

PARIS
76^e CONGRÈS
SNFMI
CONGRÈS FRANCO/MAGHRÉBIN

7 Décembre 2017

MIO
Club de Médecine Interne et Oeil

Uvéites et Maladie de Behçet



Mosaïque 4^{ème} siècle
Musée Archéologique de Sousse

Khaoula Ben Abdelghani
Service Médecine Interne A
Hôpital Charles Nicolle. Tunis



What's
the
plan?

Sémiologie
Traitements récents/ Efficaces
Pronostic

Pas de conflits d'intérêts

Manifestations Oculaires de la MB

Uvéites antérieures 2-12%

Hyalite 66%

Uvéites postérieures 30-53%

Panuvéites 44-80%

30-80%

32%*

39%**

Vascularites rétinienne: 90% si uvéite postérieure

Episclérite

Kératite

Aphtes conjonctivaux

Neurologique

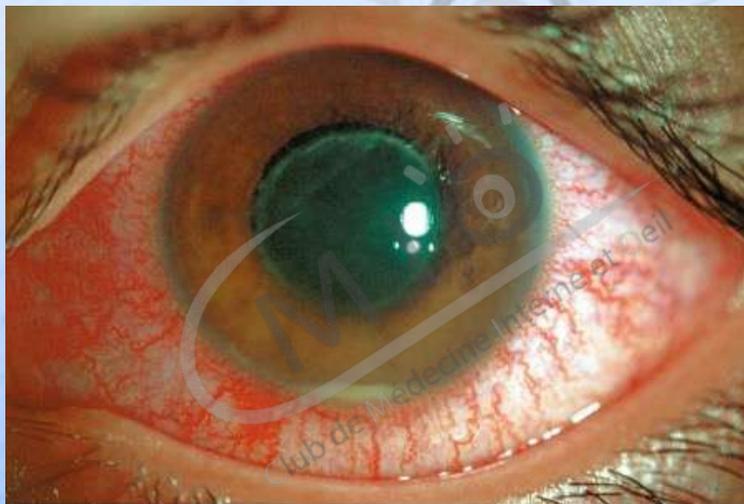
Bilatérale: 75-80% des cas

*S. B'chir Hamzaoui . La maladie de Behçet en Tunisie. Étude clinique de 519 cas. Rev Med Interne 2006

**B'chir Hamzaoui S. La Maladie de Behçet au Maghreb. A propos de 1460 cas. Rev Med Interne 2009

Uvéite antérieure

Isolée: 10%



↳ AV
Rougeur oculaire
Photophobie
larmoiement

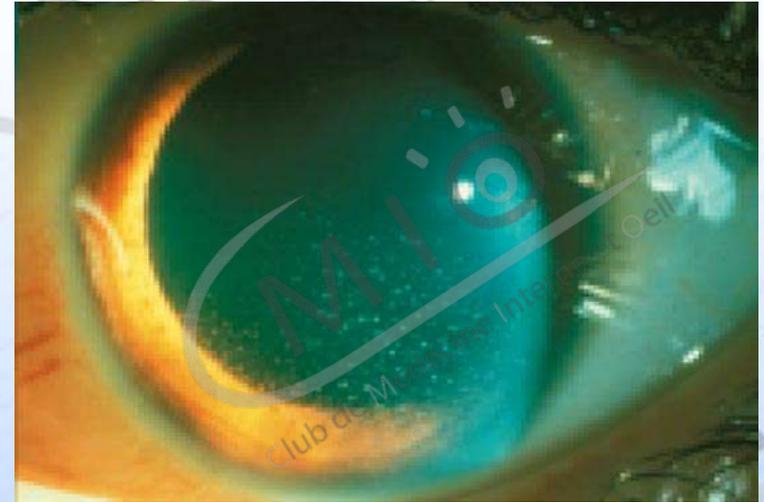


Hypopion: 30%
Mobile selon la position
Fugace

Uvéite antérieure

Diagnostic positif

LAF: Cercle périkératique
Tyndall de l'humeur aqueuse
Précipités rétrocornéens très fins



Photométrie automatisée du tyndall:

Mesure précise et reproductible: inflammation de la Ch ant
Valeurs corrélées à l'intensité inflammation: ant/ post

