

PARIS
76^e CONGRÈS
SNFMI
CONGRÈS FRANCO/MAGHRÉBIN

7 Décembre 2017



Cas clinique 5

Dr Anh-Minh NGUYEN & Dr Salim TRAD



Hôpitaux de Lyon



Hôpitaux Universitaires
Paris Ile-de-France Ouest
Site AMBROISE PARÉ



Club de Médecine Interne et Oeil

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

FO



Papillite et plis rétinien:

Foyers jaunâtres
multiples sous -rétiniens

Tableau compatible avec

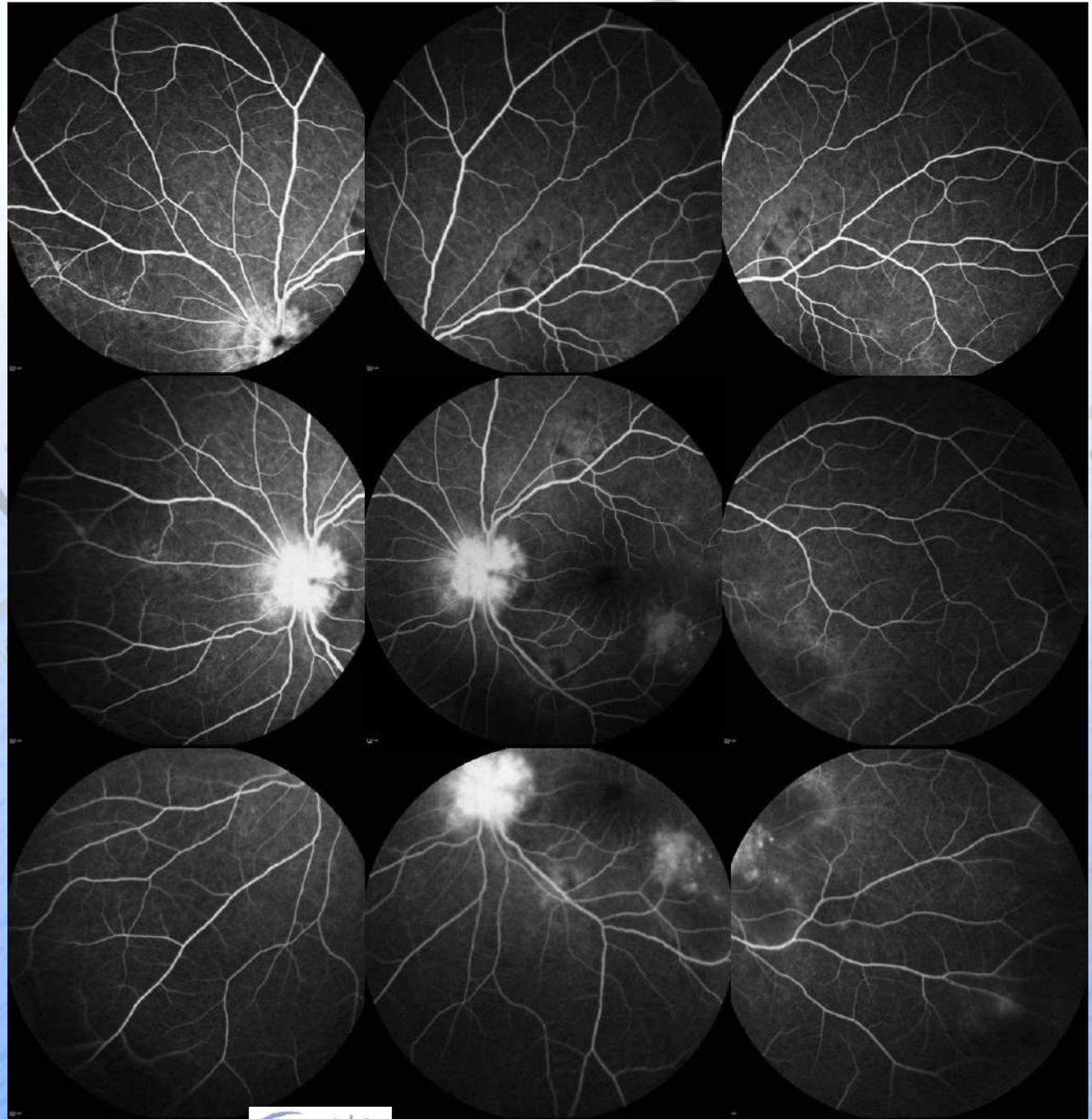
- A. Syphillis
- B. Uvéite HLA B27
- C. Sarcoïdose
- D. Tuberculose
- E. Behçet

