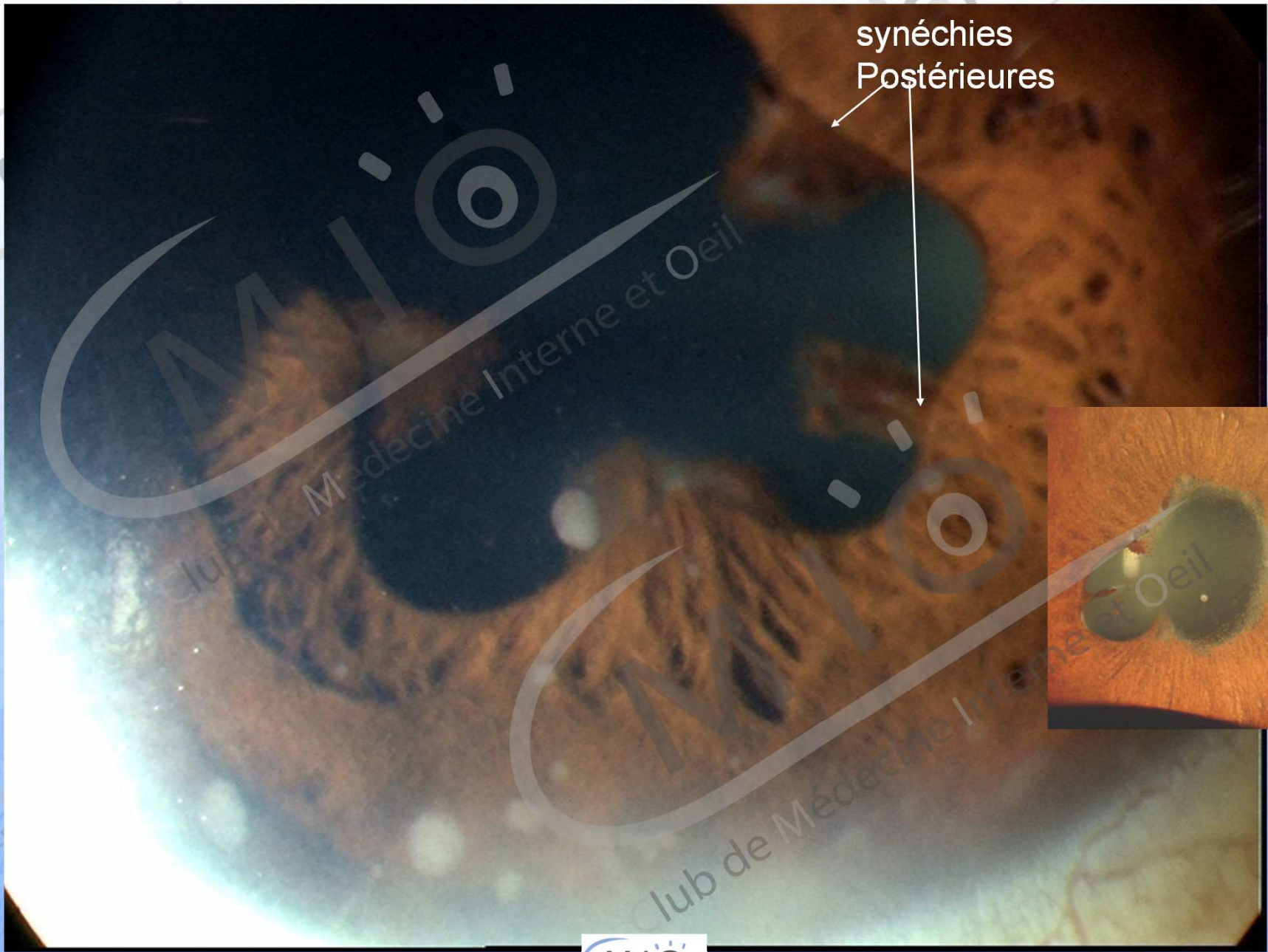


# Clinique

**Dr Anh-Minh NGUYEN**

# Uvéite granulomateuse antérieure

- 30 à 40% des uvéites présumées TB
- Apparition de synéchies irido-cristalliniennes est un élément sémiologique important pour s'orienter vers une origine TB (Gupta 2010 AJO)
  - **Surtout si elles sont larges**



synéchies  
Postérieures

Précipités rétro-descémétiques

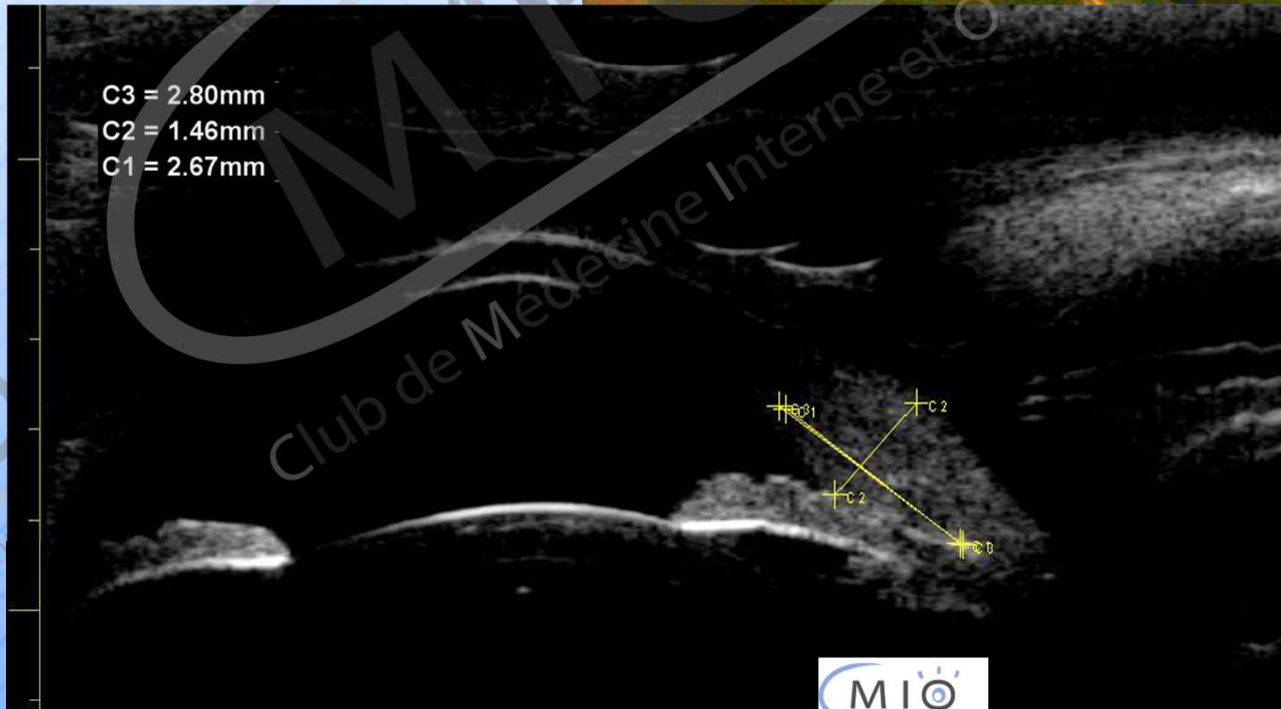
# Parfois granulome de l'angle irido cornéen

- F 48 ans
- BAV OG rouge douloureux: tableau de sclérite nodulaire antérieure



# Un quantiféron et une IDR positifs

## Des anomalies au TDM thoracique



# Uvéites intermédiaires

- Expression clinique non spécifique  
+/- associée à une atteinte antérieure
- Complications :
  - hémorragie vitréenne
  - œdème maculaire cystoïde (OMC) +++
- Complications tardives **(Mercanti 2001)**
  - OMC (30 à 60% des UI)
  - Cataracte 20%
  - Glaucome 16%

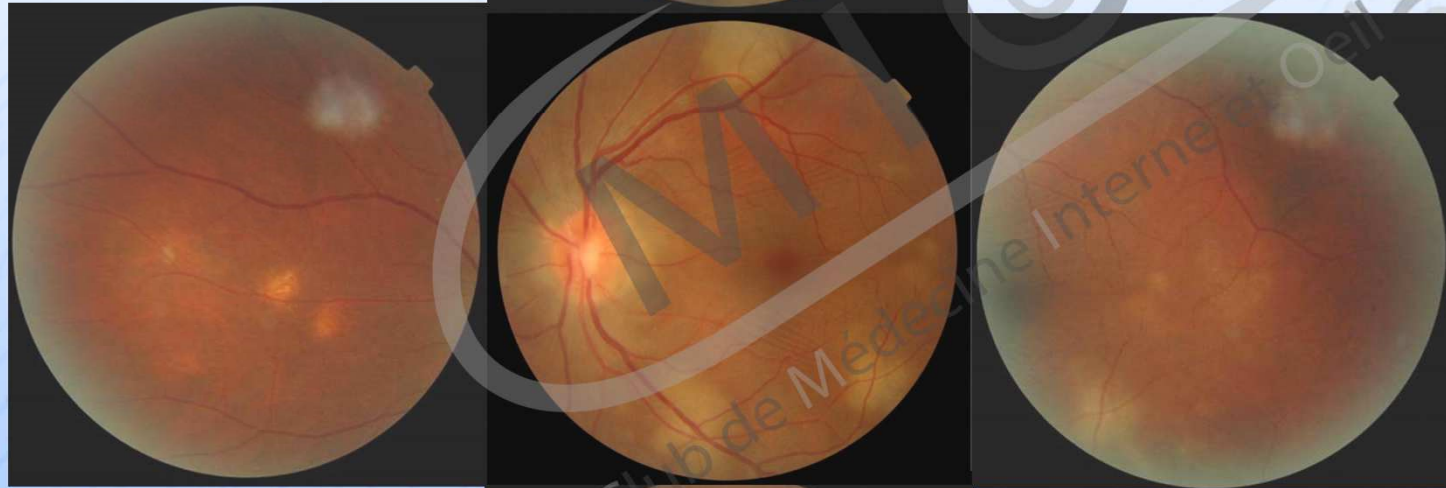
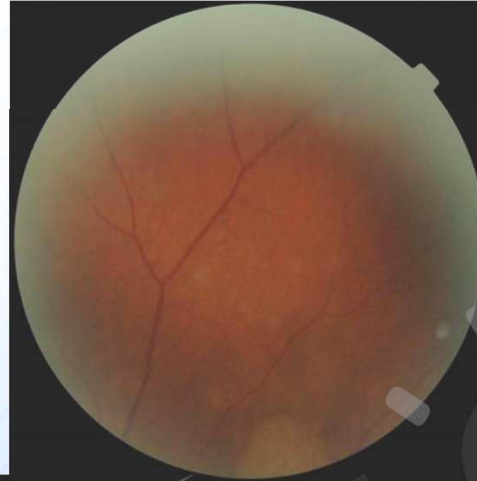
# Uvéites postérieures

- Représente la moitié des cas des uvéites présumées TB
- Lésions les plus évocatrices :
  - **Tubercules**
  - **Choroïdite pseudo-serpigineuse**
  - **Vascularite rétinienne associée**

