



# UVEITES ET MALADIES SYSTEMIQUES : QUE DOIT SAVOIR L'INTERNISTE ?

LE POINT DE VUE DE L'OPHTALMOLOGISTE

Dr Pierre-Loïc CORNUT

Praticien Hospitalier Universitaire

LYON



Hôpitaux de Lyon



Lyon 1



SNFMI, Nice, décembre 2012



Club de Médecine Interne et Oeil

# QUE DOIT SAVOIR L'INTERNISTE ?



**COUPLE OPHTALMOLOGISTE INTERNISTE**

# LA SEMIOLOGIE DE BASE

Club de Médecine Interne et Oeil

# INTERROGATOIRE

# BAISSE D'ACUITE VISUELLE

## SIGNES FONCTIONNELS D'UVEITES

### Oeil Blanc

### Oeil Rouge

#### Indolore

Trouble réfractif  
Opacité cornéenne  
Cataracte  
Presbytie  
Hémorragie intra vitréenne  
Uvéite intermédiaire  
Détachement de rétine  
OACR  
OVCR  
Maculopathies  
(DMLA, OMC, CRSC,  
Membrane épitréiniene,  
iatrogène, Trou maculaire,  
dystrophies héréditaires)  
Neuropathies optiques  
(GCAO, NOIAA, toxique,  
traumatique, tumorale,  
dystrophie héréditaire)  
Cécité corticale  
Certaines uvéites

#### Douloureux

Trouble réfractif  
Trouble de la binocularité  
Sd sec sévère  
NORB

#### Douloureux

#### Indolore

Situations rares:  
Certains traumatismes  
Certaines uvéites

**Contexte traumatique**  
Corps étranger superficiel, Brûlures  
Contusion  
Plaie du globe avec ou sans CEIO

**Contexte post opératoire**  
Endophtalmie  
Rejet de greffe de cornée

**Autre contexte**  
GAFA  
Kératite

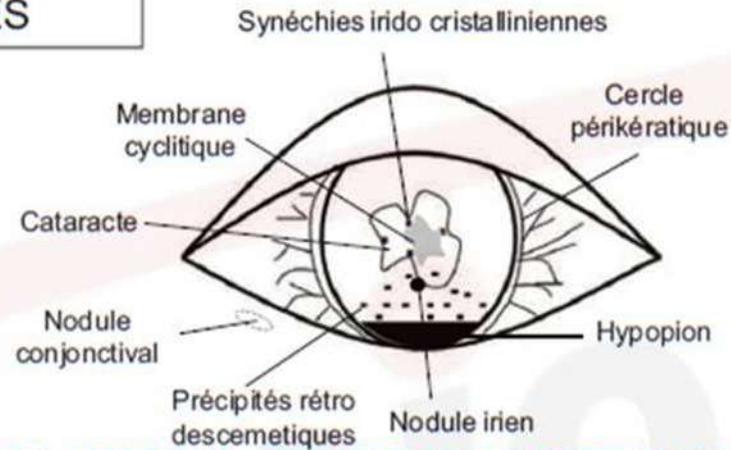
Inflammation intra oculaire (Uvéite et sclérite)

---

# LES SIGNES D'EXAMEN

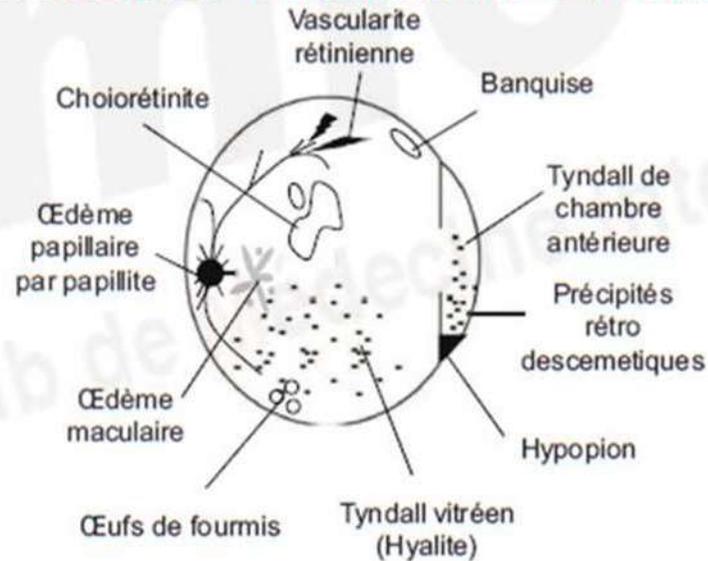
*mio*  
Club de Médecine Interne et Oeil

**SIGNES PHYSIQUES  
D'UVEITES**

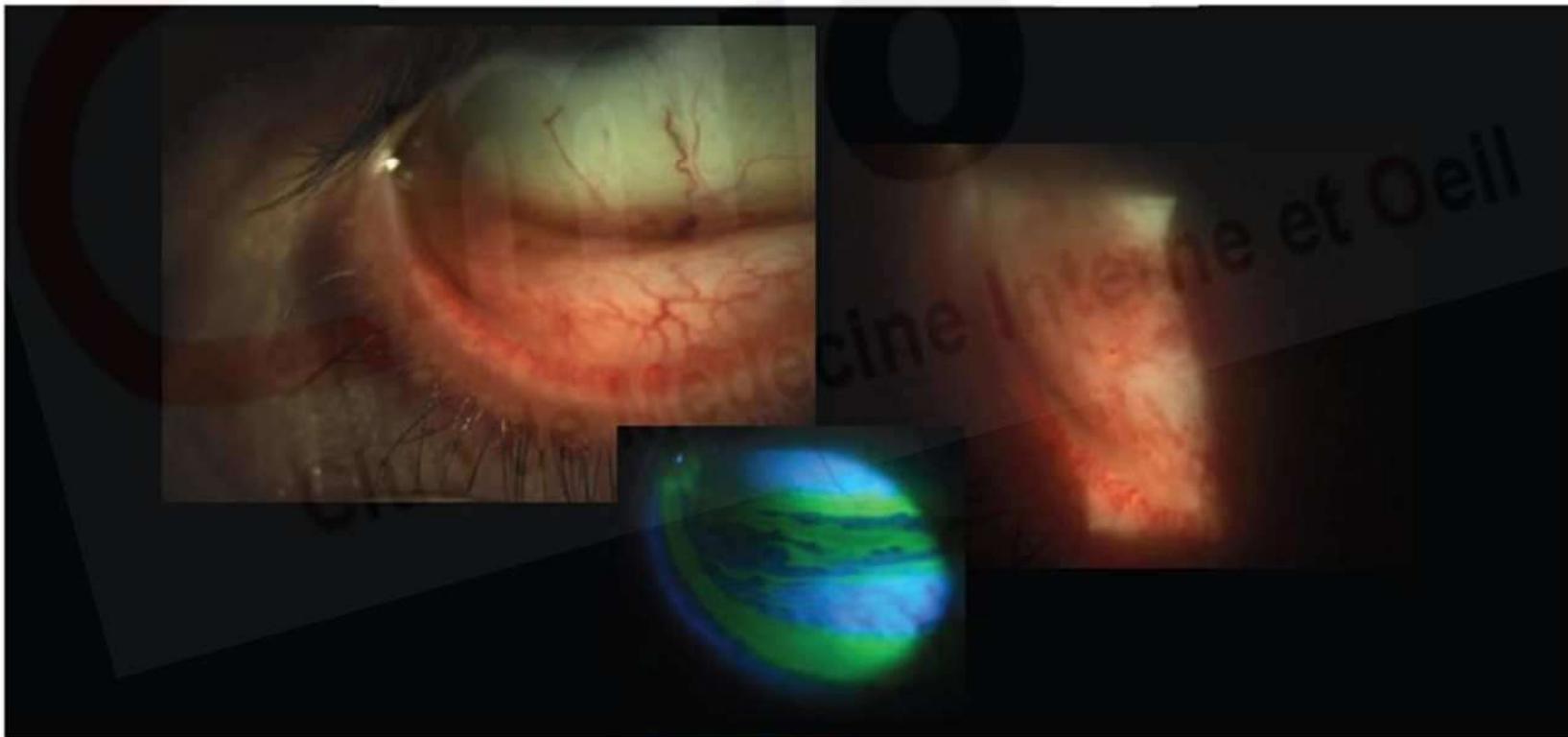
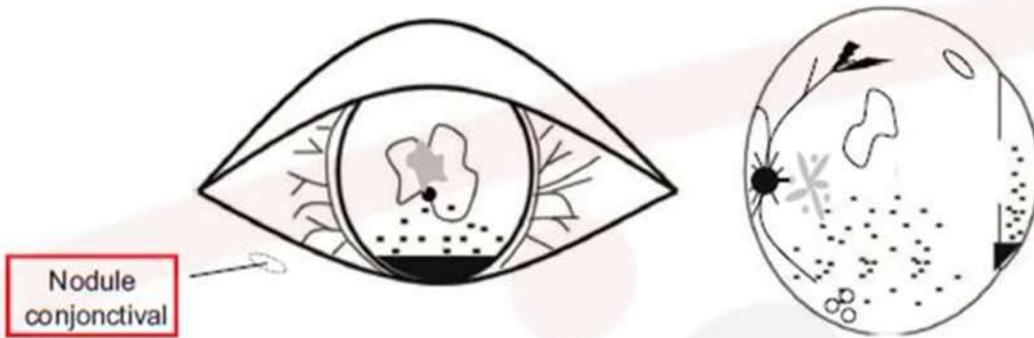


**UVEITE  
ANTERIEURE**

**EXAMEN BILATERAL ET COMPARATIF D'AVANT EN ARRIERE...**

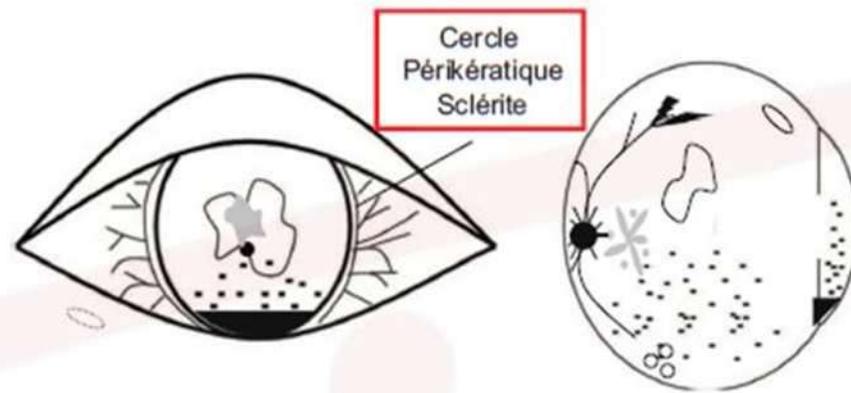


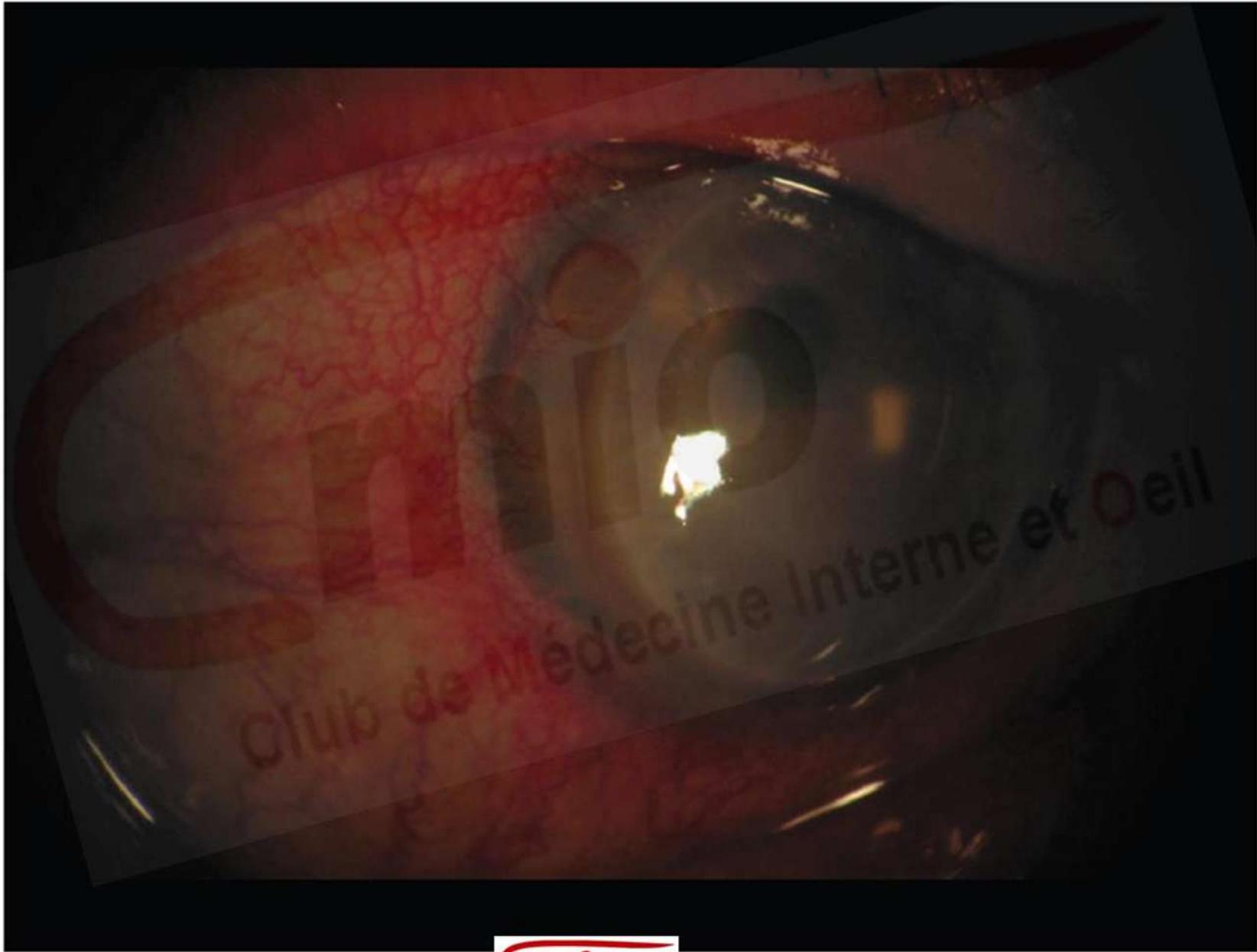
**UVEITE  
POSTERIEURE**

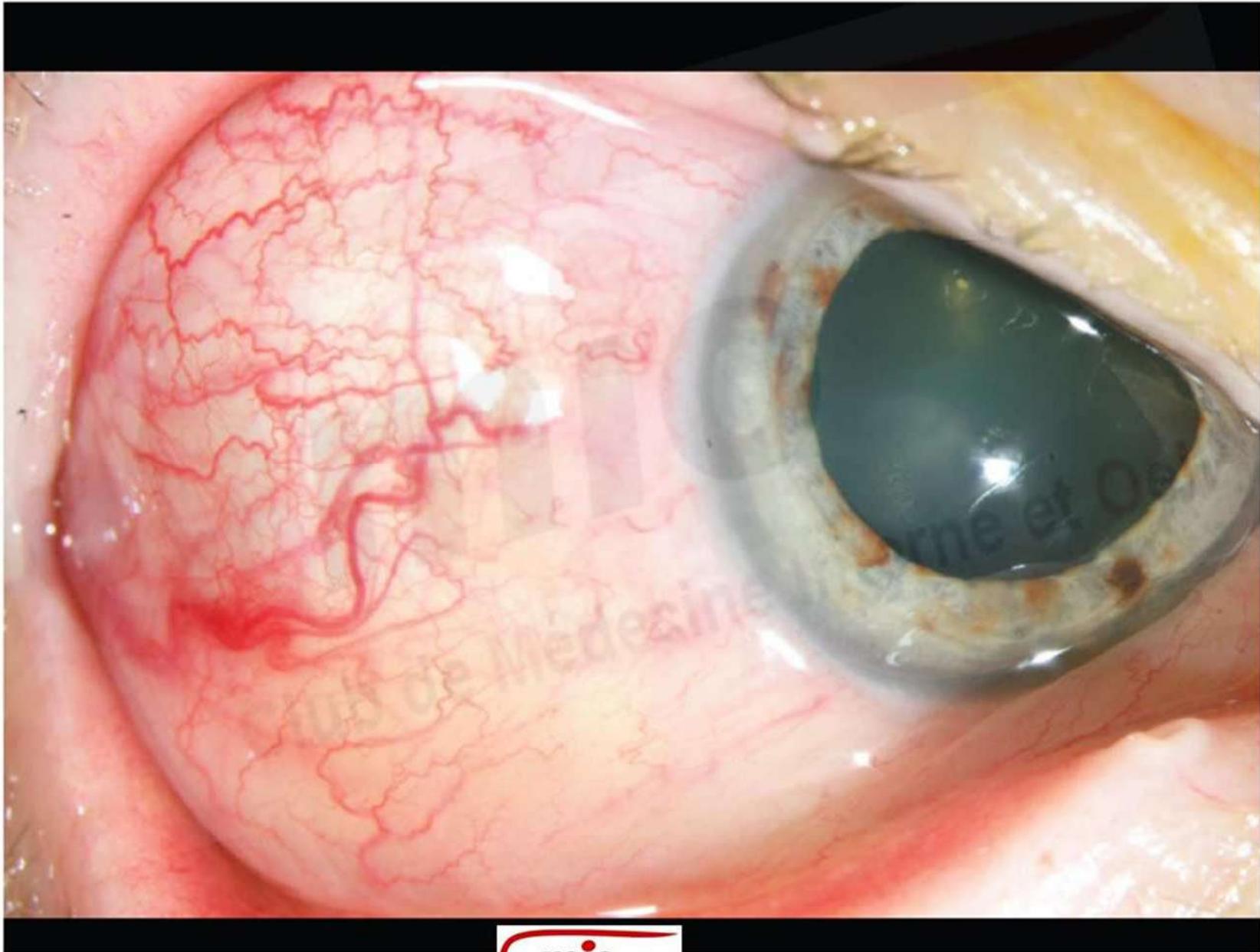


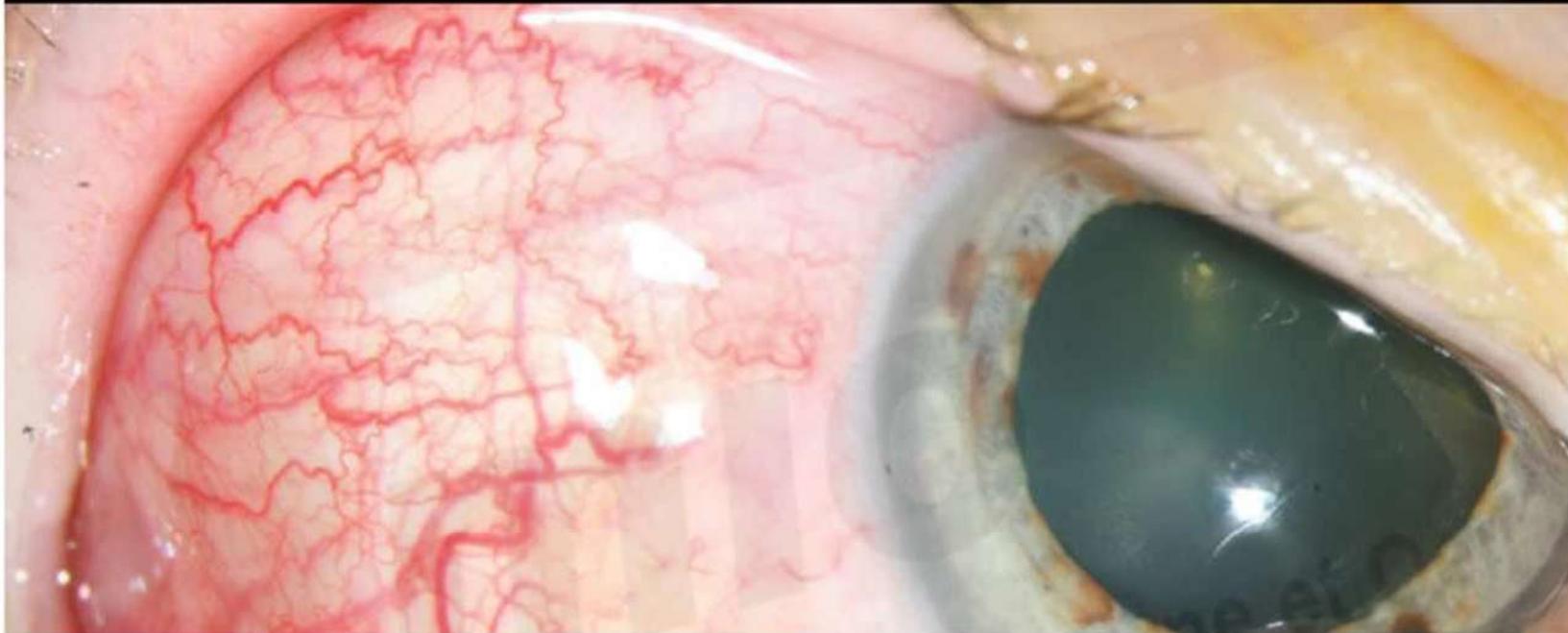


BIOPSIE POUR EXAMEN ANAPATH





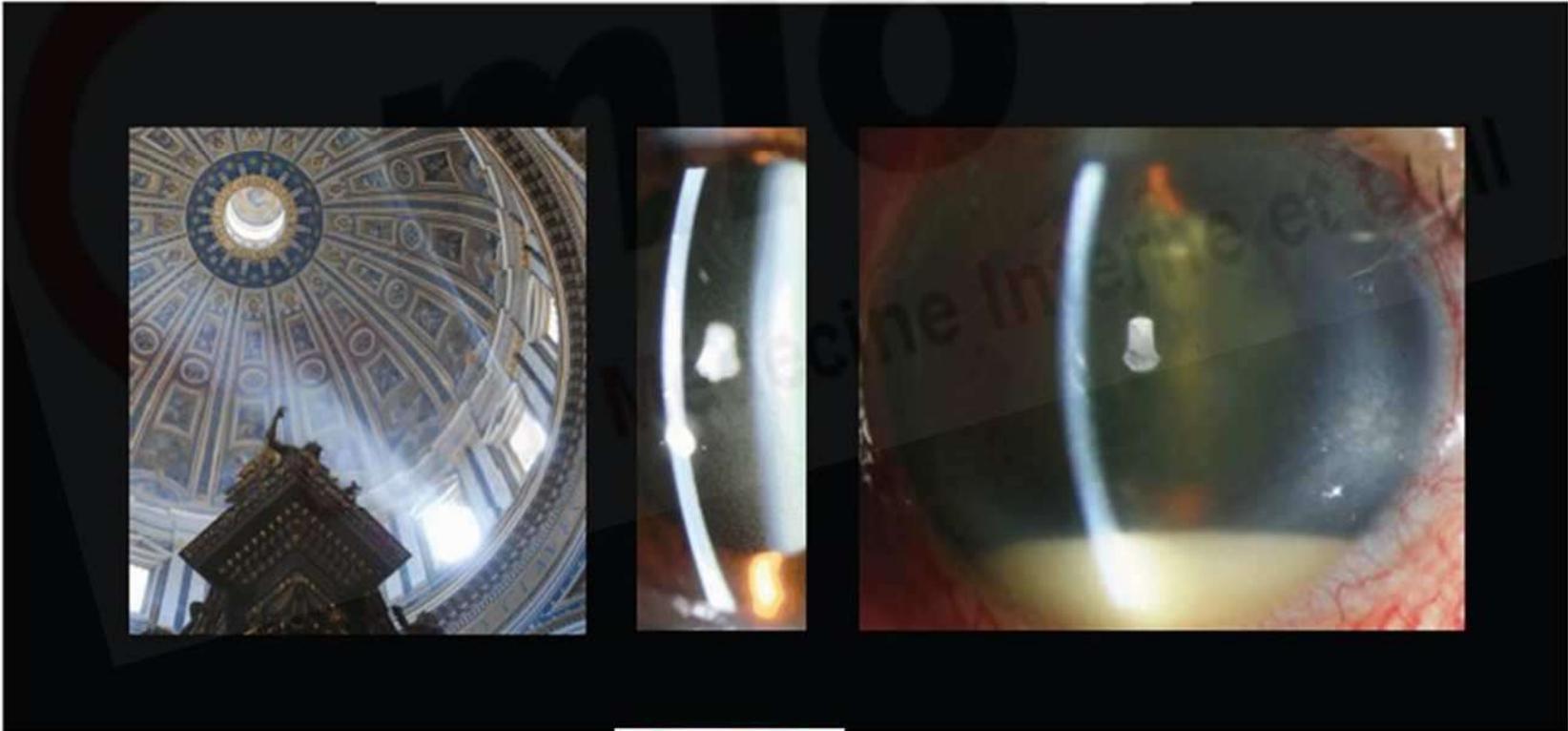
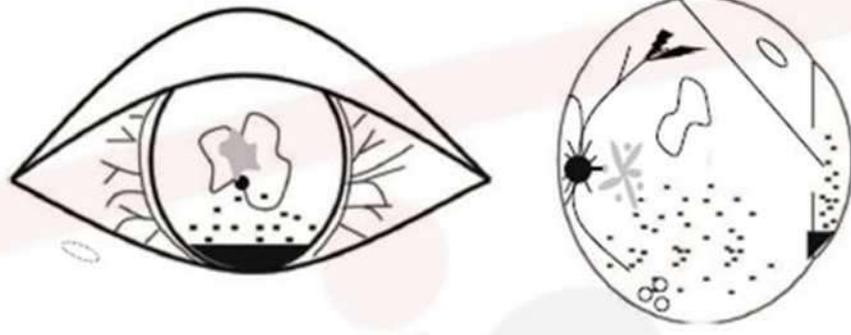