Tableau compatible avec

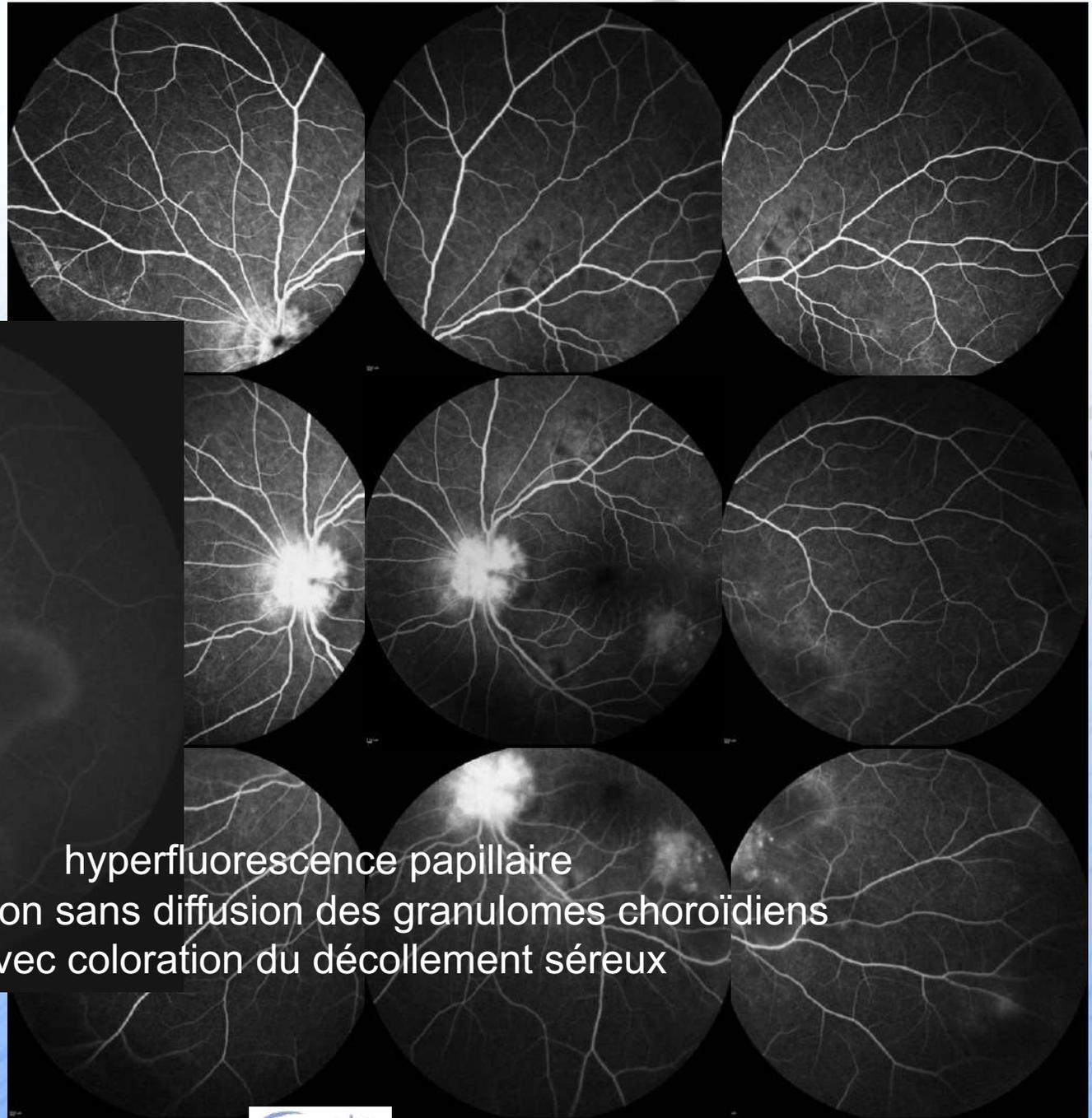
- A. Syphillis
- B. Uvéite HLA B27
- C. Sarcoïdose
- D. Tuberculose
- E. Behçet

