



Fondation Ophtalmologique
Adolphe de Rothschild



GROUPE HOSPITALIER
DIACONESSES
CROIX SAINT SIMON

FACTEURS DE RETARD A LA PRISE EN CHARGE DES MANIFESTATIONS OPHTALMOLOGIQUES SEVERES DE L'ARTERITE A CELLULES GEANTES

Evaluation des pratiques professionnelles,
à partir d'une cohorte monocentrique de 23 patients

T. Sené^{1,4}, G. Clavel-Refregiers^{1,4}, G. Bélangé†¹, C. Vignal-Clermont², J.-M. Ziza^{3,4}

1- Service de Médecine Interne – Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild – Paris

2- Service d'Ophtalmologie - Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild – Paris

3- Service de Médecine Interne – Groupe Hospitalier Diaconesses Croix St Simon – Paris

4- Institut de Médecine Interne de l'Est Parisien



77^e congrès de la Société Nationale Française de Médecine Interne

Lyon 27 – 28 – 29 juin 2018

LIENS D'INTERÊT

- Les auteurs ne déclarent aucun lien d'intérêt en rapport avec cette communication

INTRODUCTION

- atteinte visuelle dans l'artérite à cellules géantes (ACG)
 - complication sévère, pouvant mener à la cécité bilatérale irréversible
 - 2 à 32% de cécité complète, à l'ère de la corticothérapie
 - types
 - neuropathie optique ischémique antérieure (NOIA) (>80%)
 - occlusion de l'artère centrale de la rétine (OACR)
 - ischémie choroïdienne
 - atteinte bilatérale jusqu'à preuve du contraire
 - 50% d'atteinte bilatérale d'emblée ou au cours de l'évolution
 - 30% de bilatéralisation dans les 15 jours en l'absence de traitement

INTRODUCTION

- prise en charge
 - diagnostic et prise en charge précoce de l'ACG, avant la survenue de la complication
 - traitement
 - urgence thérapeutique
 - corticothérapie iv (bolus de méthylprednisolone 500-1000mg/j pendant 3 jours) ou per os (1mg/kg/j)
 - +/- aspirine
 - objectifs
 - prévention de l'atteinte de l'œil controlatéral +++
 - non aggravation de la vision de l'œil atteint
 - amélioration de l'acuité visuelle (>2lignes) dans 0-5% des cas
 - pronostic conditionné par la rapidité de la prise en charge <24h

OBJECTIFS - METHODES

- objectifs

- déterminer, en conditions de vie réelle, les facteurs de retard au diagnostic et à la prise en charge adaptée des complications visuelles de l'ACG

- méthodes

- design : étude rétrospective monocentrique en centre médico-ophtalmologique spécialisé disposant d'Urgences ophtalmologiques (Fondation Rothschild, Paris).
- critères d'inclusion :
 - patients avec ACG (au moins 3 sur 4 critères ACR ET BAT positive ou inflammation artérielle de gros calibre authentifiée par écho/IRM/TEP)
 - ET manifestations ophtalmologiques sévères (NOIA et/ou OACR et/ou ischémie choroïdienne)
- recueil anonymisé des cas sur la période janvier 2013-février 2018, analyse des dossiers informatisés des patients.

RESULTATS

- 23 patients inclus
 - 15 femmes, 8 hommes
 - âge médian au diagnostic : **79 ans** (*extrêmes 71-95*)
 - facteurs de risque cardiovasculaire
 - HTA : **17/23**
 - dyslipidémie : **8/23**
 - diabète : **5/23**
 - traitement antérieur par aspirine : **7/23**



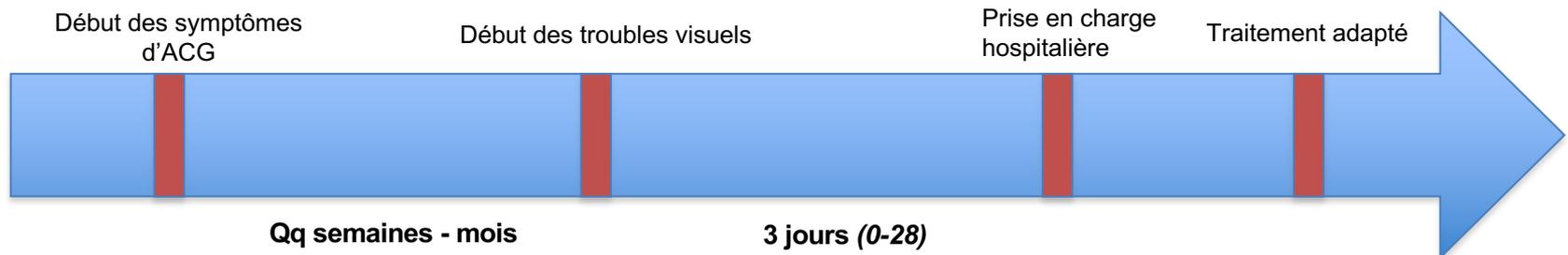
RESULTATS

- avant le début des troubles visuels
 - manifestations cliniques évocatrices d'ACG : **18/23**
 - dans les semaines ou les mois précédents
 - syndrome inflammatoire biologique connu : **14/23**
 - CRP médiane : 85 (19-179)
 - antécédent connu de PPR : **3/23**
 - corticothérapie en cours : **0/3**
 - antécédent connu d'ACG : **0/23**



RESULTATS

- entre le début des troubles visuels et la prise en charge hospitalière
 - amaurose fugace : **6/23**
 - délai médian : **3 jours** (*extrêmes : 0-28*)
 - <24h : **2/23**
 - entre 24 et 72h : **11/23**
 - >72h : **10/23**
 - consultation d'un ophtalmologue extra-hospitalier : **17/23**
 - diagnostic d'ACG évoqué : **9/17**
 - corticothérapie donnée avant prise en charge hospitalière : **2/9**



RESULTATS

- à la prise en charge hospitalière
 - délai de mise en route du traitement <24h : **23/23**
 - **35/46** yeux atteints (12 patients avec atteinte bilatérale)
 - type d'atteinte
 - NOIA : **22/46** yeux
 - OACR : **4/46** yeux
 - Ischémie choroïdienne : **19/46** yeux
 - AV initiale (yeux atteints) : -1,4 log mar => **0,5/10**
 - bolus (dose moyenne cumulée): **2,5g**
 - relais per os à 1mg/kg : **23/23**



DISCUSSION

- mise en évidence de multiples facteurs de retard au diagnostic d'ACG et des complications visuelles de l'ACG
 - facteurs humains
 - non prise en compte de la gravité potentielle d'une baisse d'acuité visuelle transitoire ou permanente
 - facteurs organisationnels
 - difficulté d'accès aux soins
 - délai d'obtention de rendez-vous avec un ophtalmologue, un interniste
 - accès à des Urgences ophtalmologiques...
 - facteurs médicaux
 - méconnaissance de la maladie et de ses complications
 - crainte de l'utilisation des corticoïdes
 - non disponibilité immédiate de corticoïdes en cabinet

CONCLUSION

- impact pronostic majeur de la rapidité du diagnostic et de la prise en charge de l'ACG et des manifestations visuelles de l'ACG
- nécessité d'un raccourcissement des délais
 - de diagnostic de l'ACG
 - de diagnostic des manifestations visuelles de l'ACG
- nécessité d'un plan d'action principalement extra-hospitalier
 - sensibilisation du grand public et des médecins
 - optimisation du circuit de prise en charge

MERCI POUR VOTRE ATTENTION