Uvéite antérieure

Evolution/Complications

Favorable

Récidives

Séquelles: Synéchies postérieures

Synéchies antérieures périphériques

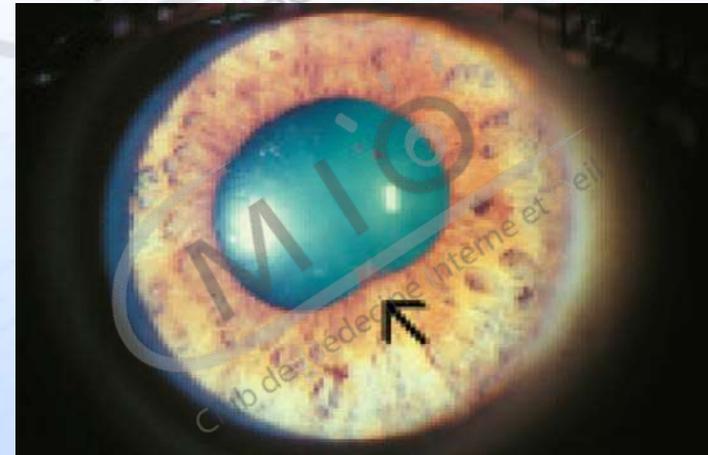
Atrophie irienne

Complications:

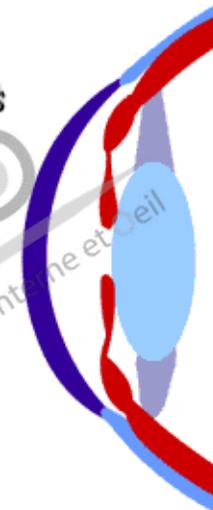
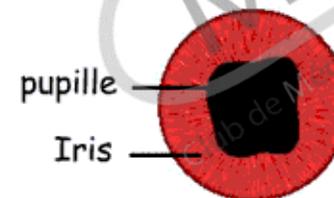
Glaucome

↗PIO par séclusion pupillaire

Cataracte



Synéchies :
Adhérence inflammatoires
entre l'iris et le cristalin
responsable d'une
déformation pupillaire.



Uvéite postérieure/Panuvéite

YC 29 ans

Panuvéite

Depuis qq jours, à droite:

Rougeur oculaire

Baisse de l'AV

Flou visuel



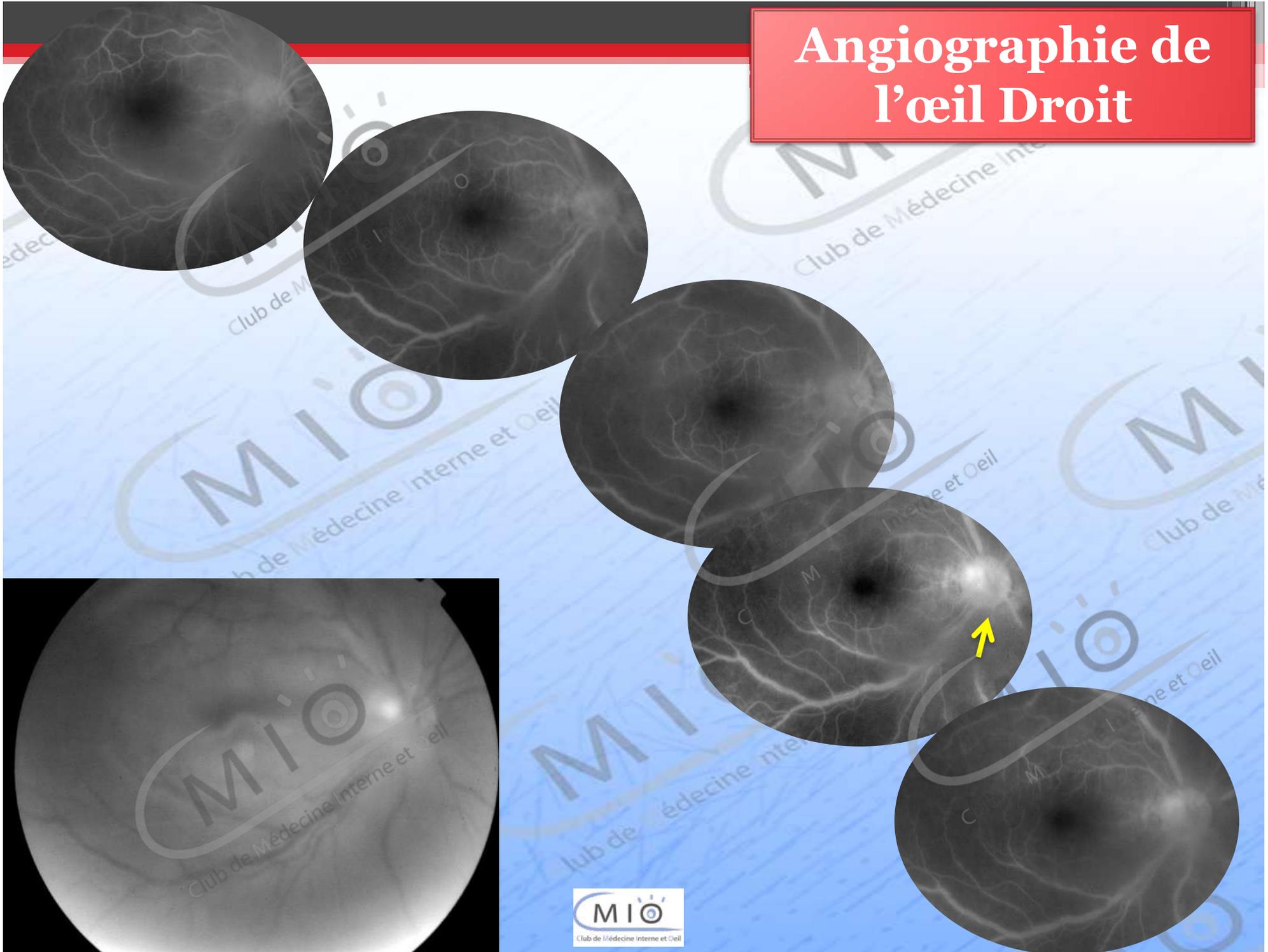
Œil Droit	Examen	Œil Gauche
5/10	AV	10/10
Fins PRD	cornée	claire
Tyndall cellulaire xx	Chambre Antérieure	calme
10	TO	13
Pas de nodules	Iris	normal
Tyndall cellulaire xx protéique xx	vitré	