AF

MIO
Club de Médecine Interne et Oeil

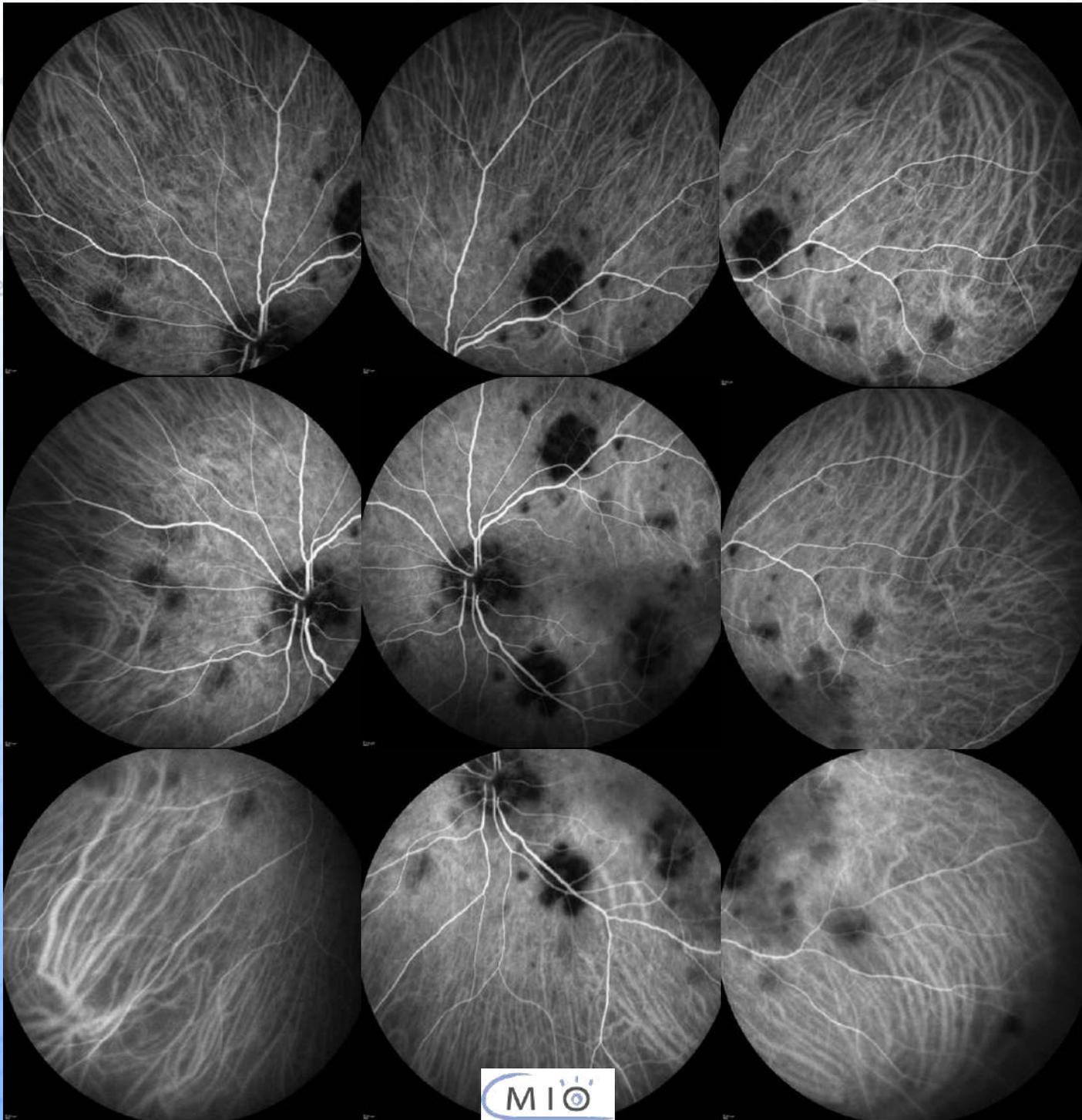


AF



hyperfluorescence papillaire
imprégnation sans diffusion des granulomes choroidiens
avec coloration du décollement séreux

