

SEMIOLOGIE OPHTALMOLOGIQUE pour les MEDECINS INTERNISTES en Quizz

**Club Oeil et Médecine Interne
Paris**

26 Septembre 2014

**Pascal SÈVE / Anh Minh NGUYEN
Service de Médecine Interne / Ophtalmologie
CHU Croix-Rousse - Lyon**



Hétérogénéité des uvéites

Des critères diagnostiques existent pour quelques uvéites

- ARN
- PORN
- Sarcoïdose
- VKH
- Etc...

Des critères existent pour quelques maladies systémiques (*mais pas pour leurs uvéites associées*)

- SPA
- AJI
- Behçet, etc...

D'où l'intérêt d'un DIAGNOSTIC ANATOMO-CLINIQUE précis devant toute uvéite!!!

Différentes classifications anatomiques

- Bloch-Michel & Nussenblatt (International Uveitis Study Group) *Am J Ophthalmol.* 1987;103:234-5.
- Foster CS (Massachusetts's Eye and Ear infirmary, Harvard Medical School)
- ...

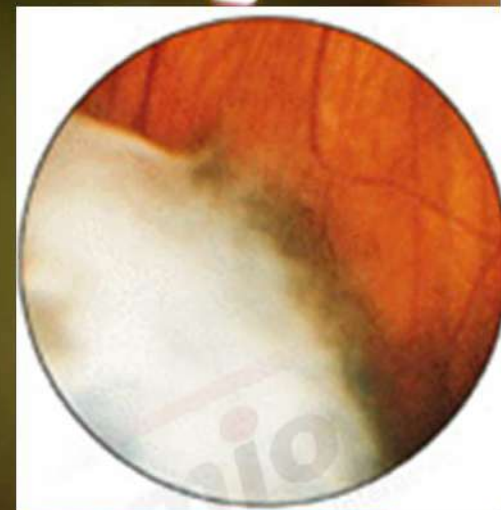
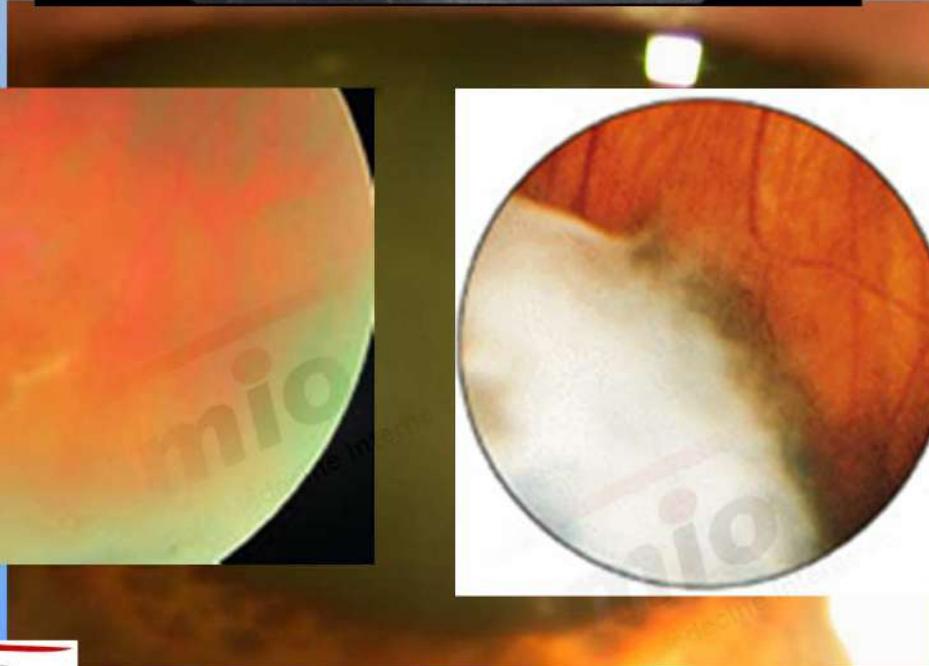
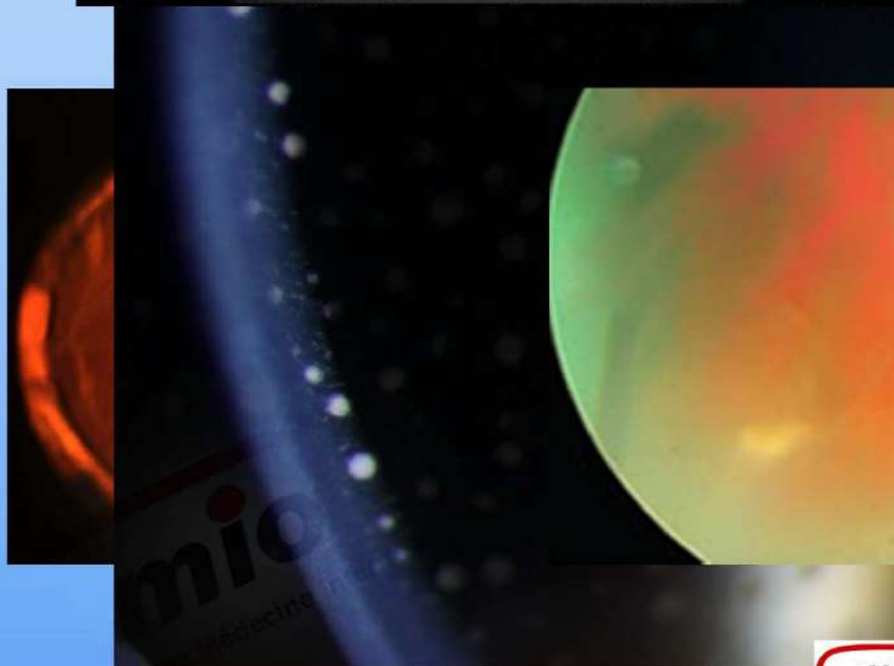
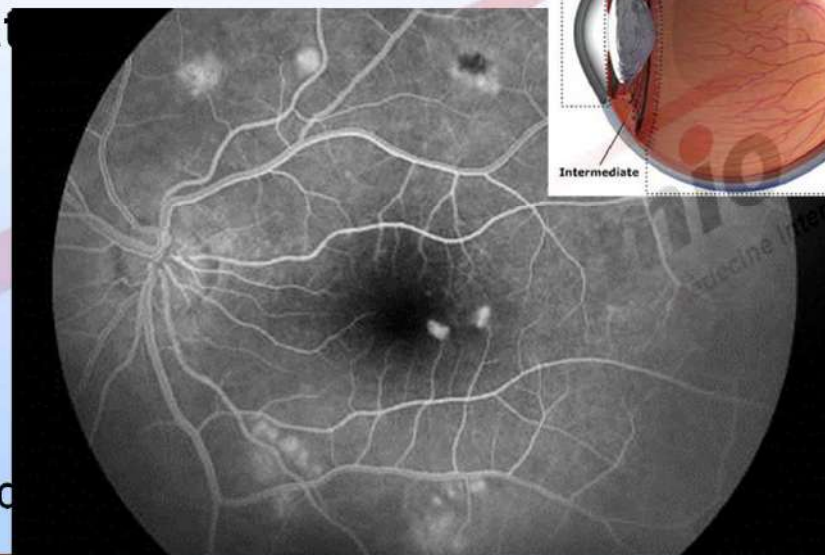
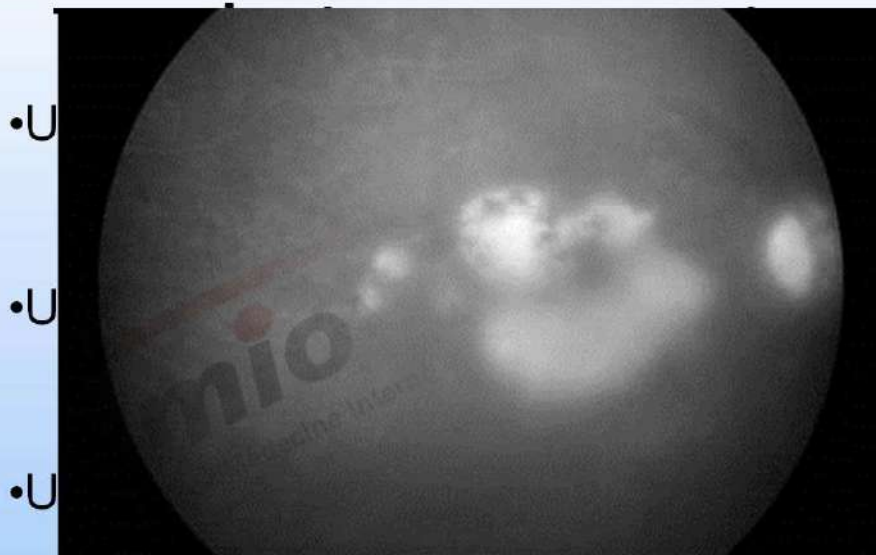
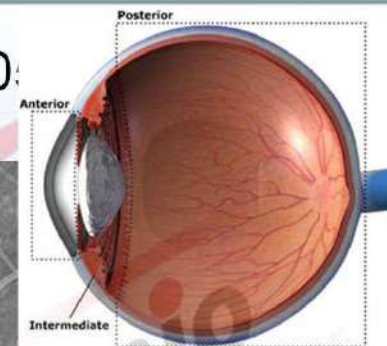
⇒ comparaison délicate !