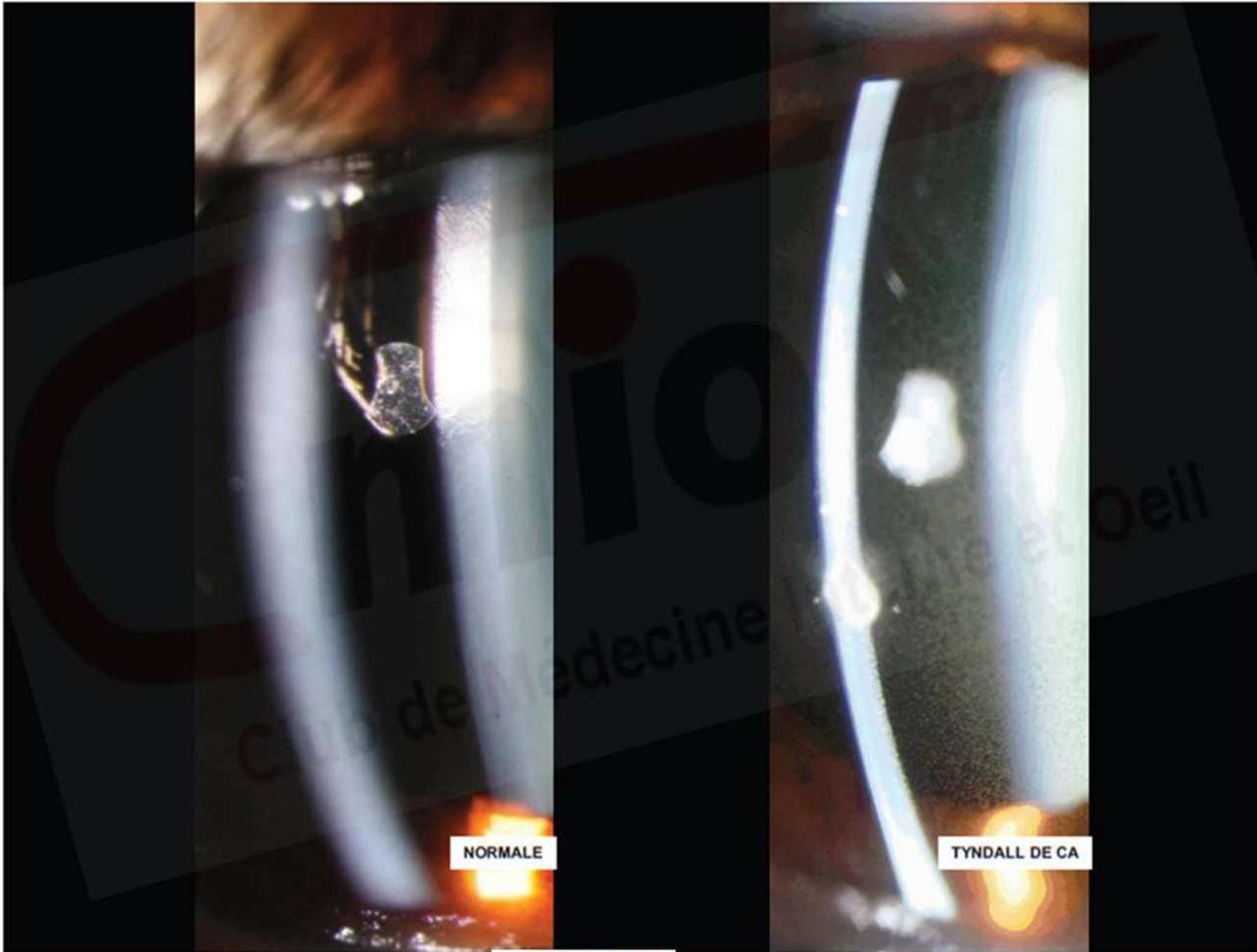


**SCLERITE:**

**PR ++, Wegener ++, Spondylarthropathie, PAN,  
Polychondrite atrophiante, Lupus, Sarcoidose, Maladies  
inflammatoires intestinales, Lymphome  
Biphosphonates ++  
HSV, VZV, Tuberculose, Syphilis, Lyme**

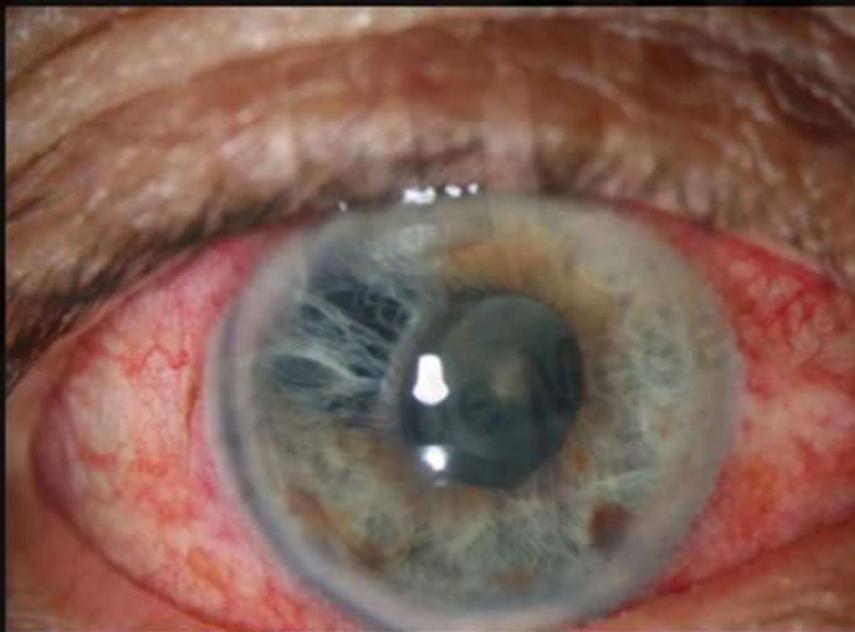
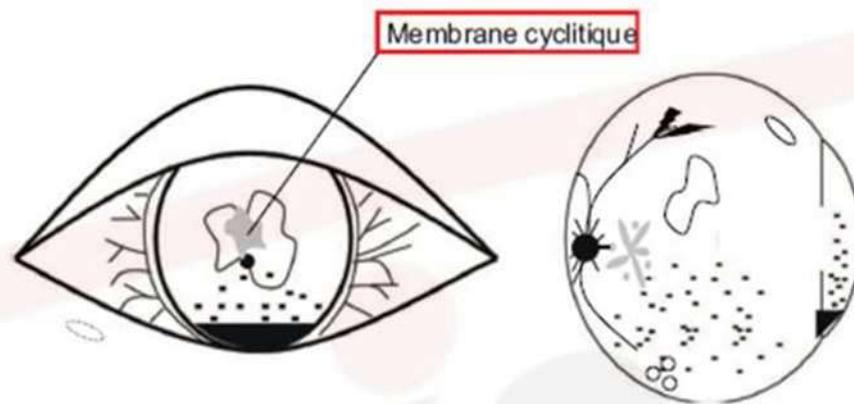
Tyndall de chambre antérieure



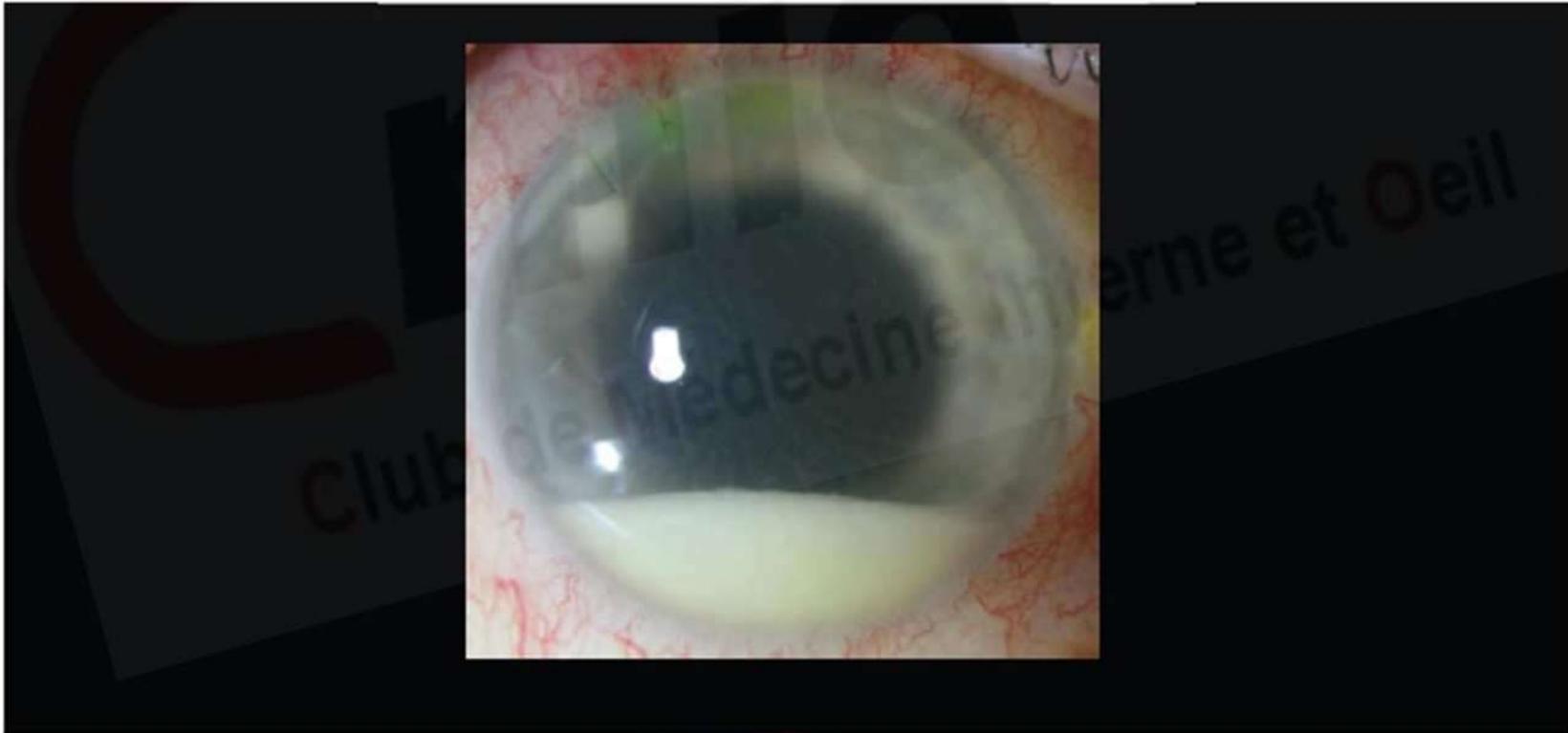
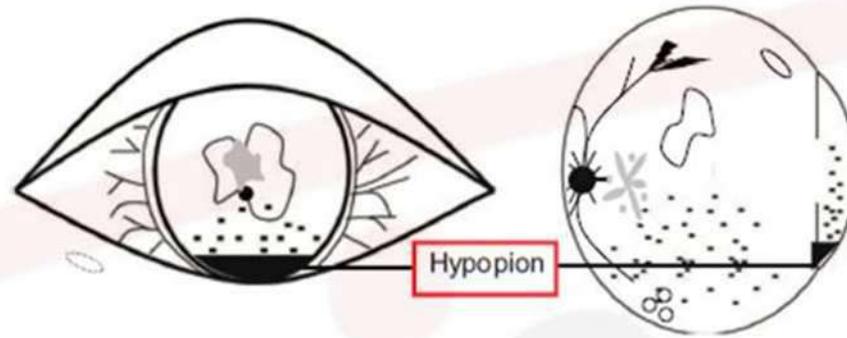


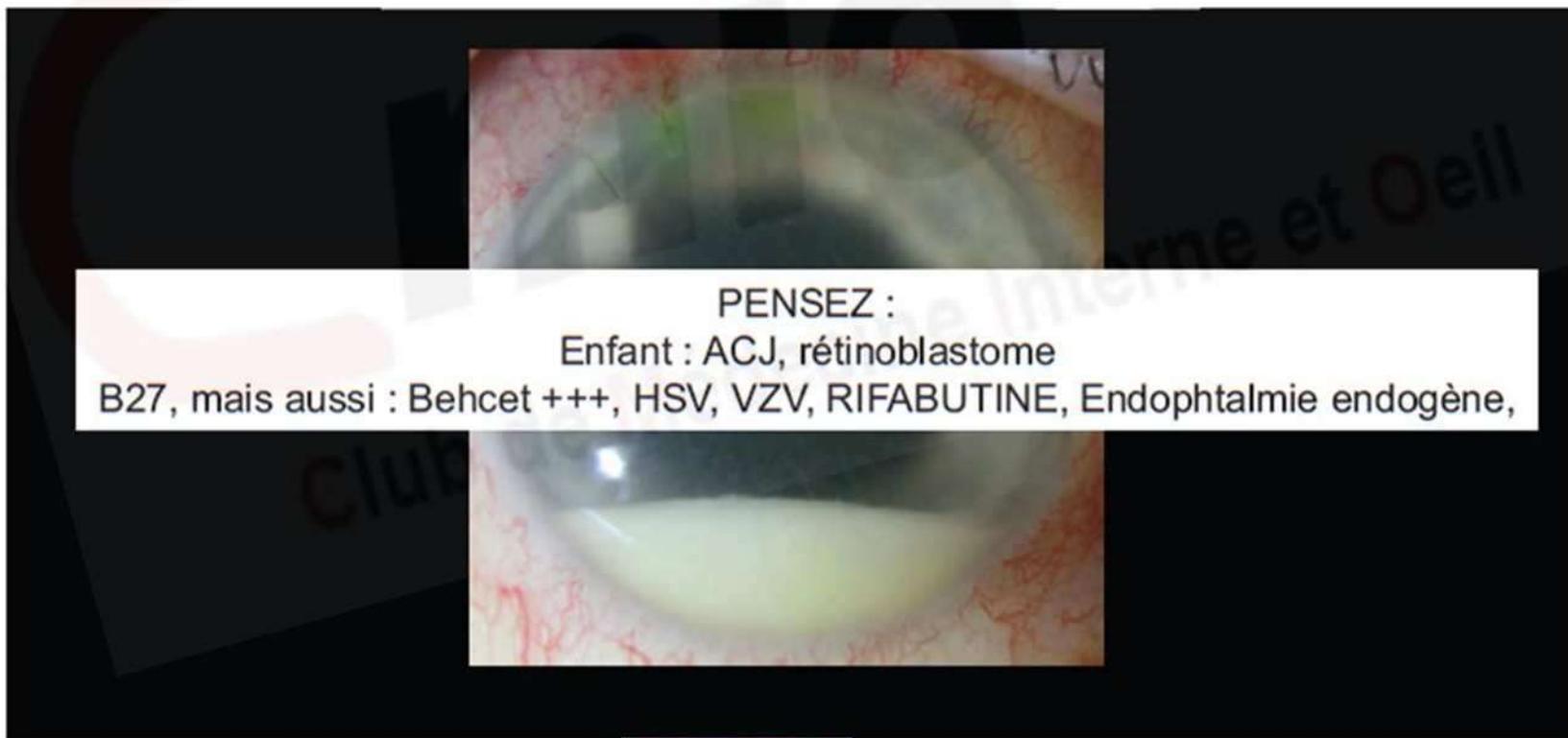
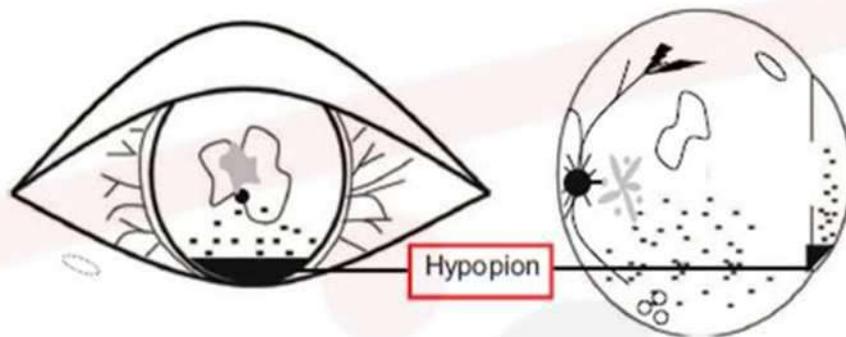
NORMALE

TYNDALL DE CA

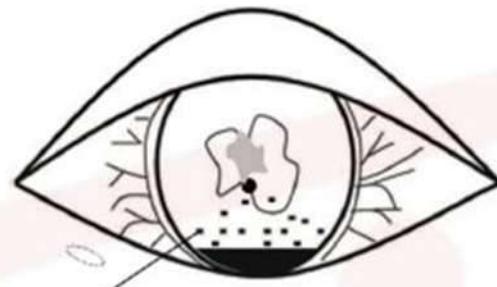








PENSEZ :  
Enfant : ACJ, rétinoblastome  
B27, mais aussi : Behcet +++, HSV, VZV, RIFABUTINE, Endophtalmie endogène,