# Cas clinique

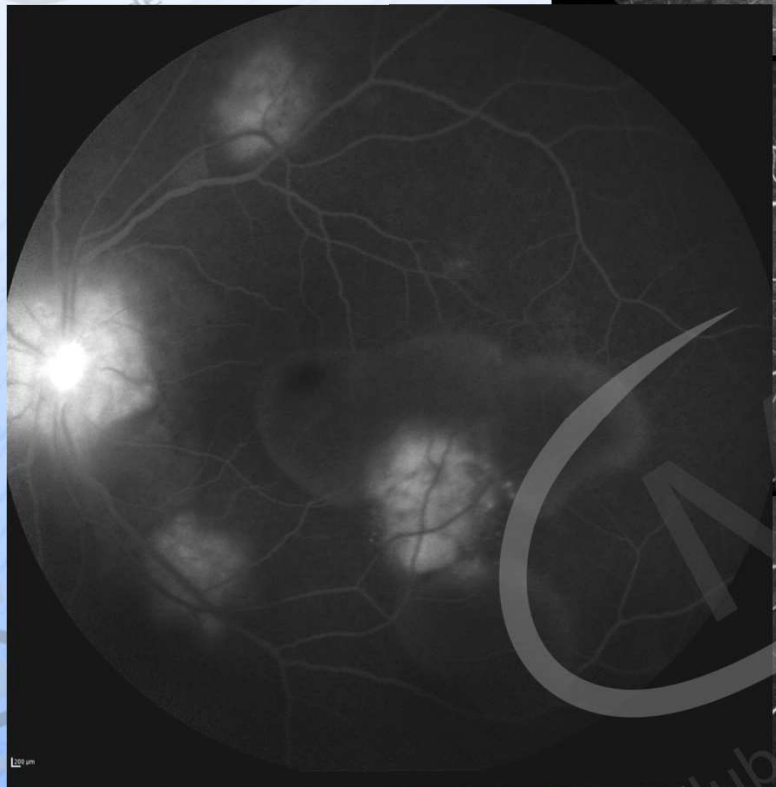


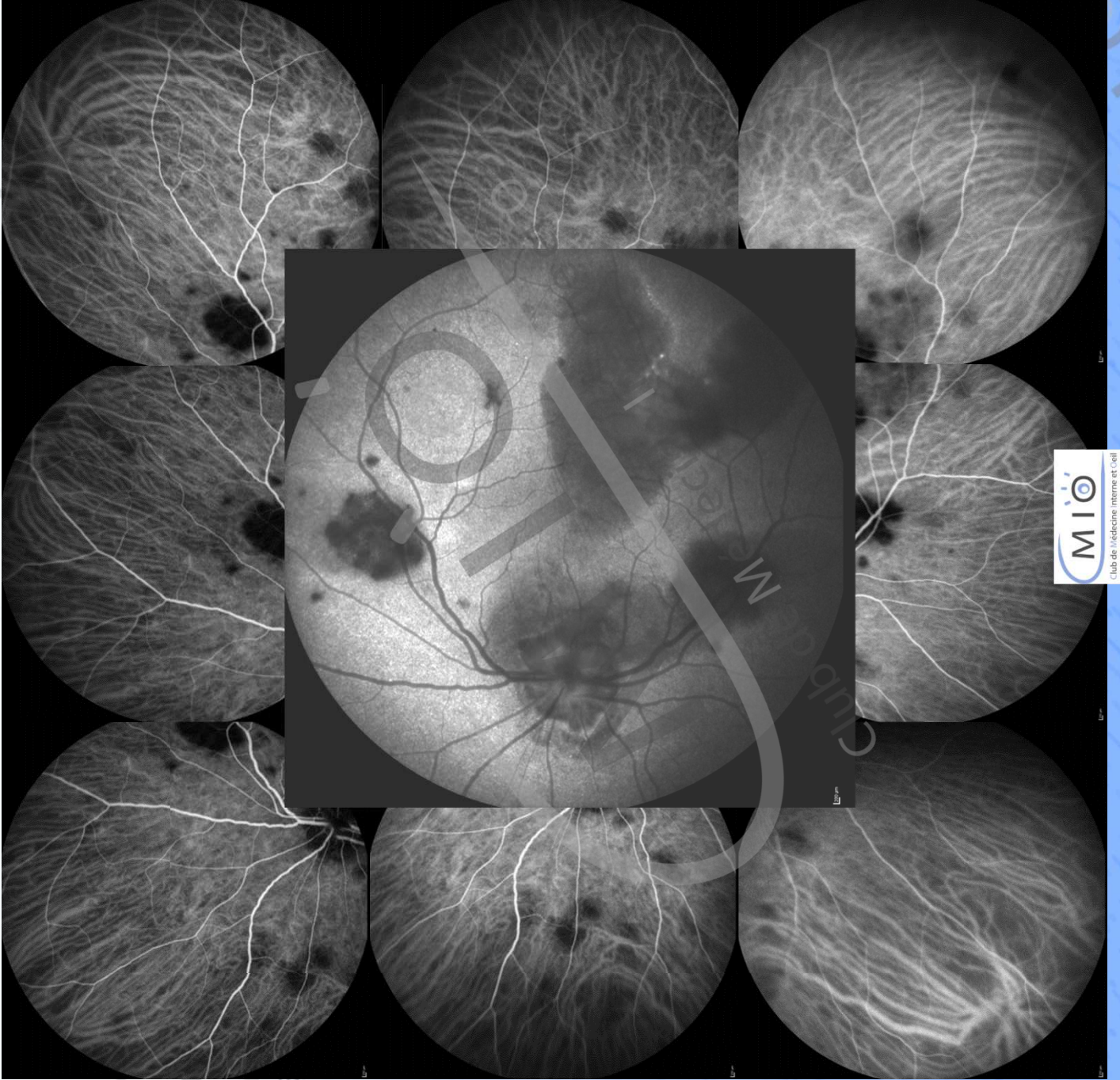
Patiente 47 ans  
Origine Congolaise  
Anesthésiste réanimateur  
ATCD: - Bronchite  
asthmatiforme  
- Drépanocytose  
hétérozygote

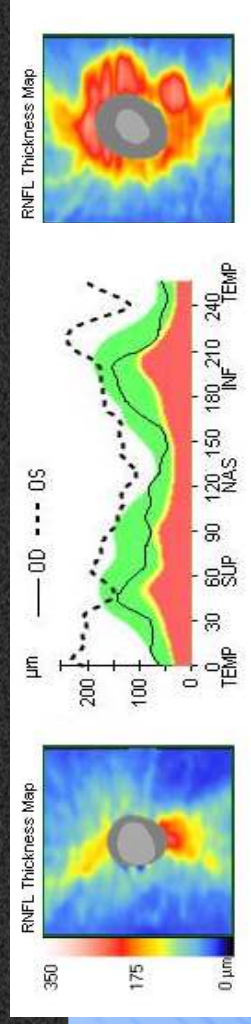
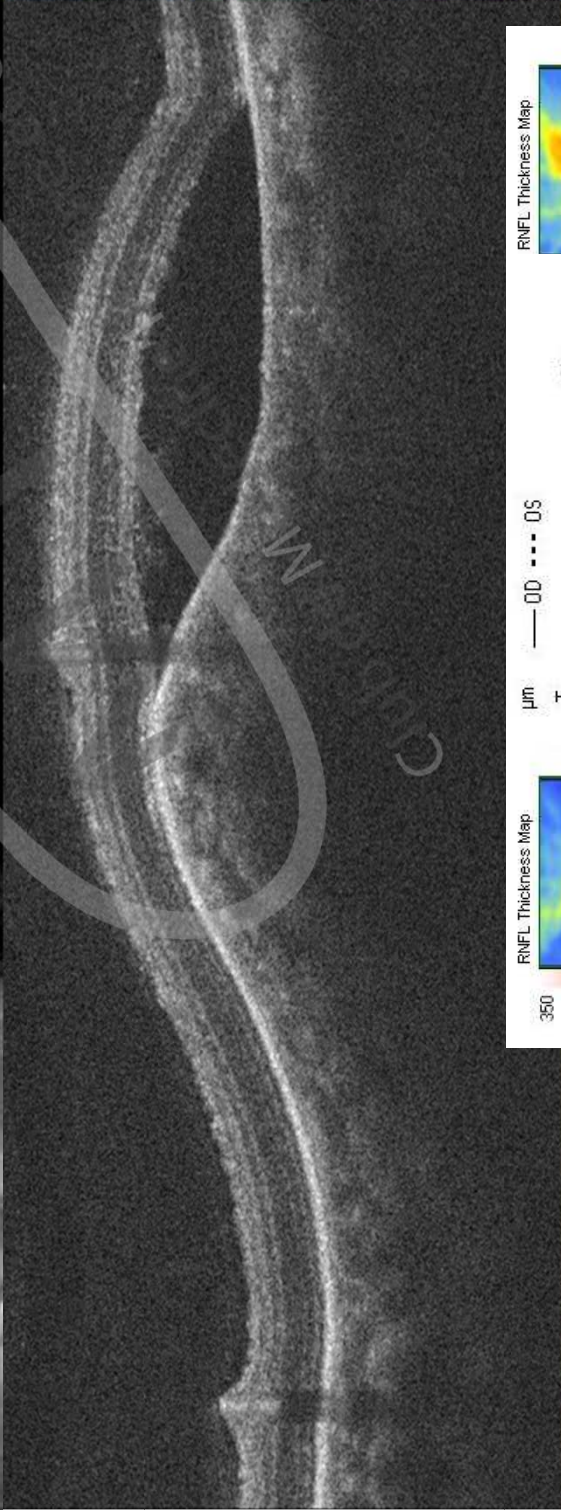
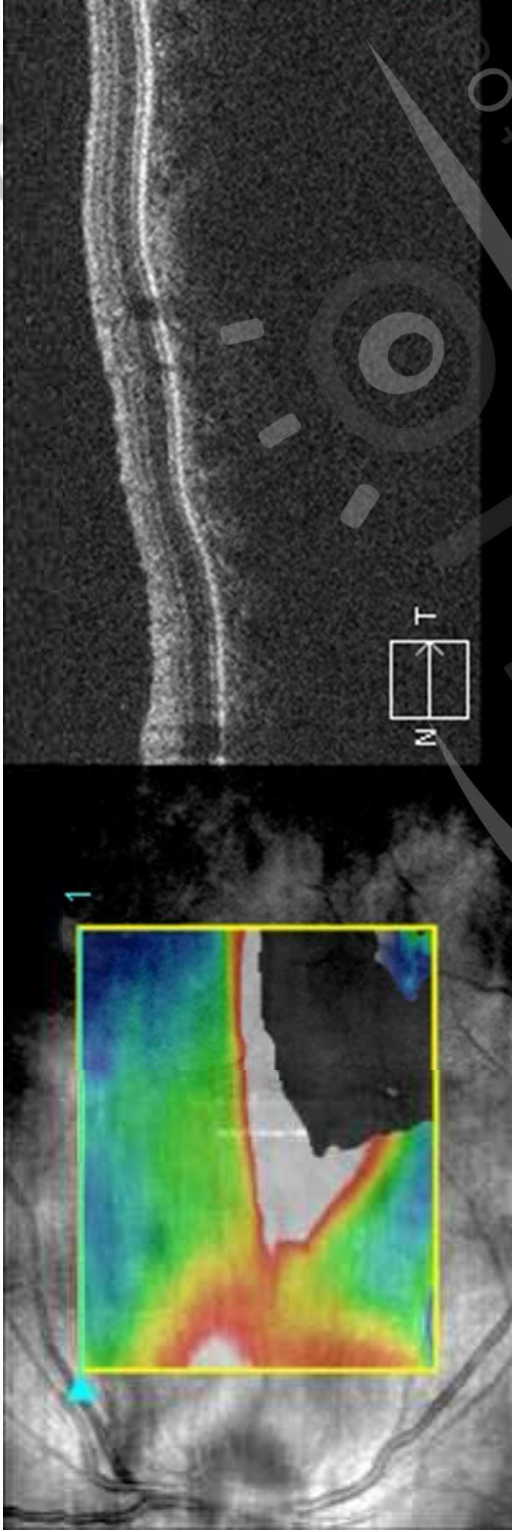