- **Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data (SUN working group). *Am J Ophthalmol.* 2005;140:509-16.**

⇒ standardisation de la nomenclature pour comparer et/ou compiler (méta-analyses) les résultats cliniques des différentes études

⇒ mieux comprendre et mieux traiter les uvéites

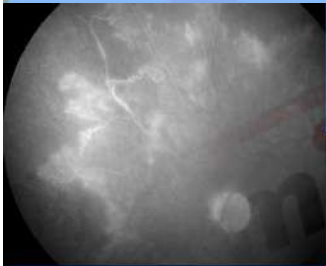
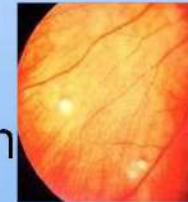
Classification anatomique des uvéites (SUN 2004)



Précisions sur la terminologie des uvéites



- U. intermédiaire hyalite avec ou sans vascularite
et OMC (≠ U. Postérieure)
- Pars planite UI idiopathique avec Banquise ± Œufs de fourmi
(≠ infection)
- Panuvéite pas de site prédominant
ne pas tenir compte des complications
UA + vitré ≠ Panuvéite
UI + CA ≠ Panuvéite
- Vascularite rétinienne = inflam vasculaire + inflammation
≠ vasculopathie occlusive sans inflammation
critères à améliorer (fuite, diffusion ...)



Description clinique (SUN 2005)

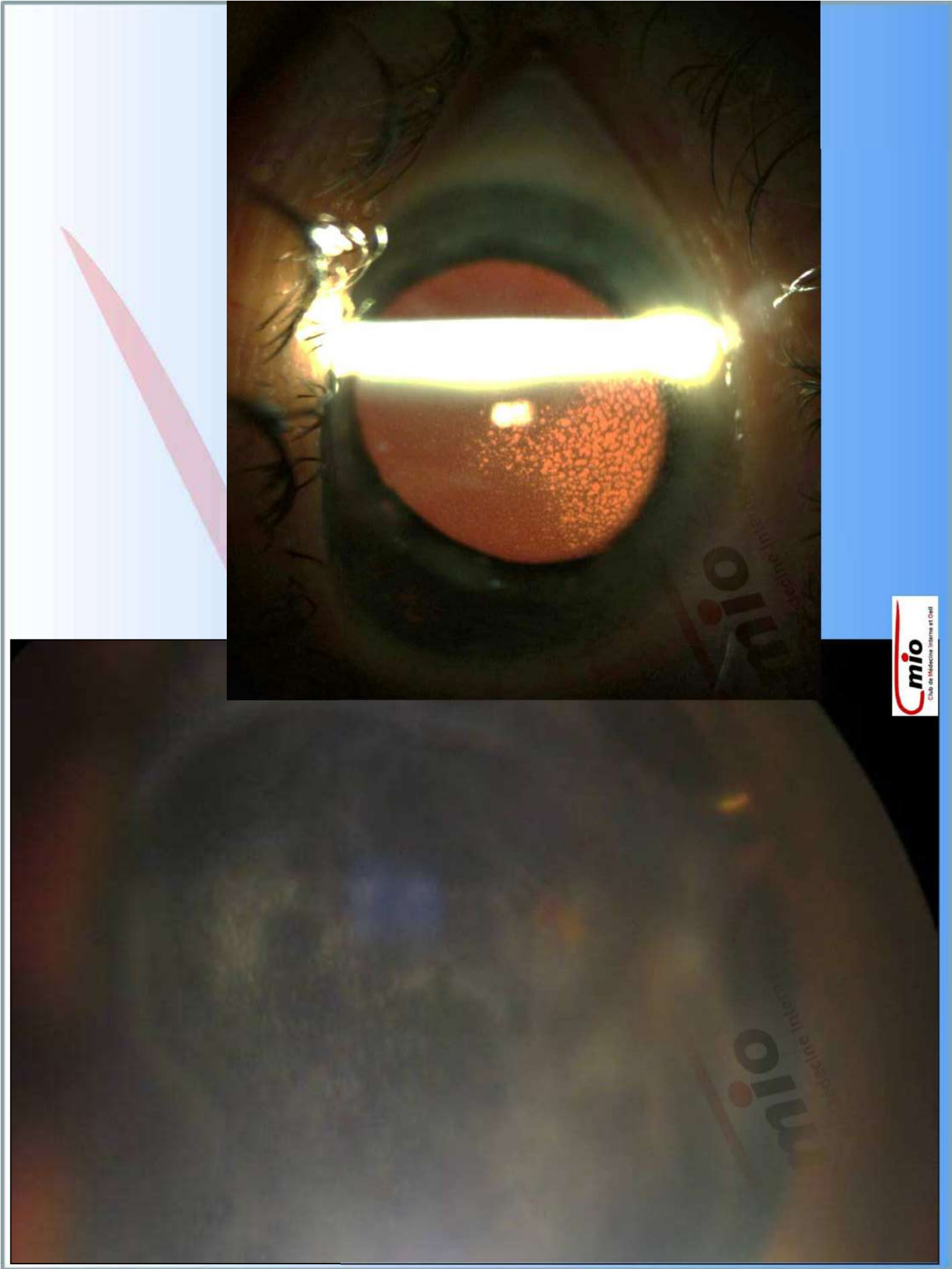
- **Début** : brutal / progressif
- **Durée** : limitée (<3 mois) / prolongée (>3mois)
- **Evolution**
 - **Aigue** : début brutal et durée limitée
 - **Récurrente** : épisodes répétés séparés par des périodes >3 mois en l'absence de tout traitement
 - **Chronique** : U. persistante avec des rechutes dans les 3 mois après l'arrêt du traitement

Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data.

Am J Ophthalmol. 2005;140:509-16.

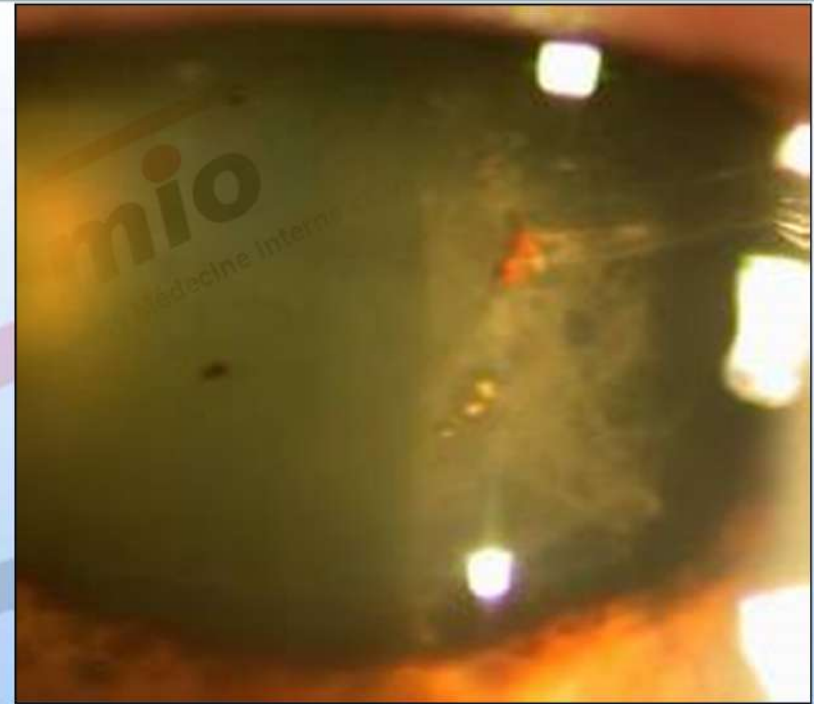
S'orienter par l'examen du segment antérieur

mio
Club de Médecine Interne et Oeil



Cas clinique

- ♂ de 30 ans, raideur matinale lombaire de 2 heures, améliorée dans la journée
- Crise inaugurale d'Uvéite Antérieure Aiguë hypertensive (PIO à 28 mmHg)
- FO normal
- Quel type anatomo clinique? Etiologie ?



SPA à HLA B27+

Cas clinique



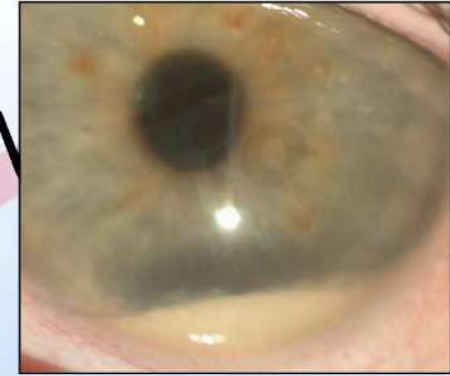
- Homme de 39 ans, grutier
- Syndrome grippal fébrile pendant 2 semaines
- Cytolyse hépatique et syndrome inflammatoire
- Uvéite antérieure aiguë bilatérale, non hypertensive, non synéchiante, hypopion
- Mais au fond d'œil?
 - Hyalite membraneuse, **voiles rattachés à la papille**
 - Œdème papillaire et périphlébites

Leptospirose

Rathinam SR. Ocular leptospirosis. Curr Opin Ophthalmol. 2002 Dec;13(6):381-6. Review.