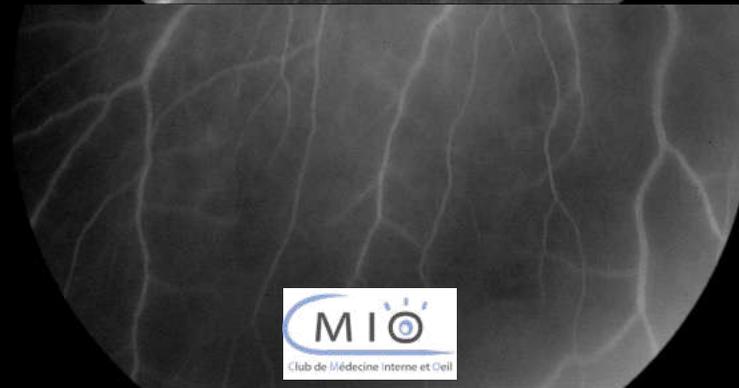
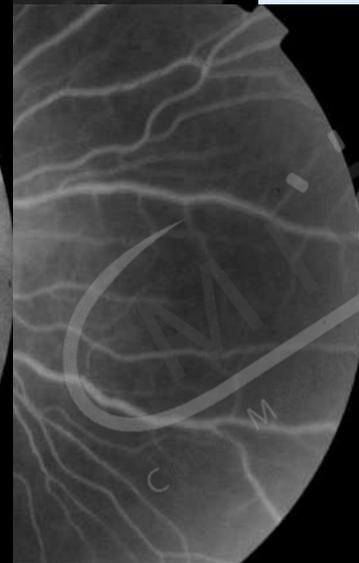
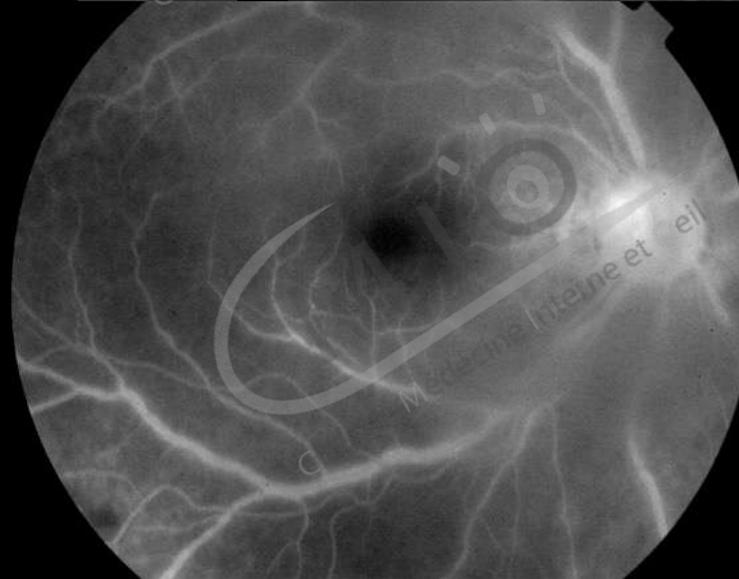
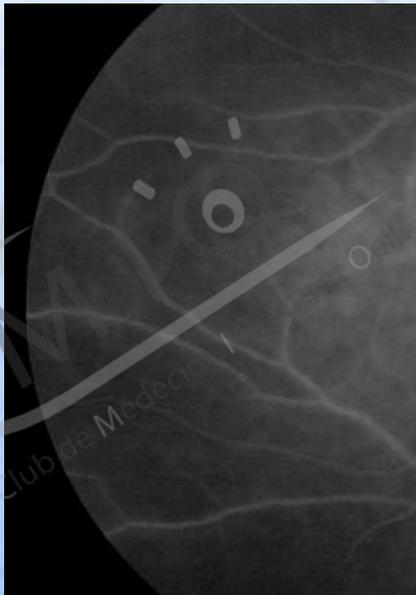
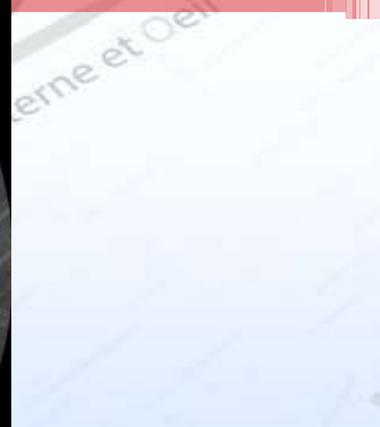
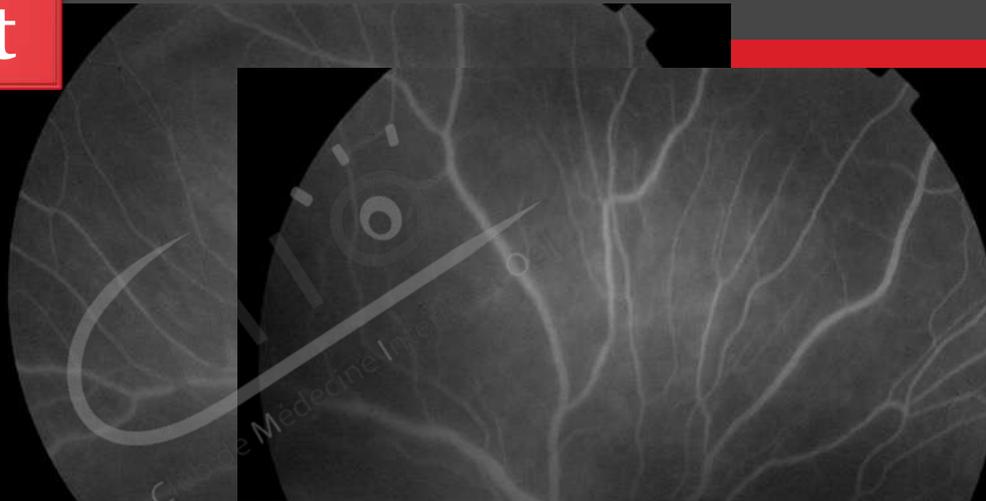
FO Droit