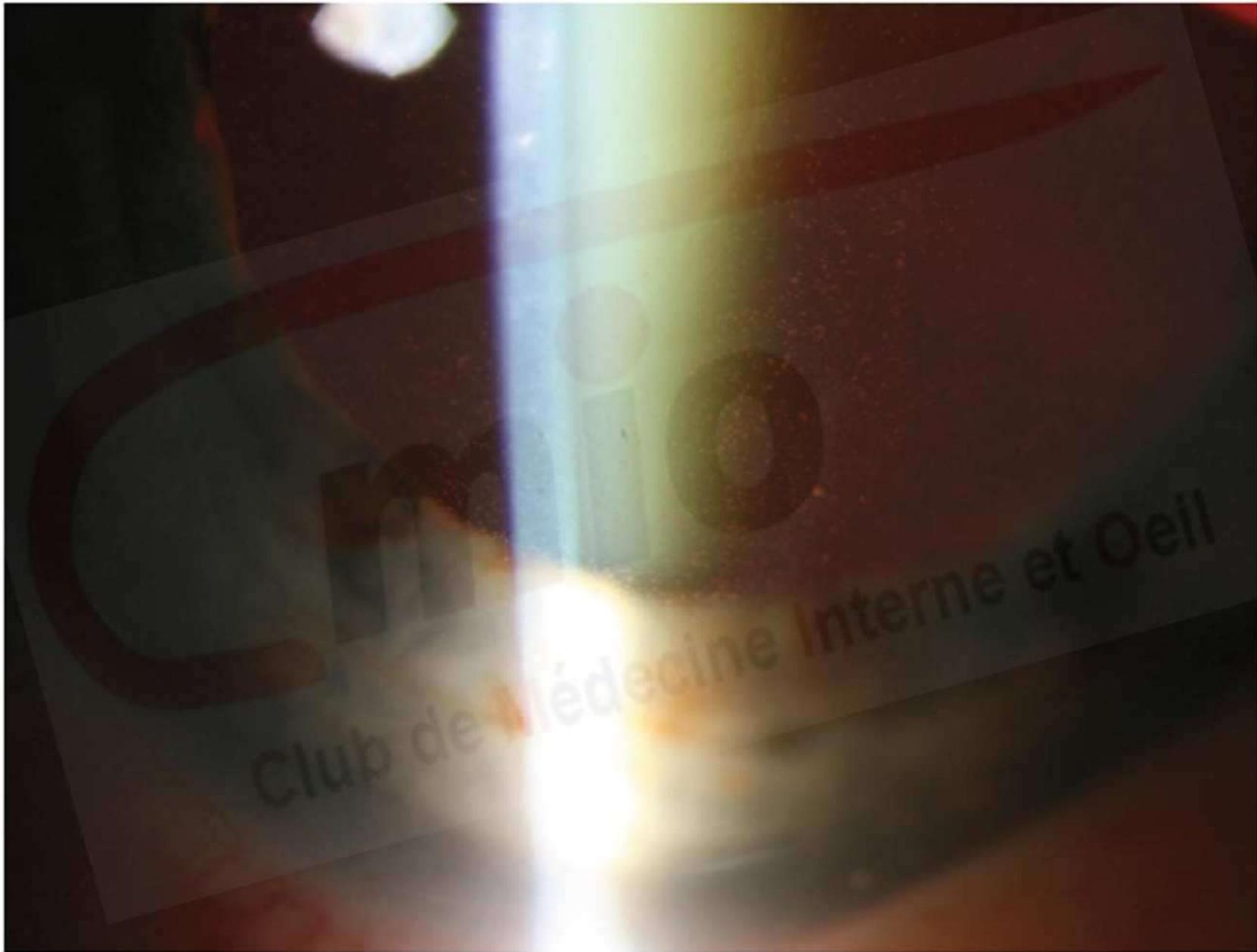
Précipités rétro  
descemetiques

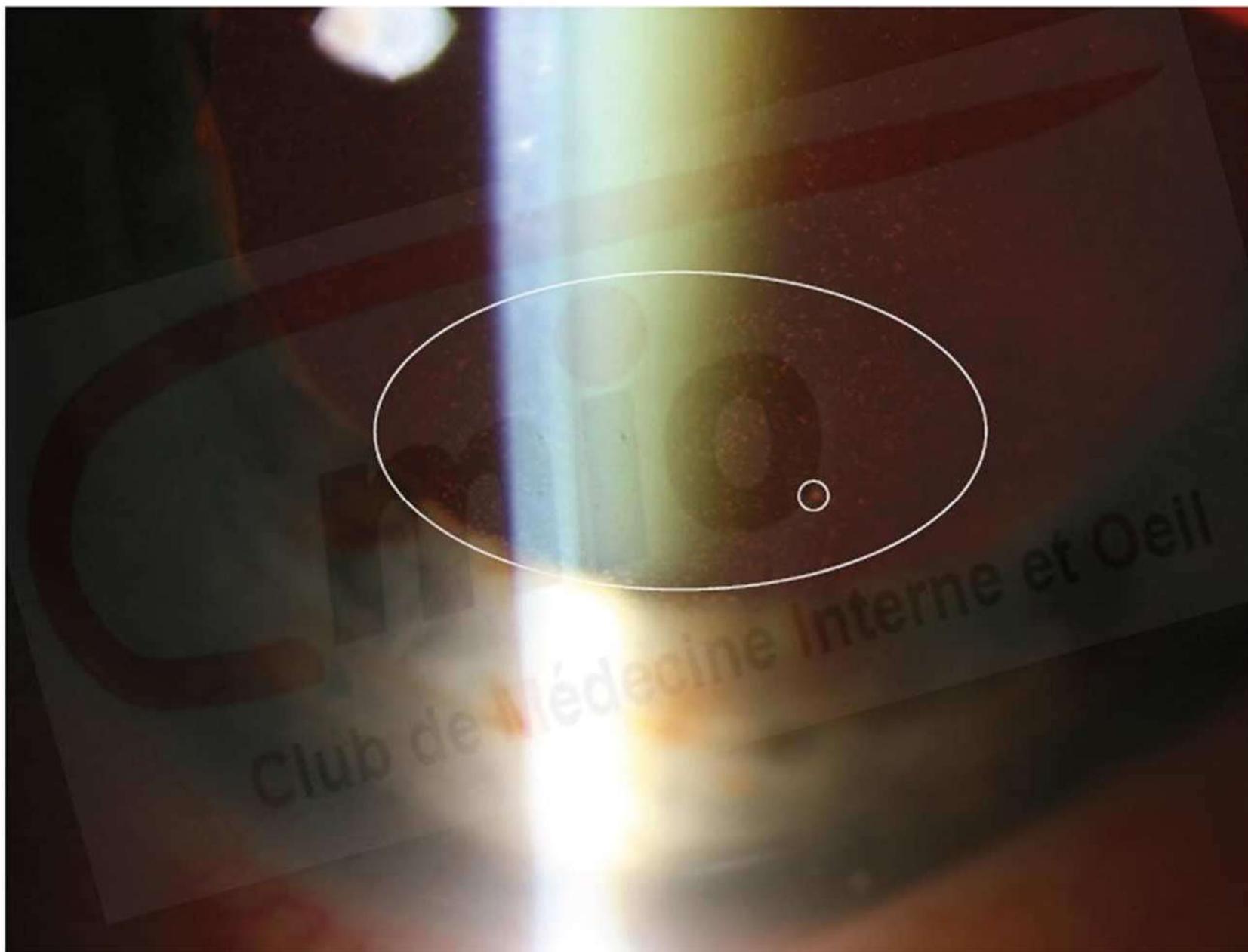


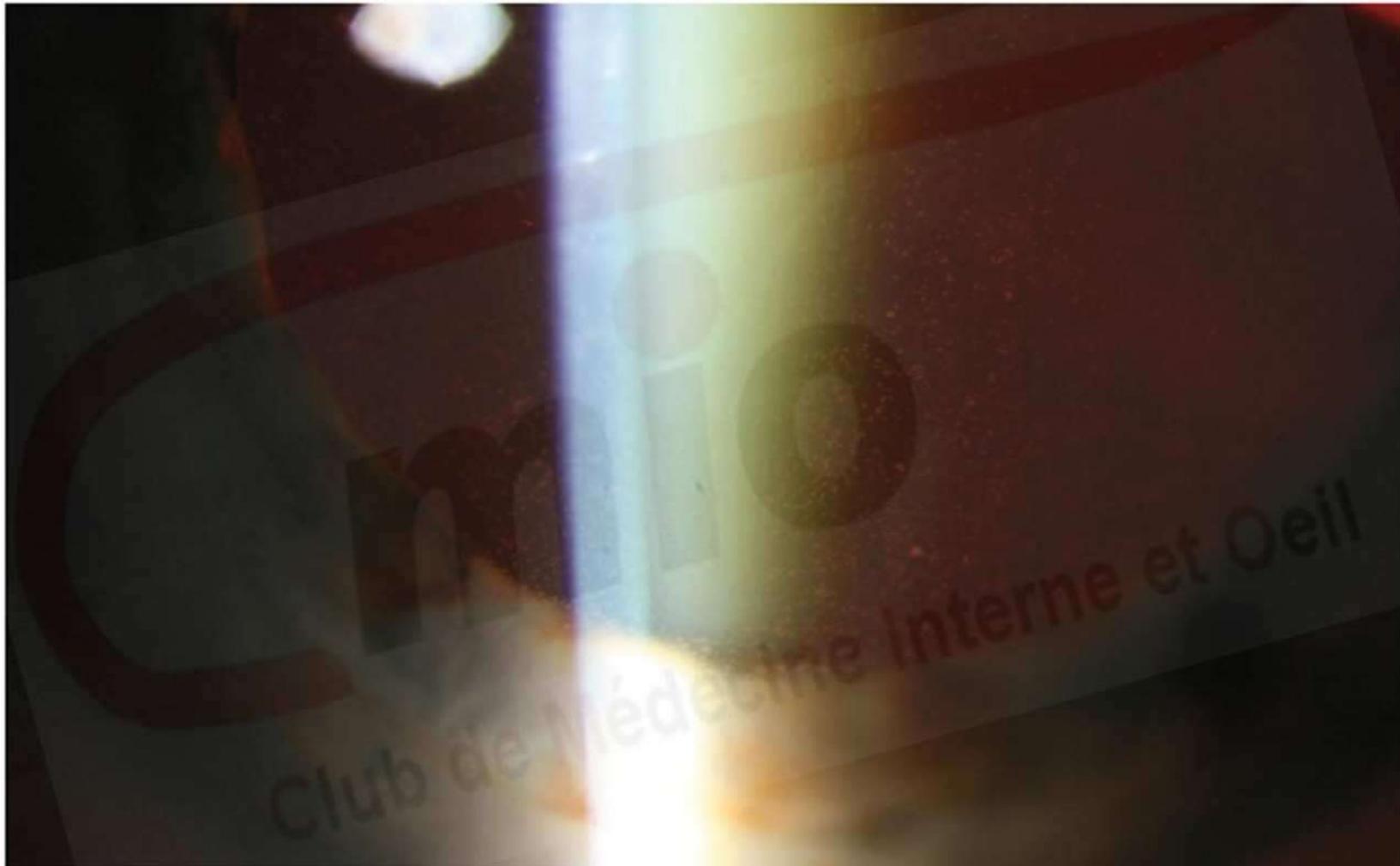
PRD FINS, DIFFUS,  
NON GRANULOMATEUX



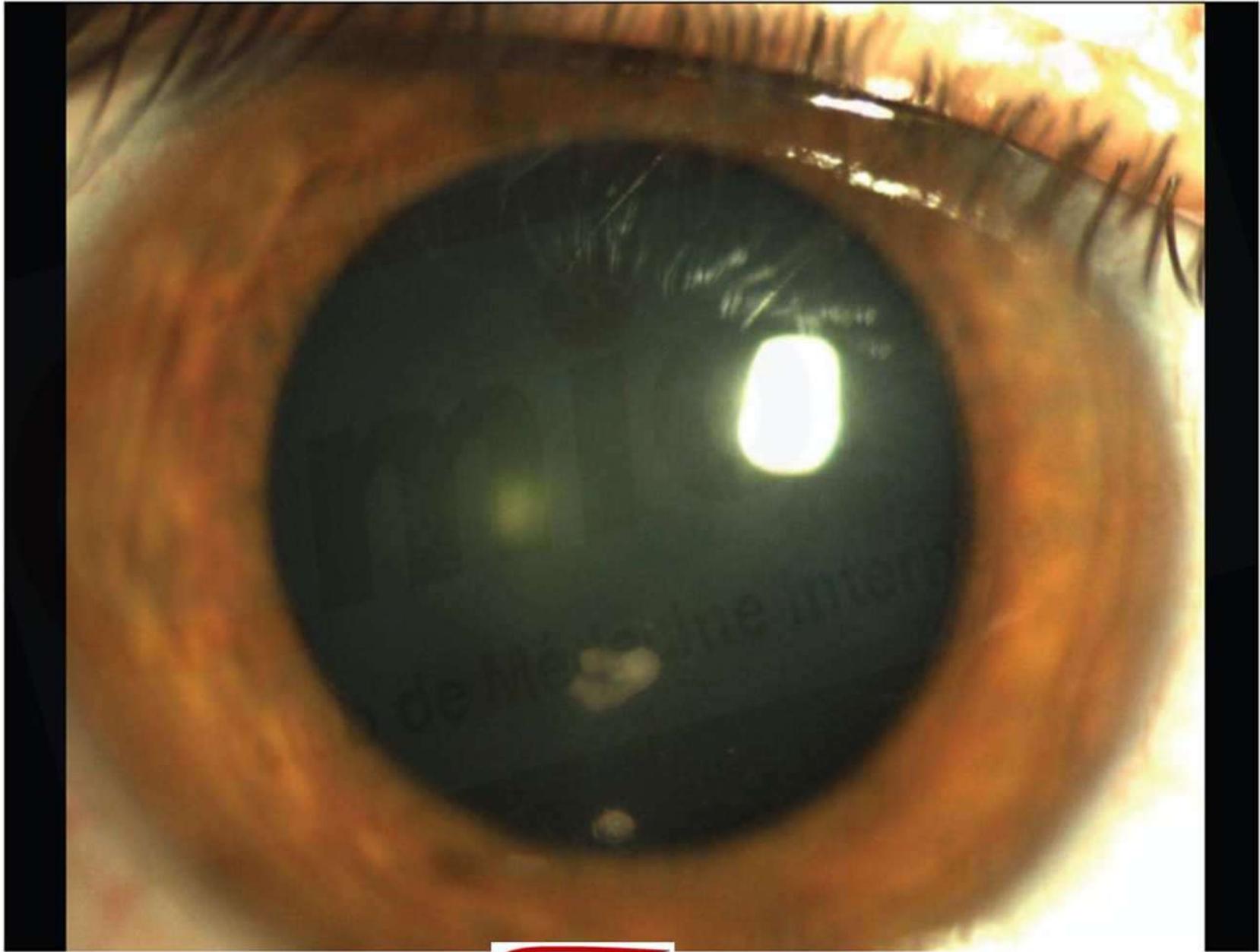
PRD EPAIS, GROUPES,  
GRANULOMATEUX

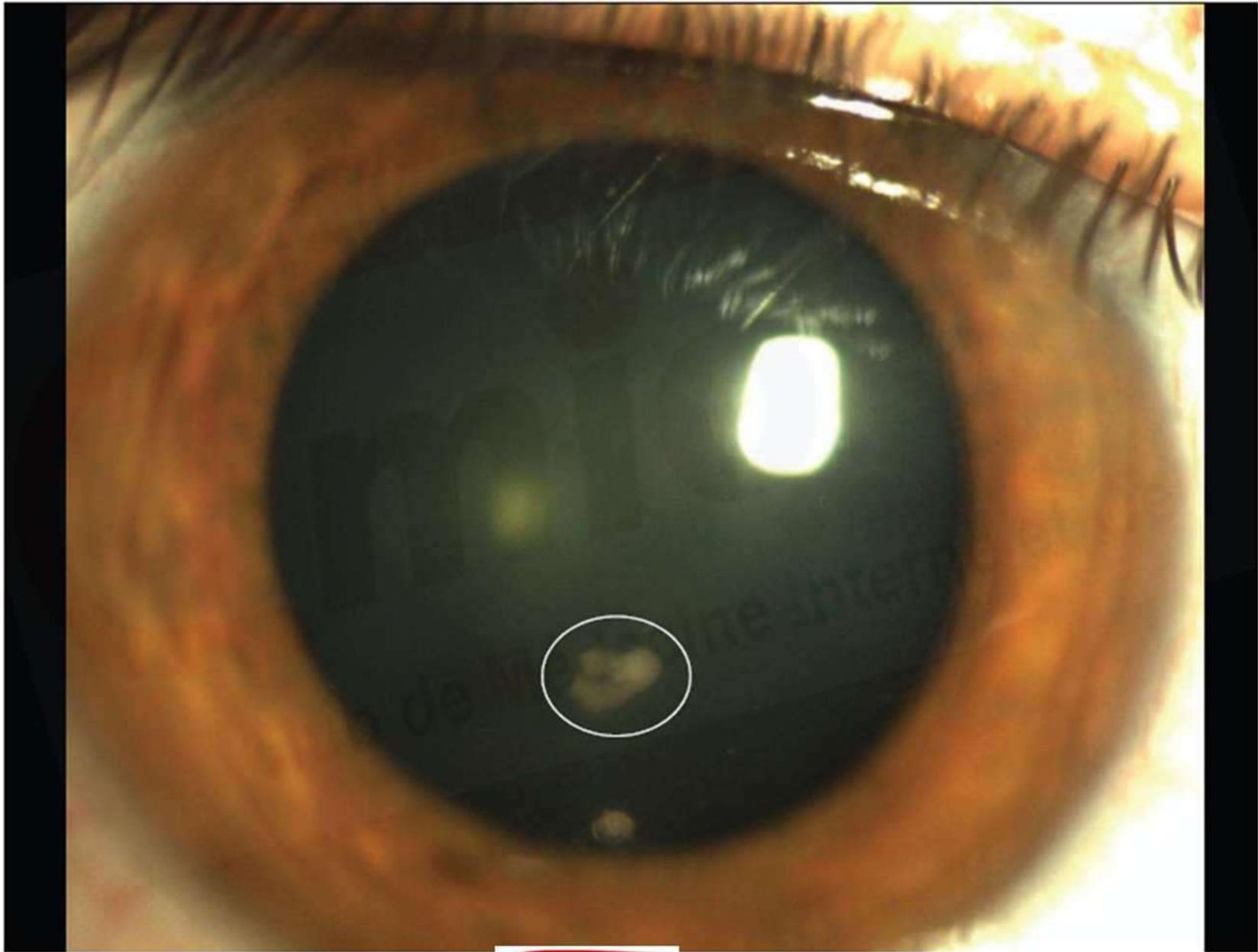


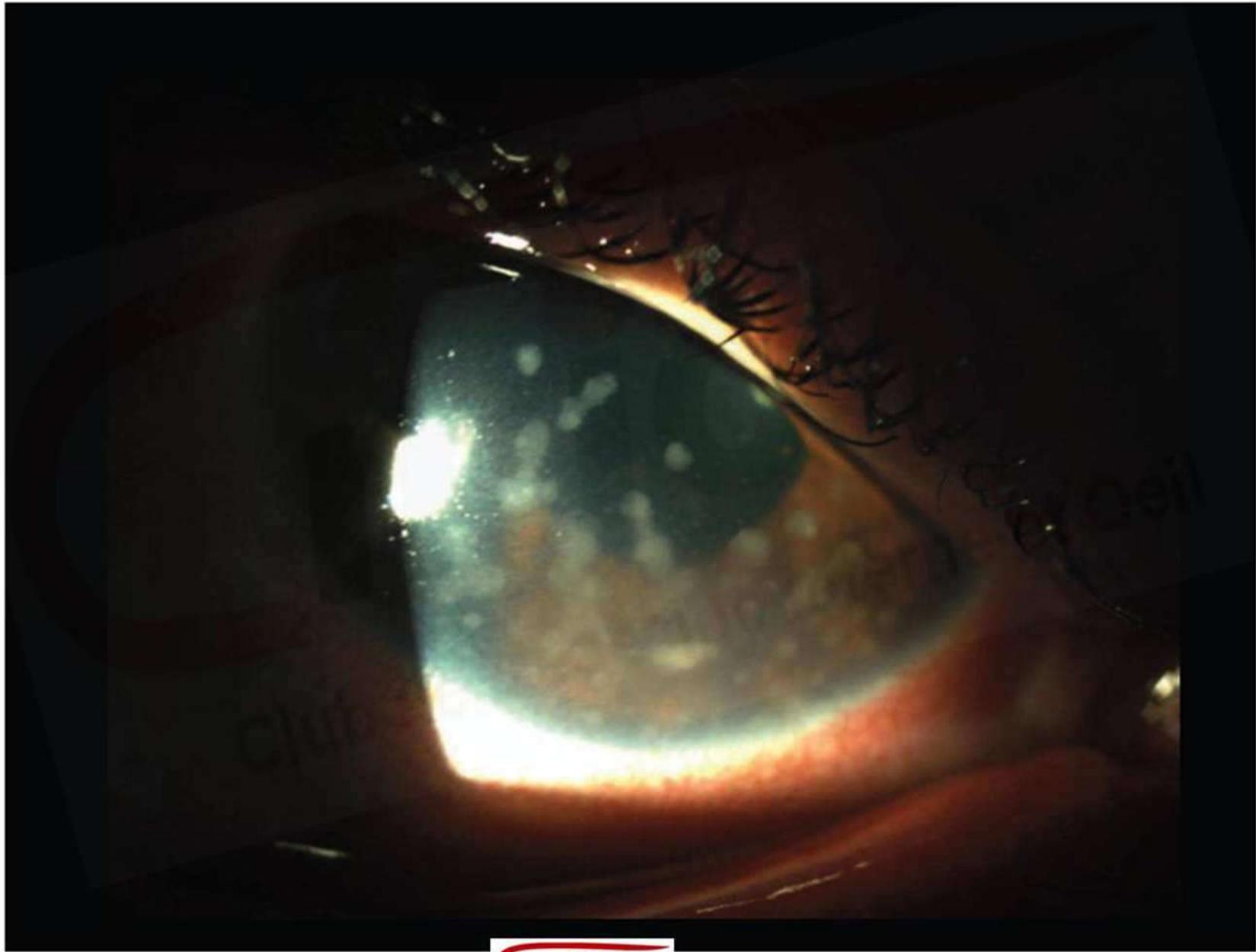


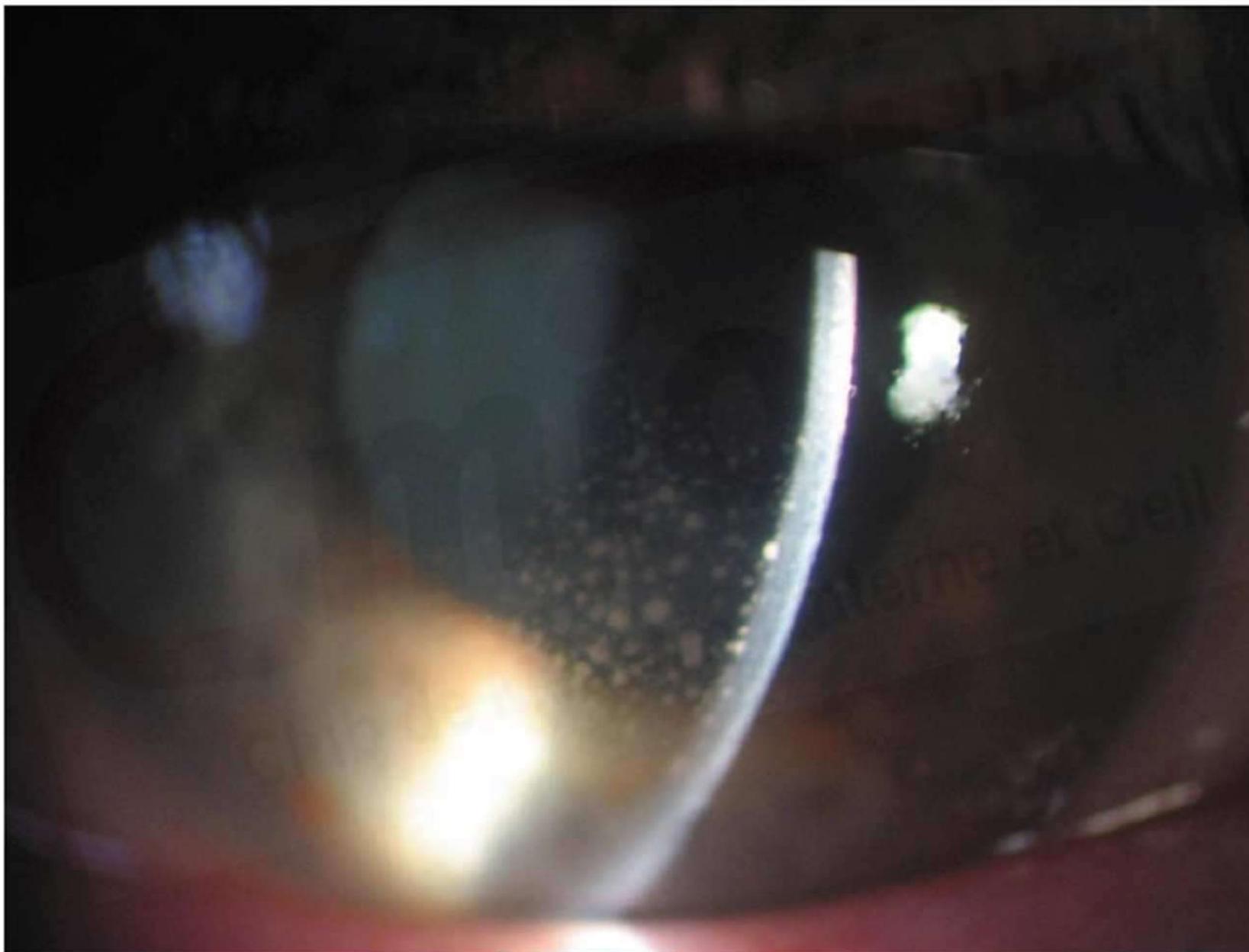


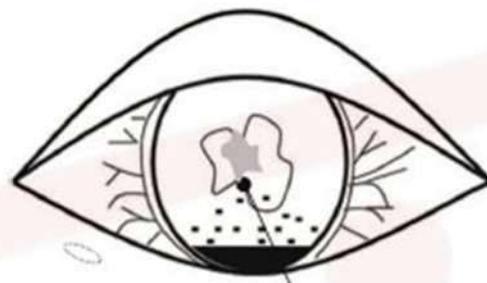
Uvéïtes non granulomateuses :  
B27, Behcet, Birdshot, ACJ