- Est-ce fréquent?
 - Manifestations POLYMORPHES, sous diagnostiquées
 - Le plus souvent manif de la phase bactériémique: hgie sous conj, chemosis
 - Et/ou de la défaillance multiviscérale; rétinopathie vasculaire

Encore un hypopion, M



Mais avec une UA UI bilatérale:

- UA NON granulomateuse
- Hyalite dense bilatérale
- Vasodilatation veineuse rétinienne
- Périphlébites périph et au pôle post
- Maculopathie oedémateuse

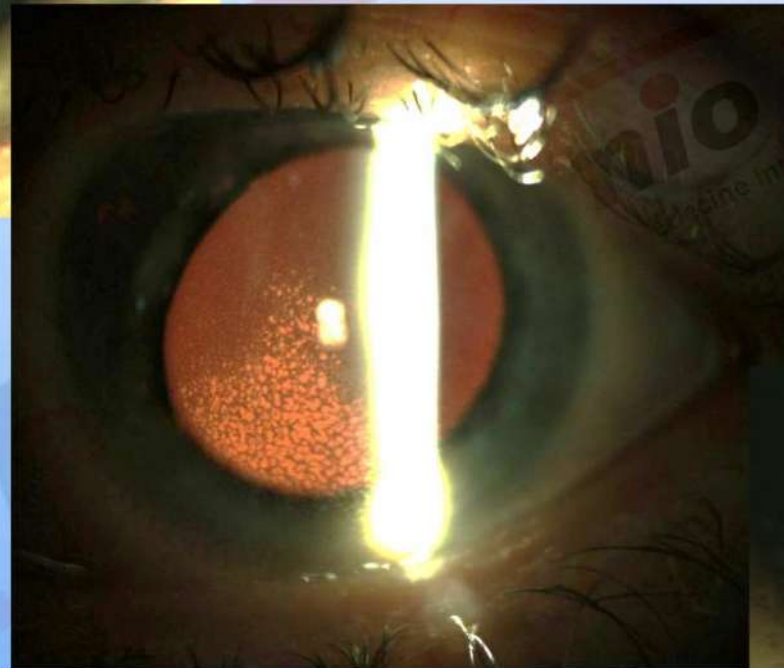
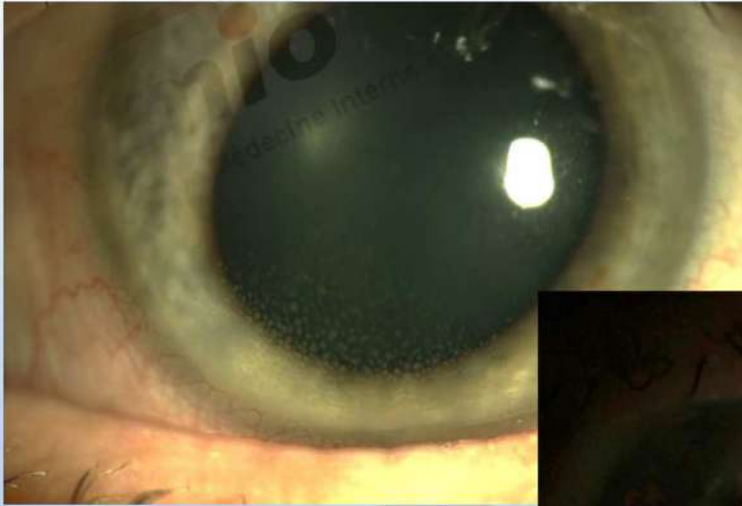


Une « OVCR »
inflammatoire

- Aphthose buccale récidivante
- Lésions cutanées acnéiforme
- HLA B51 +
 - Diagnostic de maladie de Behçet (critère majeur et > 2 critères mineurs)

UNE UAA

**Aiguë,
Granulomateuse,
hypertensive et
unilatérale**



Femme 62 ans

PRD granulomateux inférieurs, en « graisse de mouton »

Œdème cornéen en partie lié à l'hypertonie intraoculaire à 42 mm Hg

Atrophie de l'iris: qu'évoquez-vous?



• Herpès



IRIS

**Nodules de Koeppe (collerette)
et Busacca (stroma)**

Sarcoïdose, Tuberculose

Syphilis

OΣ et VKH

SEP

NFP, VS, TPHA-VDRL

ECA, lysozyme, RP, IDR

**Puis, IRM M-C, PEV, PEA,
PES voire PL**

Hétérochromie

SIC

Atrophie

HSV

VZV

**Fuchs : atrophie
du sphincter, Ø SIC**

PCA : PCR HV



Uvéite à Hypopion

- Spondylarthropathies (4) et AJI
 - Behçet
 - Leptospirose
 - Rifabutine
 - Herpès virus
 - Toute U. très sévère
 - Dg ≠ : Hémopathies, RTB, Endoph, CEIO
- Interrogatoire (métier, bricolage / lombalgies, talagies, uréthrite, diarrhée, psoriasis / aphtose, EN, pseudo-folliculites, arthrites, nodules hypodermiques, S. neuro, phlébites ...)
 - Examen clinique
 - Rx orbite si doute
 - NFP – VS
 - Rx sacro-iliaques et rachis dorso-lombaire (De Seze)
 - HLA B27 et B51
 - Facteur rhumatoïde
 - PCA si doute endoph ou herpès
 - Cs Interniste /r Behçet

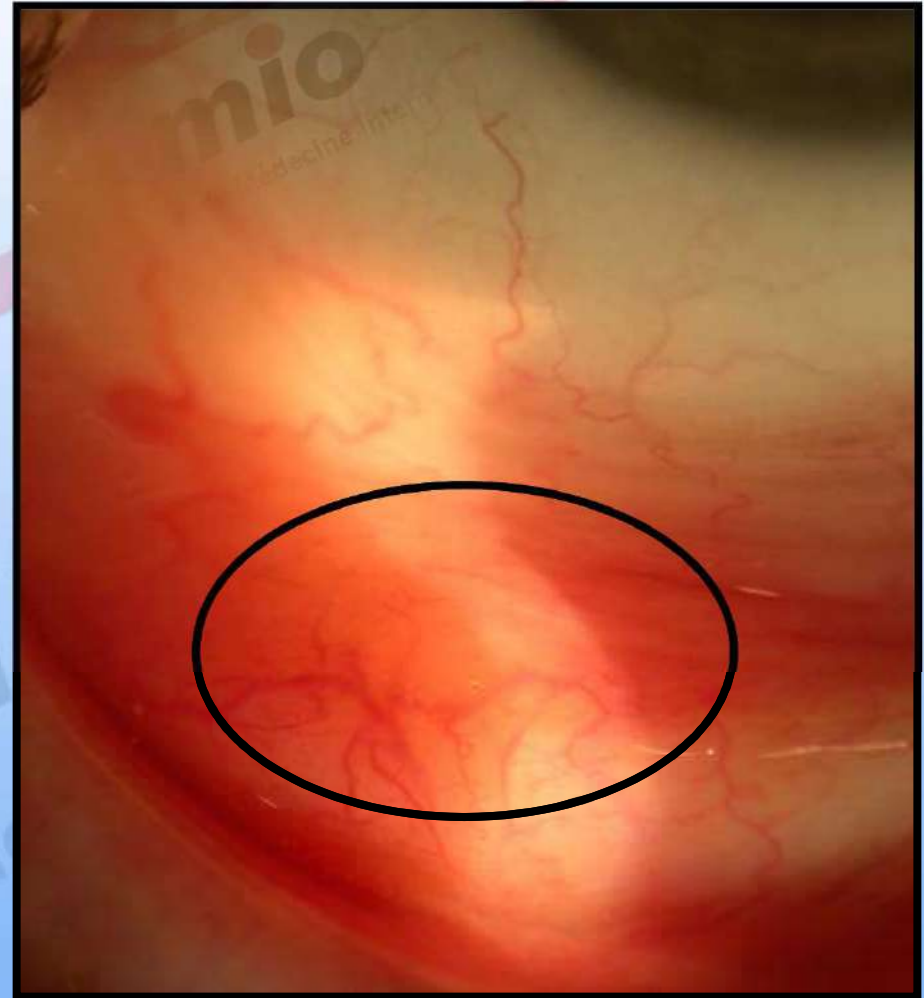


Et la conjonctive?

Chez une femme âgée de 78 ans, uvéite intermédiaire bilatérale chronique

Polyadénopathie hilare sur TDM thoracique

- Biopsie conjonctivale
- Granulome géantocellulaire sans nécrose caséuse: SARCOÏDOSE



Gambrelle J, Jacob M, Le Breton F, Guyomard JL, Dumas C, Fleury J, Kodjikian L, Grange JD

Biopsie conjonctivale: une aide précieuse pour le diagnostic de sarcoïdose.

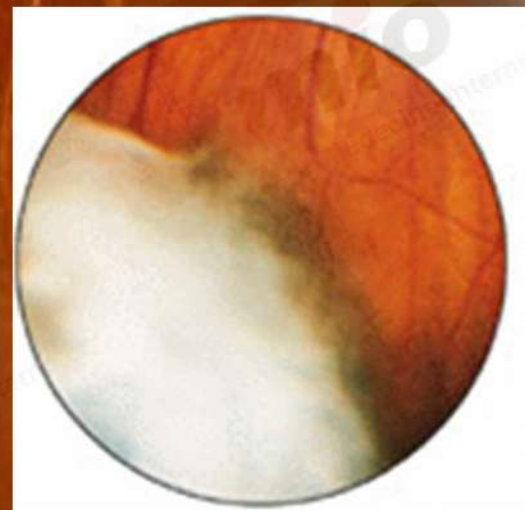
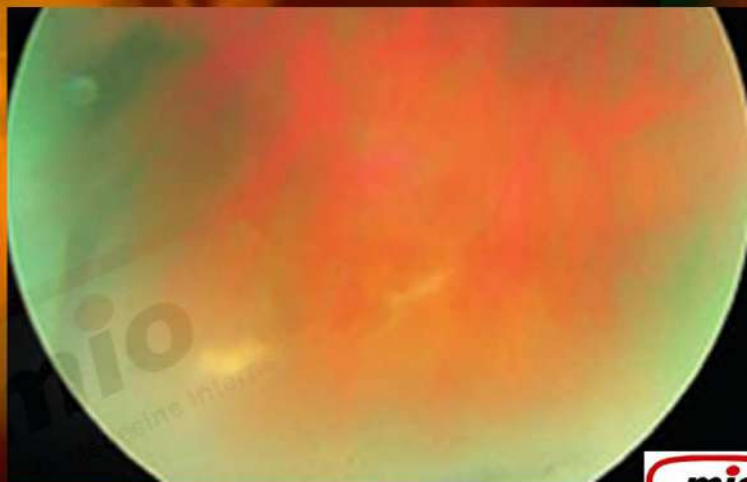
J Fr Ophtalmol. 2006 May;29(5):579-82.