ICGA

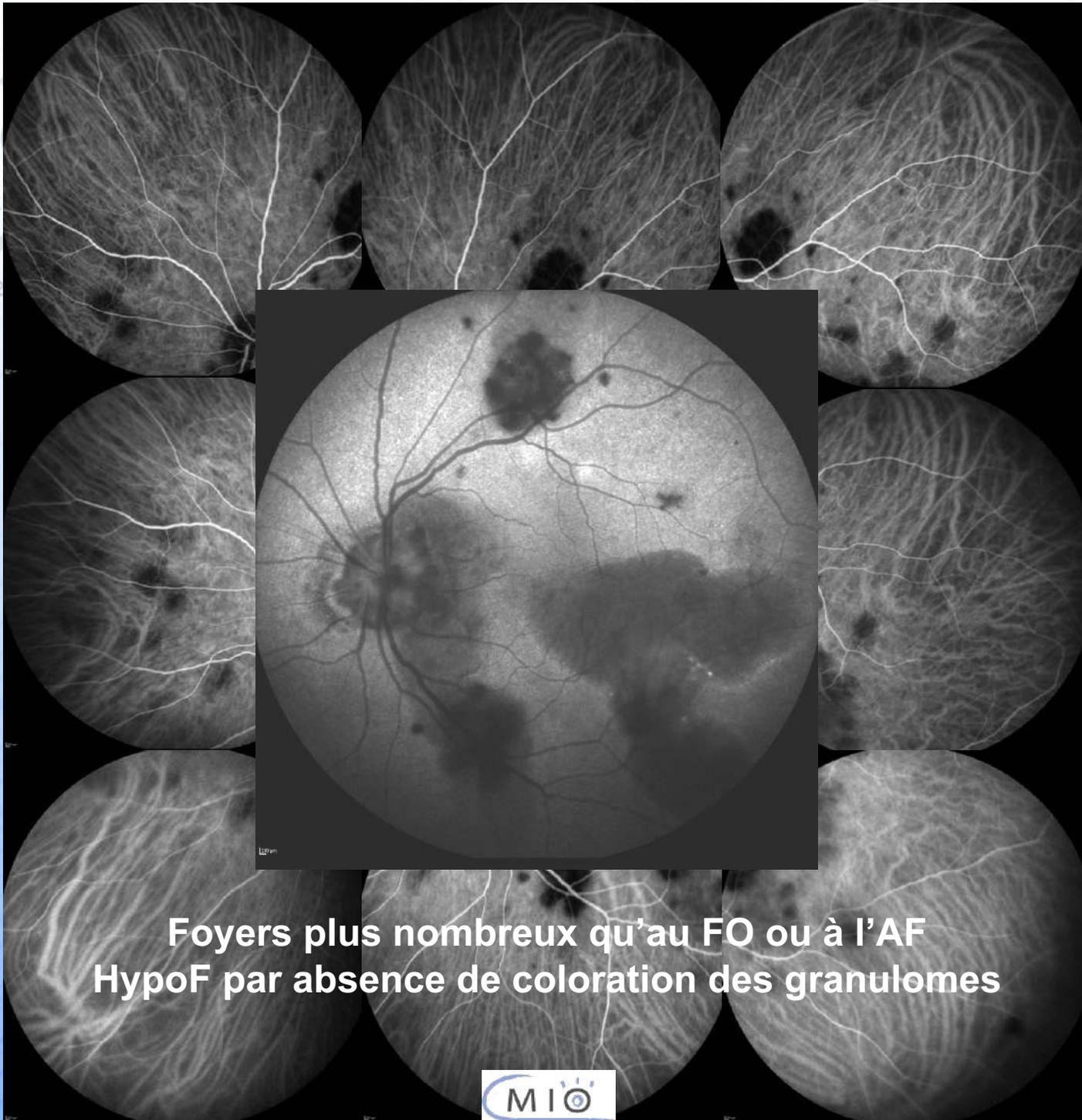


MIO
Club de Médecine

MIO
Médecine Interne et O

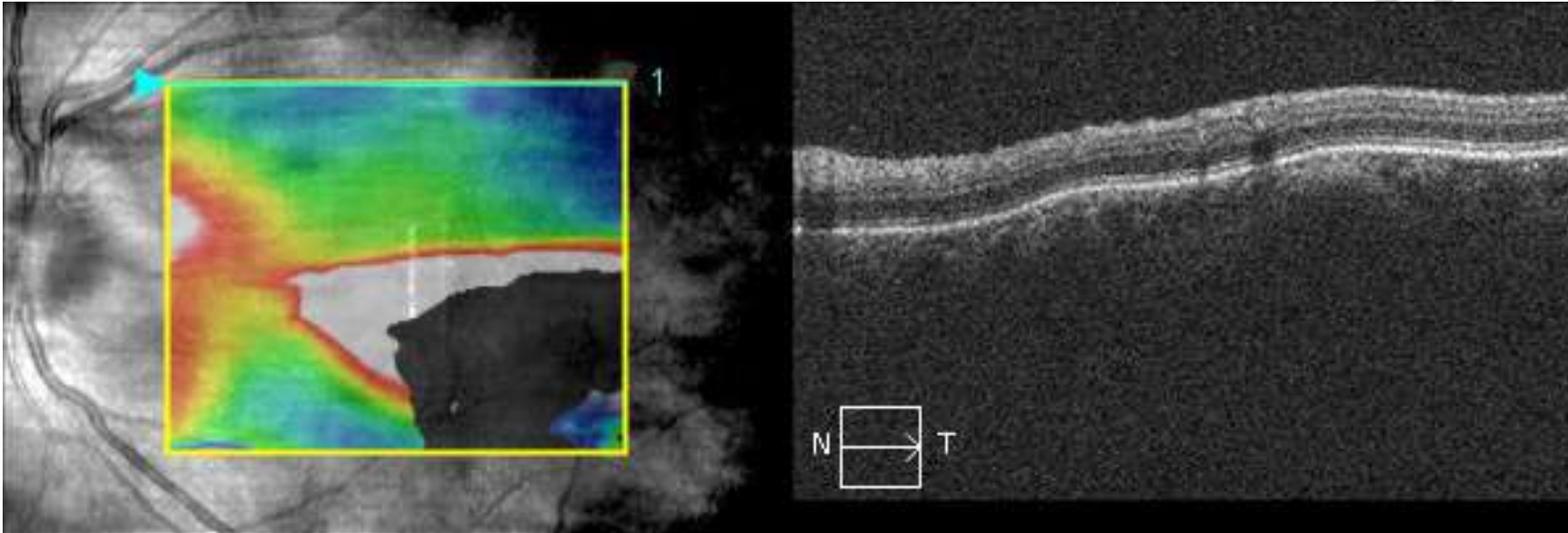
MIO
Médecine Interne et Oeil

ICGA



**Foyers plus nombreux qu'au FO ou à l'AF
HypoF par absence de coloration des granulomes**

OCT



**l'OCT montre l'effet de masse au sein de la choroïde
avec une exsudation sous rétinienne**

Bilan étiologique

– PCA: **BK -**

Virus herpès:-

Leptospirose, Bartonella, Whipple, Borrelia:-

– **IDR + 17mm**

– **Quantiféron +**

– **TPHA VDRL -**

– **Rx Pulmonaire et TDM thoracique normaux**

Quelle(s) attitude(s) thérapeutique(s) optez vous?