Œdème  
papillaire et  
plis rétiniens:  
une  
neurorétinite

Foyers jaunâtres  
multiples sous -rétiniens

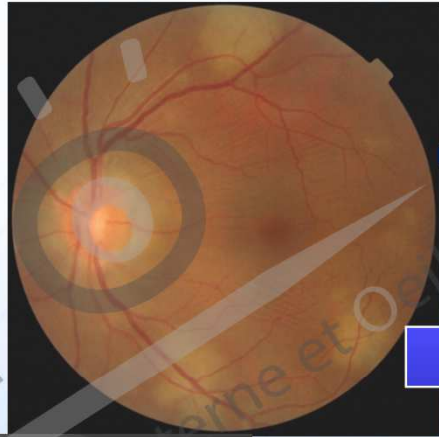




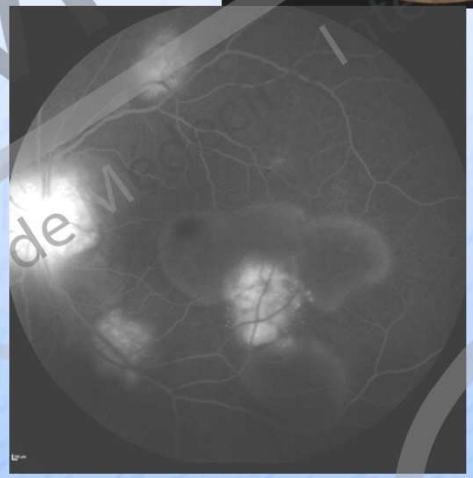


- PCA: **BK -**
- Virus herpès:-  
Leptospirose,  
Bartonella, Whipple,  
Borrelia:-
- **IDR + 17mmm**
- **Quantiféron +**
- **RP et TDM tho  
normaux**

- **Un traitement AT  
d'épreuve...**

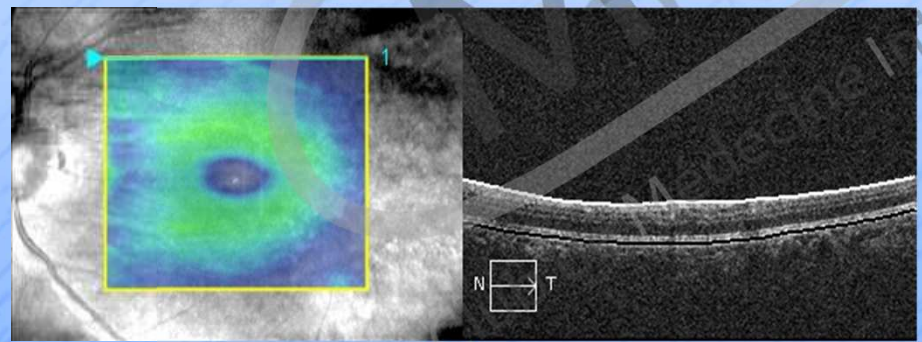
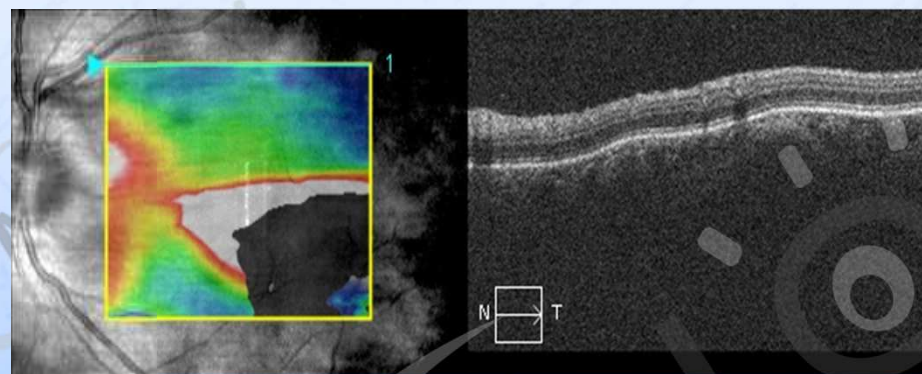


M2 post  
quadrithérapie  
anti BK  
AV 10/10° P2



# EVOLUTION

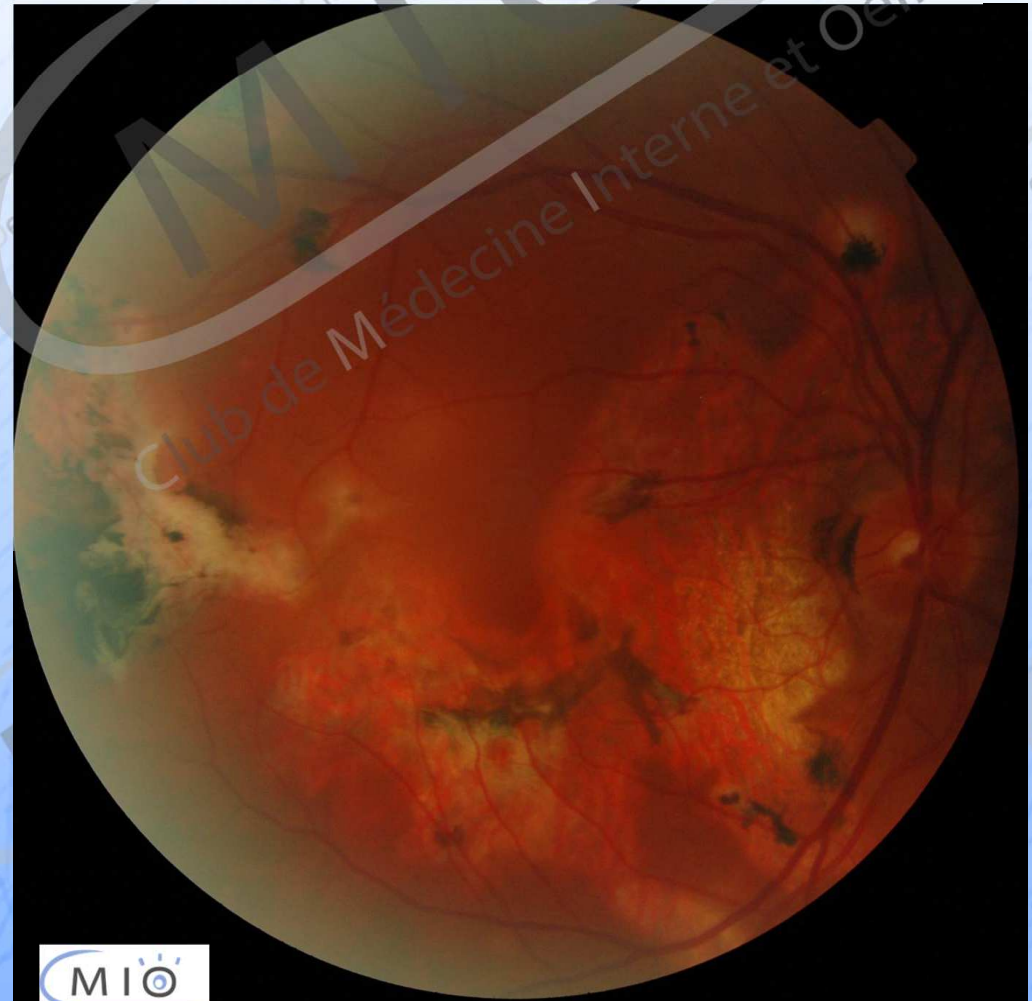
- MACULA:



# Cas clinique



- Homme de 43 ans
- BAV de l'œil droit, 4/10° P6
- SA calme
- Pas de hyalite



- OG asymptomatique
- AV 10/10° P2

- Une choroidite serpiginieuse agressive...
- Mais un IDR à 12mm...  
(vacciné), RAS par ailleurs  
(RP/TDM, crachats-)

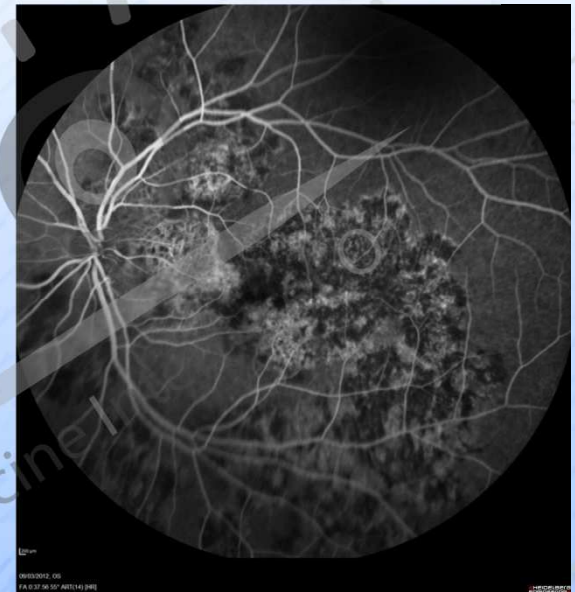
- Bolus Solumedrol et ttt anti tuberculeux (9 mois)