Le segment postérieur:

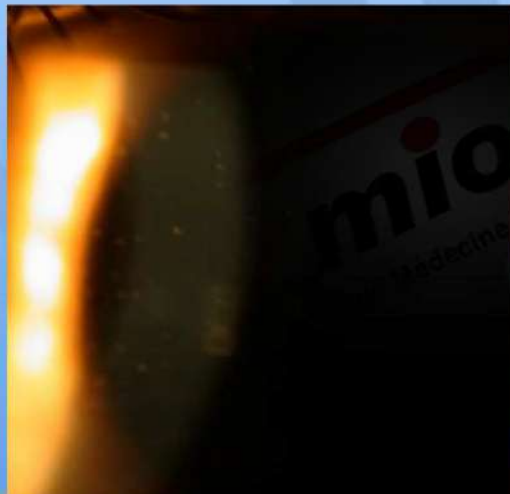
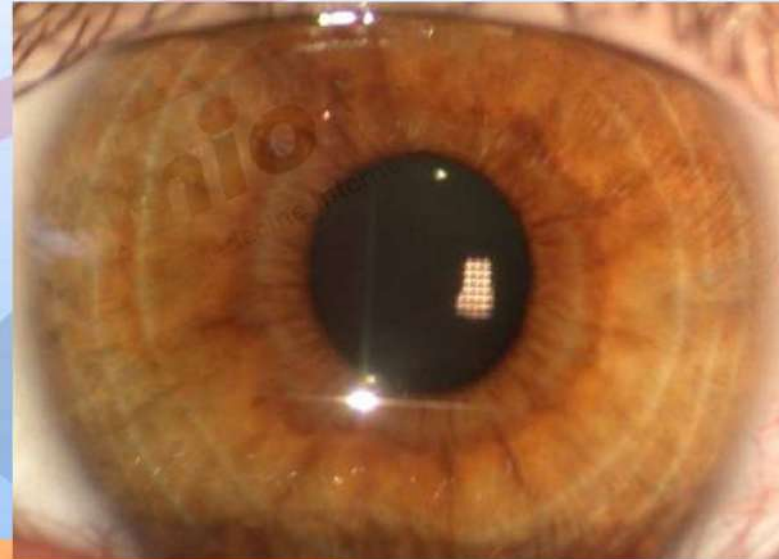
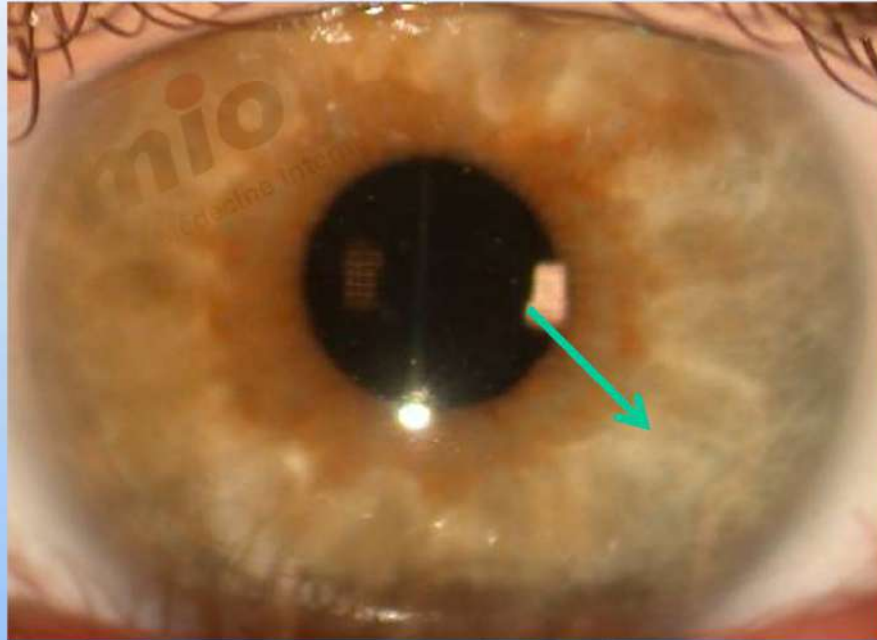
Le Vitré

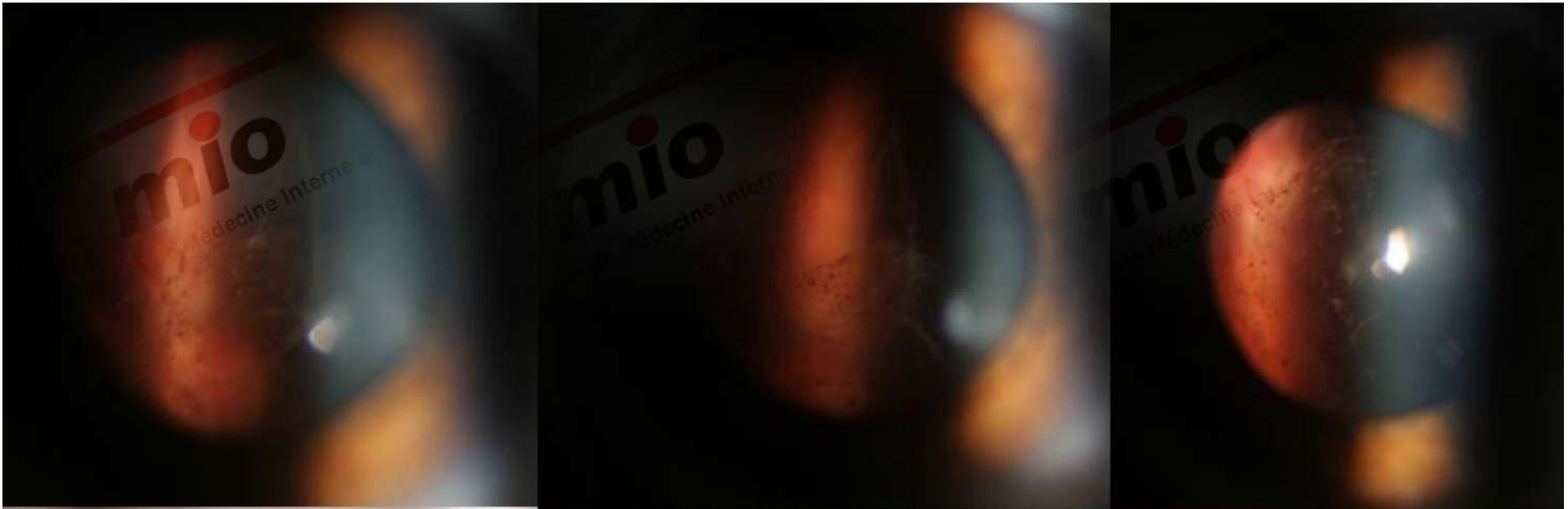


UI: laquelle est active?

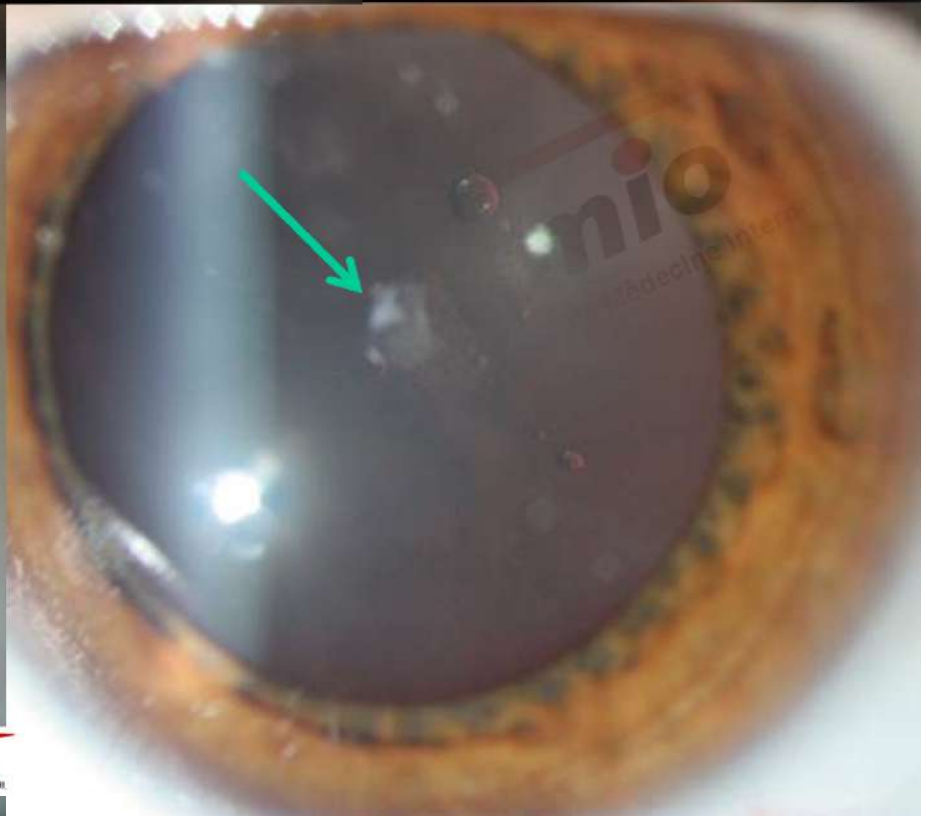


Une uvéite antérieure et intermédiaire sans SIC...





Hétérochromie de Fuchs



Une autre uvéite sans SIC...

Monsieur MC 84 ans sans ATCD notable est adressé par son ophtalmologiste traitant pour hyalite œil gauche :

- Chirurgie de la cataracte gauche avec bon résultat fonctionnel
- M+2 contusion OG : Hyphéma et Hgie IV OG => « hyalite » séquellaire
- Bilan Biologique et radiologique normal => ATB + corticoïdes per os + TTT local corticostéroïdes => efficace
- M+5 : Récidive de la hyalite OG
- M+10 : nouvelle consultation « gêne » mais AV 10/10
FO : hyalite OG sans foyer avec **SA calme**



Suspicion LIO ...

Proposition de Vitrectomie 25 Gauges Diagnostique « après 2 mois »

- Cytologie : éléments lymphoïdes atypiques
- Immunophénotypage : lymphome à grandes cellules type B CD20+
- Cytokines :
 - Vitré pur : IL-10 = 50, IL-6 = 19 (ratio de 2,6)
 - Vitré dilué : IL-10 = 16, IL-6 = 6 (ratio de 2,7)

➔ Lymphome intraoculaire primitif (LIOP) ou lymphome rétinien, à grandes cellules B



Les « foyers inflammatoires » du fond d'oeil

- L'atteinte de la rétine, de la choroïde = uvéite postérieure
- Là aussi la sémiologie est essentielle...