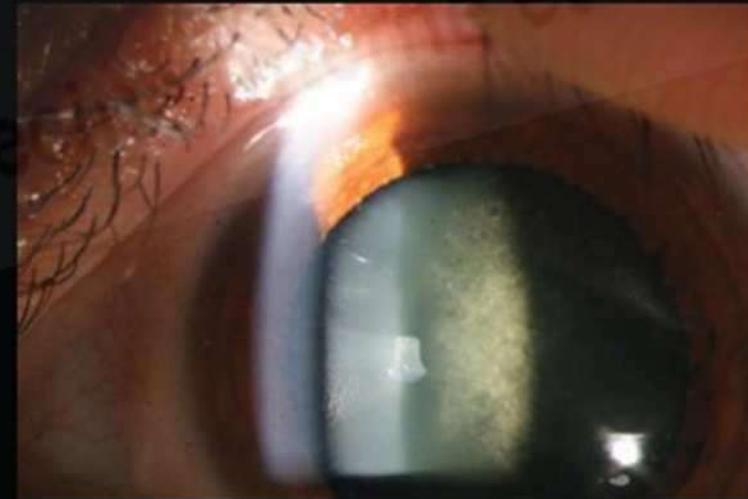




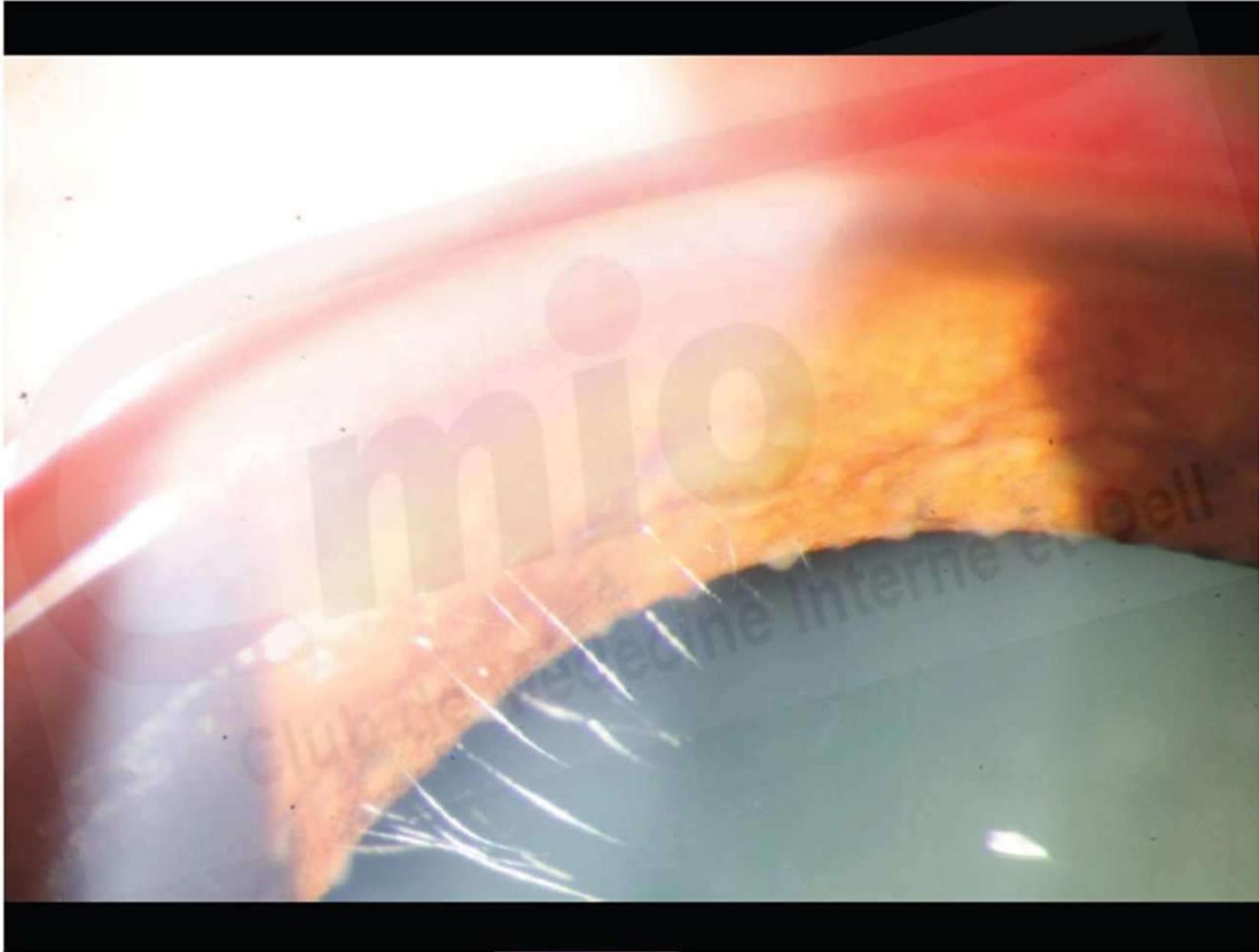


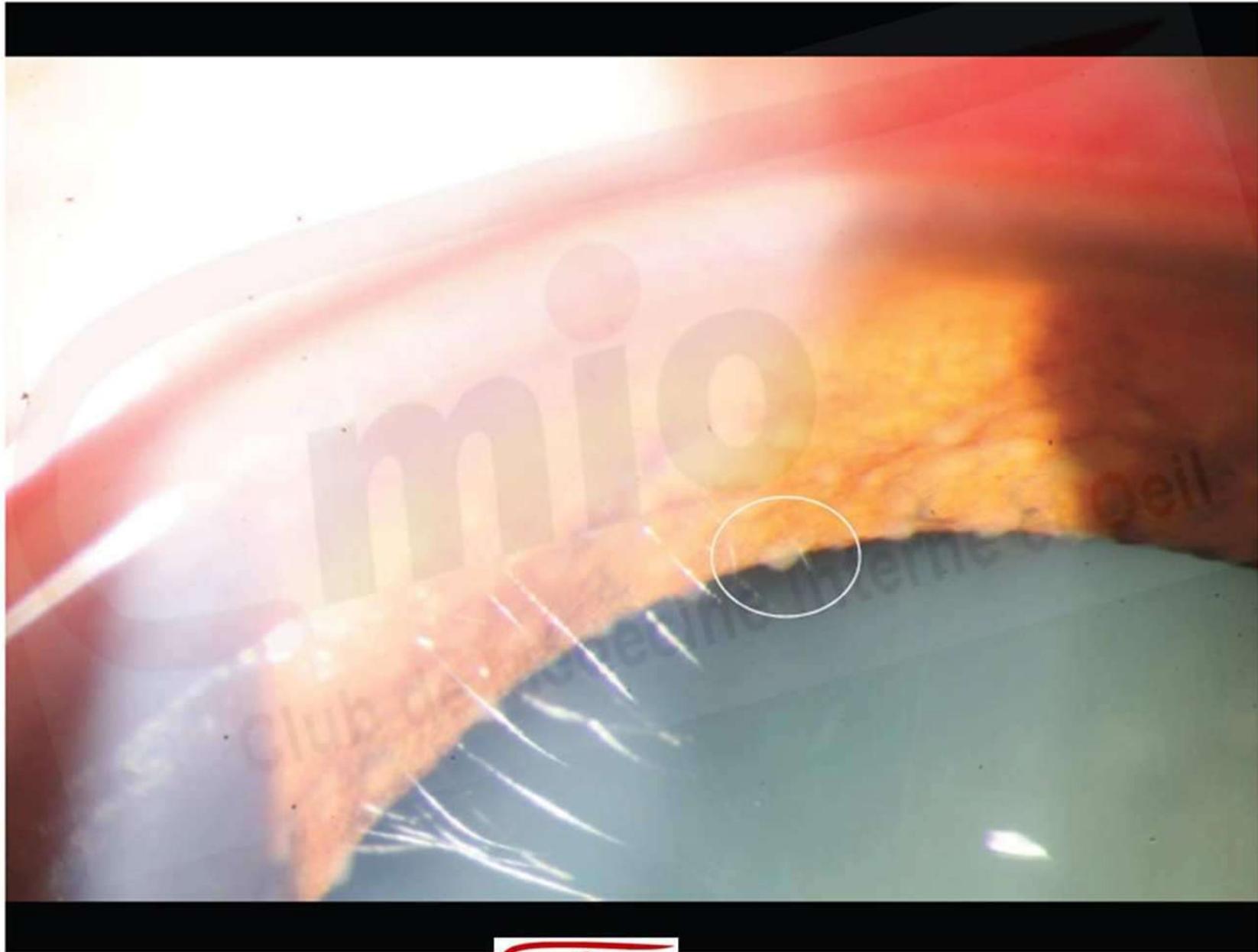
Nodules iriens

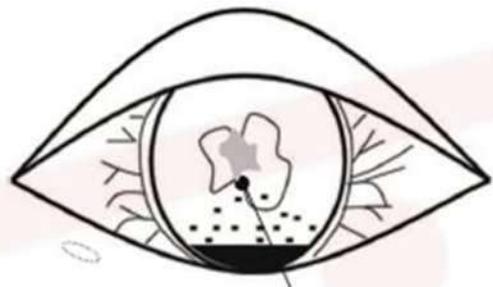
### NODULES SPHINCTERIENS DE KOEPPPE



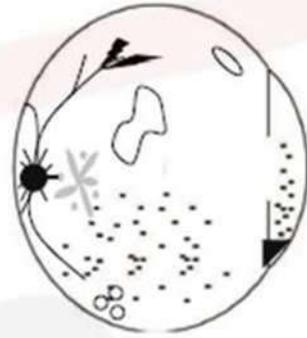
SIGNES D'UVEITE GRANULOMATEUSE



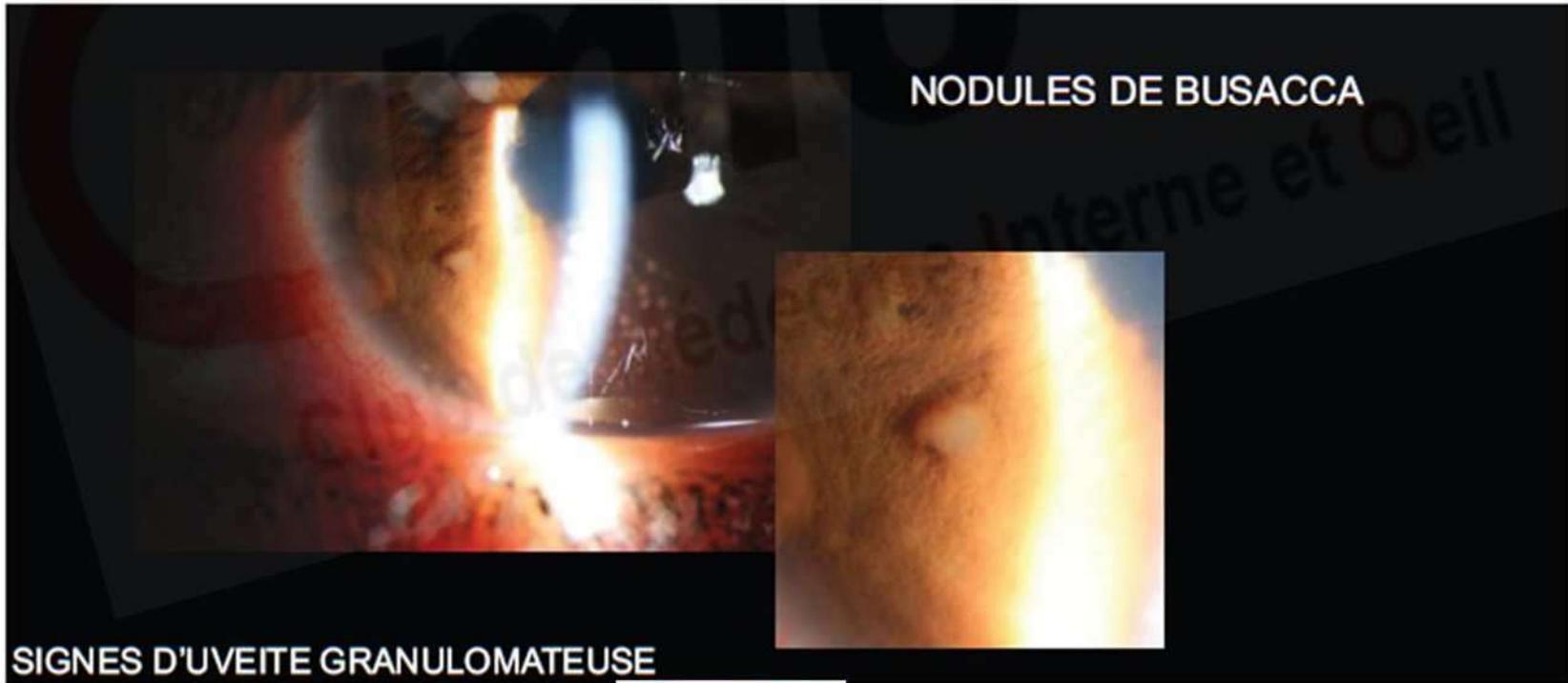




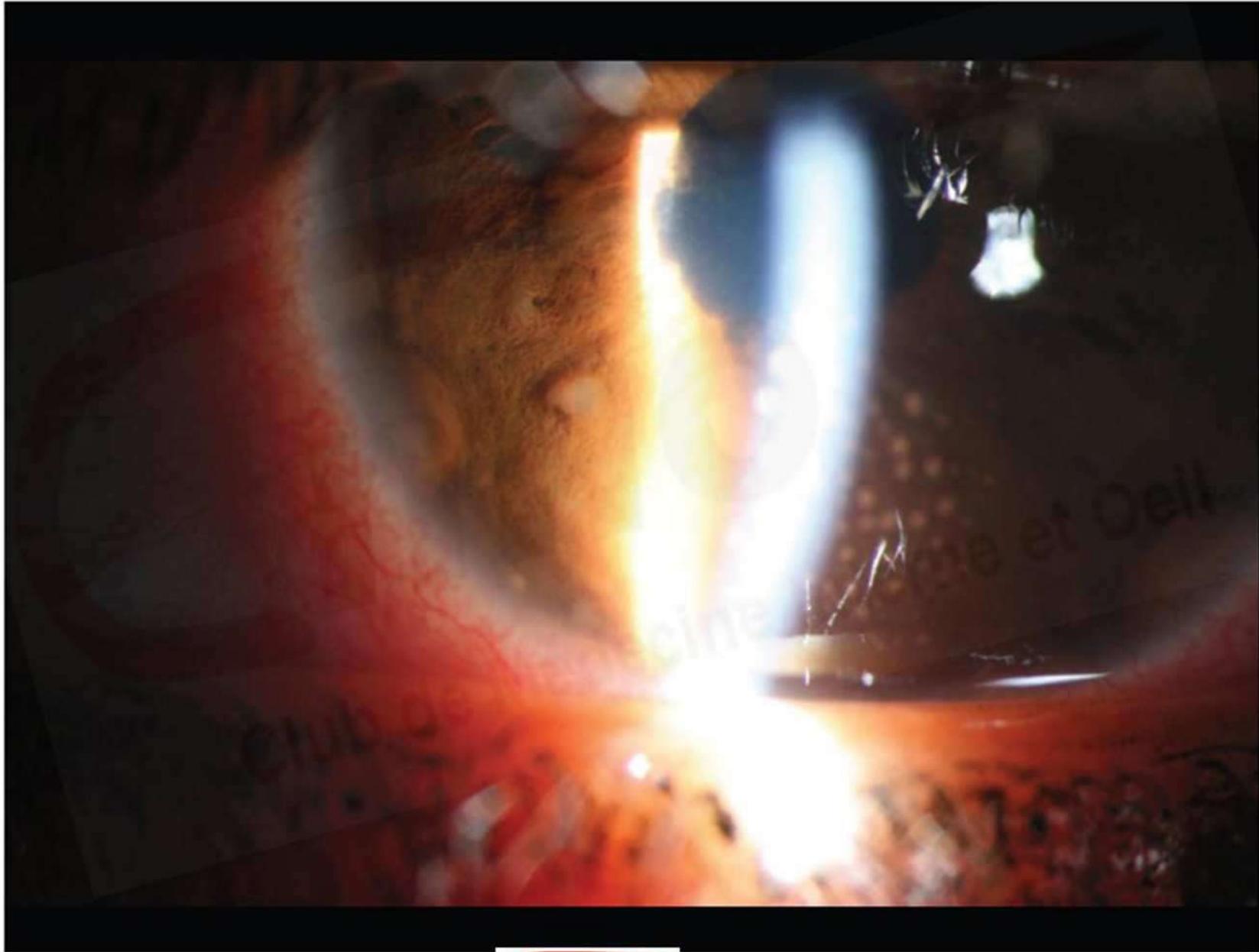
Nodules iriens

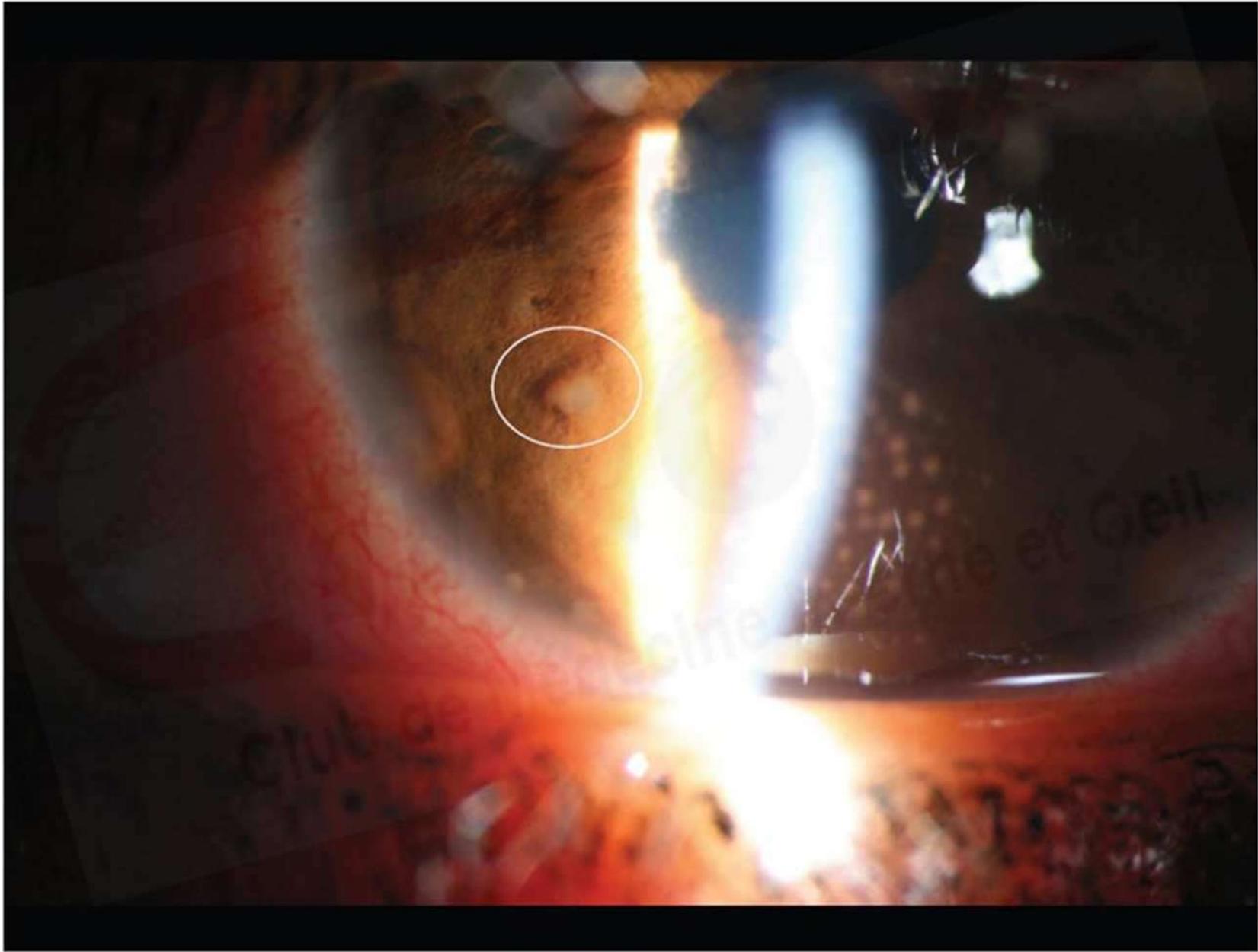


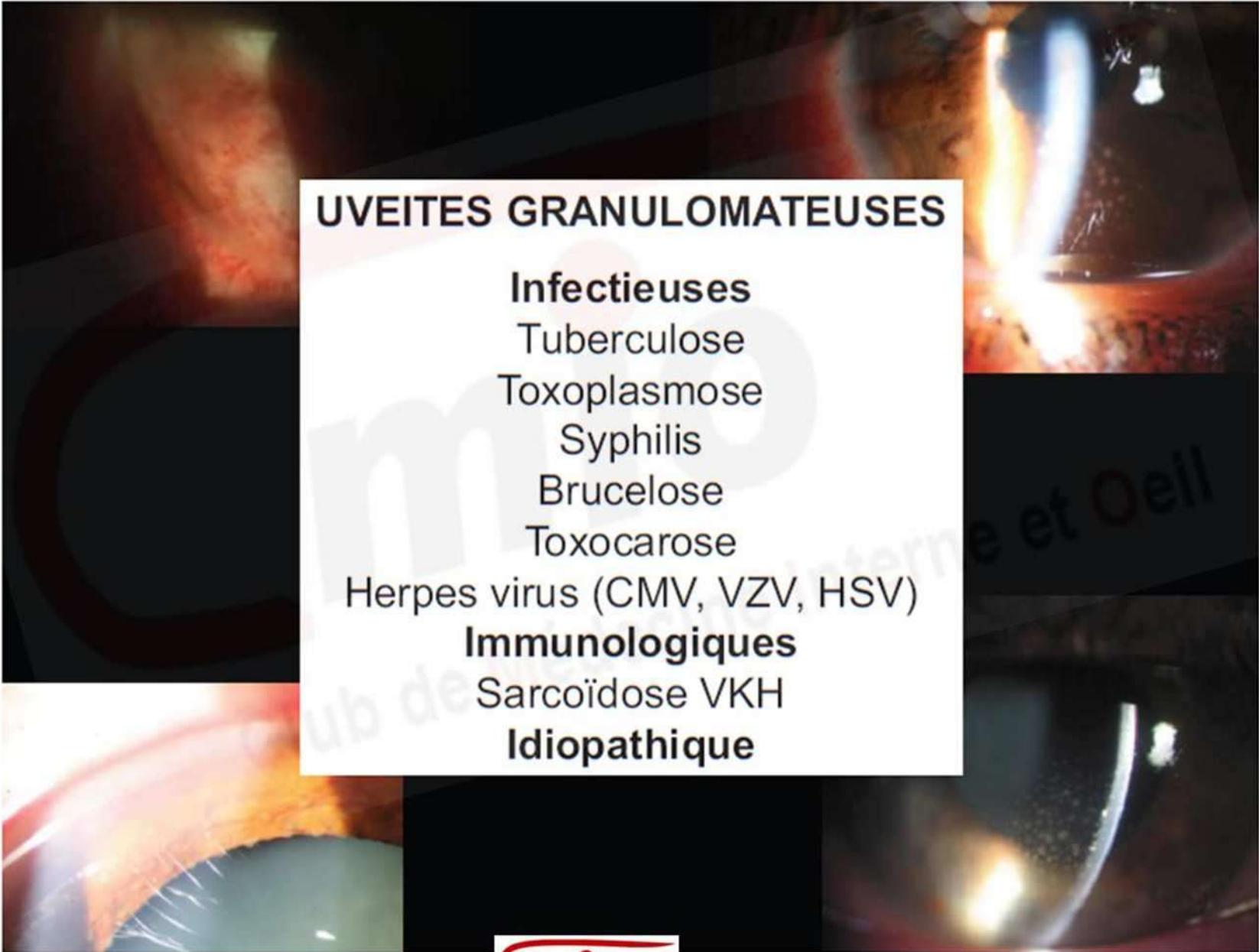
NODULES DE BUSACCA



SIGNES D'UVEITE GRANULOMATEUSE







## UVEITES GRANULOMATEUSES

### **Infectieuses**

Tuberculose

Toxoplasmose

Syphilis

Brucelose

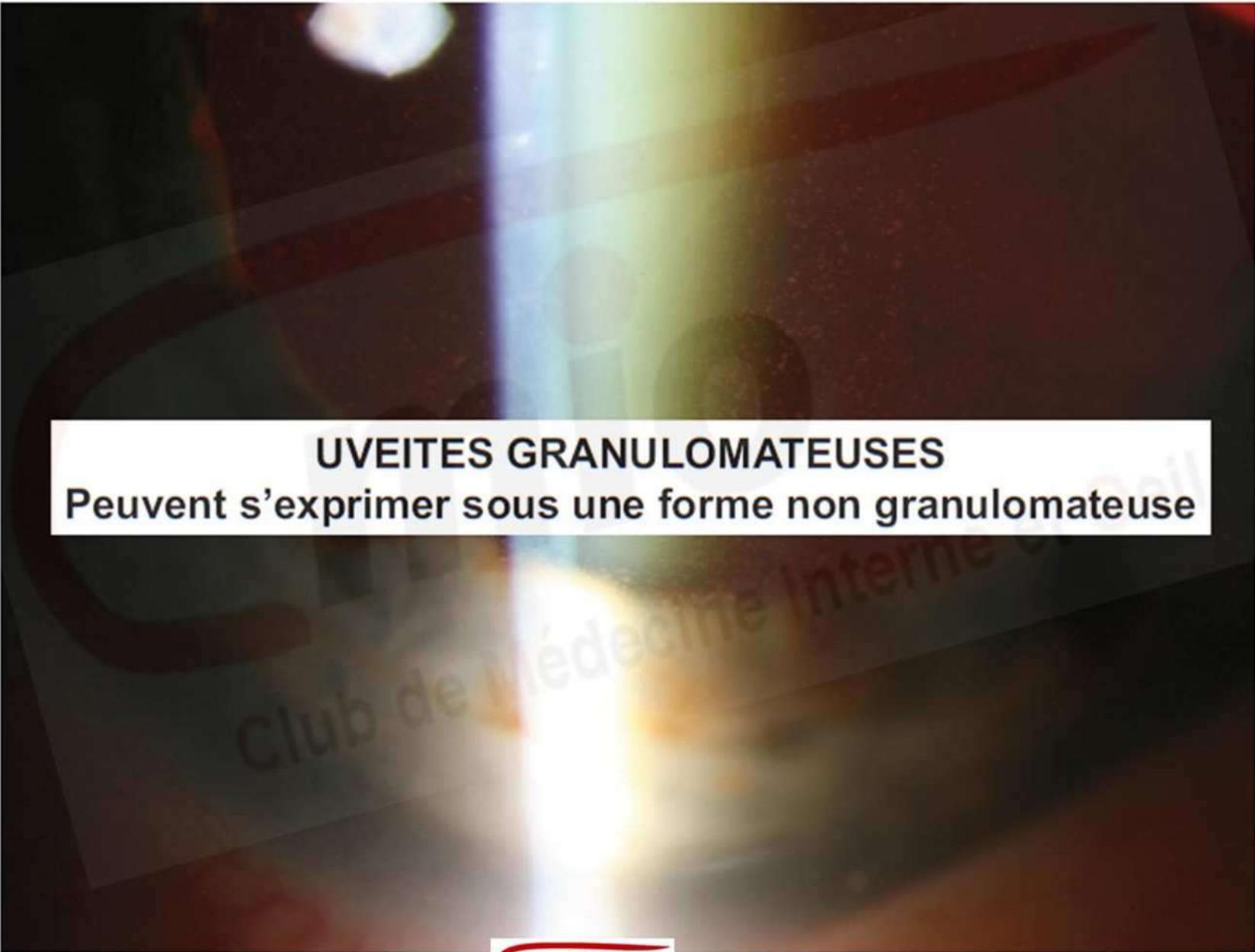
Toxocarose

Herpes virus (CMV, VZV, HSV)

### **Immunologiques**

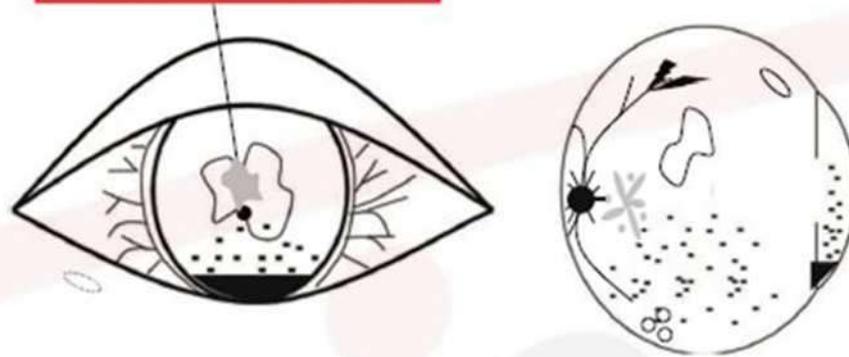
Sarcoïdose VKH

**Idiopathique**

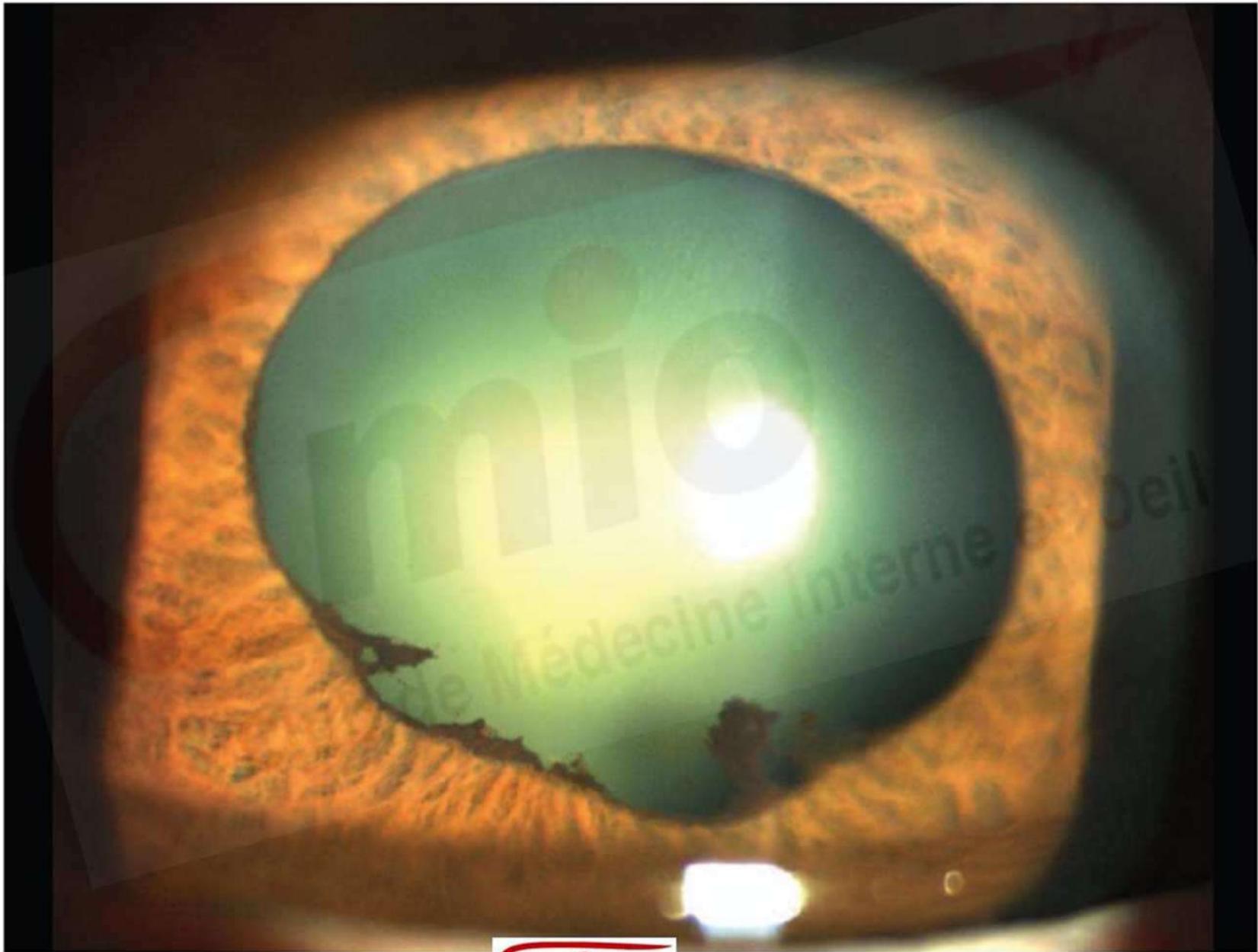


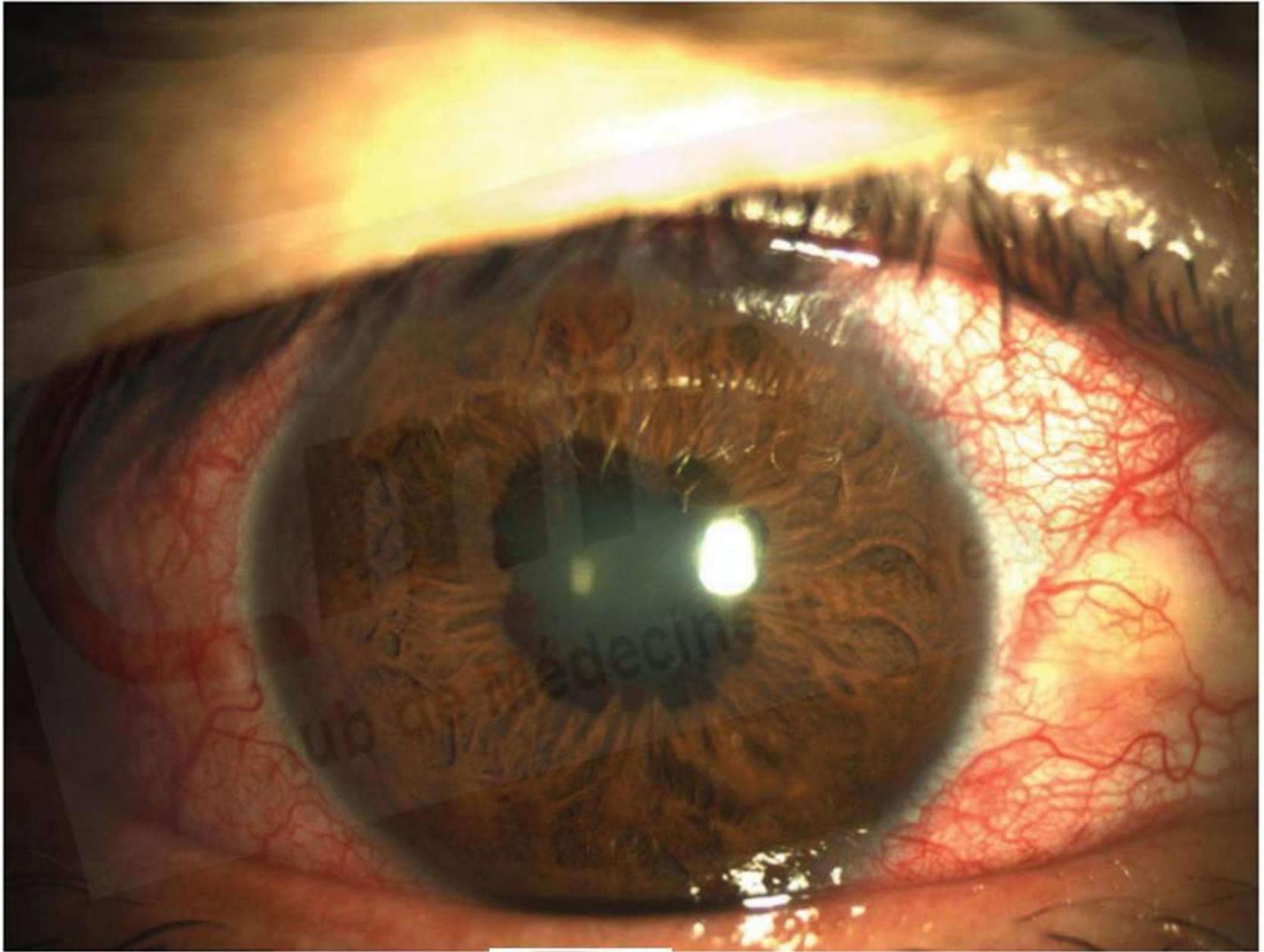
**UVEITES GRANULOMATEUSES**  
Peuvent s'exprimer sous une forme non granulomateuse

Synéchies irido cristalliniennes



PARFOIS SEULE ANOMALIE VISIBLE CHEZ L'ENFANT PORTEUR D'ARTHRITE CHRONIQUE J.