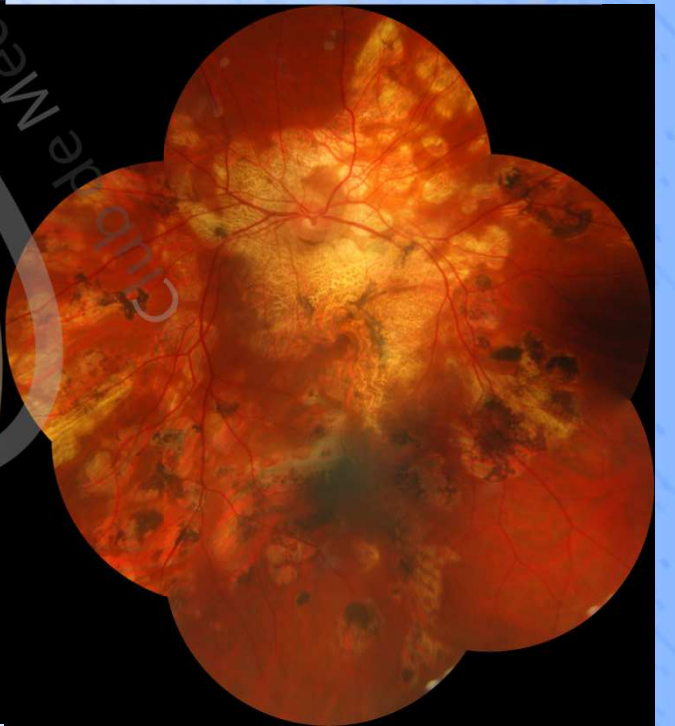
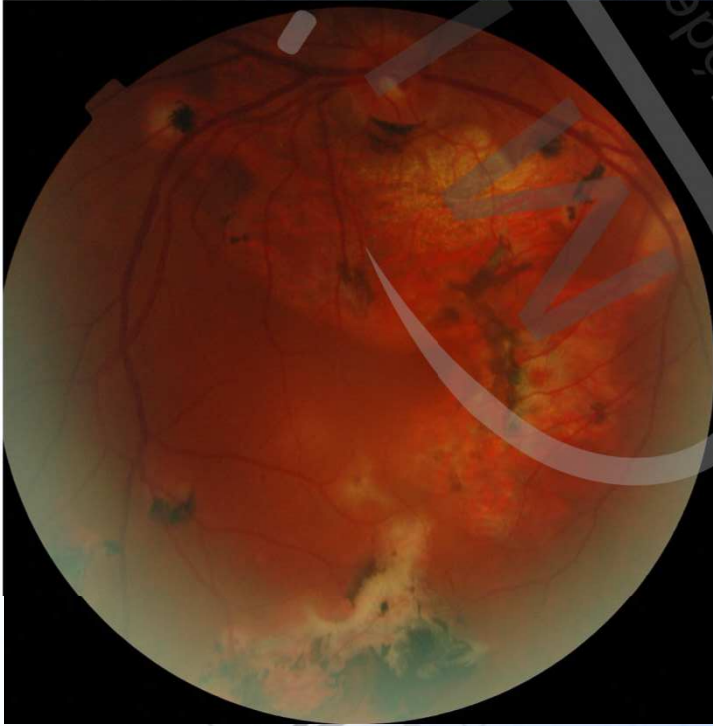
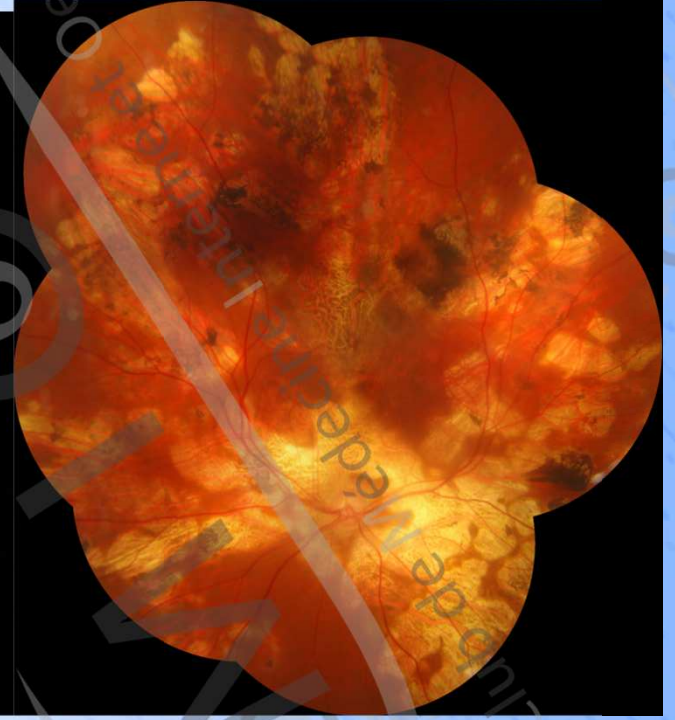


# Modalité du suivi ?

## Que rechercher à l'angiographie ?

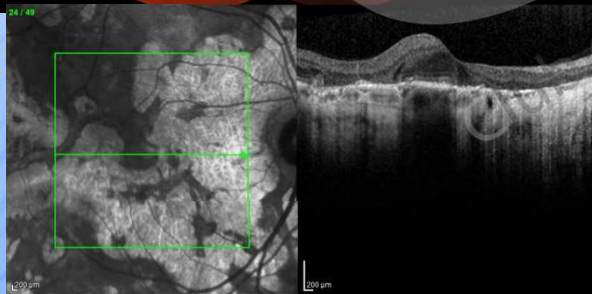
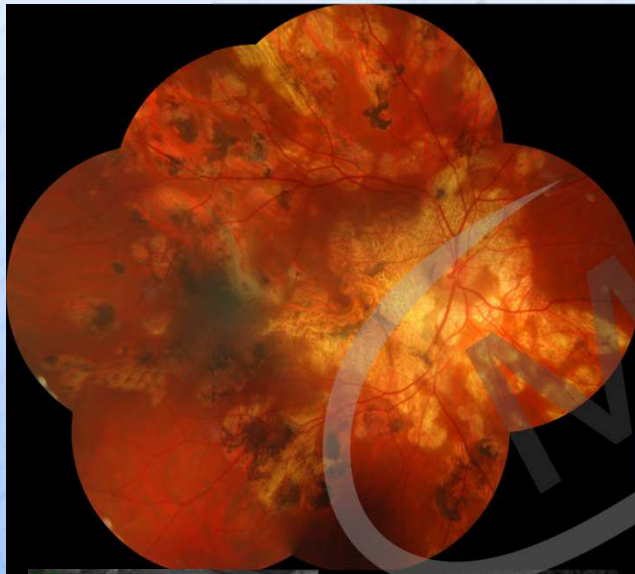
- Suivi de la cicatrisation des foyers paramaculaires par angiographies
  - Rechute infraclinique objectivée par l'angio :  
**Signe de Jean-Antoine Bernard :**  
**disparition du liseré hyperfluo signant une**  
**récidive.**
  - Suivi des CV
- Un ttt anti tuberculeux et une corticothérapie en bolus, puis des immunosuppresseurs (Endoxan, cellcept, Ciclosporine, Remicade, MTX, Interféron Humira...)



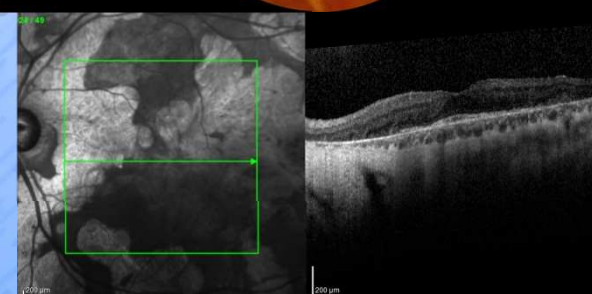
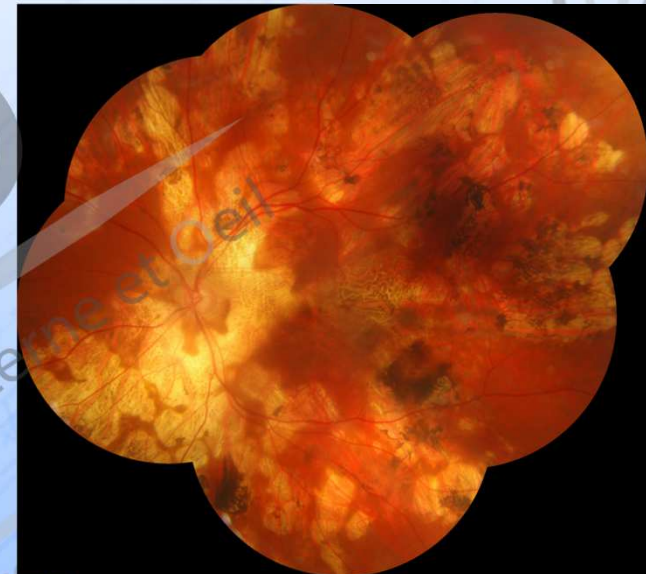


# Suspicion d'effet d'induction de la Rifampicine sur les stéroïdes?

- Pas de reprise inflammatoire en 3 ans Sous RIMIFON, PIRILENE, OFLOCET, CORTANCYL 5mg
- OD 10/10° P2



14/10/2015, OD  
IRAOCT 30° [HS] ART(15) Q. 28



14/10/2015, OS  
IRAOCT 30° ART [HS] ART(15) Q. 29

# Alors serpiginieuse ou pseudo serpiginieuse tuberculeuse?

- Signes cliniques des CS like – TB+
  - 5 patients vs. 5 CS « vraies »
    - Originaire zone forte endémie vs. Faible endémie
    - IDR+. Vs. IDR<
    - Plus souvent unilatérale avec vitrite vs. bilatérale sans vitrite
    - Lésions irrégulières du pole post.
    - Epargne la région juxtapapillaire
    - Echec CS/Immunosuppresseurs vs. efficace

Vasconcelos-Santos D, et al. Arch Ophthalmol 2010;128:853-8

# Cas clinique

- BAV OD
- Interrogatoire: origine tunisienne
- SA: Tyndall + , PRD granulomateux
- FO: Hyalite +, PP normal, pas de RD, pas de foyer chorioretinien, **vascularites artérielles et veineuses.**