RC Toxoplasmique

Uvéite antérieure
granulomateuse, synéchiante

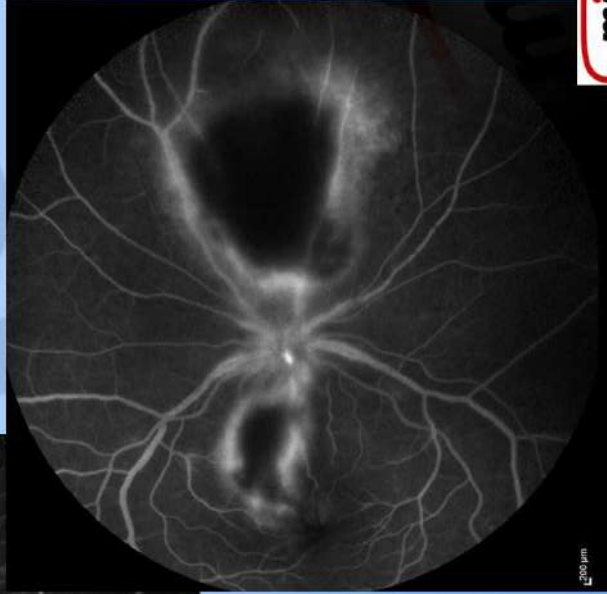
HYALITE 4+

FO accessible, mais difficile

Foyers rétiniens blanchâtres
centraux et en moyenne
périphérie



Bodaghi B, Cassoux N, Wechsler B, Hannouche D, Fardeau C, Papo T, Huong DL, Piette JC, LeHoang P. Chronic severe uveitis: etiology and visual outcome in 927 patients from a single center. *Medicine* 2001 Jul;80(4):263-70.



cmio
Club de Oculística, Internista y Oftalmólogo

HELENELOBO
RESIDENTE
FA 28.07.01.55 ART(11)

12/03/2014, OD
FA 4.08.54.55 ART(23)

2° 60' 00"

HELENELOBO
RESIDENTE

?

RÉTINITE À CMV – PATIENT SIDA = TTT !

Choroidite plaquoyde syphilitique

- Plaque jaunâtre profonde, maculaire, OP
- Homme jeune qui aime la vie et la Thaïlande...



Neurorétinite

Enfant de 13 ans, BAV progressive
ADP axillaire

Association OP/étoile maculaire

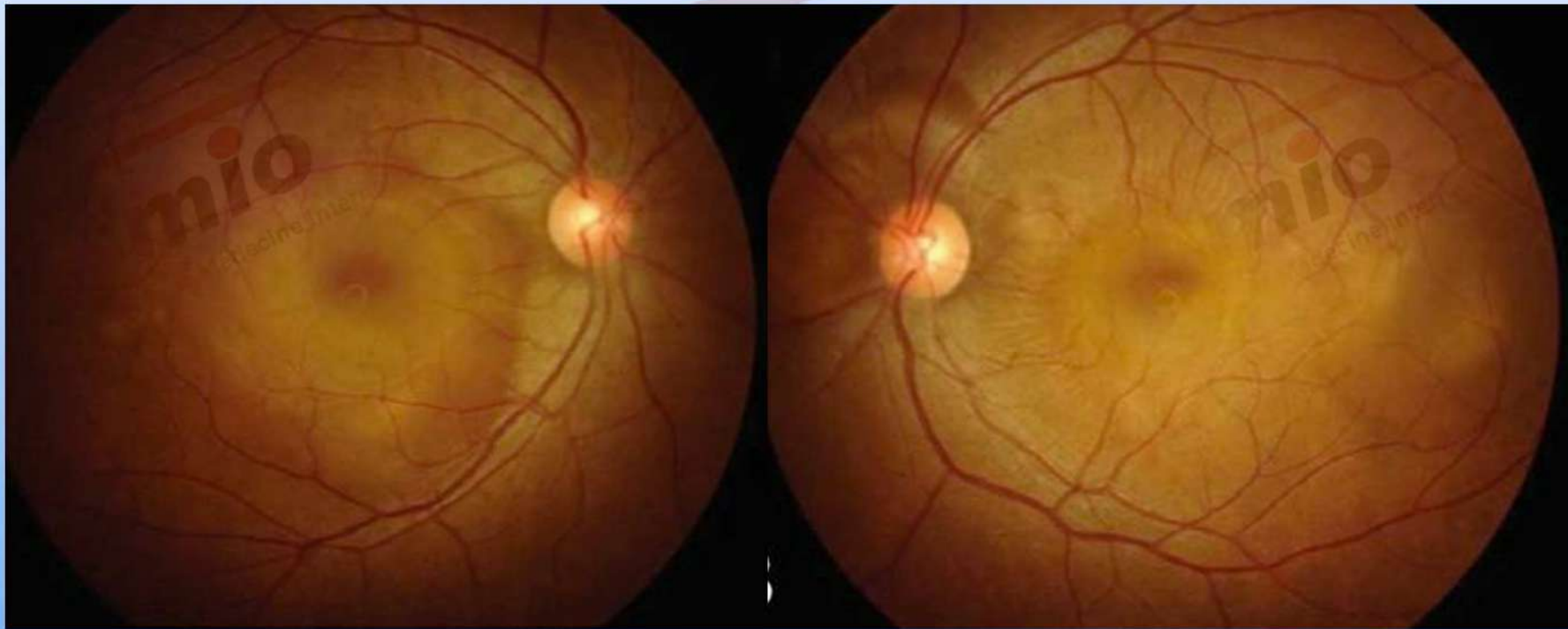
Griffure de chat

Ponction ADP: PCR Bartonella
Henselae +



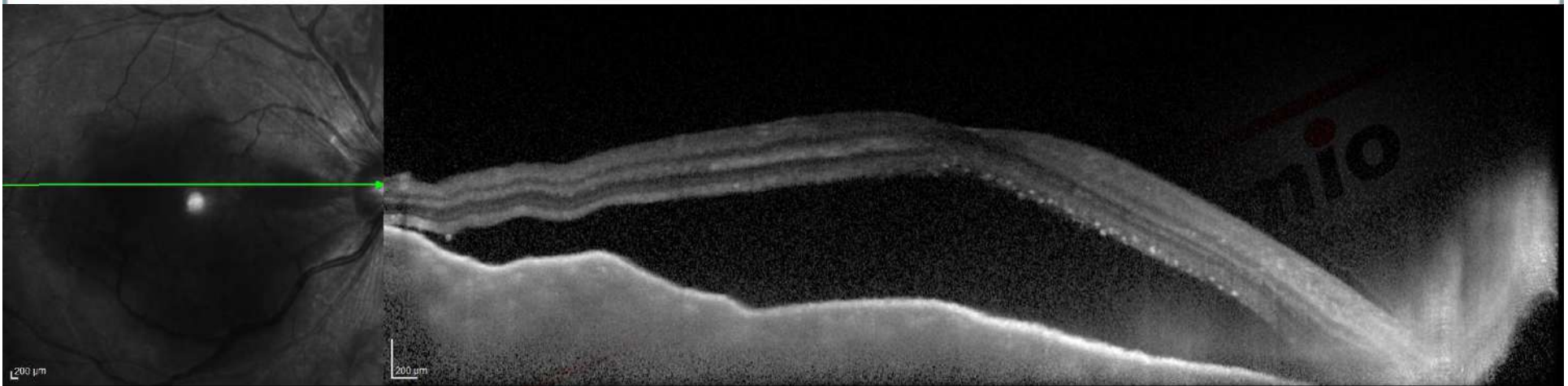
- 66 ans, Origine asiatique (chinois)
- Pas d'ATCD de traumatisme oculaire
- SF :
 - BAV rapidement progressive ODG
 - Rougeur oculaire, Pas de douleur oculaire
 - Céphalées depuis qqs jours sans nausée ni vomissement
 - Hypoacousie bilatérale ancienne

- Panuvéite granulomateuse avec au
- FO:



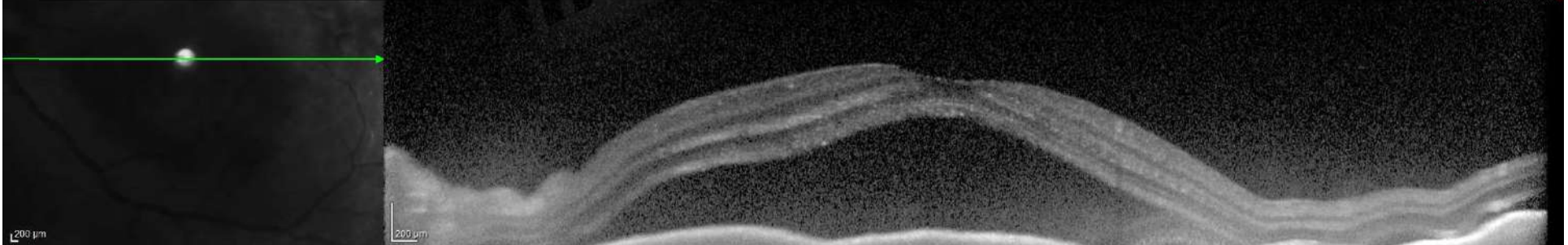
OD

OG



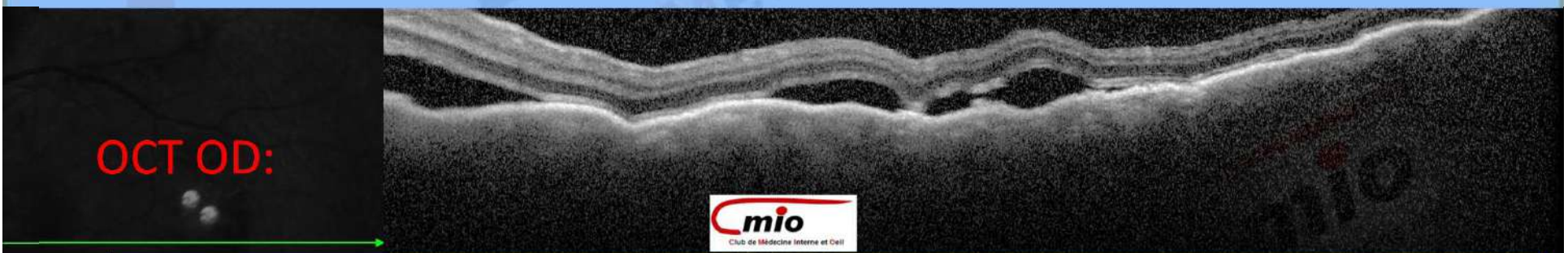
09/10/2012, OD
IR&OCT 30° ART EDI [HR] ART(46) Q: 30