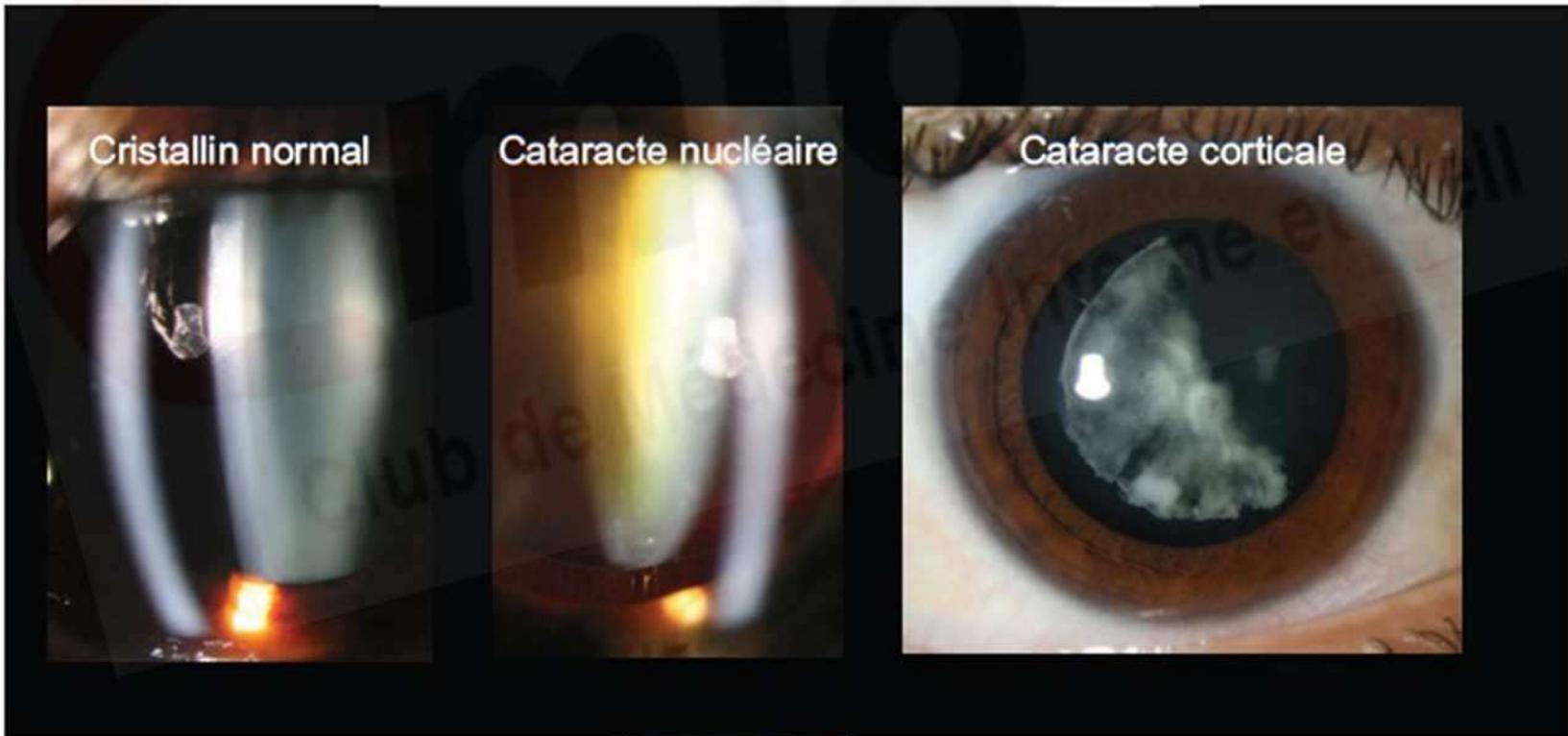
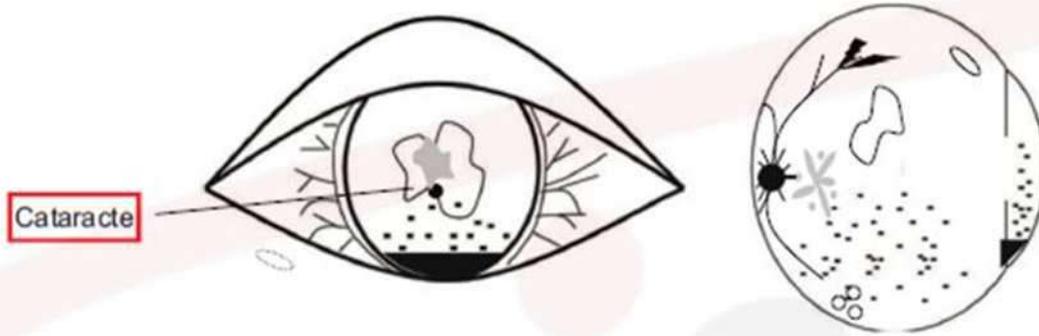
**UVEITES NON SYNECHIANTES**

**Fuchs**

**Birdshot**

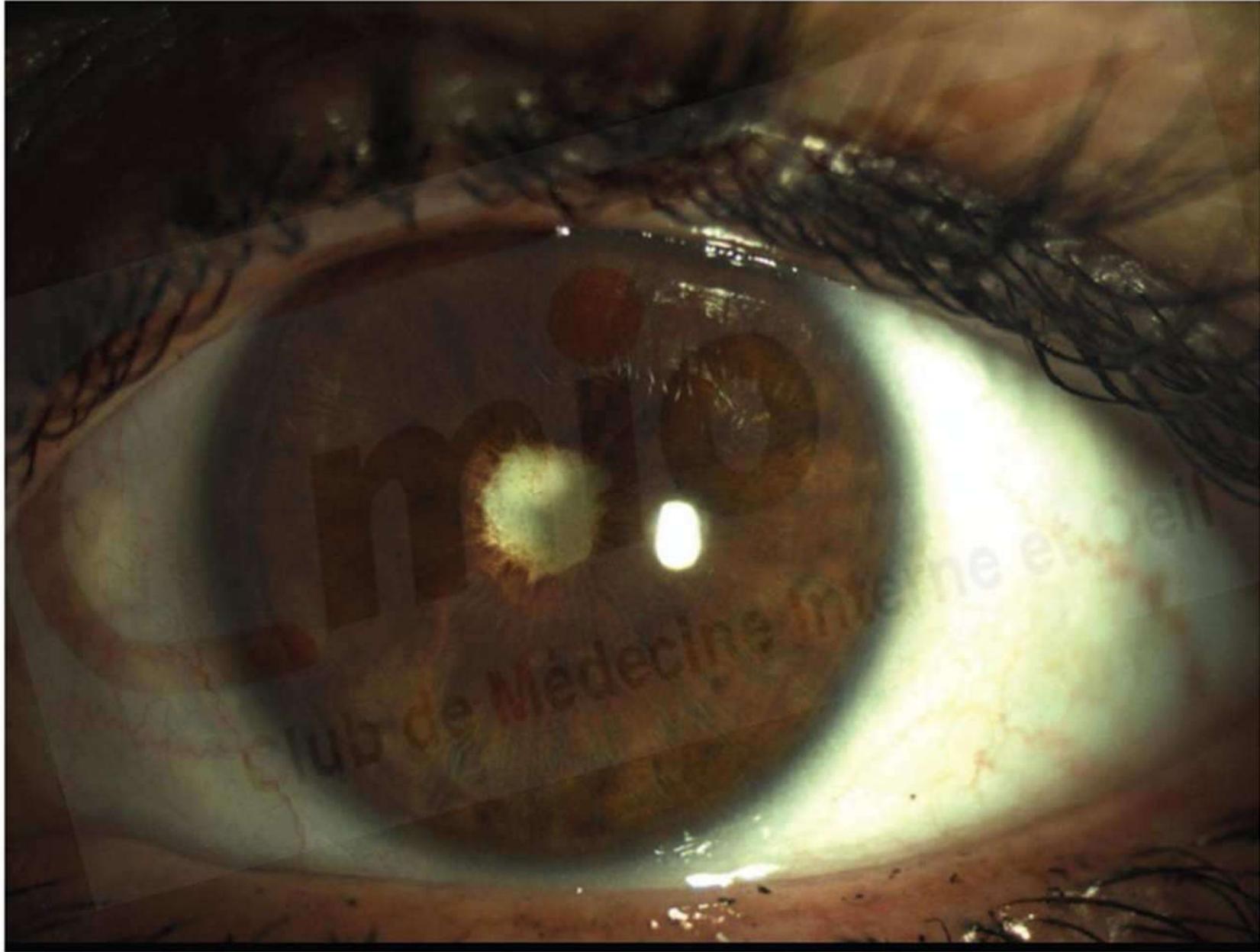
**Posner Schlossman**

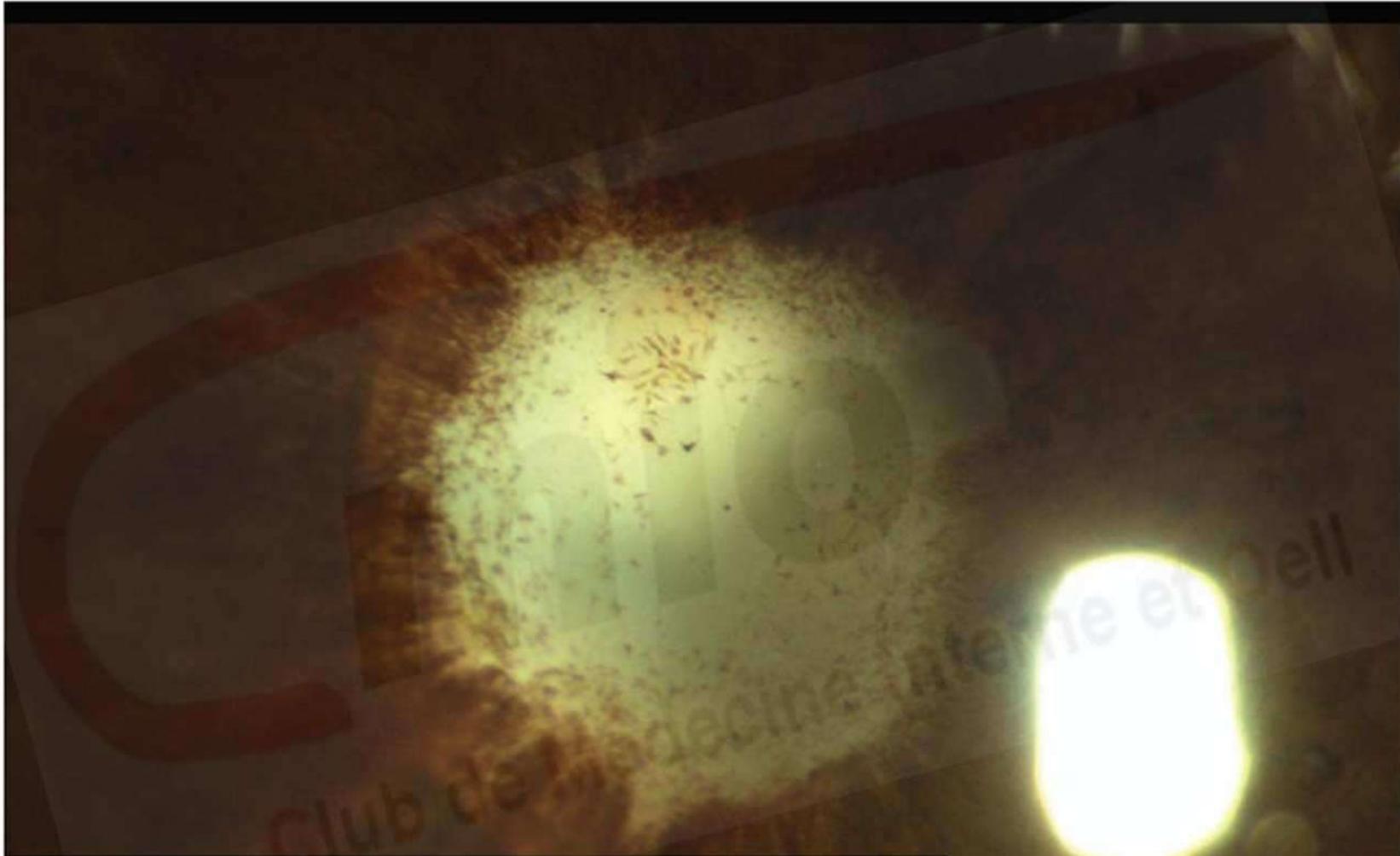
**Lymphome oculo cérébral**



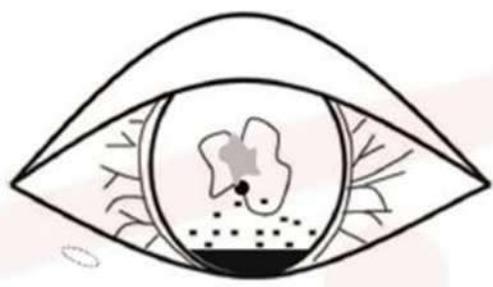


**Cataracte sous capsulaire postérieure:  
volontiers cortico induite**



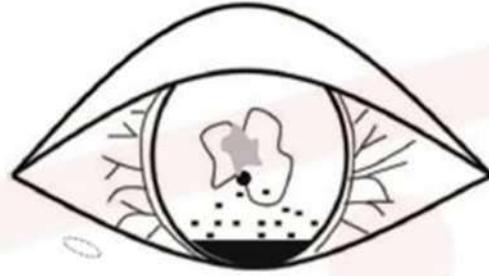


**Cataractes difficiles à prendre en charge:  
problèmes de dilatation pupillaire  
rebond inflammatoire post opératoire**



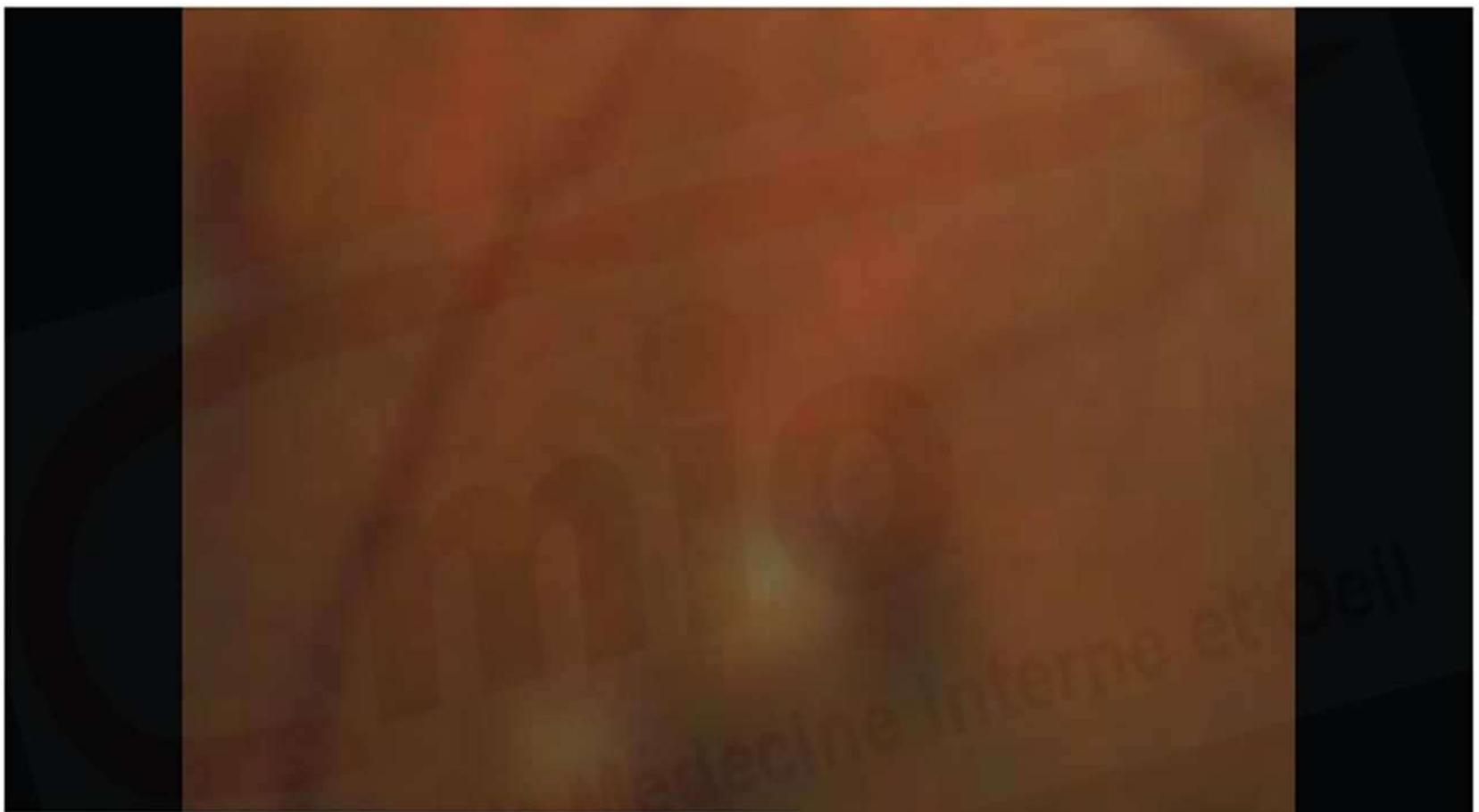
Tyndall vitréen  
(Hyalite)



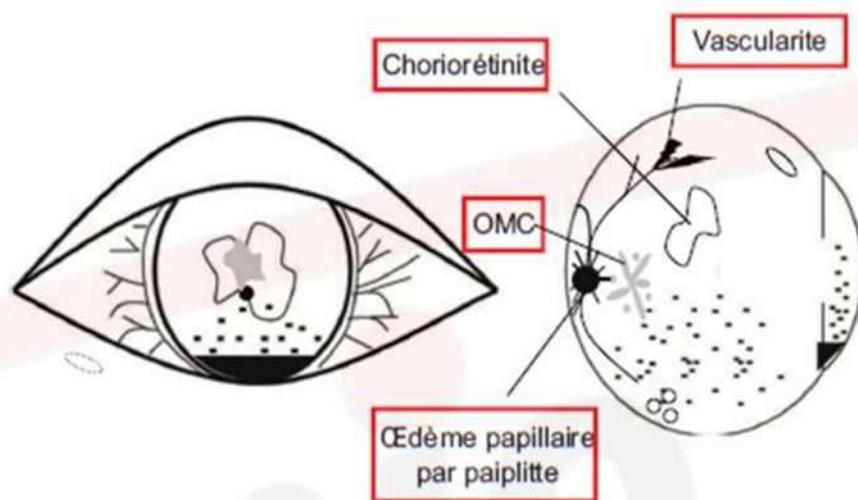


Œufs de fourmis

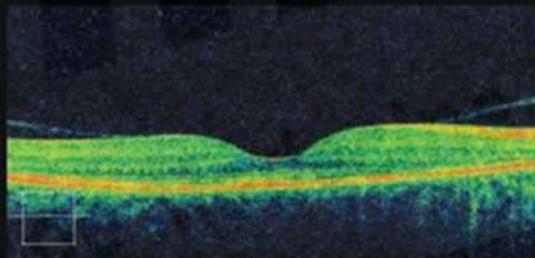
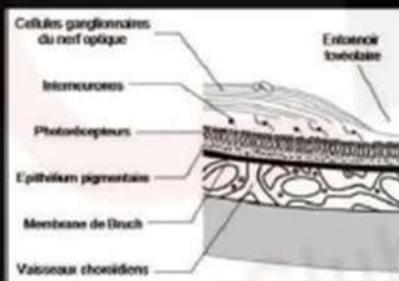
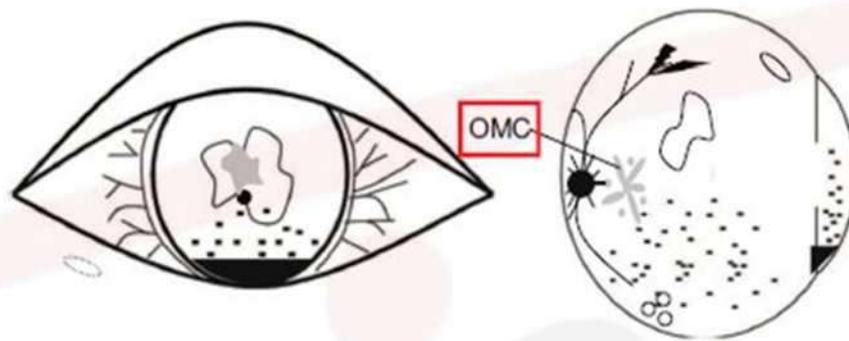




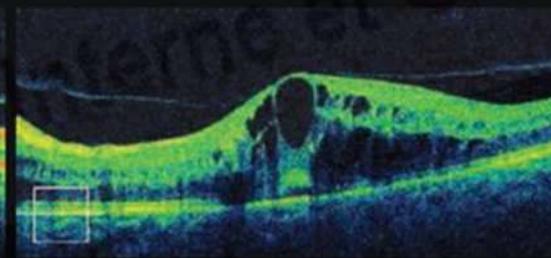
**Uvéite à expression postérieure :  
Exceptionnellement idiopathique**