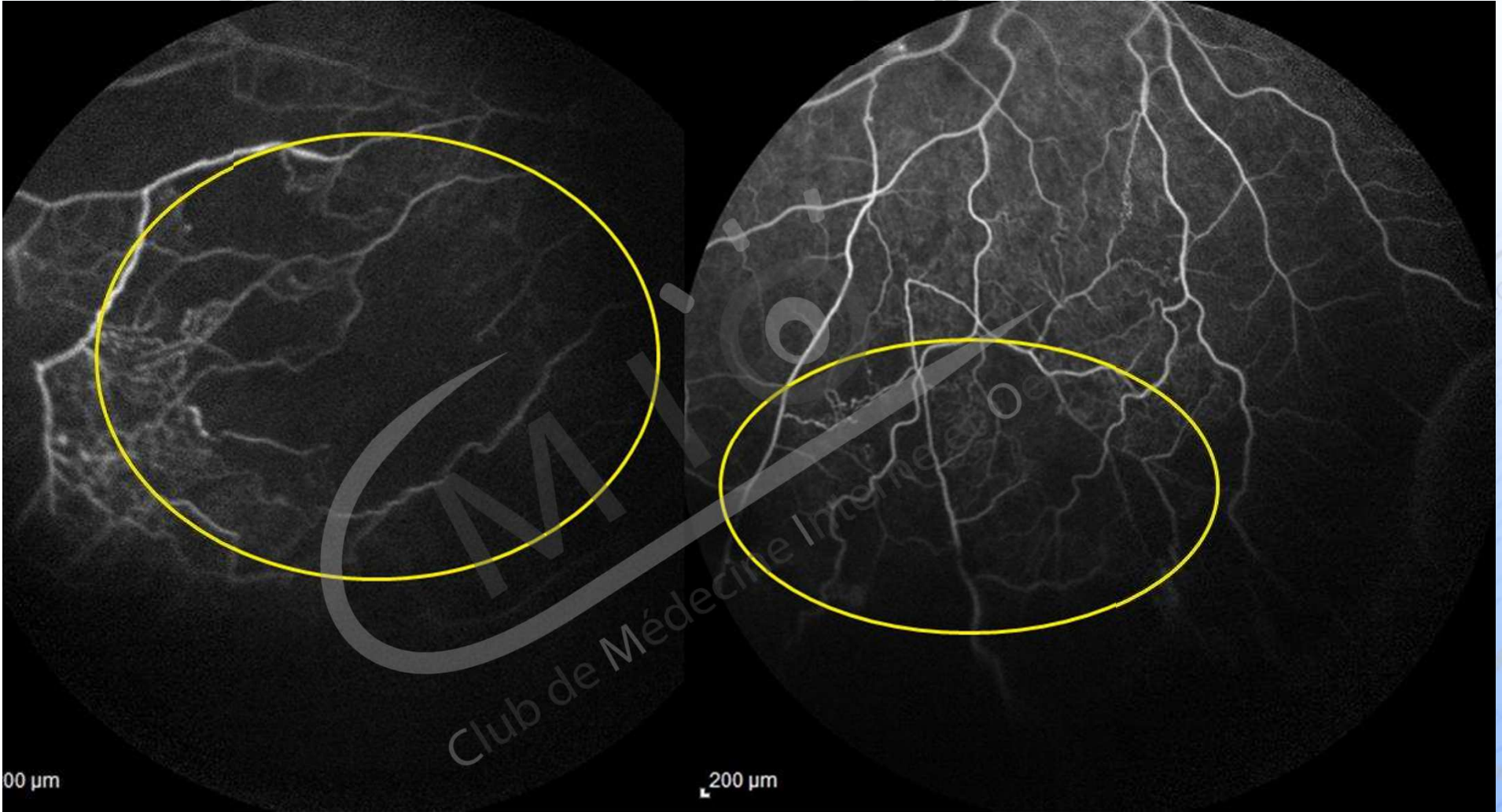
**PANUVEITE DROITE  
AVEC VASCULARITES ARTERIELLES**

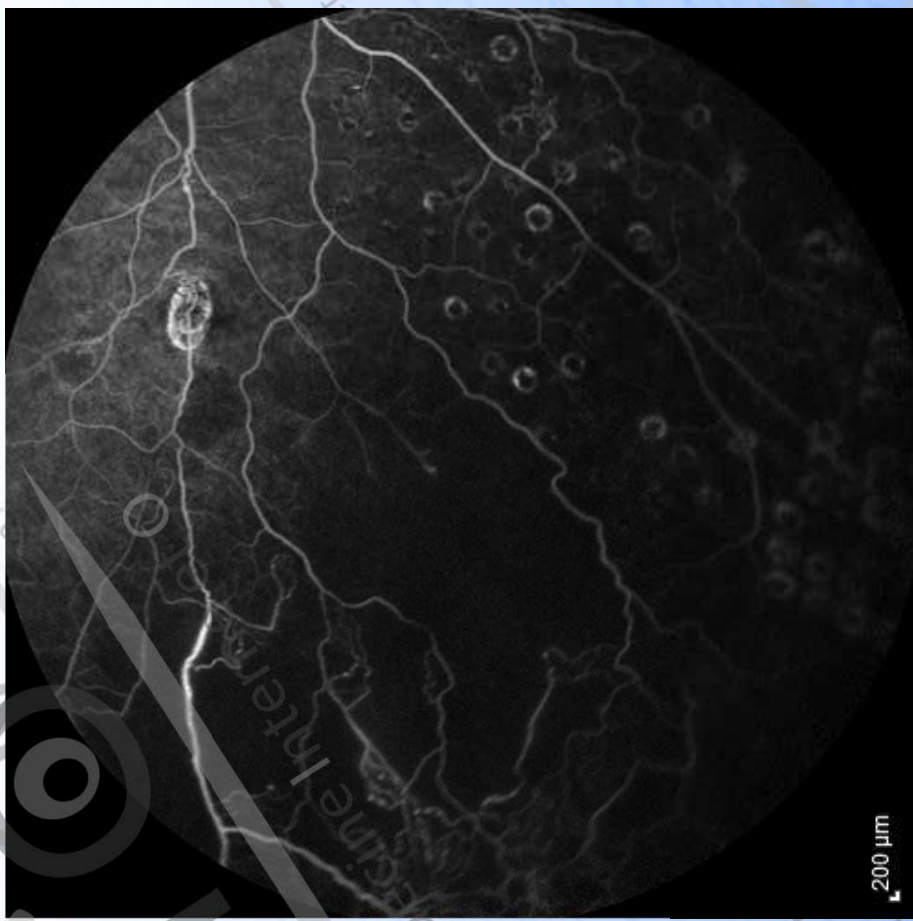


zones d'ischémies rétinienne  
aspect d'arbre mort  
vascularites artérielles+++

- Aspect d'embols : Echo DTSA Normale  
Pas d'endocardite à l'ETT,  
ECG Normal







# Ischémie rétinienne => Néovascularisation sévère

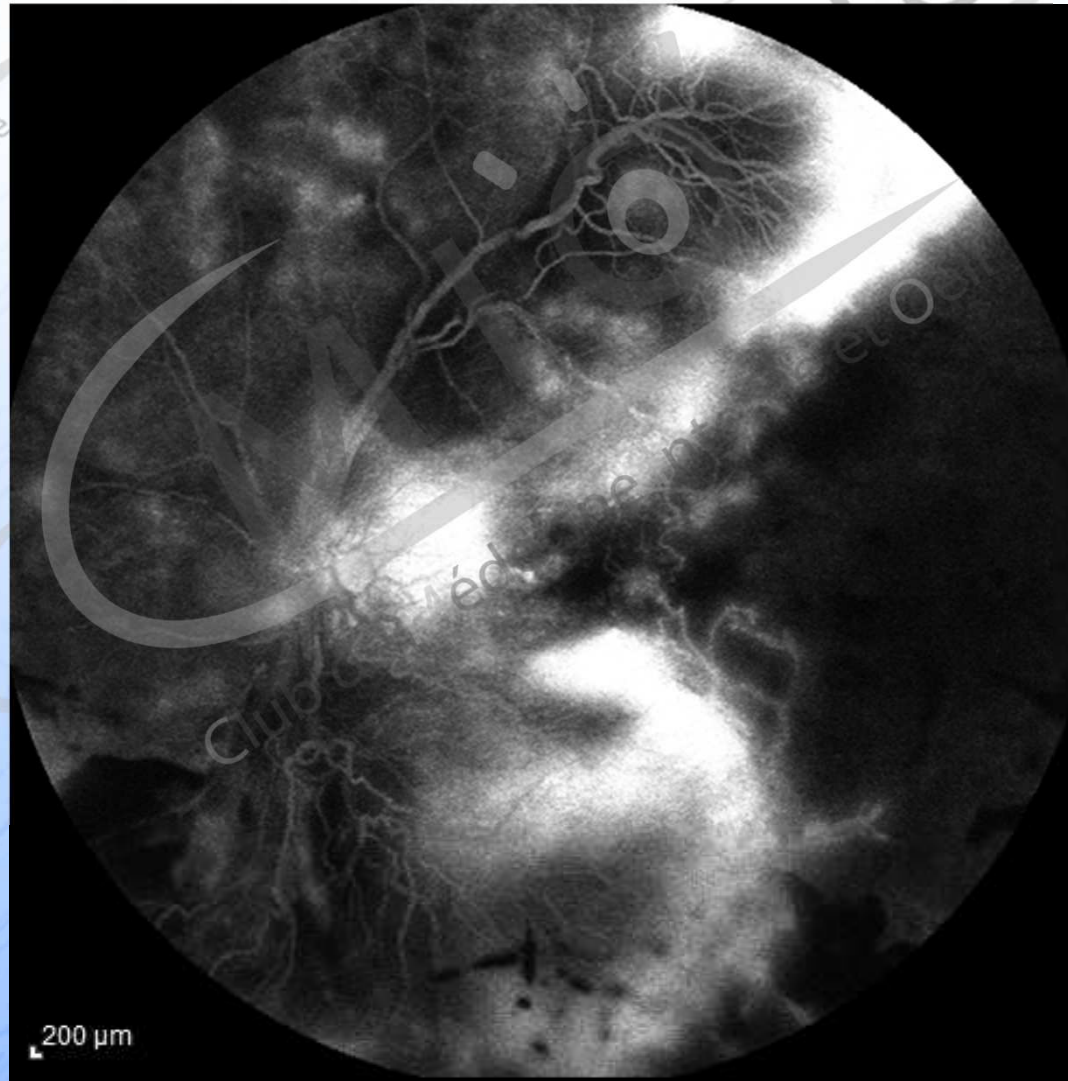
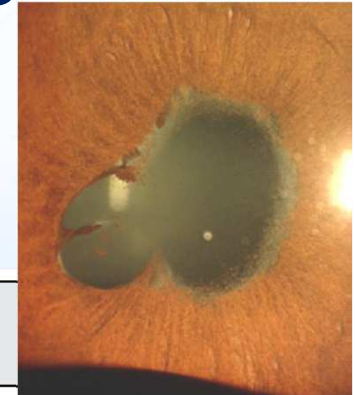
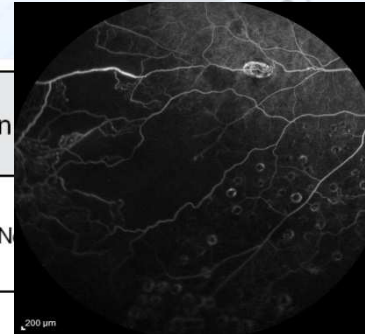
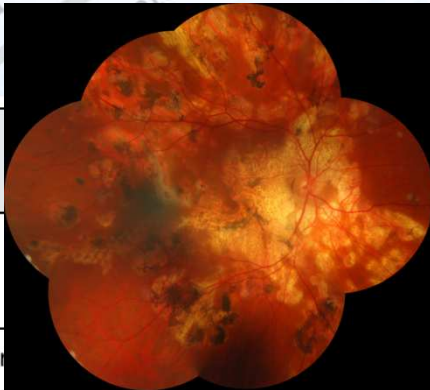


Tableau d'ischémie et de néovascularisation gravissime en angio fluo,  
Peut se compliquer **d'hémorragie intravitréenne** et de **décollement de rétine**