HEIDELBERG
engineering



09/10/2012, OS
IR&OCT 30° ART EDI [HR] ART(41) Q: 28

HEIDELBERG
engineering



OCT OD:



DSR multiples cloisonés lobulés, SEPTAS à l'OCT= VKH

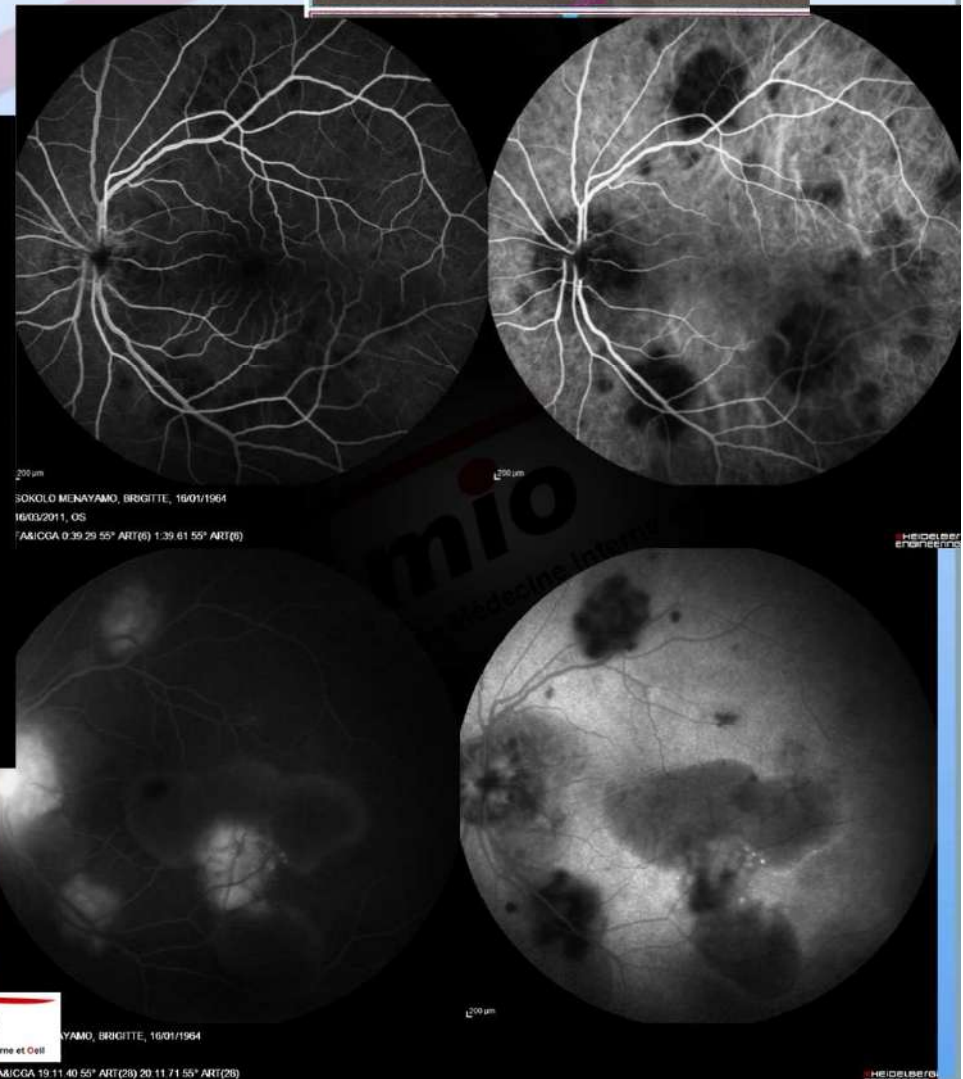
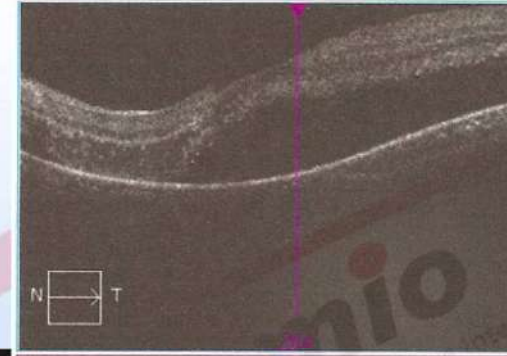
Critères diagnostiques	1. Absence d'antécédent de traumatisme oculaire pénétrant ou de chirurgie oculaire
	2. Absence d'élément clinique ou biologique évoquant une autre pathologie oculaire
	3. Atteinte oculaire bilatérale (a ou b) a) <u>Manifestations précoces</u> : -choroïdite diffuse avec DSR -avec signes angiographiques et échographiques évocateurs b) <u>Manifestations tardives</u> : -antécédents de 3a -dépigmentations oculaires (FO en lumière de coucher de soleil, sg Sugiura) -autres: cicatrices dépigmentées, migrations pigmentaires, uvéite antérieure chronique ou récurrente
	4. Atteinte neurologique et /ou auditive (Sd méningé/Acouphènes/Pléiocytose du LCR)
	5. Atteinte cutanée (Poliose/ Alopécie/Vitiligo)
Formes cliniques	Forme complète : les 5 critères sont présents
	Forme incomplète: Critères 1,2 et 3 présents, et 4 ou 5
	Forme probable (oculaire isolée): critères 1,2 et 3 présents

Critères diagnostiques VKH

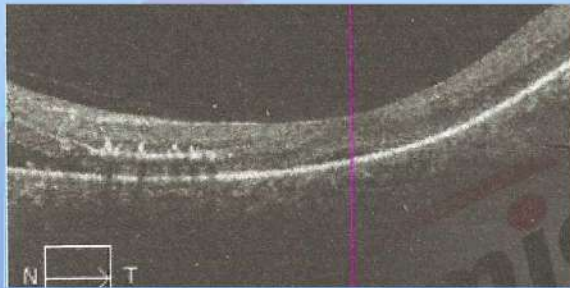
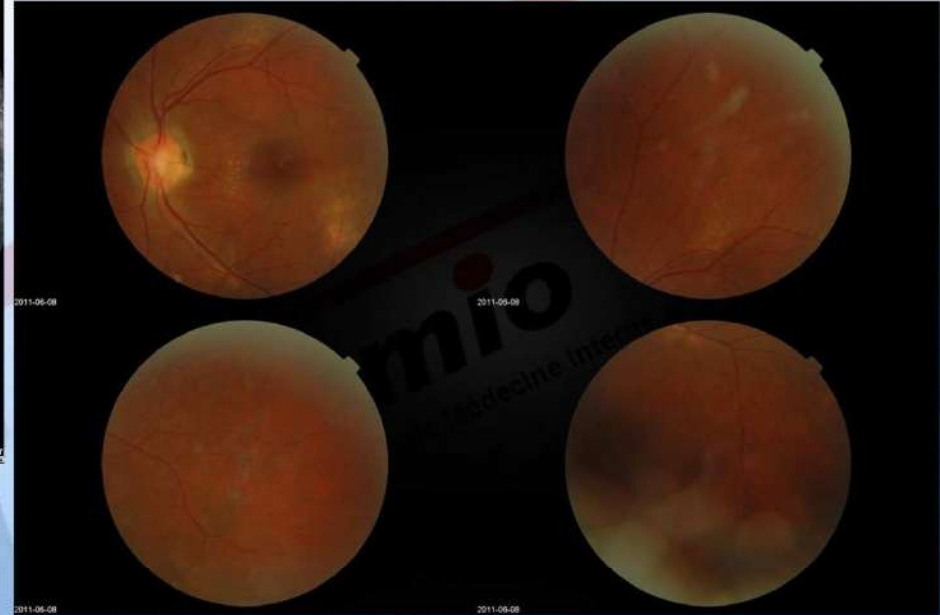
**Read RW, Holland GN, Rao NA et al. Revised diagnostic criteria for Vogt-Koyanagi-Harada disease: report of an international committee on nomenclature. Am J Ophthalmol, 2001;131:647-52.*

Une autre panuvéite granulomateuse bilatérale

- Femme 47 ans
- Origine congolaise, anesthésiste
- ATCD: drépanocytose, sinusites , contact tuberculeux (vaccinée)
- Depuis 3 mois...

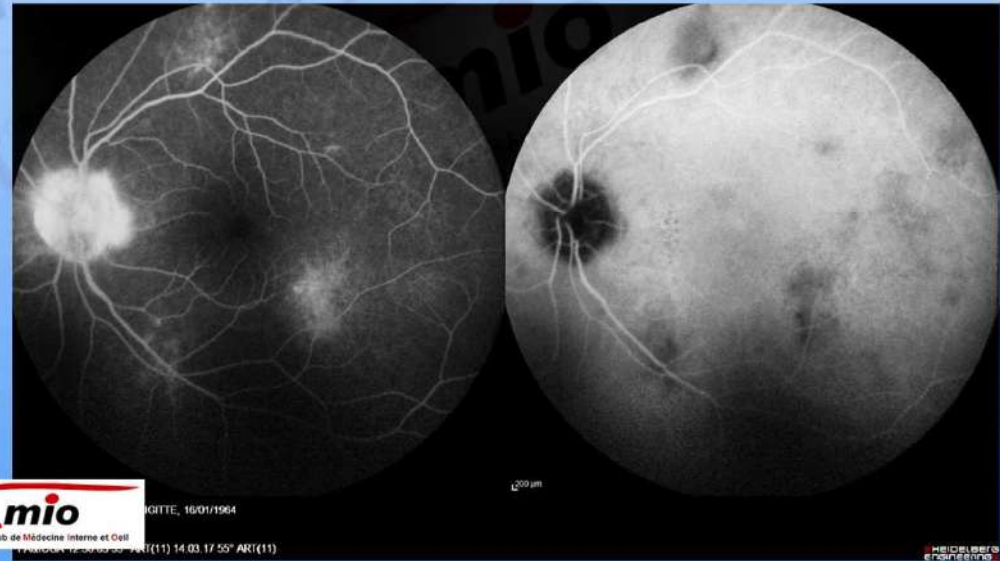


Hypothèses?