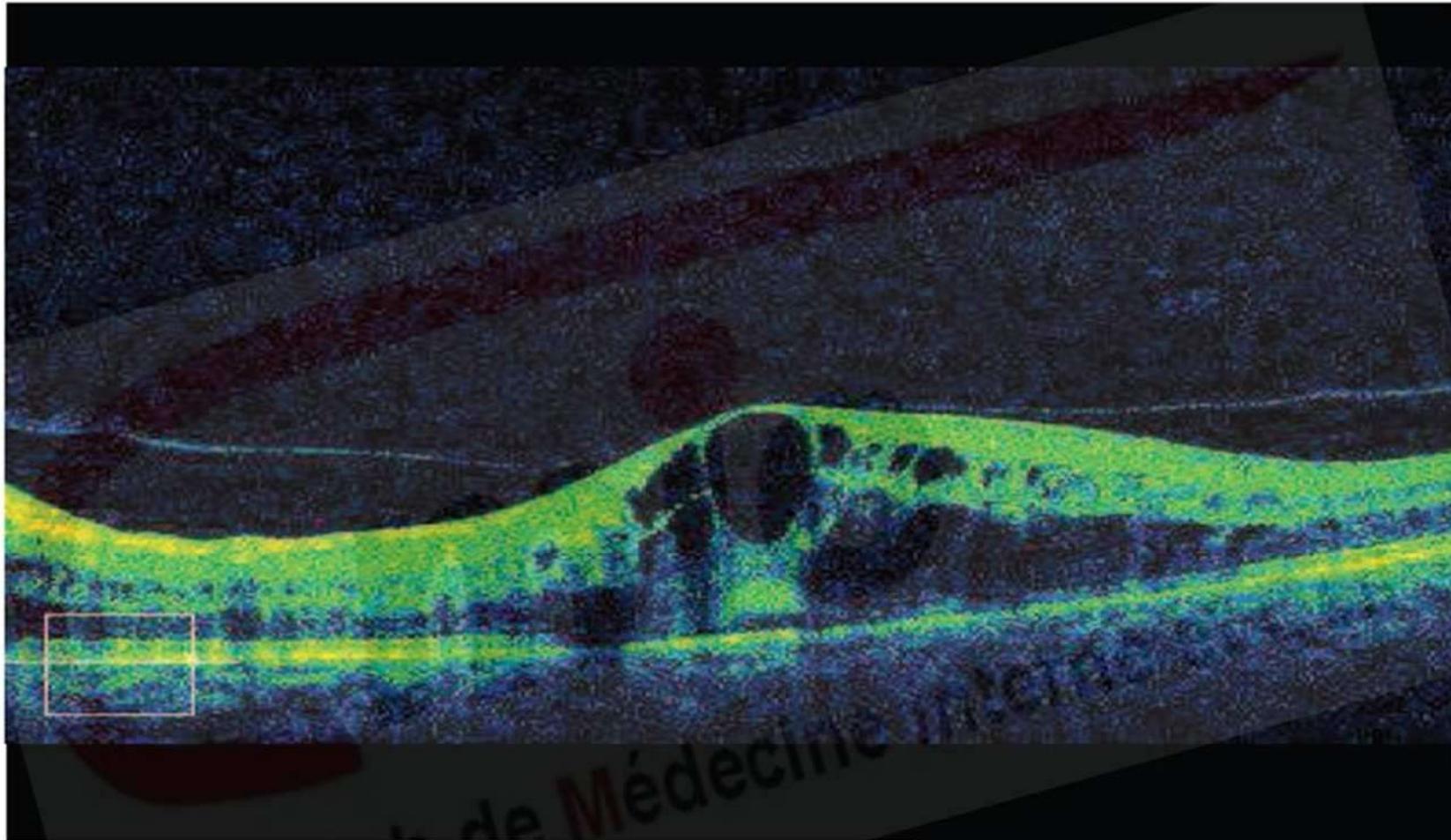
**Signes de gravité**



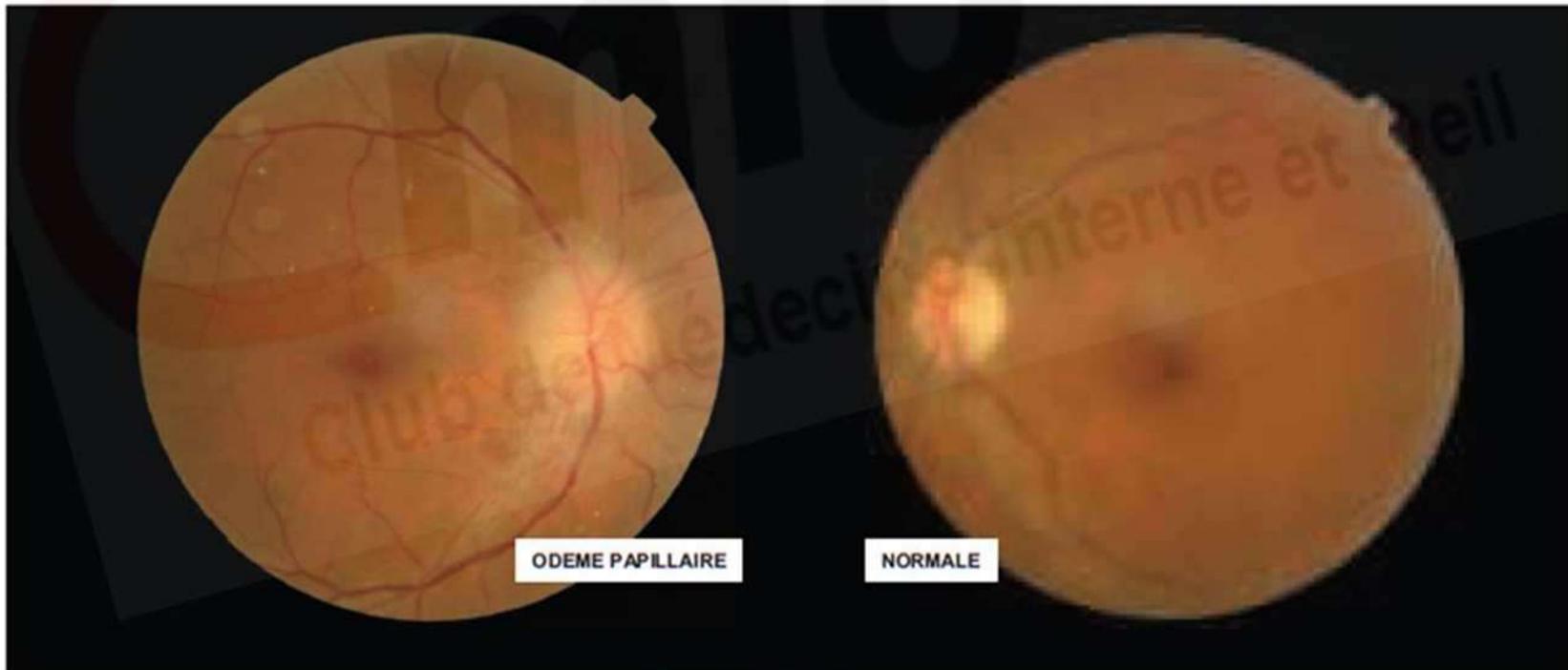
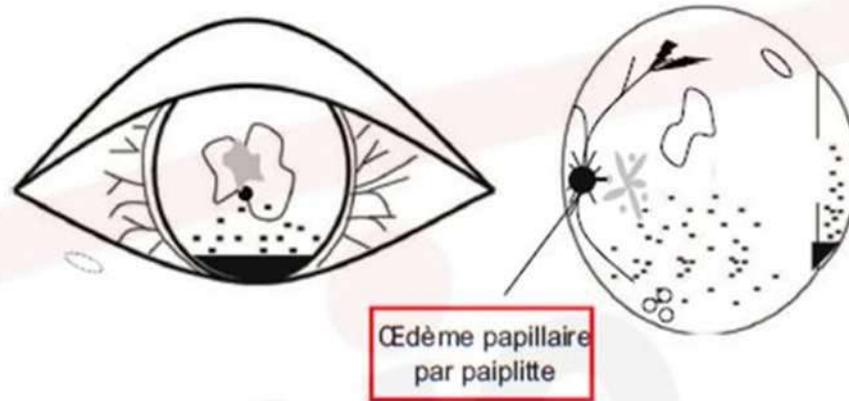
OCT: Macula normale

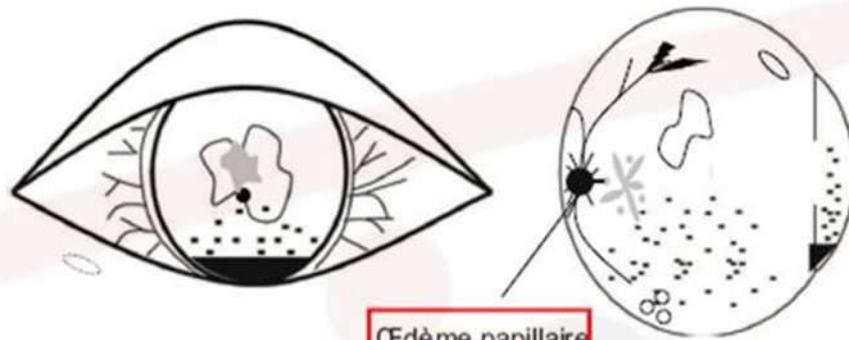


OCT: Œdème maculaire cystoïde

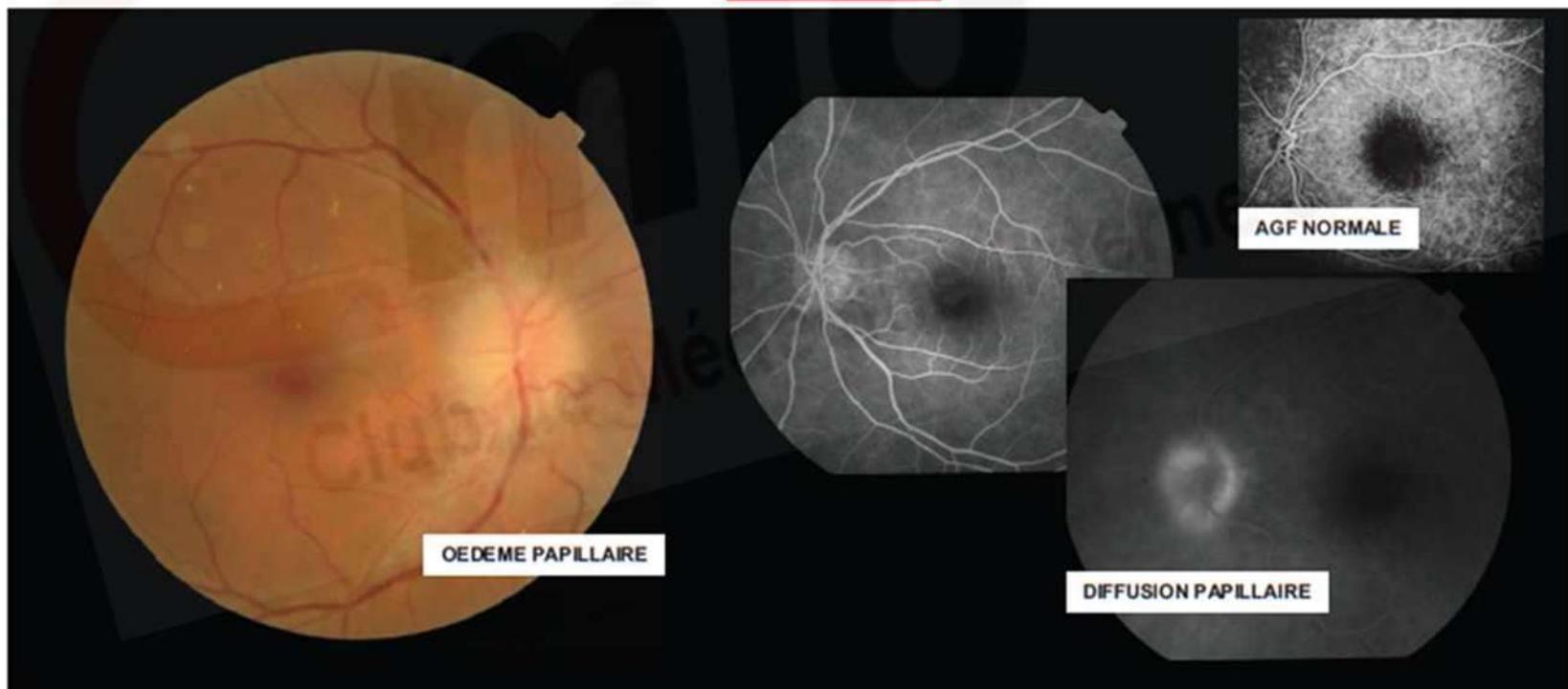


**Hyperperméabilité capillaire maculaire**  
**Inflammation aiguë et réversible**  
**Inflammation chronique et irréversible**





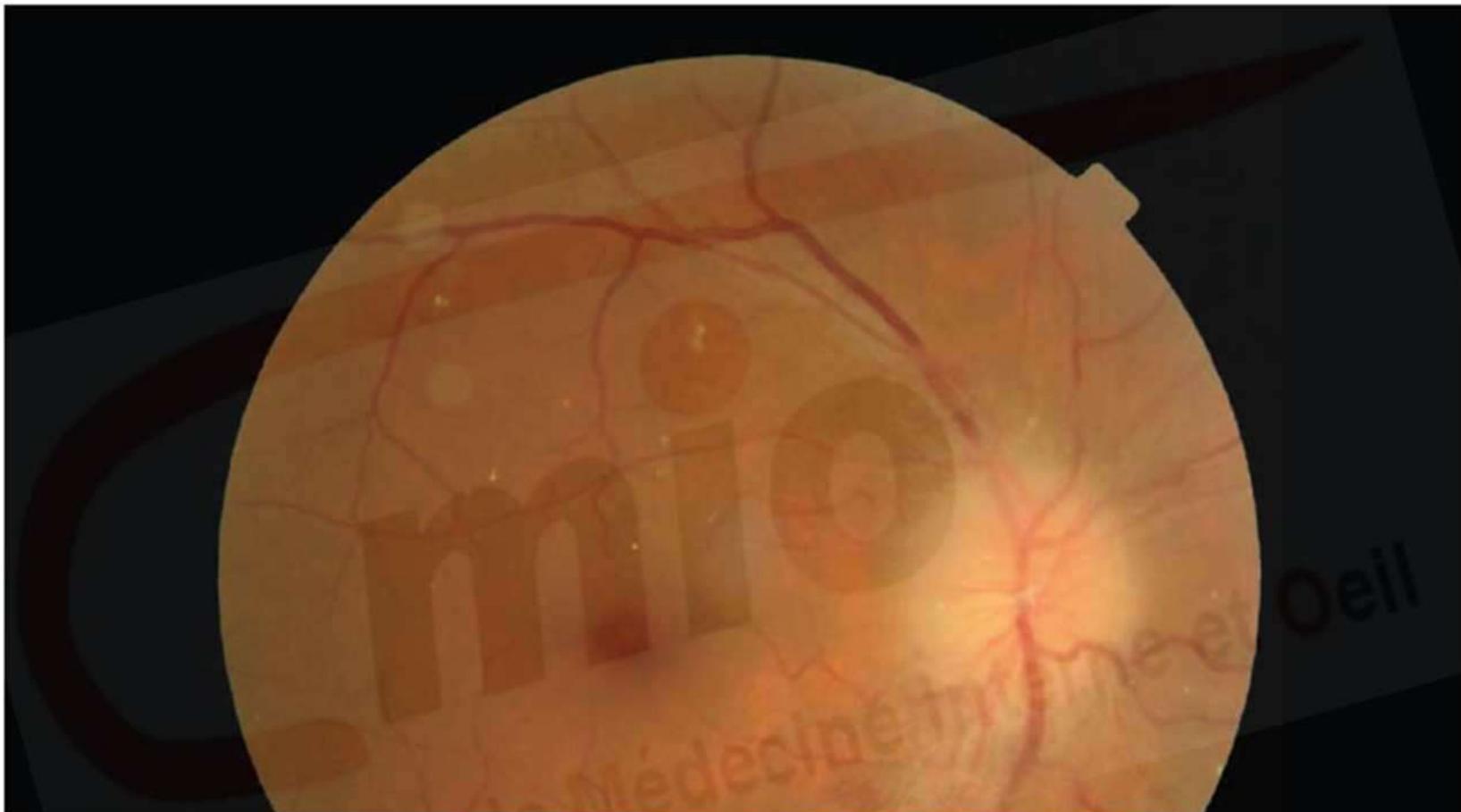
Œdème papillaire par papillite



OEDEME PAPILLAIRE

AGF NORMALE

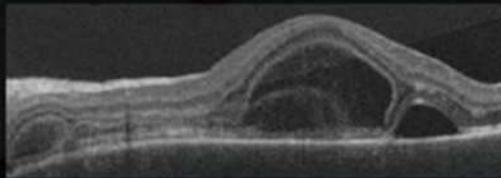
DIFFUSION PAPILLAIRE



**ŒDEME PAPILLAIRE ET UVEITE: uvéo-papillite**  
Behcet ++, Sarcoidose ++, Syphilis ++,  
Tuberculose, Lyme  
VKH +, Ophtalmie sympathique

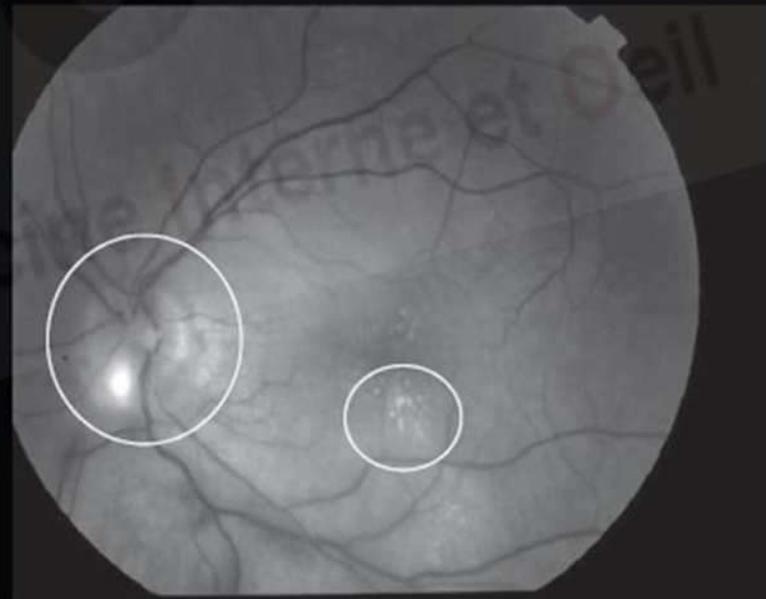
## UVEO MENINGITE AVEC DECOLLEMENT DE RETINE EXSUDATIF

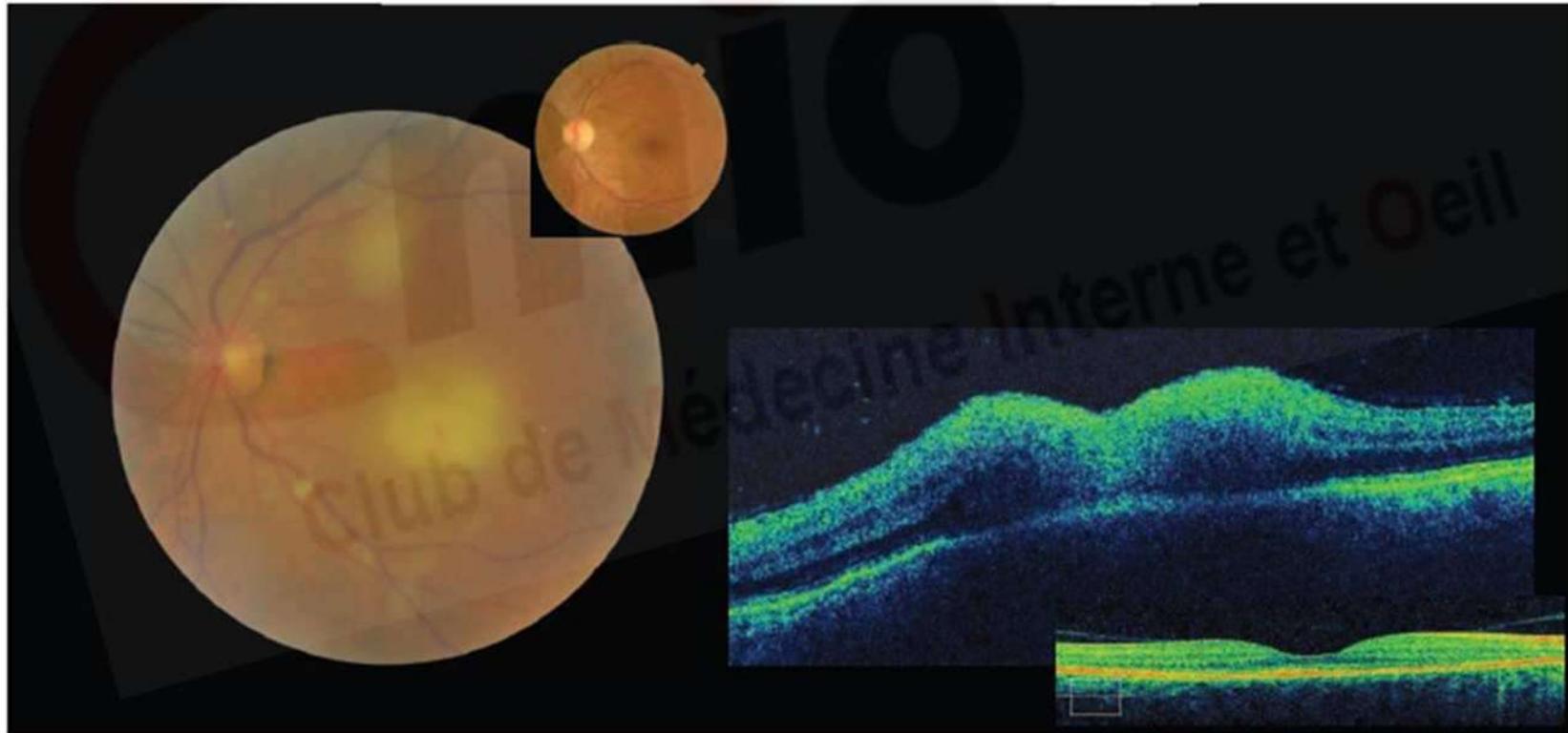
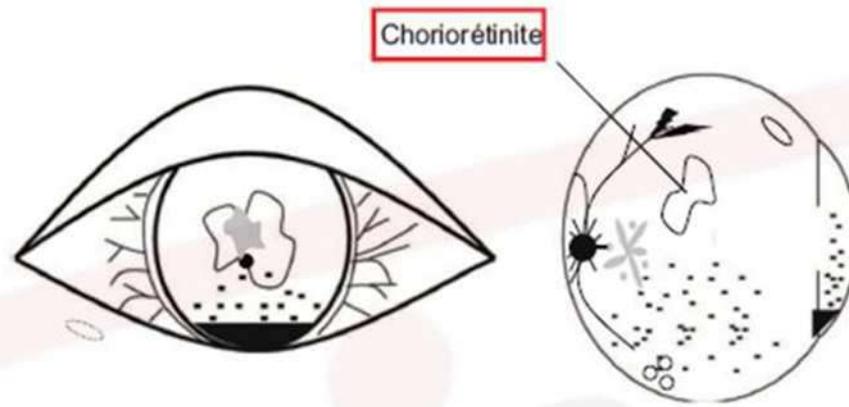
VKH +