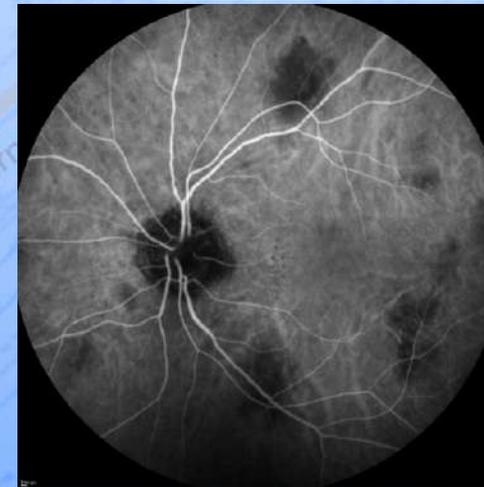
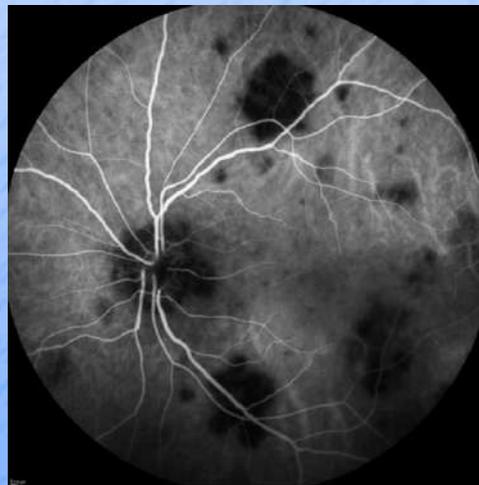
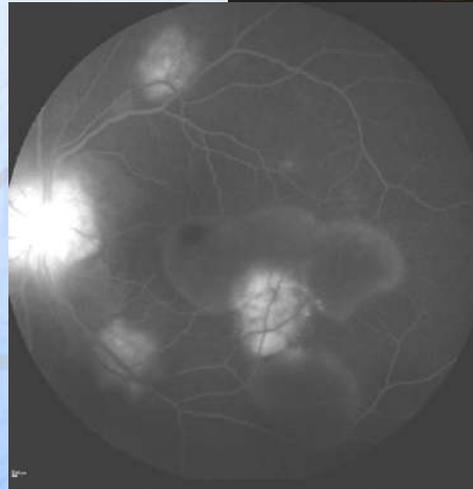
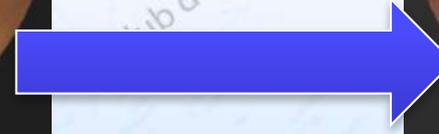
- Initiation d'un traitement par anti-TNF en urgence
- Corticothérapie IV par bolus de Solumedrol 1g
- Traitement antituberculeux d'épreuve
- Corticothérapie locale à forte dose (Dexafree)
- Immunosuppresseur par MMF ou Cyclophosphamide

Quelle(s) attitude(s) thérapeutique(s) optez vous?

- Initiation d'un traitement par anti-TNF en urgence
- Corticothérapie IV par bolus de Solumedrol 1g
- **Traitement antituberculeux d'épreuve**
- Corticothérapie locale à forte dose (Dexafree)
- Immunosuppresseur par MMF ou Cyclophosphamide