BK!

2 mois après instauration du ttt



Une panuveite granulomateuse

Homme, 70 ans adressé pour une « OVCR
bilatérale » devant l'aspect d'exsudats au
FO

choroïdite multifocale périphérique

ECA élevée (164)

TDM tho non injecté normal

Insuff rénale

Sarcoïdose

Prouvée
histologiquement
(BGSA)



En somme



- La sémiologie clinique est **INDISPENSABLE**:
- « Jamais » PRD granulomateux en cas de spondylarthropathie ankylosante (B27) ou Behçet
- Atteinte associée du SA « élimine » Birdshot, VR idiopathiques, PIC et POHS !
- La présence de synéchies postérieures (SIC) « élimine » le diagnostic d'hétérochromie de Fuchs et à priori de lymphome oculo-cérébral (LIOC)
- L'angiographie (fluo et ICG) et l'OCT sont aussi **INCONTOURNABLES**

En somme



- Toujours éliminer une **infection**
 - Surtout si corticorésistance ou corticodépendance à fortes doses (20-30-40 mg/j)
 - Surtout si unilatéral et/ou granulomateux
- Toujours éliminer un « **masquerade Σd** » (**LOC**) si >50 ans
- S'il existe des présentations évocatrices, aucune n'est pathognomonique d'une étiologie
- La sémiologie peut se compléter au cours de l'évolution
- Toujours essayer de voir le patient en crise avant d'établir le diagnostic anatomoclinique.

Sémiologie des uvéites en cas cliniques

Club Oeil et Médecine Interne
Paris

26 Septembre 2014

Pascal SÈVE / Anh Minh NGUYEN
Service de Médecine Interne / Ophtalmologie
CHU Croix-Rousse - Lyon



Hôpitaux de Lyon



Sémiologie générale pour l'ophtalmologiste

- Anamnèse
- Interrogatoire
- Examen physique



Anamnèse

- Origine ethnique
 - Pourtour méditerranéen/Asiatique
 - 50% Maladie de Behçet / 100% Harada
- Age/sexe
 - Quelques règles / adages
 - Une uvéite intermédiaire corticorésistante de moins de 40 ans est un Fuchs jusqu'à preuve du contraire
 - / après 40 ans, c'est un lymphome
 - 1/4 des uvéites survenant après 60 ans sont des sarcoidoses (1/3 chez les femmes caucasiennes)

Anamnèse

- Antécédents médicaux
 - ❖ Tuberculose
 - ❖ Herpès...
- Antécédents familiaux
 - ❖ Sarcoïdose, spondylarthropathie, SEP
- Professions, loisirs : anthroozoonoses
- Habitudes sexuelles
- Médicaments : biphosphonates, rifabutine et...

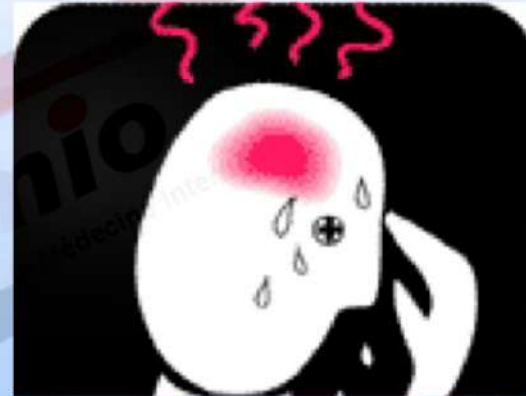
Examen clinique

- Signes généraux:

–Fièvre

Anthropozoonoses
Tuberculose

Sarcoïdose
(Löfgren)



Cas clinique

- Homme de 39 ans, grutier
- Uvéite antérieure aiguë bilatérale, non hypertensive, non synéchiante
- Syndrome grippal fébrile pendant 2 semaines
- Cytolyse hépatique et syndrome inflammatoire

Leptospirose

Cas clinique

- Homme de 21 ans, étudiant
- Uvéite antérieure aiguë bilatérale, non hypertensive, non synéchiante
- Angine fébrile une semaine avant le début de l'uvéite

**Uvéite
post-streptococcique**

Examen clinique : 5 systèmes

- Téguments
- Articulations
- Poumons/Cardio-vasculaire
- Tube digestif
- Neurologique

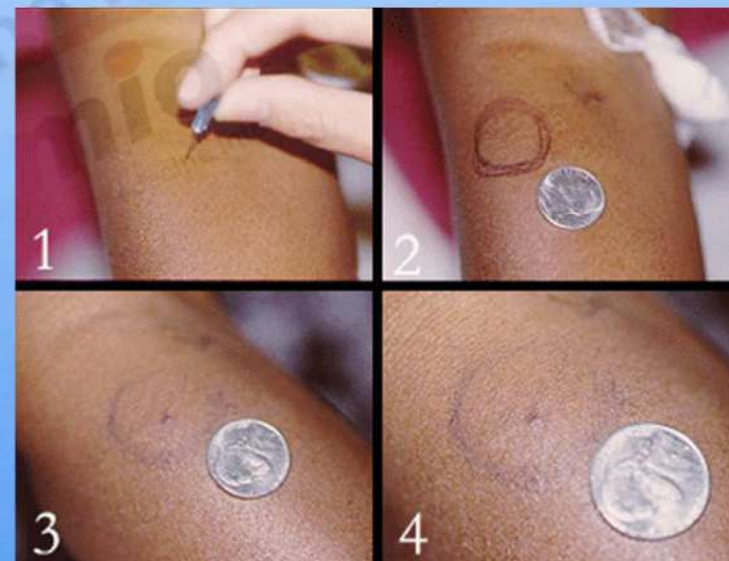
Sarcoidose :

une maladie de l'œil qui reste à l'oeil (peau : 7%)



Maladie de Behçet :

une maladie rare : 1% (Ulysse)



Cas clinique

- Homme de 50 ans
- Céphalées, surdité
- Panuvéite granulomateuse
 - décollement séreux rétiens



**Maladie
Vogt-Koyanagi
Harada**

Cas clinique

- Homme de 50 ans
- UA+UI unilatérale
- Gène dans la bouche



Syphilis

Cas clinique

- Homme de 71 ans
- Retraité actif : VTT...
- Hyalite bilatérale
- Lésions du sternum

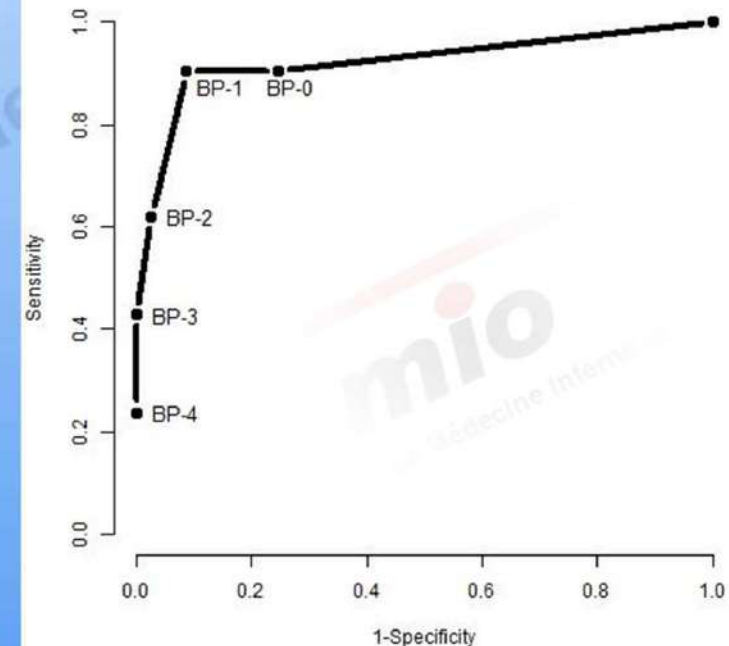


- infiltrat plurinodulaire du derme,
 - plages conjonctives dissociées par une mucinose.
- Petits lymphocytes à noyaux réguliers.
Pas d'épidermotropisme