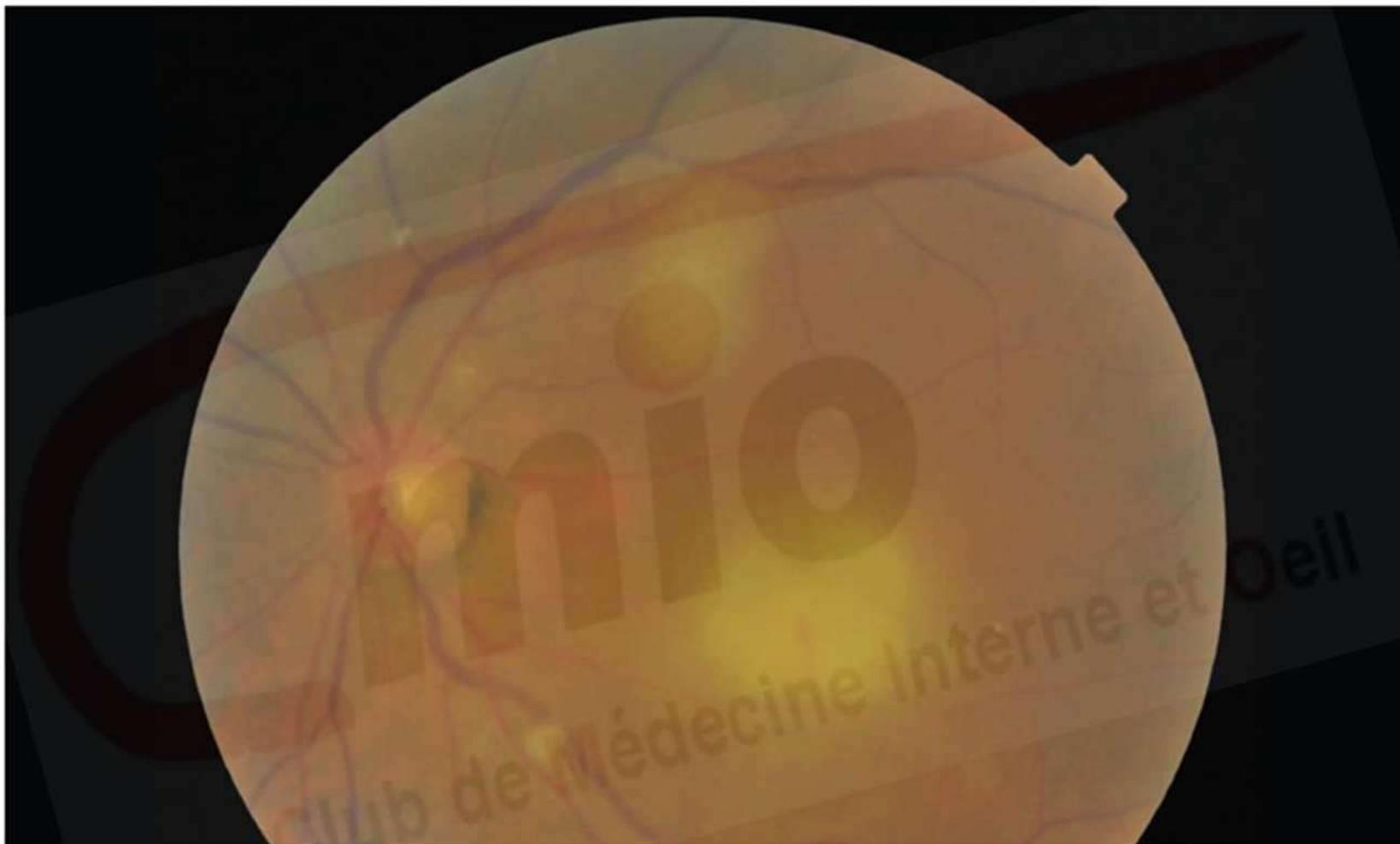


## UVEO PAPILITTE AVEC ETOILE MACULAIRE : NEURORETINITE

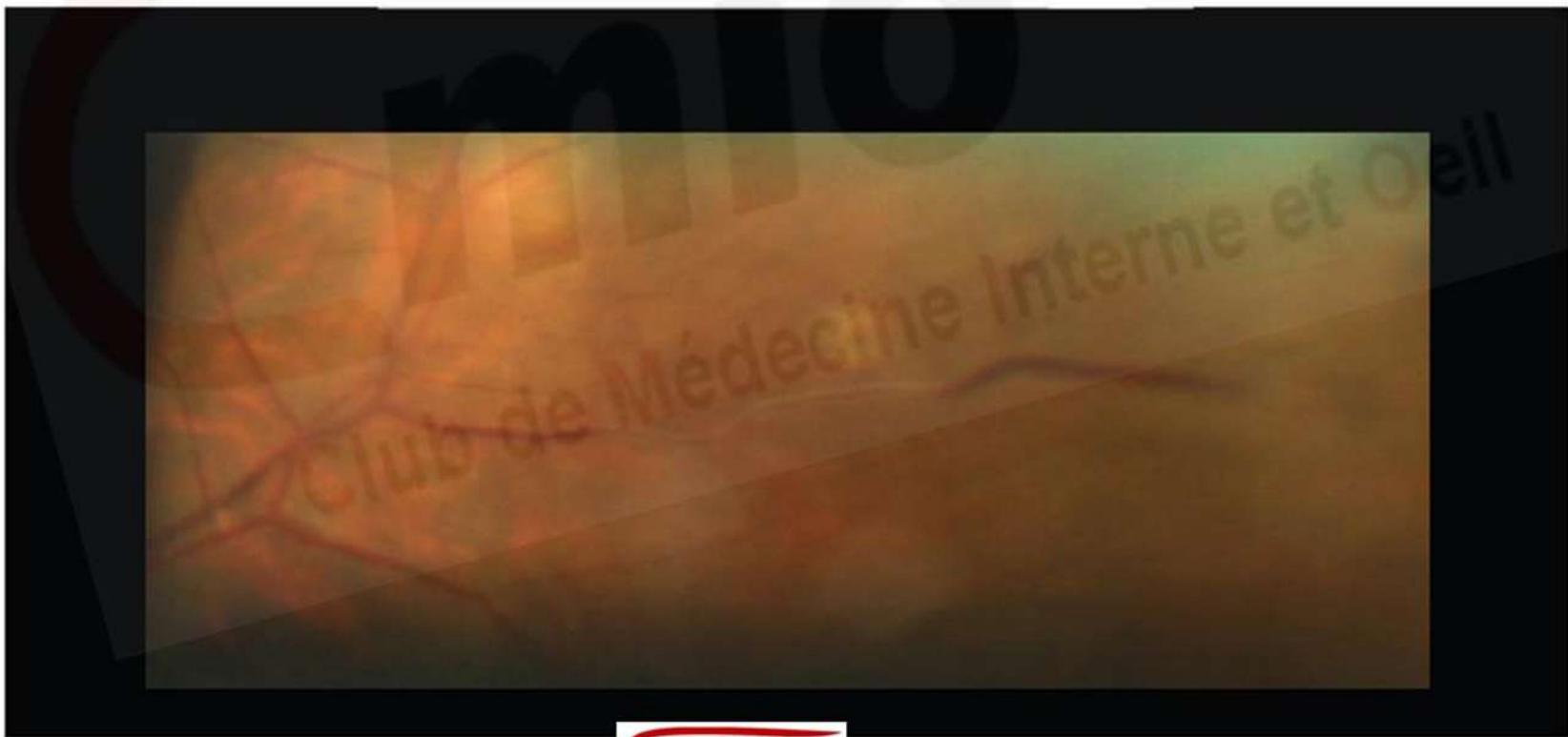
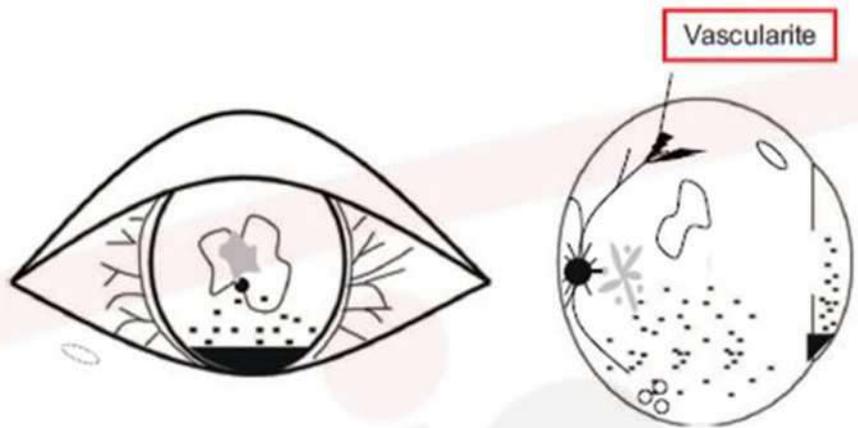
HTIC, HTA ++ si bilatéral,  
Bartonellose ++,  
Syphilis, Lymphome, Whipple, Tuberculose, Listeriose,  
Ricketsiose, Brucellose, Lyme, Leptospirose,  
Toxoplasmose, Toxocarose, Virus herpès

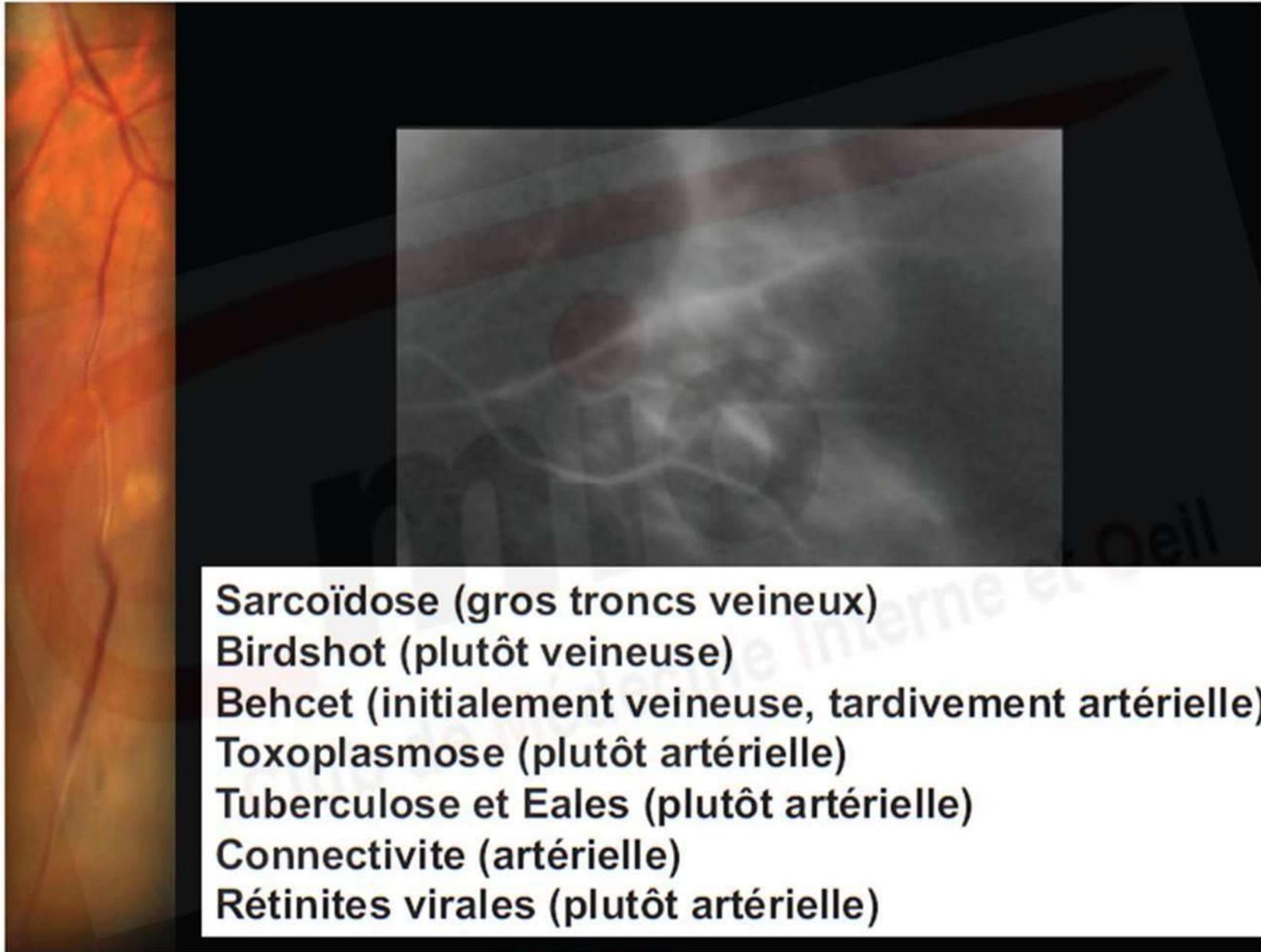




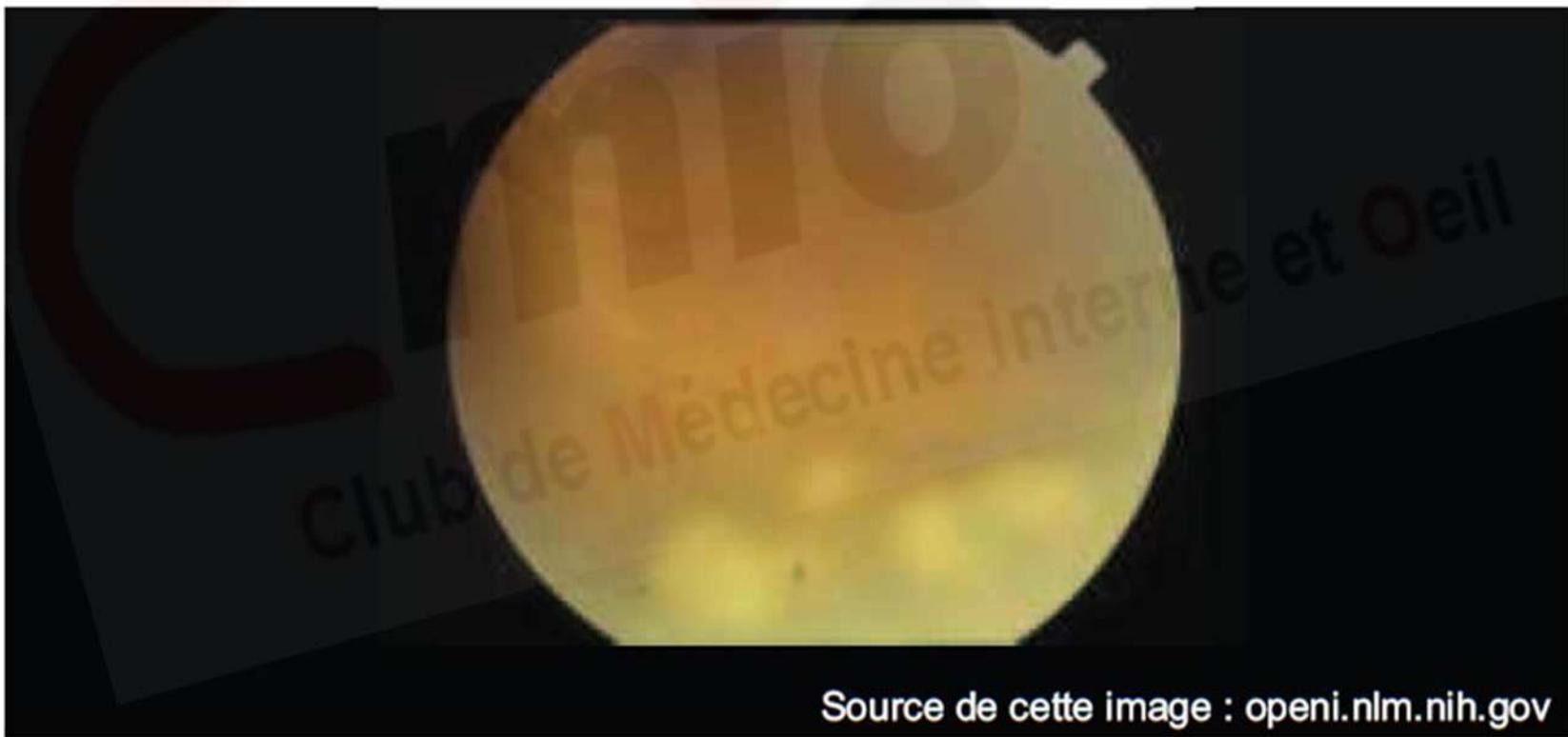
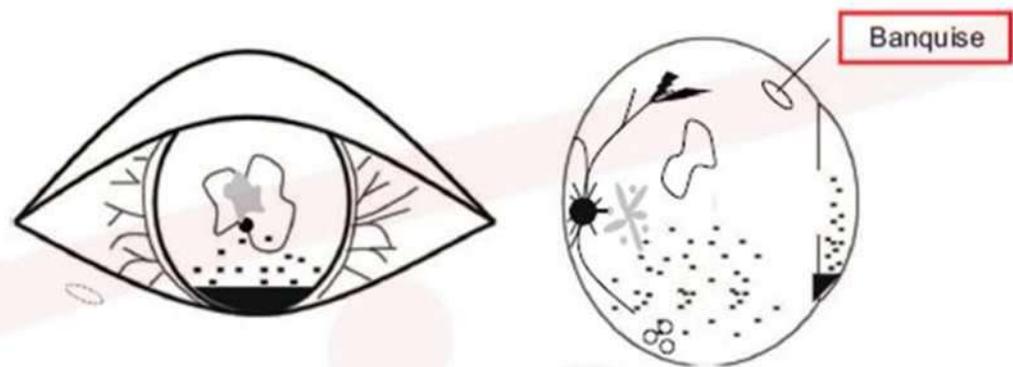


**Foyers maculaires: urgence diagnostique et thérapeutique  
Risque de cicatrice centrale avec baisse de vision irréversible**

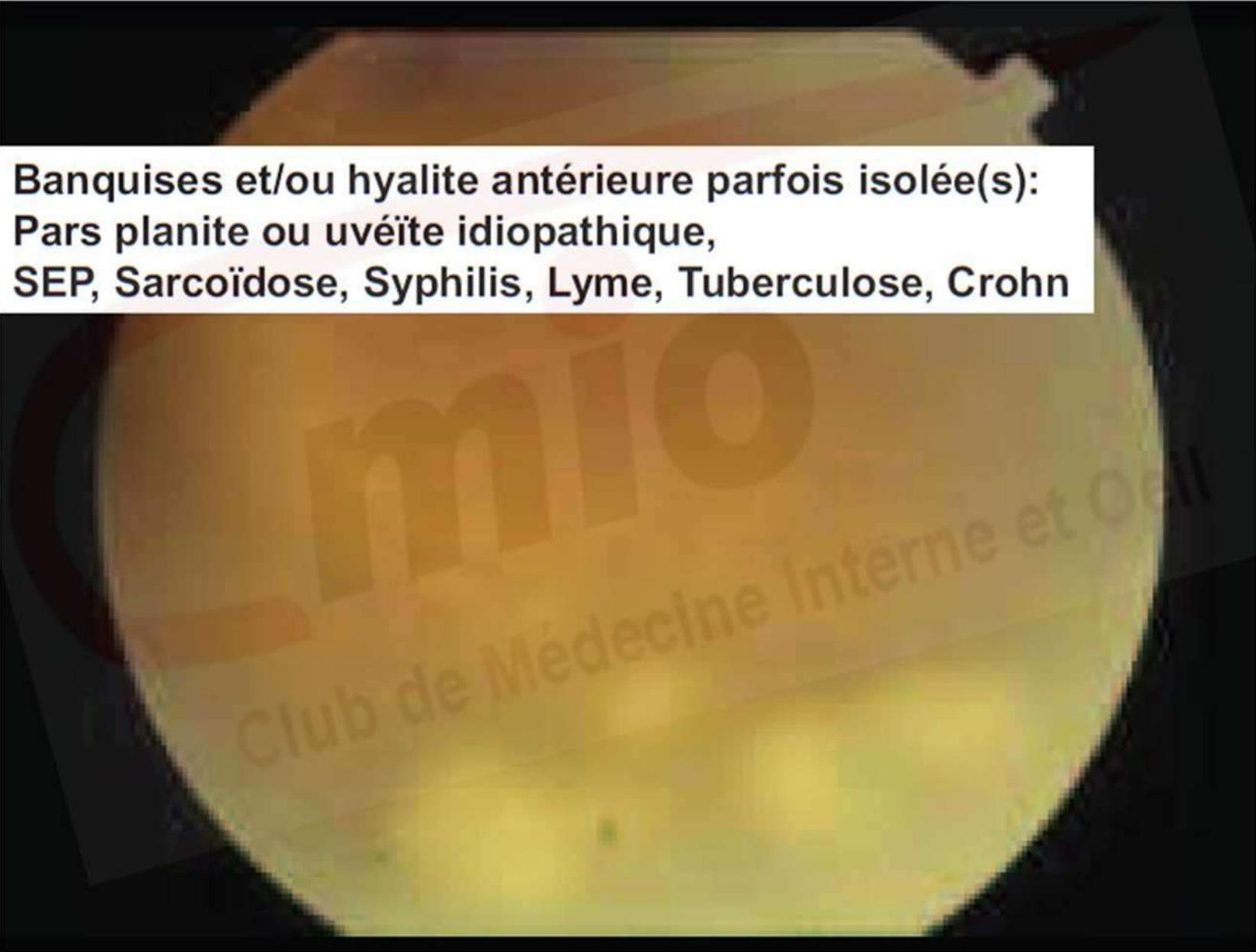




- Sarcoïdose (gros troncs veineux)**
- Birdshot (plutôt veineuse)**
- Behcet (initialement veineuse, tardivement artérielle)**
- Toxoplasmose (plutôt artérielle)**
- Tuberculose et Eales (plutôt artérielle)**
- Connectivite (artérielle)**
- Rétinites virales (plutôt artérielle)**



Source de cette image : [openi.nlm.nih.gov](http://openi.nlm.nih.gov)



**Banquises et/ou hyalite antérieure parfois isolée(s):**  
**Pars planite ou uvéïte idiopathique,**  
**SEP, Sarcoidose, Syphilis, Lyme, Tuberculose, Crohn**

NOM  
Prénom  
DDN

FICHE D'OBSERVATION UVEITE  
Pavillon C - Hôpital E HERRIOT

Date

Œil

Droit

Gauche

Acuité visuelle corrigée

Pression intra oculaire

Annexes

Dacryoadénite

Nodules sarcoïdoïdiques

Réflexe photomoteur

Normal

Anormal

Anisocorie

Conjonctive

Rougeur

Cercle périkeratique

Nodules sarcoïdoïdiques

Sclère

Episclérite

Sclérite

Cornée

Kératite

PRD non granulomateux / granulomateux

Coloration PRD

Disposition PRD

Humeur aqueuse

Turbidité nucléaire 0 1+ 2+ 3+ 4+

Flare protéique

Membrane syphilitique

Hypopyon mm

Iris

Nodules de Koeppe (rebord)

de Busacca

Atrophie

Hétérochromie

Angle irido cornéen

Synéchie

néovascularisation

degré de pigmentation et d'ouverture

Cristallin

Synéchies

Cataracte

N

CN

SCP

Totale

1+

2+

3+

Dépôts

Vitré

Non visible

Hyalite

0

1+

2+

3+

4+

Condensations pré réiniennes ou œufs de fourmis

Choriorétine

Non visible

Foyers de nécrose

Granulomes

Cicatrices

Taches dépigmentées

Zones d'ischémies

Œdème maculaire

Décollement rétinien

Vaisseaux

Vascularites artérielles

veineuses actives

cicatricielles

occlusions, néovaisseaux

Nerf optique

Excavation

Œdème

Atrophie

Schéma

SA :

: SP

# LE RAISONNEMENT DIAGNOSTIQUE

Club de Médecine Interne et Oeil

---

# SYNTHESE ANATOMO CLINIQUE

Uvéite antérieure, intermédiaire, postérieure, totale

Uni ou bilatérale

Aiguë ou chronique

Granulomateuse ou non

Synéchiante ou non

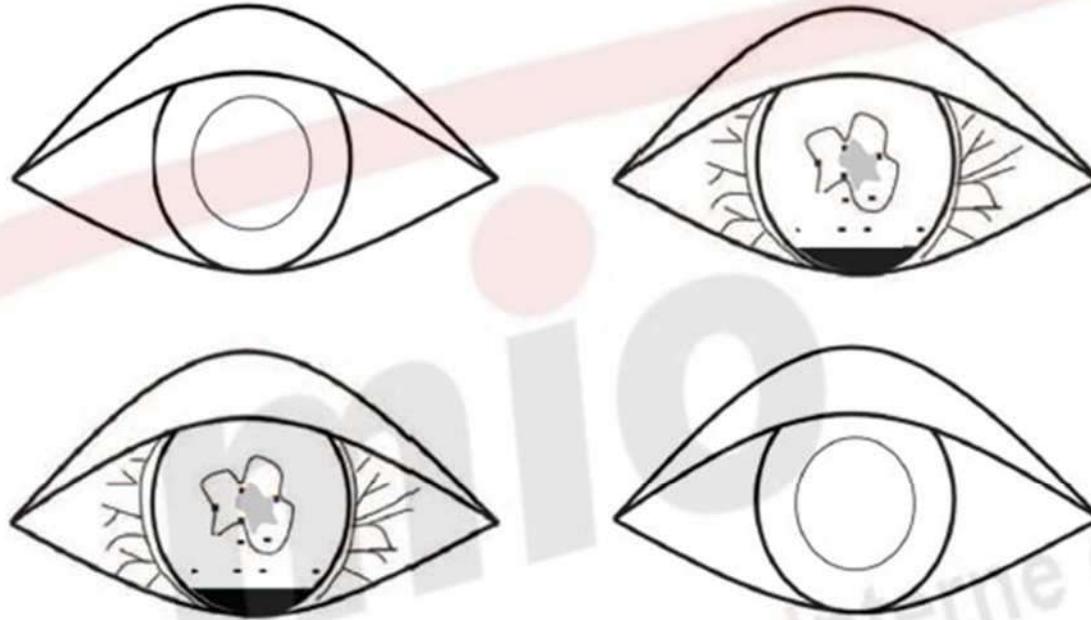
Hypertensive ou non

Avec ou sans hypopion

Touchant un sujet plus ou moins jeune

Accompagnée ou non de signes de gravité

# B27



EPISODES ITERATIFS D'UVEITES ANTERIEURES AIGUES

A BASCULE

NON GRANULOMATEUSES

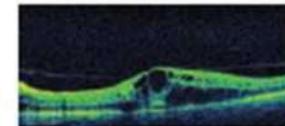
SYNECHIANTES

A HYPOPION (tyndall marqué)

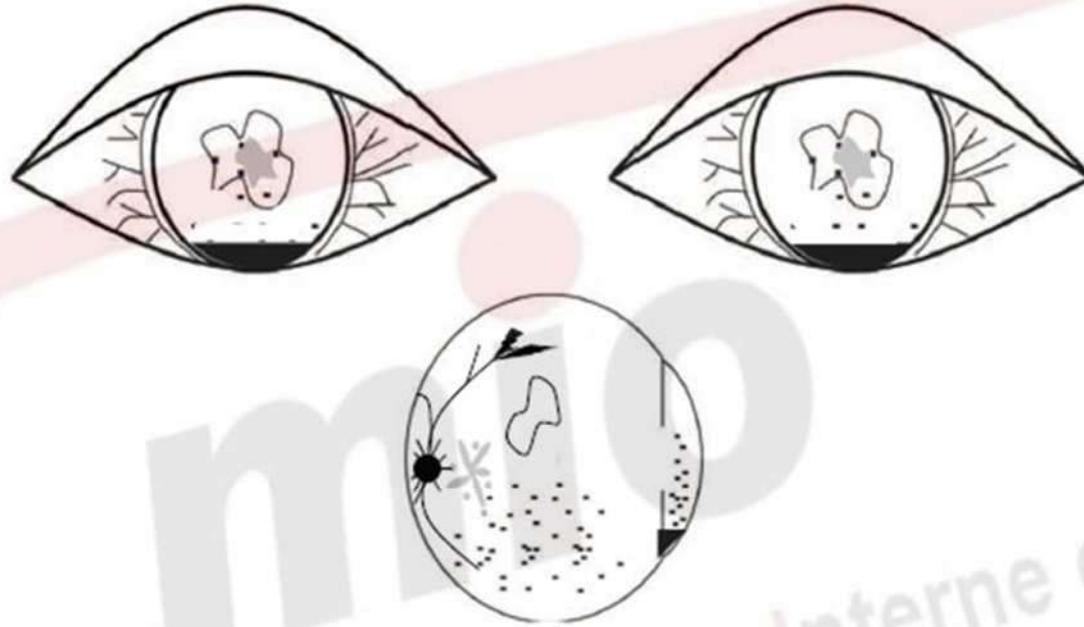
Corticoïdes locaux à forte dose

Mydriatiques cycloplégiques

Lutter contre l'apparition d'une inflammation chronique

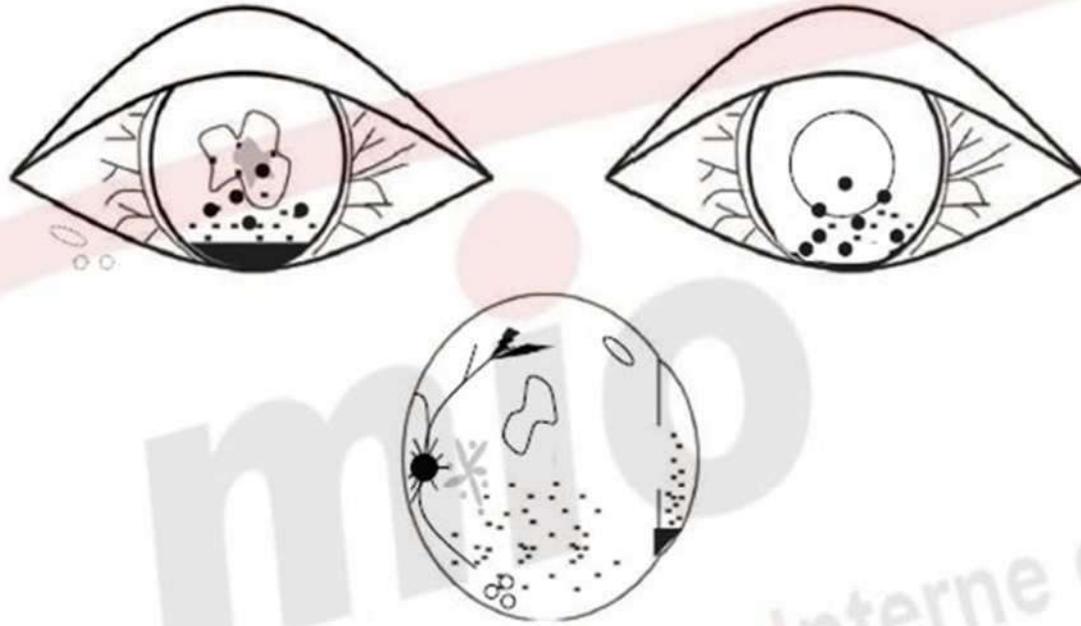


# BEHCET



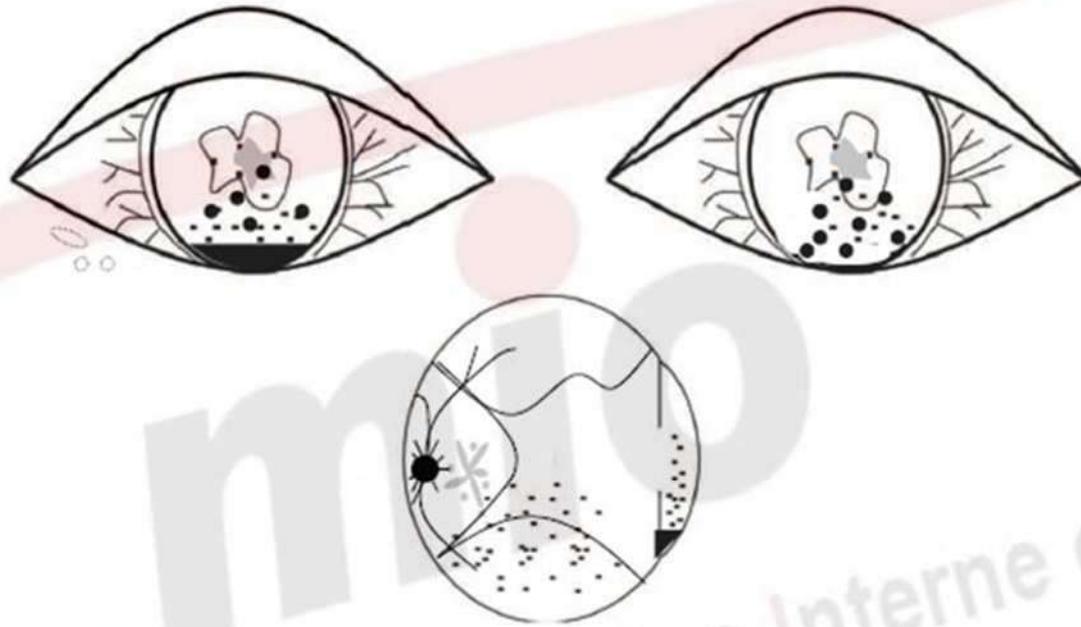
EPISODES ITERATIFS D'UVEITE ANTERIEURE OU DE PANUVEITE BILATERALES  
NON GRANULOMATEUSES  
SYNECHIANTES  
A HYPOPION (tyndall marqué)  
Corticoïdes locaux à forte dose  
Mydriatiques cycloplégiques  
Traitement général systématique