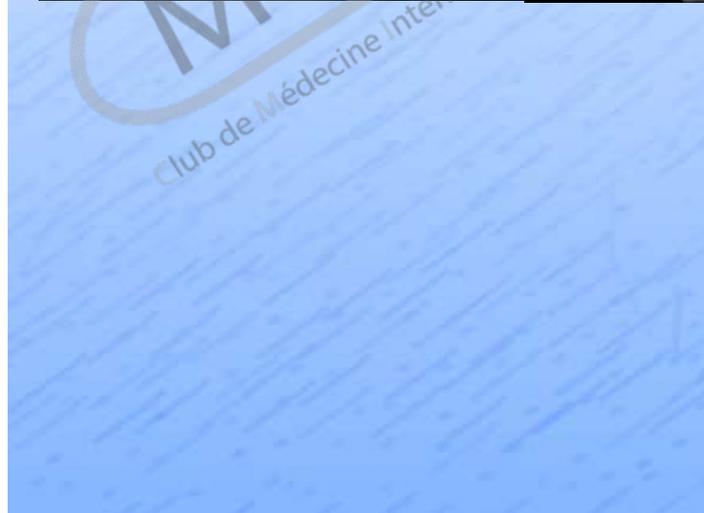
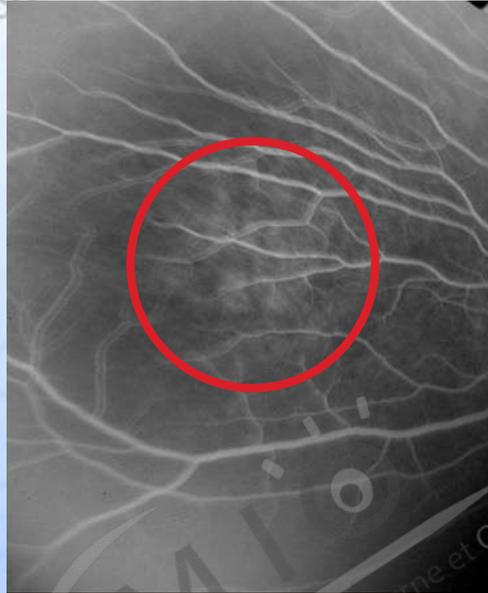
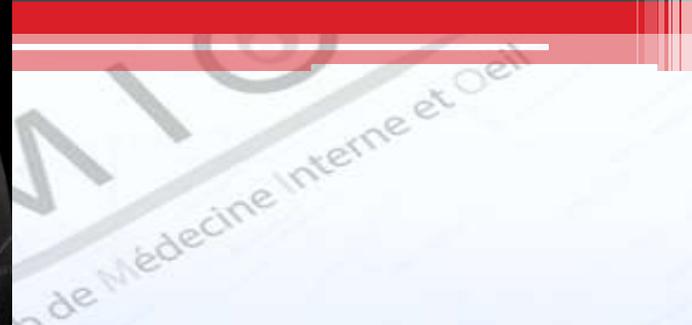
Angiographie de l'œil Droit



Angio œil Droit



Angio œil Gauche



Tomographie en cohérence optique

OCT-SD

OD



OG





Panuvéite non granulomateuse+Vascularite



Quelle est votre conduite?

Que faites vous?

1. Bilan inflammatoire
2. Bilan tuberculeux
3. Typage HLA
4. Démarrer une Corticothérapie
5. Renvoyer le patient chez son ophtalmo



Que faites vous?

1. Bilan inflammatoire ?
2. Bilan tuberculeux
3. Typage HLA
4. Démarrer une Corticothérapie
5. Renvoyer le patient chez son ophtalmo

Que faites vous?

1. Bilan inflammatoire

Pas de Bilan Standard

NFS, VS, CRP

Bilan infectieux

Que faites vous?

1. Bilan inflammatoire
2. **Bilan tuberculeux ?**
3. Typage HLA
4. Démarrer une Corticothérapie
5. Renvoyer le patient chez son ophtalmo

Que faites vous?