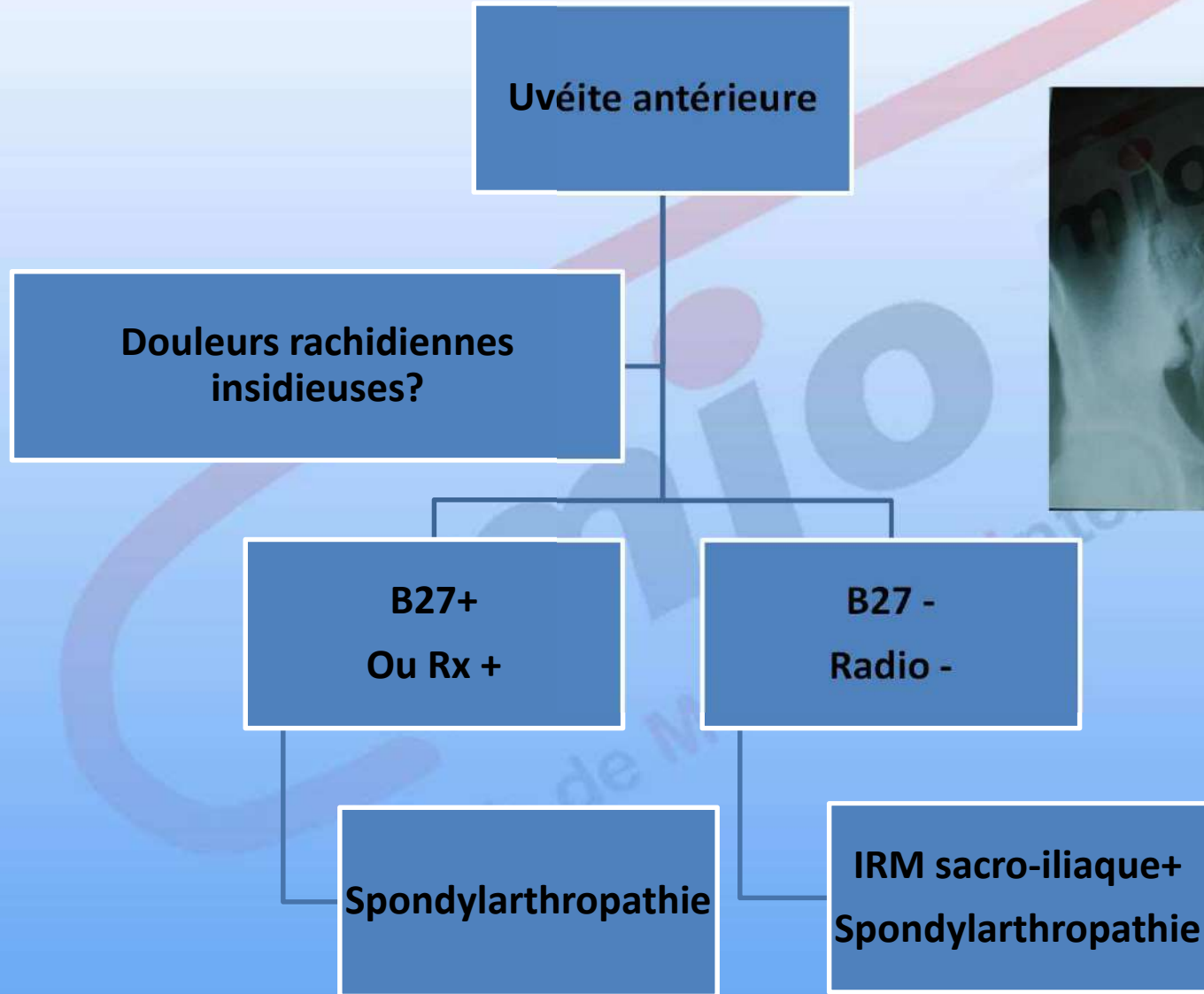
**Maladie
De Lyme**

Examen rhumatologique

- **Spondylarthropathie : un Δ g ophtalmologique**
- **Question : douleurs rachidiennes?**
- **Critères de Berlin :**
 - Douleur réveillant le patient
 - Raideur matinale
 - Fessalgies bilatérales
 - Douleur améliorée par l'effort
- **Notre expérience :**



Algorithme diagnostique



Arthrites/arthralgies périphériques



- **Spondylarthropathie mais pas seulement**
 - Maladies infectieuses: Lyme, syphilis, Whipple...
 - Sarcoidose (10-30%)
 - Löfgren : (bi)arthrite des chevilles
 - Forme chronique
 - Maladie de Behçet (47-59%)
 - *Connectivites*

Cas clinique



- Homme de 19 ans
- Pas d'antécédent familial
- Arthrite idiopathique juvénile traitée depuis l'enfance :
 - sels d'or, puis MTX et corticoïdes
- Uvéite granulomateuse et choroidite multifocale
- Bilan infectiologique et sarcoidose -

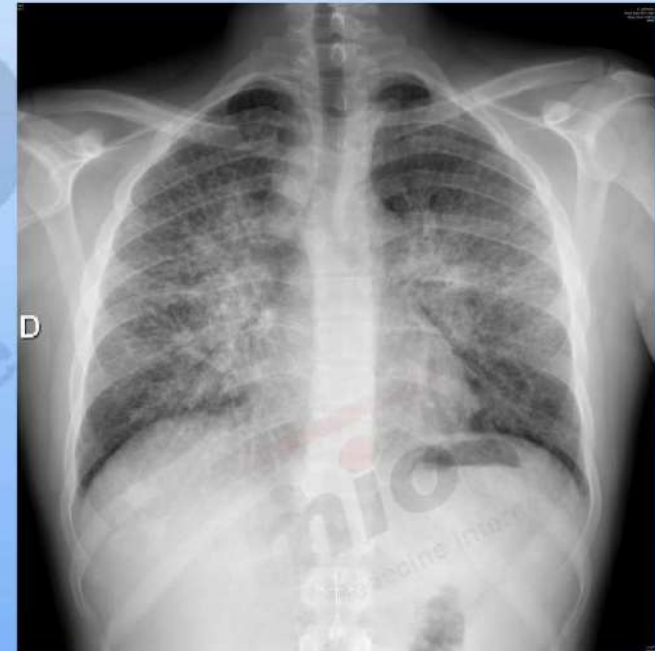
**Une AIJ avec
un œil de sarcoidose
= Blau**

Examen pulmonaire et cardiovasculaire

- **Dyspnée, toux...**

Sarcoïdose+++

Tuberculose



Examen cardiovasculaire

- **Troubles de la conduction**
 - SPA++
 - Lyme
 - Sarcoidose
- **Thrombose veineuse...**
 - Maladie de Behçet



Tube digestif

- Diarrhée chronique
- Syndrome dysentérique
- Douleurs abdominales
- Malabsorption

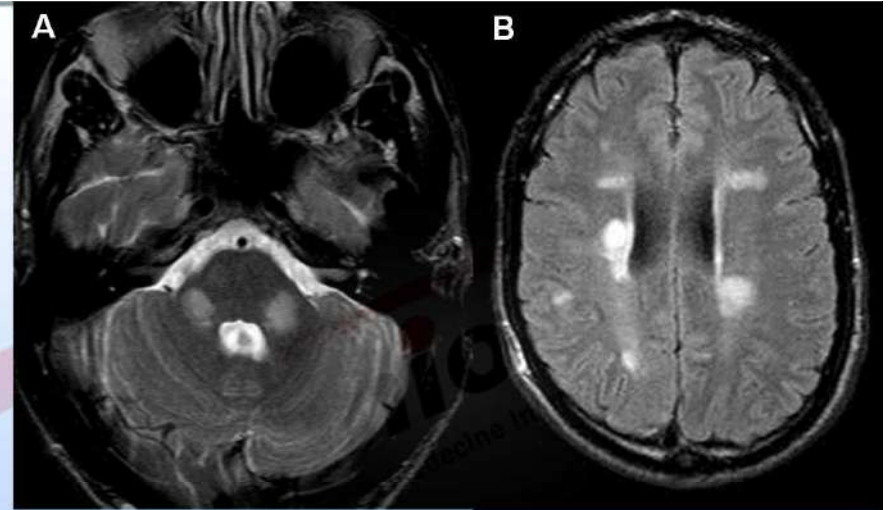


**MICI++
Peuvent apparaître
secondairement**

***Maladie de Whipple
Arthrites réactionnelles***

Examen neurologique

- Céphalées
- Vertiges, hypoacousie
- Troubles cognitifs
- Signes pyramidaux, cérébelleux, atteinte lemniscale...

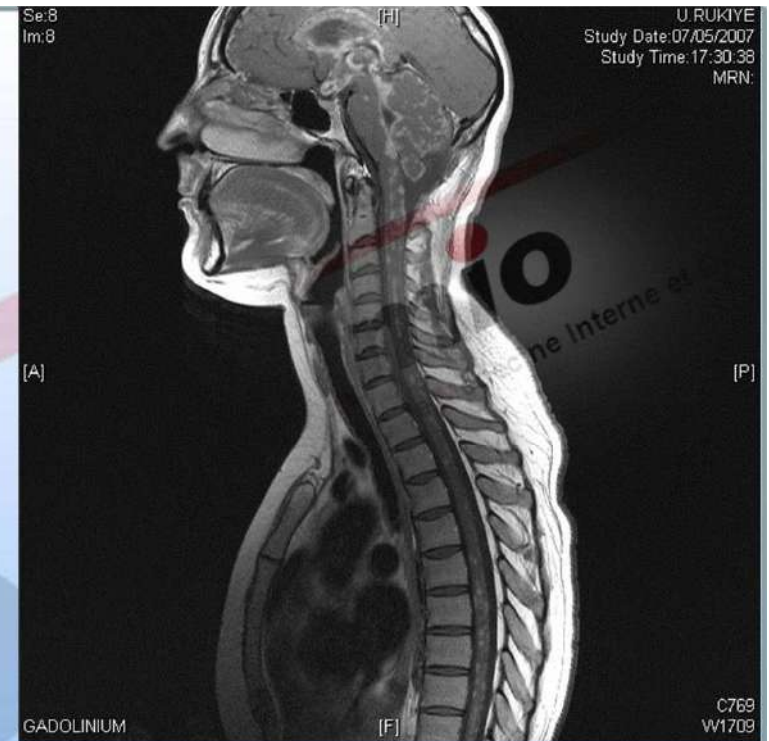


**Uvéo-méningite
SEP, Sarcoidose
Behçet, Harada**

**Attention aux pièges !
Syphilis, BK, Lyme
Lymphome**

Cas clinique

- Homme de 65 ans
- Panuvéite bilatérale
 - choroidite multifocale
- Douleurs à type de décharge électrique
- à la flexion de la nuque



Sarcoïdose

Take home messages

- Signes cliniques extra-ophtalmologiques :
 - Maladies systémiques
 - Infections bactériennes
- Ne pas oublier l'anamnèse
 - Ex : âge, ethnie.....
- 5 organes / systèmes
- Aucun signe n'est spécifique : aphtes...
- Paraclinique : signes et sémiologie oculaire