# SARCOIDOSE



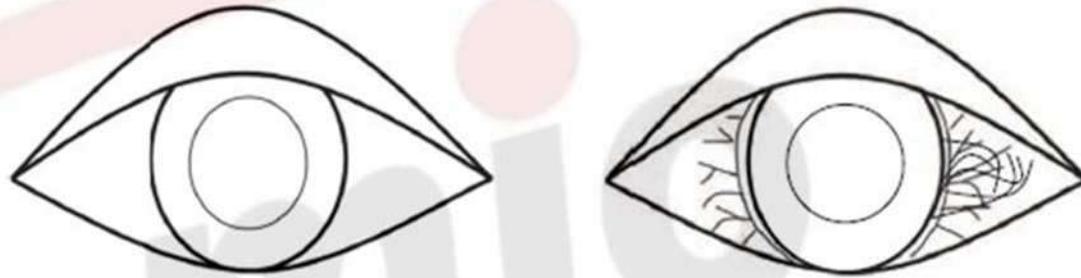
UVEITE ANTERIEURE OU POSTERIEURE  
PLUS SOUVENT BILATERALE  
GRANULOMATEUSES  
SYNECHIANTES OU NON  
AVEC OU SANS HYPOPION  
AVEC VASCULARITE VEINEUSE FREQUENTE  
Rechercher des nodules conjonctivaux (biopsies)  
Rechercher des taches de bougies au fond d'oeil

# VKH



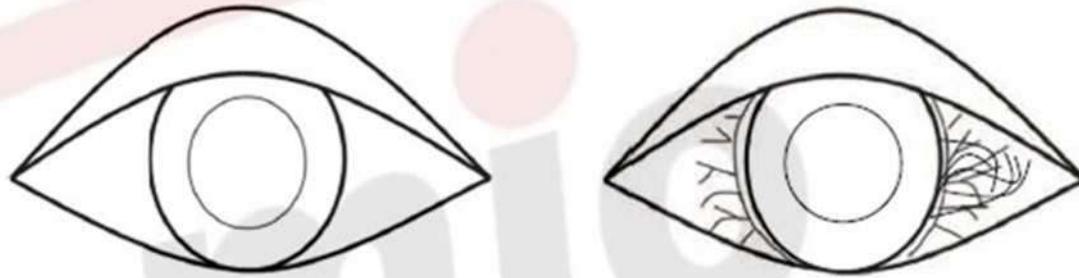
PANUVEITE  
BILATERALE  
GRANULOMATEUSES  
SYNECHIANTES  
AVEC OU SANS HYPOPION  
AVEC DECOLLEMENTS DE RETINE EXSUDATIFS  
MENINGITE

# WEGENER



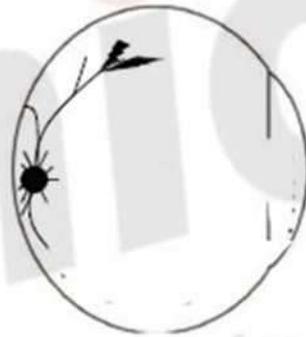
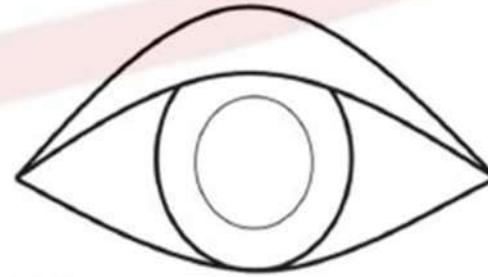
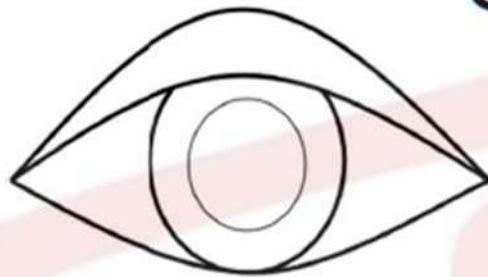
EPISODES ITERATIFS DE SCLERITES

PR



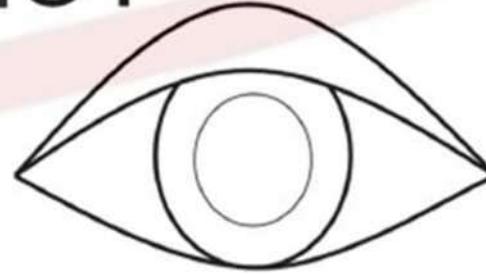
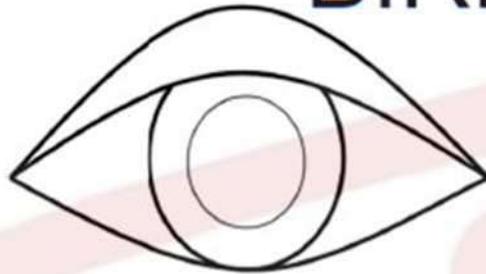
SCLERITES  
KERATITES AVEC PERFORATIONS CORNEENNES

SEP



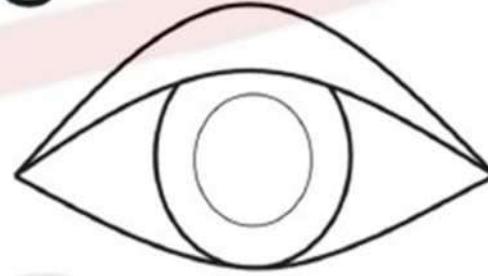
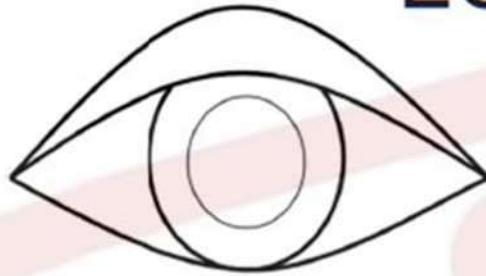
PAPILLITE OU NORB  
VASCULARITES RETINIENNES PERIPHERIQUES ASYMPTOMATIQUE

# BIRDSHOT



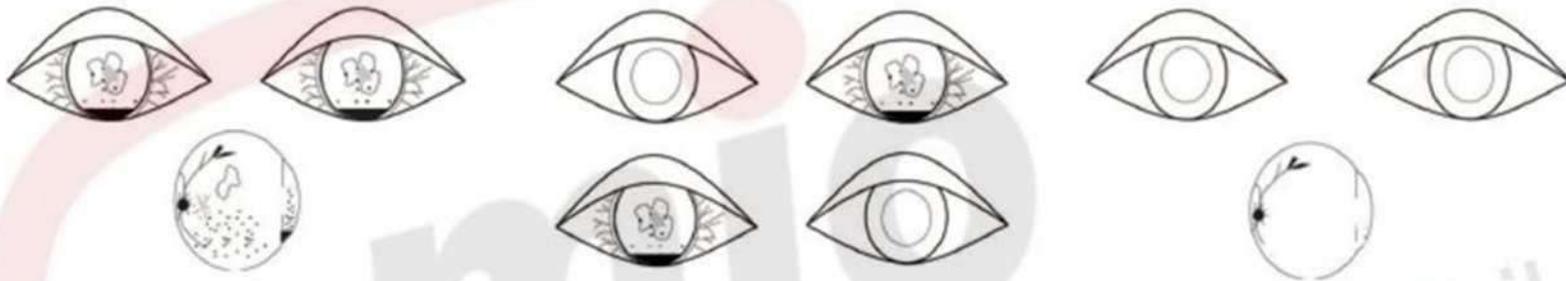
UVEITE ANTERIEURE A MINIMA OU ABSENTE  
NON GRANULOMATEUSE  
NON SYNECHIANTE  
PAPILLITE  
VASCULARITES RETINIENNES VEINEUSES DES GROS TRONCS

# LUPUS



VASCULARITES RETINIENNES DIFFUSES

# SYPHILIS

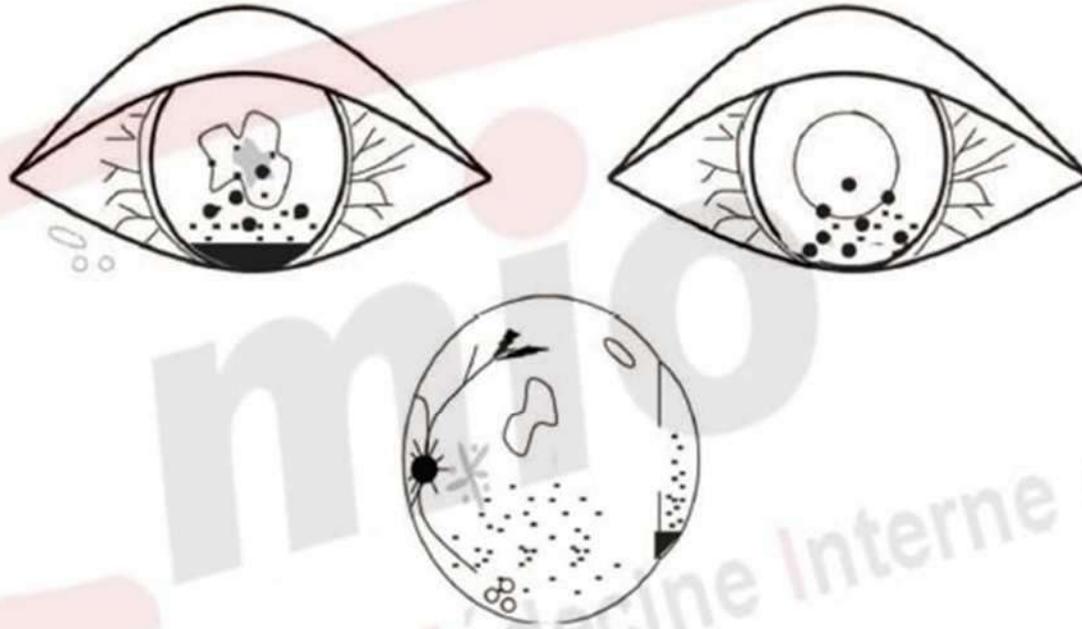


TOUT TYPE DE PRESENTATION POSSIBLE

Sérologie systématique

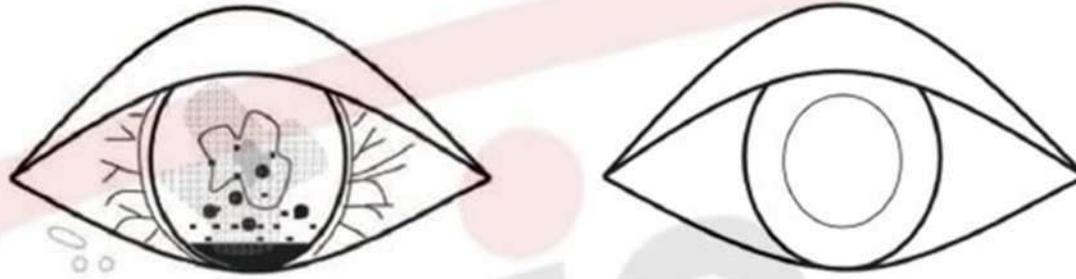
Fréquents faux positifs de la sérologie Lyme

# TUBERCULOSE



ATTEINTE GRANULOMATEUSE  
QUASI SYSTEMATIQUEMENT BILATERALE  
AVEC ATTEINTE ANTERIEURE  
(à l'exception des choroïdites serpigneuses)

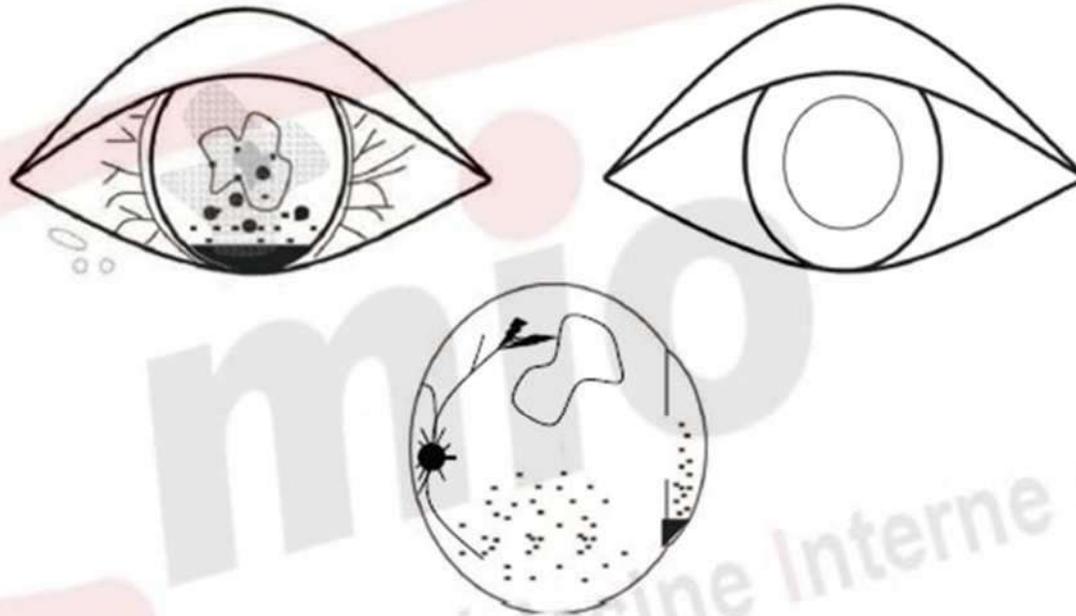
# HERPES



ATTEINTE GRANULOMATEUSE OU NON  
EXCEPTIONNELLEMENT BILATERALE  
SYNECHIANTE AVEC KERATITE ASSOCIEE  
HYPERTENSIVE  
TTT ANTI VIRAL

CORTICOTHERAPIE LOCALE A HAUTE DOSE ET MYDRIATIQUES

# HERPES



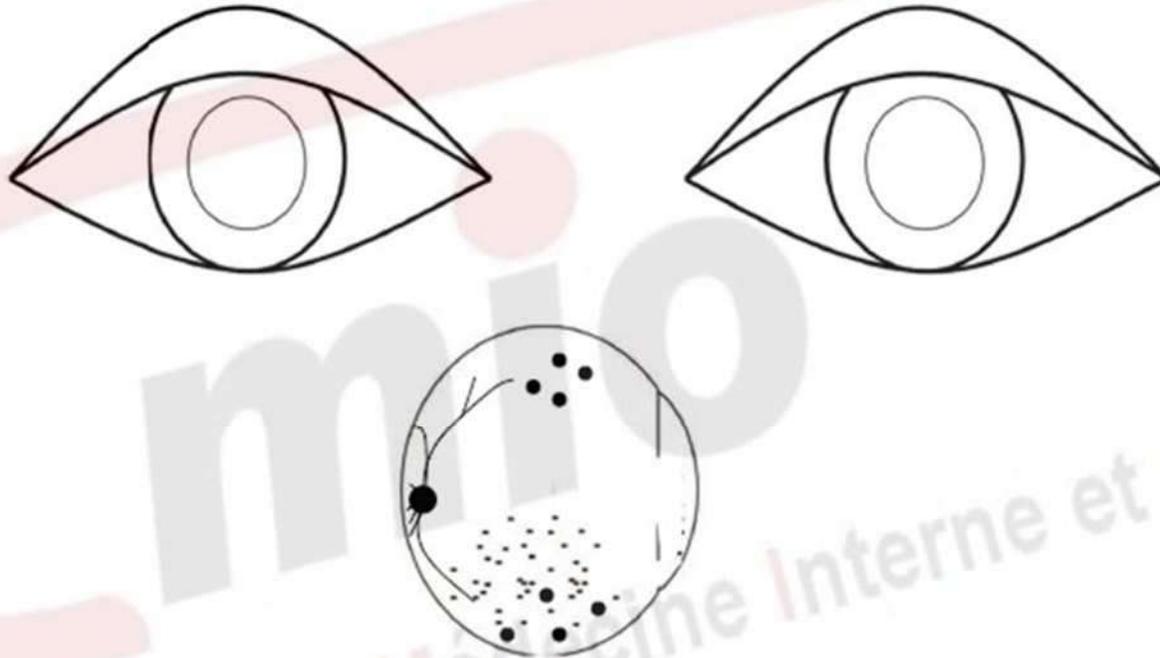
ATTEINTE GRANULOMATEUSE OU NON  
EXCEPTIONNELLEMENT BILATERALE  
SYNECHIANTE AVEC KERATITE ASSOCIEE  
HYPERTENSIVE  
FOND D'ŒIL SYSTEMATIQUE  
A LA RECHERCHE D'UNE RETINITE NECROSANTE

# HERPES



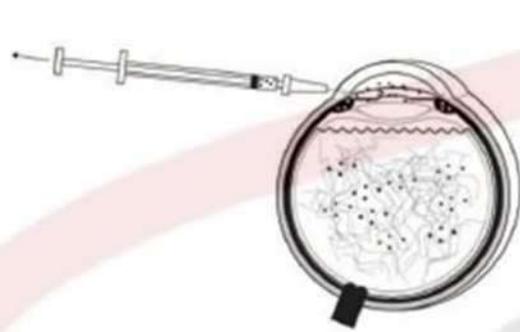
PRELEVEMENT HUMEUR AQUEUSE  
PCR virus herpes  
INJECTION INTRA VITREENNES SI RETINITE

# LYMPHOME OCULO CEREBRAL



SEGMENT ANTERIEUR SOUVENT CALME  
PARFOIS DISCRETE INFLAMMATION NON GRANULOMATEUSE DE CA  
ABSENCE DE SYNECHIE  
HYALITE IMPORTANTE A GROS GRAINS  
IRM CEREBRALE PATHOLOGIQUE OU NORMALE

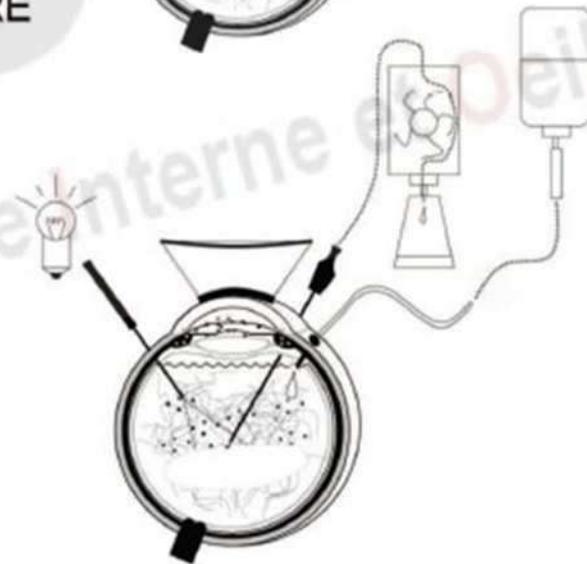
# LYMPHOME OCULO CEREBRAL



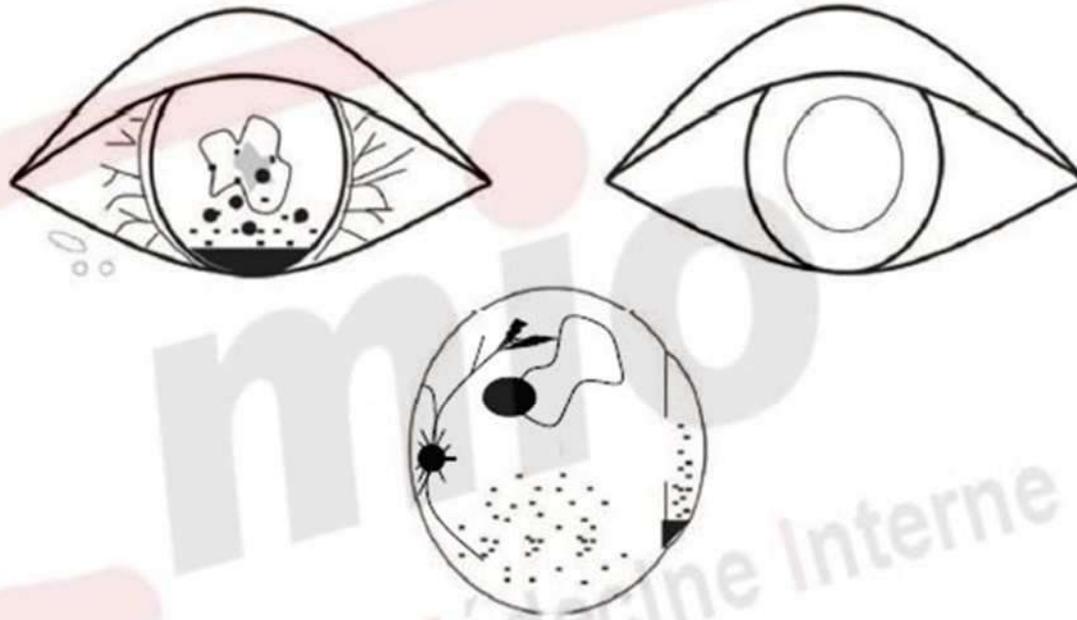
PONCTION D'HUMEUR AQUEUSE OU DE VITRE  
POUR DOSAGE IL6 et IL10



VITRECTOMIE POSTERIEURE POUR  
ANALYSE CYTOLOGIQUE



# TOXOPLASMOSE



ATTEINTE GRANULOMATEUSE OU NON  
EXCEPTIONNELLEMENT BILATERALE  
SOUVENT LIMITEE AU SEGMENT POSTERIEUR  
PARFOIS HYPERTENSIVE  
FOYERS TYPIQUES AU FOND D'ŒIL QUASI SYSTEMATIQUES

# TOXOPLASMOSE



PRELEVEMENT HUMEUR AQUEUSE

Coefficient de charge

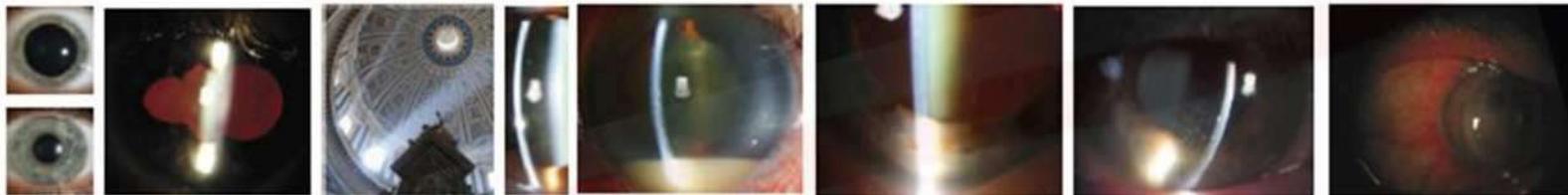
PCR virus herpes

EN CAS DE DOUTE

# QUE DOIT SAVOIR L'INTERNISTE ?



MAITRISER UN LANGAGE COMMUN  
AVOIR UNE DEMARCHE SYSTEMATIQUE  
SE PARLER



# UVEITES ET MALADIES SYSTEMIQUES : QUE DOIT SAVOIR L'INTERNISTE ?

LE POINT DE VUE DE L'OPHTALMOLOGISTE

Dr Pierre-Loïc CORNUT

Praticien Hospitalier Universitaire

LYON



MERCI POUR VOTRE ATTENTION