2. Bilan tuberculeux ?

Description de l'ophtalmologue ++

Bilatérale granulomateuse

1^{ère} Intension

TPHA VDRL
Bilan inflammatoire
Rx Thorax
IDR/quantiferon

2^{ème} Intension

Auto Anticorps
ECA
Calcémie
Sérologies
TDM thorax
Ponction de la CA

ATTENTION

Causes infectieuses

Que faites vous?

1. Bilan inflammatoire
2. Bilan tuberculeux
3. **Typage HLA ?**
4. Démarrer une Corticothérapie
5. Renvoyer le patient chez son ophtalmo

Que faites vous?

3. Typage HLA

Fréquence HLA B51 élevée dans la MB

Fréquence élevée dans l'atteinte oculaire de la MB

Association retrouvée dans l'étude au Maghreb

Non retrouvée dans l'étude multicentrique tunisienne

Ni sensible ni Spécifique

Ne doit pas retarder ni influencer la conduite thérapeutique

Horie Y. HLA-B51 Carriers are Susceptible to Ocular Symptoms of Behçet Disease and the Association between the Two Becomes Stronger towards the East along the Silk Road: A Literature Survey.

Ocul Immunol Inflamm. 2016

Que faites vous?

1. Bilan inflammatoire
2. Bilan tuberculeux
3. Typage HLA
4. Démarrer une Corticothérapie ?
5. Renvoyer le patient chez son ophtalmo

4. Démarrer une Corticothérapie



Traitement de 1ere intention

→ Soulager rapidement les patients

Seul moyen garant:

Bonne évolution immédiate

Eviter les séquelles ultérieures



Effets secondaires

*Stanbury RM. Systemic corticosteroid therapy-side effects and their management.
Br J Ophthalmol. 1998*

Que faites vous?

1. Bilan inflammatoire
2. Bilan tuberculeux
3. Typage HLA
4. Démarrer une Corticothérapie
5. Renvoyer le patient chez son ophtalmo ?

5. Renvoyer le patient chez son ophtalmo

Interrogatoire: Aphthose buccale récidivante >>> 3 x cette année

Examen: 2 cicatrices scrotales

pseudofolliculite du dos

Critères de Classification de la MB

International group of BD 1990 ISG

Manifestation obligatoire

Aph¹ose buccale récidivante
≥3 poussées/an
Observée par un médecin



2 manifestations

Ulcération génitale récidivante
ou cicatrices
Lésions oculaires:
Uvéite antérieure
Uvéite postérieure
Hyalite
Vascularite rétinienne
Lésions cutanées:
EN, Pseudofolliculite,
Nodules acnéiformes
Test pathergique positif

Sensibilité 91 %
Spécificité 96 %

*Criteria for diagnosis of Behcet's disease.
International Study Group for Behcet's Disease. Lancet. 1990*

Critères de Classification de la MB

International Team for the Revision of the International Criteria of BD 2014

ICBD

Manifestation	Points
Atteinte oculaire	2
Aphthose génitale	2
Aphthose buccale	2
Lésions cutanées	1
Manifestations neurologiques	1
M. Vasculaires	1
Test pathergique	1

≥4 points

International Team for the Revision of the International Criteria of Behçet's Disease. The International Criteria for Behçet's Disease: a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. J Eur Acad Dermatol Venereol 2014



Panuvéite + VR liées à la maladie de Behçet



Quel traitement?

Traitement/Corticothérapie

1. CC collyre
2. Boli de Solumedrol
3. Prednisone 1mg/kg/j
4. Implant intra oculaire
5. Phytothérapie



Traitement/Corticothérapie

Corticothérapie locale

Uvéite antérieure → CC collyre/ pommade/ inj sous conjonctivales
+ mydriatiques et cycloplégiques

- Dose et fréquence adéquates: selon la sévérité
- Si doses insuffisante ou courte durée
 - Rémission apparente avec des rechutes
 - chronicité
- Baisse des cc guidée par l'évolution du Tyndall
 - Photométrie automatisée

Traitement/Corticothérapie

Corticothérapie locale

Panuvéite → CC locaux ?

Oui

Action rapide sur la chambre antérieure

Evite les remaniements inflammatoires

Evite les séquelles du segment antérieur

Traitement/Corticothérapie

Boli Solumedrol?