# Une autre grande simulatrice, mais 3 présentations évocatrices



	Accuracy Classification	Tubercular Uveitis							
		Specificity (%)	Positive Predictive Value (95% CI)	Negative Predictive Value (95% CI)	Positive Likelihood Ratio	Negative Likelihood Ratio	Posttest Probability	Overall Diagnostic Accuracy	
Mutton precipitates	7	93	50% (32 to 68)	53% (48 to 58)	47%	1.12	0.99	50%	53%
Fine keratic precipitates	18	74	38% (28 to 49)	50% (45 to 56)	47%	0.70	1.10	38%	47%
Broad-based posterior synechiae	32	93	79% (69 to 87)	60% (55 to 65)	47%	4.33	0.73	79%	64%
Filiform posterior synechiae	16	73	35% (26 to 46)	49% (44 to 55)	47%	0.61	1.14	35%	46%
Iris nodules	2	98	55% (27 to 81)	53% (48 to 58)	47%	1.40	0.99	55%	53%
Snowballs	33	67	47% (39 to 56)	54% (47 to 59)	47%	1.02	0.98	47%	51%
Snow banking	8	91	47% (31 to 63)	53% (48 to 58)	47%	1.01	0.99	47%	53%
Retinal vasculitis (all)	30	82	60% (50 to 70)	57% (51 to 62)	47%	1.69	0.84	60%	58%
Vasculitis without choroiditis <sup>a</sup>	25	97	93% (70 to 99)	46% (35 to 57)	47%	9.25	0.77	93%	54%
Vasculitis with choroiditis <sup>b</sup>	10	99	93% (70 to 99)	57% (51 to 62)	47%	16.80	0.90	93%	59%
Multifocal choroiditis	7	90	41% (26 to 57)	52% (47 to 57)	47%	0.78	1.02	41%	51%
Serpiginous-like choroiditis	14	98	90% (74 to 96)	56% (51 to 61)	47%	9.71	0.86	90%	59%
Logistic regression model	60	84	77% (70 to 83)	70% (64 to 70)	47%	3.82	0.47	77%	73%

Gupta A, et al. Am J Ophthalmol 2010;149:562-70

# Outils Diagnostiques

**Dr Salim TRAD**



## Bactériologique

Coloration à l'auramine  
Culture

## Histologique

Coloration de Ziehl

## Biologie Mol

PCR ARN 16S

# Tuberculose Oculaire

## Immunologique



## IDR

## QuantiFERON® TB Gold

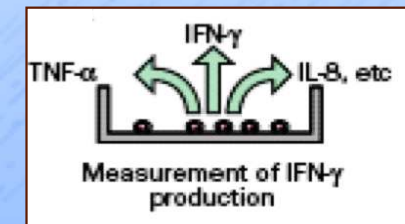
## Cliniques et Radiologiques

ATCD familiaux, personnels

Voyage en zone de forte endémie...

Examen : AEG, sueurs, ADP... etc

Rx : ADP calcifiée.... etc



# Biologie Moléculaire

## PCR ARN 16S

Peut être contributive, même lorsque l'inflammation locale est principalement immune (vascularite rétinienne) [Gupta 1996]

Proportion de faux positifs non négligeable  
Faux négatifs estimée à 20 % [Arora 2001]

=> Valeur prédictive positive médiocre en cas de faible prévalence de la TB

## Cliniques et Radiologiques

Contribution de l'imagerie différente selon le pays concerné:

Anomalies radiologiques dans:

**75%** pays à forte endémie [Babu Ocul Immunol Inflamm 2015]

*versus*

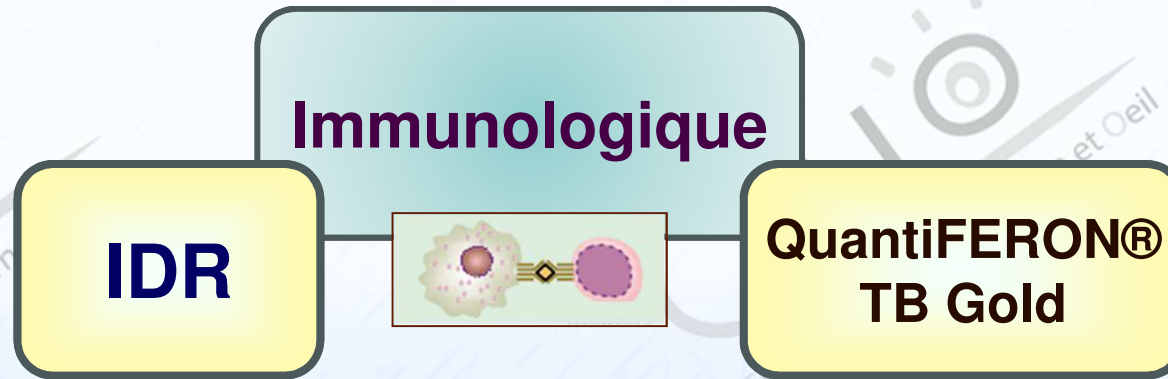
**14%** pays à faible endémie [Agrawal 2015]

Scanner thoracique indiqué si atteinte postérieure

Même valeur pour la démarche diagnostic entre

- **Contage certain à l'interrogatoire**
- **Anomalie radiologique de TB latente** (ADP calcifiée...etc)
- **IDR ou IGRA positif**





## Sensibilité

- QFN-TB et IDR gold même sensibilité  $\approx 70-75\%$
- QFN-TB gold moins bonne dans les TB extrapulmonaires meilleur que l'IDR si lymphopénie CD4 (VIH, corticoïdes, chimiothérapie, Insuffisance rénale)

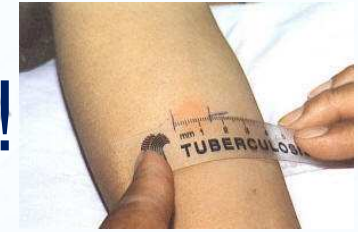
## spécificité

- QFN-TB gold  $\gg$  IDR (France)  $> 95\%$  versus  $50\%$  [Menzies 2007]
- QFN-TB et IDR idem si populations non vaccinées par le BCG



**IDR**

**toujours d'actualité!**



1. Reste utile en cas de résultat au QFN-TB gold indéterminé ou patient non vacciné
2. Son caractère phlycténulaire est précieux:
  - permet d'évoquer un contage même si le sujet a été vacciné par le BCG
  - Il incite à traiter...
  - Pas d'équivalent pour le QFN-TB gold lorsque fortement positif
3. Anergie tuberculique peut être un élément d'orientation devant une uvéite granulomateuse

**QuantiFERON®  
TB Gold**

# Interprétation

- QFN traduit uniquement contact ancien ou récent avec MT
- Pas d'interprétation quantitative possible (même valeur si 5 ou 70)
- Après traitement :

Baisse des taux de QFN **[Komiya 2011] [Babu 2015]**

Réversion fréquente :

- 60% dans les TB pulmonaire active **[Komiya 2011]**
- Moindre dans les TB oculaires **[Babu Ocul Immunol Inflamm 2015]**

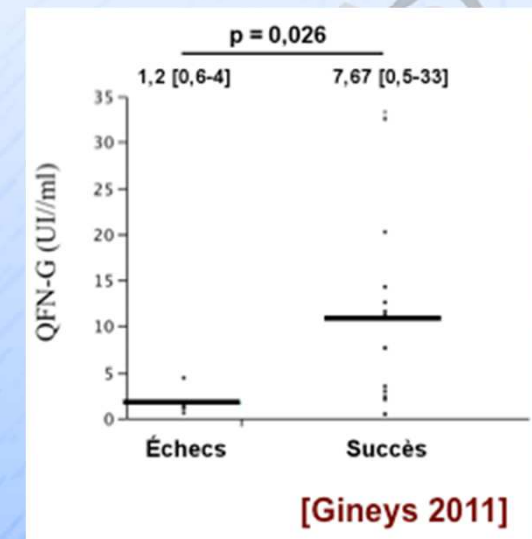
**QuantiFERON®  
TB Gold**

## Seuil

Seuil du fabricant fixé à 0,35 UI/ml

**Seuil de  $\geq 1$  UI/ml à retenir pr dg d'uvéite BK :**

- *Etude française :*  
succès significativement plus fréquent qd  
taux  $> 2$  UI/ml **[Gineys 2011]**
- *Etude anglaise :* Seuil d'inclusion retenu de 1 UI/ml  
succès significativement plus fréquent qd  
taux  $> 1,5$  UI/ml **[Agrawal Br J Ophthalmol 2016]**
- *Etude américaine :* dépistage auprès des professionnels de santé :  
Seuil  $< 1$  UI/ml (moy 0,61 UI/ml)  $\Rightarrow$  contrôle négatif (n=12)  
Seuil  $> 1$  UI/ml (moy 1,19 UI/ml)  $\Rightarrow$  contrôle tjs positif (n=22) **[Weddle 2014]**



**QuantiFERON®  
TB Gold**

## **Zone de forte endémie**

Taux de **TB active** important : 4 à 14% des cas [Badu 2009, Ang 2009]

Sensibilité du QFN-TB > IDR pour une étude [Sudharshan 2012]

**Discordance importante** QFN/IDR variant entre :  
25% [Ang, BJO 2014] et 49% [Ang 2012]

**VPP de 75%** [Badu 2009, Ang 2012]

**VPN de 85% si négativité des 2 tests** [Ang, BJO 2012]

Les 2 tests combinés = Stratégie la plus rentable [Ang, BJO 2015]

QuantiFERON®  
TB Gold

## Zone de faible endémie

Taux de TB active < 4% [Agrawal 2015]

Prévalence de tests positifs parmi les uvéites plus élevée que dans population générale : 23 à 45% [Jakob 2014] [Gineys 2011]

QTF-TB positif chez patients avec ATCD de TB déjà traitée !  
Situation fréquente (≈10%) [Gineys 2011] [Itty 2009]

### Association fortuite uvéite – QFN positif !!!

- Etude anglaise : dans 25% des cas [Nora 2014]
- Etude allemande : dans 46% des cas (37/80) [jakob 2014]  
surtout **sarcoïdose** +++

# **Diagnostic de certitude vs Diagnostic présomptif**

**Dr Salim TRAD**

# Inflammation oculaire compatible avec une tuberculose

## Diagnostic de certitude

**Présence de MT**  
sur les  
Prélèvements  
oculaires\*

chambre antérieure  
vitrée  
biopsie endorétinienne

**IOTB certaine**

## Diagnostic présomptif

Tuberculose  
prouvée\*  
(hors atteinte  
oculaire)

**et**  
absence d'autre  
étiologie

**IOTB probable**

Radiologie  
évocatrice de TB latente

**et**  
Quantiféron\*\*  
positif

**et**  
absence d'autre  
étiologie

**pays à forte endémie +++**  
**pays à faible endémie +**

Radiologie  
évocatrice de TB latente

**OU**  
Quantiféron\*\*  
positif

**et**  
absence d'autre  
étiologie

**IOTB possible\*\*\***

**pays à faible endémie**  
**++++**

**ou immunodéprimé (HIV....etc)**

\* par coloration de Ziehl ou culture ou PCR

\*\* ou IDR + en l'absence de vaccination

\*\*\* Gupta Ocul Immunol Inflamm 2015



# Inflammation oculaire compatible avec une tuberculose

## Diagnostic de certitude

**Présence de MT**  
sur les  
Prélèvements  
oculaires\*

chambre antérieure  
vitrée  
biopsie endorétinienne

**IOTB certaine**

**Traitement  
obligatoire**

ou immunodéprimé (HIV....etc)

## Diagnostic présomptif

Tuberculose  
prouvée\*  
(hors atteinte  
oculaire)