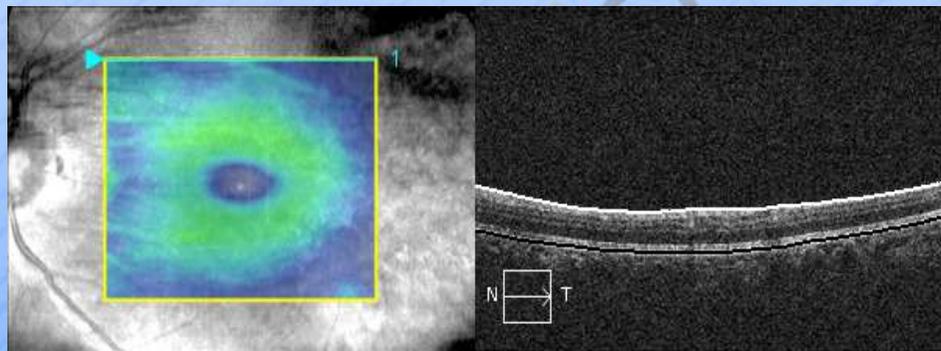
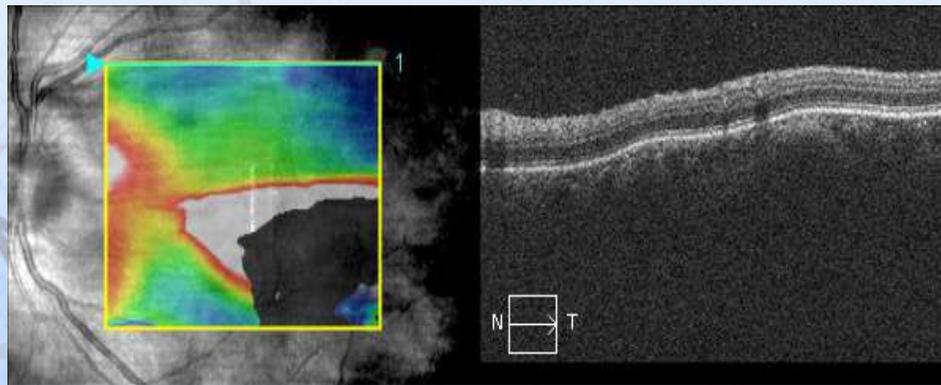


M2 post
quadrithérapie
anti BK
AV 10/10° P2



Evolution

Macula :



Take home message

Concernant le ttt anti-BK

- Uvéite postérieure QFN+ et sans étiologie autre retrouvé
=> ttt anti-BK d'épreuve 6 mois minimum
- Possible aggravation transitoire
Prednisone 1 mg/kg qq sem si besoin
Obligatoire pour Vascularite rétinienne
Choroïdite pseudo-serpigineuse
- Amélioration attendu dans les deux mois du traitement

2 Publications récentes

- Etude rétrospective sur 800 patients
 - Vascularites rétiniennes 42%, Choroidite 64%
 - Bactério BK 10%
 - Anomalie Radiologique 27%
 - **Echec ttt anti-BK = 13%** **Agrawal 2017 Jamma Ophthalmology**
- Etude prospective sur 75 tests IGRA réalisés... 14 positifs
 - Uvéite postérieure 10/14
 - Bactério BK –
 - **Echec ttt anti-BK = 1/14 cas** (corticodépendance) **Chung 2017 Int Ophthalmol**

Biologie Moléculaire

PCR ARN 16S

En zone de faible endémie

Quasiment toujours négatif

Taux de TB active < 4% [Agrawal 2015]

Radiologiques

En zone de faible endémie

Contribution négligeable

Anomalie radiologique = 14% [Agrawal 2015]

Même valeur pour la démarche diagnostique
qu'un test IGRA positif

**QuantiFERON®
TB Gold**

En zone de faible endémie

Association fortuite uvéite – QFN bcp plus importante que dans pays à forte prévalence pour la tuberculose

Etude anglaise : **25%** [Nora 2014]

Etude allemande : **46%** [jakob 2014] **Sarcoïdose**
1/3 des cas+++

Inflammation oculaire compatible avec une tuberculose

Diagnostic de certitude

Diagnostic présomptif

Présence de MT
sur les
Prélèvements
oculaires*

chambre antérieure
vitrée
biopsie endorétinienne

IOTB certaine

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
++++

pays à forte endémie

* 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

Diagnostic présomptif

Présence de MT
sur les
Prélèvements
oculaires*

chambre antérieure
vitrée
biopsie endorétinienne

IOTB certaine

**Traitement
obligatoire**

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