Etude contrôlée randomisée en double aveugle

34 MB uvéite postérieure et/ou Vascularite

17 Boli Solumedrol 1g x 3 jours *vs* 17 Placebo
Cyclophosphamide + Azathioprine x 6 mois
Prednisone x 6mois

M. Mohammadi. High-dose intravenous steroid pulse therapy in ocular involvement of Behcet's disease: a pilot double-blind control study. International Journal of Rheumatic Diseases 2017

Traitement/Corticothérapie

Boli Solumedrol?

A 6 mois

	Solumedrol: 34 yeux	Placebo: 34 yeux	Entre les 2 gpes
AV	5/10 → 8/10 p < 0,00002	6/10 → 7/10 p < 0,02	p = 0,01
Scores d'activité	PU: 1,9 → 0,5 p < 0,0006	2,3 → 0,8 p < 0,0002	p > 0,2
	RV: 4 → 2 p < 0,0002		
	TIAI: 2 p < 0,0002	p < 0,003	
	TADI: 24 → 7,3 p < 0,0002	25,9 → 7,9 p < 0,004	
Rechutes	1	7	p < 0,005
EI	4	3	p = 1

Débuter le traitement AI par de fortes doses IV

Traitement/Corticothérapie

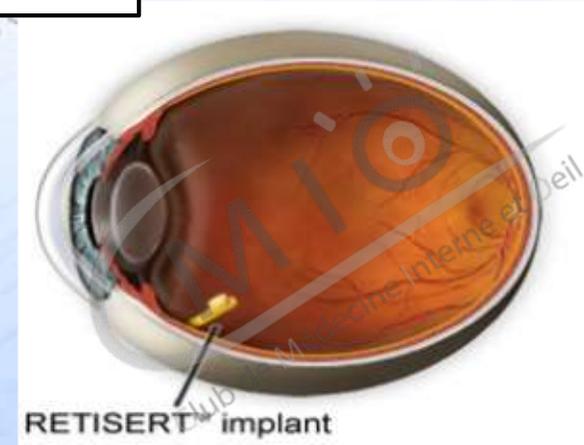
Implant de CC?

Acétonide de fluocinolone

CC en intravitéen pendant 3 ans

Très peu de passage systémique

Éviter une CC orale prolongée



MUST trial Essai contrôlé randomisé

Randomized Comparison of Systemic Anti-inflammatory Therapy Versus Fluocinolone Acetonide Implant for Intermediate, Posterior and Panuveitis: The Multicenter Uveitis Steroid Treatment Trial: MUST trial

CC systémique \pm IS Vs Implant: acétonide de fluocinolone

The Multicenter Uveitis Steroid Treatment (MUST) Trial Research Group. Ophthalmology. 2011

Implant de CC?

MUST trial

Essai contrôlé randomisé

255 Patients / 479 yeux { 129 Implants
126 CC±IS

Uvéites intermédiaires/ Postérieures/ Panuvéites non infectieuses

Résultats à 24 mois

Même efficacité:

Acuité Visuelle

Œdème maculaire

Qualité de vie:

Score oculaire et score global

Groupe Implant

Meilleur contrôle de l'inflammation

Moins d'infections

The Multicenter Uveitis Steroid Treatment (MUST) Trial Research Group. Ophthalmology. 2011

Implant de CC?

Avantages / Inconvénients

Avantage principal: moins d'effets indésirables systémiques

Inconvénients: Coût

40% des patients → Glaucome

Tous les patients → Cataracte



Au moins une chirurgie

Implant/ CC systémique ?

Terrain, nombre de poussées antérieures

Phytothérapie?

Médecine naturelle: une alternative aux corticoïdes ?

Feuilles de cassis

Pépins de cassis

Huiles de bourrache

Onagre

Curcuma



Pescosolido N. Curcumin: therapeutical potential in ophthalmology. Planta Med. 2014

Quel Traitement ?

- 1- Solumedrol et relais cc 1mg/kg/j
- 2- CC+ Azathioprine
- 3- CC+ Interferon alpha
- 4- CC+ Infliximab
- 5- IgIV



Quel Traitement ?

Objectifs dans les uvéites postérieures / Panuvéites

Contrôle immédiat de l'inflammation

Eviter les récurrences et séquelles

Rémission à long terme → Préserver la vue

→ Corticoïdes + IS ± Immunomodulateur

Epargne cortisonique