**et**  
absence d'autre  
étiologie

**IOTB probable**

**Traitement  
indiqué**



Radiologie  
évocatrice de TB latente

**et**  
Quantiféron\*\*  
positif

**et**  
absence d'autre  
étiologie

Radiologie  
évocatrice de TB latente

**OU**  
Quantiféron\*\*  
positif

**et**  
absence d'autre  
étiologie

**IOTB possible\*\*\***

**Test d'épreuve  
à discuter**

\* par coloration de Ziehl ou culture ou PCR

\*\* ou IDR + en l'absence de vaccination

\*\*\* Gupta Ocul Immunol Inflamm 2015

# Traitement de l'uvéite antérieure présumée tuberculeuse?

## Qui traiter?

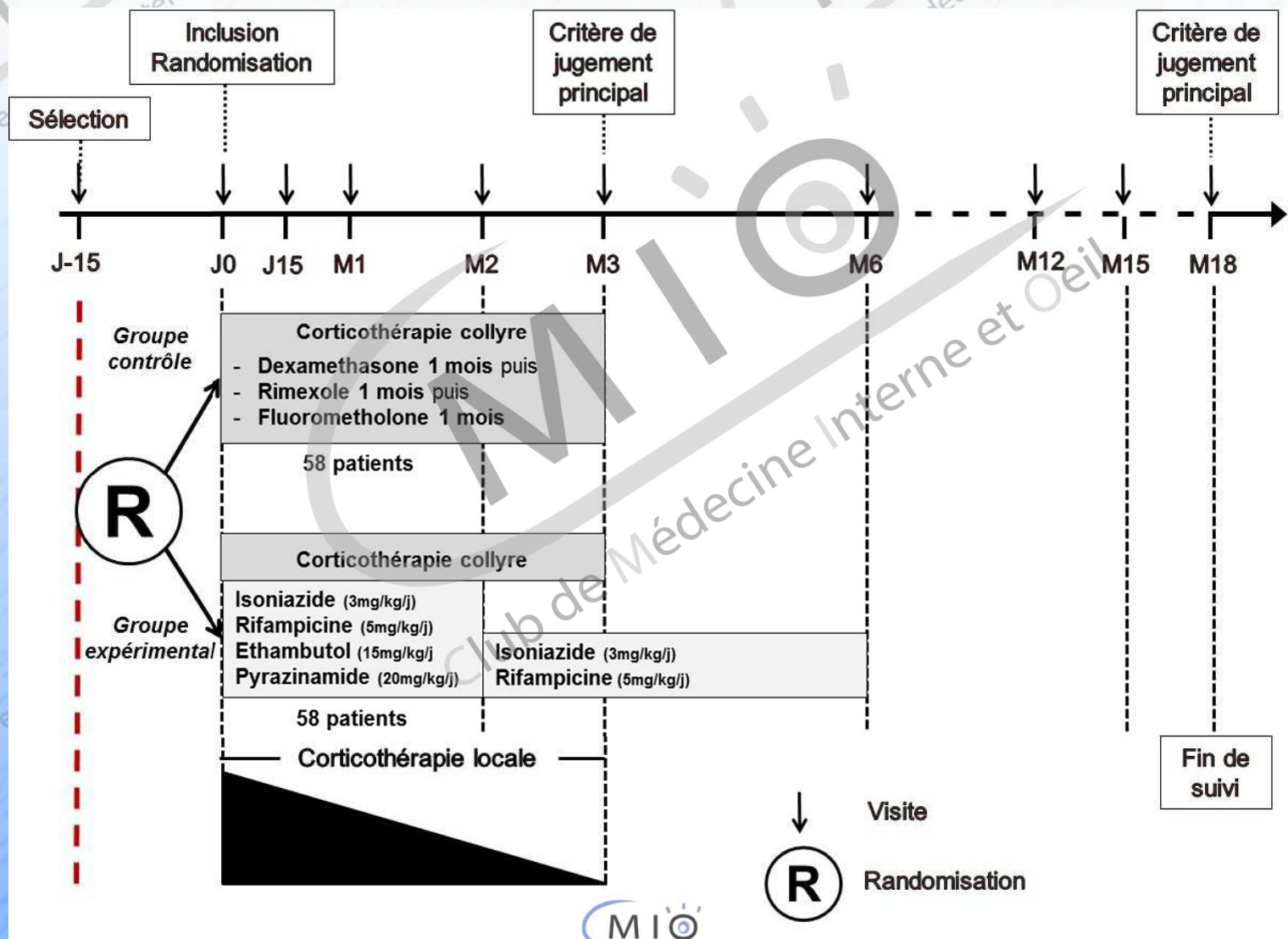
- Pas de consensus sur l'utilisation d'un TAT dans les pays à faible endémie
- Corticothérapie locale souvent efficace sur la poussée mais n'évite pas les rechutes.
- Une étude indienne comprenant 131 UA (Bansal 2008, AJO)

**TABLE 2.** Distribution of Uveitis (Anatomic Location) and Tuberculin Skin Test Reaction in Patients Developing Recurrences in Groups A and B

Tuberculin skin test (mm)	Group A (n = 216) Recurrences in 34 Patients (15.74%)			Group B (n = 144) Recurrences in 67 Patients (46.53%)		
	10-15 (n = 25)	16-20 (n = 64)	>20 (n = 127)	10-15 (n = 46)	16-20 (n = 46)	>20 (n = 52)
Anterior uveitis (n = 68)	2	3	10	10	12	12
Intermediate uveitis (n = 32)	0	0	3	5	6	9
Posterior uveitis (n = 84)	1	7	6	3	5	4
Panuveitis (n = 32)	1	0	1	1	0	0
Total patients with recurrence = 34	4	10	20	19	23	25
				Total patients with recurrence = 67		

Rechute : 22% de si TAT versus 54% sans TAT

# Projet de PHRC régional déposé pour évaluer le bénéfice d'un TAT devant une UA récidivante avec QFN +

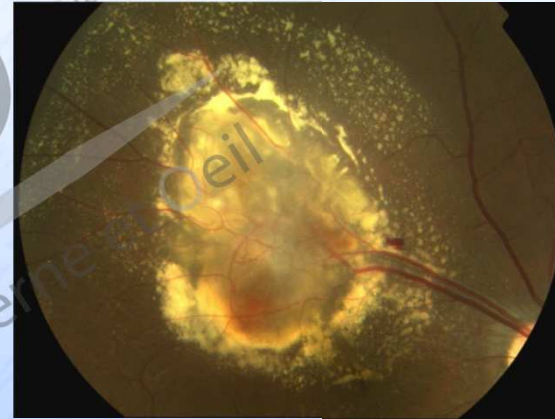
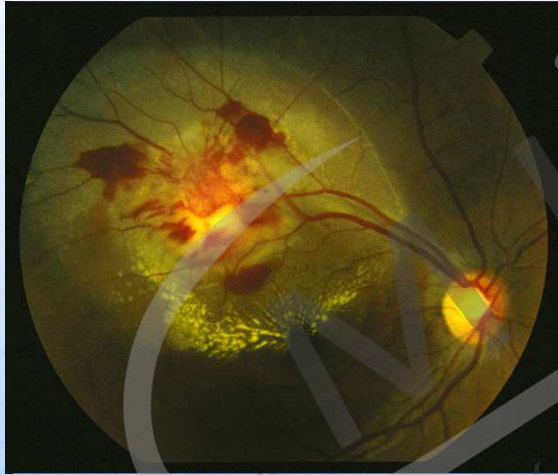


# Traitement

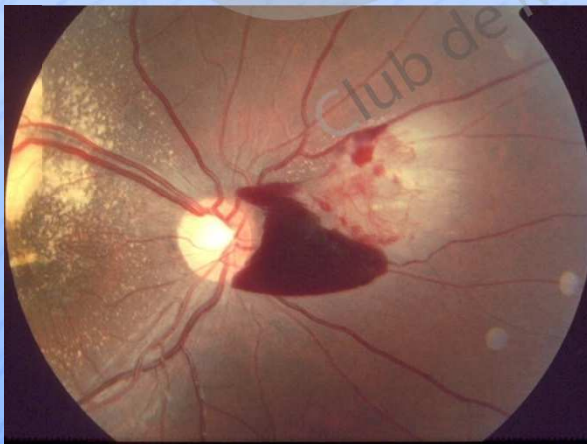
**Dr Anh-Minh NGUYEN**

# Traitement et évolution

## Combien de temps traiter?



On Ethambutol



Off Ethambutol



On Ethambutol

- Pas de consensus
- Au moins 2 mois de Quadrithérapie  
**INH+RMP+PZN+EMB**
- Puis une Bi thérapie **INH+RMP**

- Fréquence des récurrences inconnue
- Conséquences dévastatrices des récurrences justifie un traitement anti-tuberculeux (TAT) prolongé (> 6 mois?)

Duration of anti-tubercular therapy in patients associated with latent tuberculosis: a case–control study

Marcus Ang,<sup>1,2</sup>

**ABSTRACT**

**Aim** To study the effect of anti-tubercular therapy (ATT) on the recurrence of inflammation in patients with latent tuberculosis.  
**Methods** Retrospective study of 182 patients seen at a tertiary care center with uveitis consistent with other causes. All patients had a 6 months follow-up. Clinical characteristics, duration and clinical outcome measure was the effect of ATT duration on the recurrence of inflammation.

**Results** Of the 182 eligible patients, 46 received ATT of  $\geq 6$  months' duration; 18 patients defaulted and received <6 months treatment. The patients' mean age was  $45.3 \pm 13.2$  years and most were female ( $n=118$ , 57.6%) and of Chinese race ( $n=104$ , 50.7%). Patients who completed >9 months ATT were less likely to develop recurrence compared with those not treated with ATT (OR 0.09; 95% CI 0.01 to 0.76;  $p=0.027$ ), while adjusting for potential confounders such as patient demographics, anatomical location of uveitis and corticosteroid therapy.

**Conclusion** Patients with uveitis and latent TB treated with ATT of >9 months duration had an 11-fold reduction in the likelihood of recurrence.

**Conclusion** Patients with uveitis and latent TB treated with ATT of >9 months duration had an 11-fold reduction in the likelihood of recurrence.

tion of ATT to steps associated with latent TB. Other studies have evaluated the effect of ATT in the management of TB. There are current management of tuberculosis control trials have evaluated the efficacy of different regimens.<sup>14</sup> Thus, we investigate how to standardize a standard ATT recurrence in patients with latent TB.

Alors que la différence n'est pas significative pour les Gr TAT<6 mois et 6<TAT<9 mois

Br J Ophthalmol, 2011



# Role of Anti-Tubercular Therapy in Uveitis With Latent/Manifest Tuberculosis

REEMA BANSAL, AMOD GUPTA, VISHALI GUPTA, MANGAT RAM DOGRA, PRADEEP BAMBERY, AND SUNIL KUMAR ARORA

● **PURPOSE:** To assess the role of anti-tubercular therapy in uveitis with latent/manifest tuberculosis (TB).

● **DESIGN:** Retrospective, interventional case series.

● **METHODS:** A total of 360 patients from uveitis clinic with following inclusion criteria were studied: 1) complete clinical records of visual acuity, slit-lamp biomicroscopic examination, intraocular pressure, complications if any, and treatment records at the baseline and at all follow-up visits; 2) a documented positive tuberculin skin test (10 mm of induration or more) at 48 to 72 hours; 3) evidence of active uveitis, i.e., cellular reaction in the anterior chamber with or without keratic precipitates, and/or active vitreous inflammation, retinal vasculitis, choroiditis, or optic neuritis. All patients were treated with anti-tubercular therapy. Group A received four-drug anti-tubercular therapy and corticosteroids, and Group B received four-drug anti-tubercular therapy alone.

● **RESULTS:** Recurrences reduced significantly ( $P < .001$ ) in Group A (15.74%) as compared to Group B (46.53%).

● **CONCLUSIONS:** The patients treated with anti-tubercular therapy with corticosteroids had decreased risk of developing recurrence of uveitis by approximately two-thirds as compared to those who received corticosteroids alone.

● **KEY WORDS:** uveitis, tuberculosis, anti-tubercular therapy, corticosteroids, recurrence.

● **INTRODUCTION:** Uveitis is a common cause of visual impairment and significant reduction in recurrences of uveitis.

(Am J Ophthalmol 2008;146:772-779. © 2008 by Elsevier Inc. All rights reserved.)

tion of acid-fast bacilli on direct smears of Mycobacterium tuberculosis from specimens. In the absence of the cases of intraocular TB revealed only on corroborative evidence such as skin test, healed lesions on chest x-ray, or systemic TB.

Attempts have been made in the past to treat ocular TB by eliciting the immune response with anti-tubercular agent. Beneficial effect of anti-tubercular therapy in proven cases of infectious uveitis along with anti-tubercular therapy (Group A) vs corticosteroids alone (Group B), those who received corticosteroids alone (Group B).

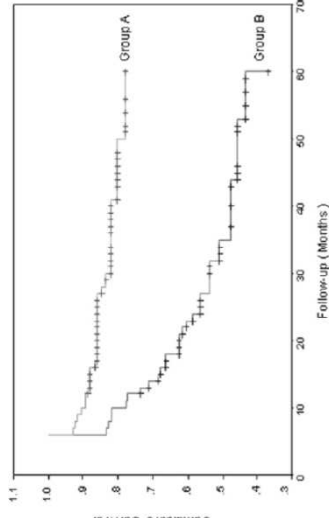


FIGURE 1. Kaplan-Meier survival graphs showing the cumulative probability of nonrecurrence of inflammation in patients with latent/manifest tuberculosis who received corticosteroids along with anti-tubercular therapy (Group A) vs corticosteroids alone (Group B).

216 patients (Group A) received four-drug anti-tubercular therapy and corticosteroids, and 144 patients (Group B) received corticosteroids alone. The main outcome

measure was recurrence of inflammation after minimum six months of initiating treatment in each group.

RESULTS: Recurrences reduced significantly ( $P < .001$ ) in Group A (15.74%) as compared to Group B (46.53%).

CONCLUSIONS: The patients treated with anti-tubercular therapy with corticosteroids had decreased risk of developing recurrence of uveitis by approximately two-thirds as compared to those who received corticosteroids alone.

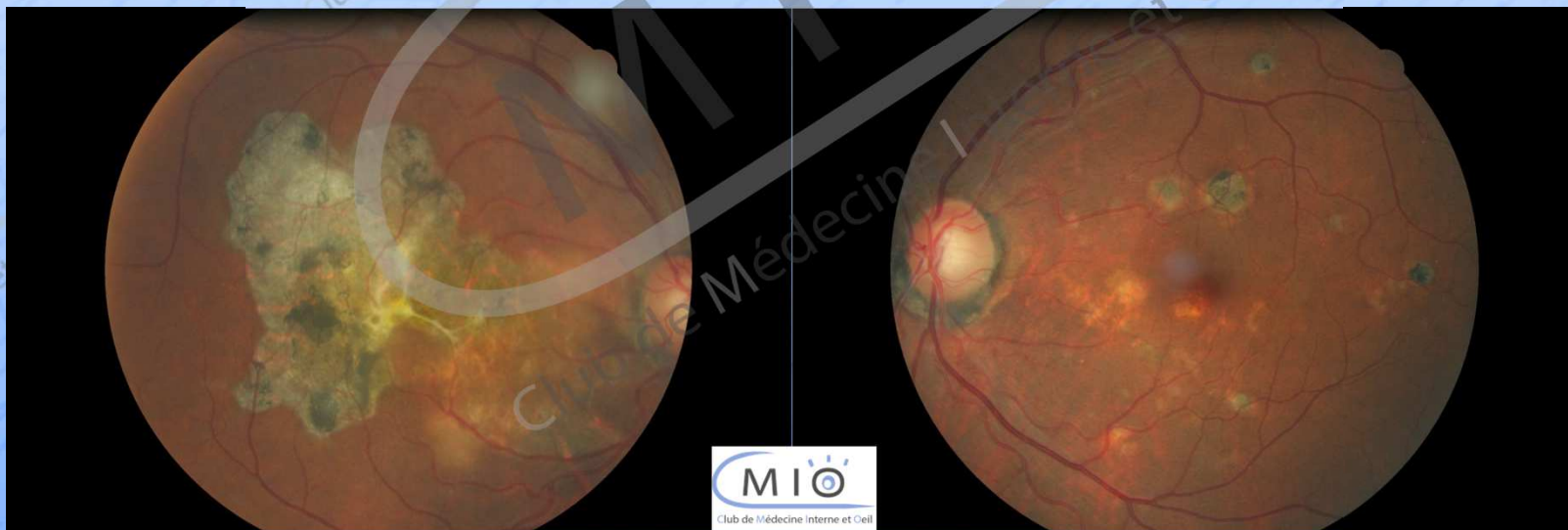
KEY WORDS: uveitis, tuberculosis, anti-tubercular therapy, corticosteroids, recurrence.

INTRODUCTION: Uveitis is a common cause of visual impairment and significant reduction in recurrences of uveitis.

## METHODS

# Rôle des corticoïdes dans les uvéites TB

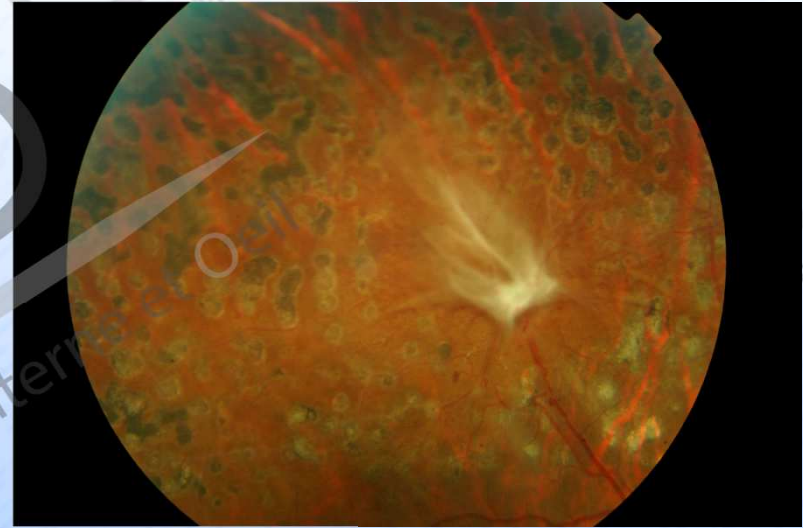
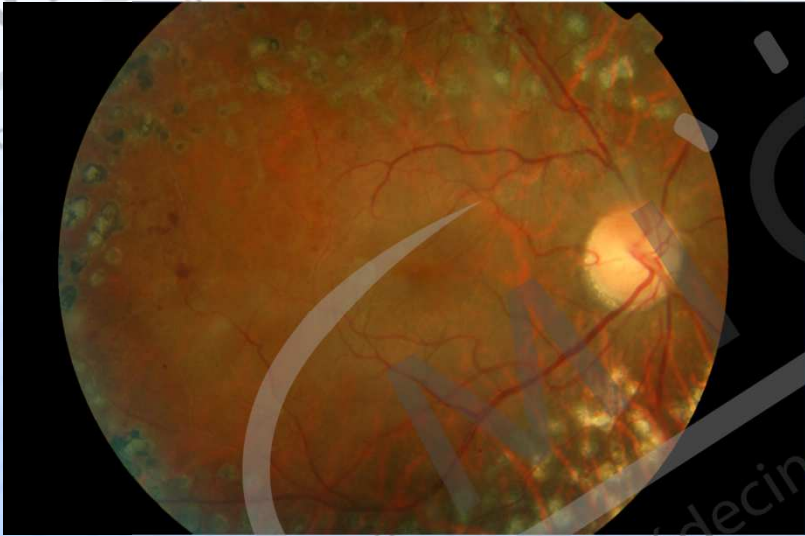
- Les corticoïdes sont la clé pour stopper la composante inflammatoire
- Indispensable si pronostic visuel engagé
- 2 indications principalement



# 1) Choroïdite pseudo-serpiginieuse

- Bonne réponse clinique sous TAT
  - Récurrence faible après TAT : 14% (Gupta 2011, AJO)
- **Corticothérapie associée nécessaire +++**
  - souvent aggravation initiale des lésions sous TA qui se corrige finalement en 4 à 8 semaines.
  - Équivalent réaction paradoxale (IRIS)

## 2) Vasculite occlusive



- **Corticothérapie associée**
- À une thérapie anti-tuberculeuse
- Photocoagulation agressive
- Traitements parfois chirurgicaux (DR, traction maculaire...)

# La corticothérapie associée au TAT

- **Il n'est pas recommandé de les utiliser sans TAT:** réactivation de T latente, moins bon pronostic visuel si utilisés seuls (**Hamade et al. Acta Ophthalmol 2010**)
- **Mode d'administration: général** pour les formes postérieures/intermédiaires, **topiques** pour les UA; **intraoculaires?** (Implant de DXM)
- N'influence pas le risque de récurrence (**Ang et al. Br J Ophthalmol, 2011**)
- **Indispensables les 1<sup>ère</sup> semaines** où le risque de flare up est important et donc utilisés plutôt à forte dose pendant 3 mois
- **Autres immuno-suppresseurs ou immuno-modulateurs n'ont pas fait preuve de leur efficacité dans les uvéites tuberculeuses réfractaires** (**Agrawal et al. Ocul Immunol Inflamm 2015**)

# Conclusion

- **Processus infectieux direct + Phénomène Hypersensibilité**
- **Uvéites granulomateuses dans 50%**
- **Tableaux cliniques très variés, évoquer BK:**
  - L'uvéite antérieure granulomateuse avec SIC larges
  - Choroïdite pseudo-serpigineuse
  - Vascularite rétinienne associée à une atteinte oculaire compatible le BK
- **Terrain, contagé, zone d'endémie,**
- **Pays industrialisés**
  - Radiographie peu rentable
  - Apport du Quantiferon tjs à évaluer (Dg ≠ Sarcoidose+++)
- **Traitement  $\geq 6$  (9?) mois + corticoïdes pour formes graves**