

CAS CLINIQUE : QUAND LA TENSION MONTE

Journée C3 Inflammation à l'ICM, CHU La Pitié-Salpêtrière

25/11/2022

Inés Chabbi, interne

Dr Agathe Vest

Dr Flore Rozenberg

Pr Bahram Bodaghi



Vision And
Handicaps
ÎLE-DE-FRANCE



Journée C³



HISTOIRE DE LA MALADIE

- Femme, 45 ans
- Consultation 26/04/2022 : Adressée pour poussées d'hypertonie oculaire droite inexplicables depuis 2006 souvent associées à des poussées d'uvéites antérieures droites. Doute sur étroitesse localisée de l'angle irido-cornéen.

Bilan biologique étiologique négatif

- Traitement actuel :
 - Dorzolamide + Timolol OD
 - Dexaméthasone collyre arrêté il y a 1 mois, automédication ponctuelle par dexaméthasone collyre

FAN -

Leptospirose -

ECA normale

Borréliose -

Brucellose -

EXAMEN CLINIQUE ET PARACLINIQUE

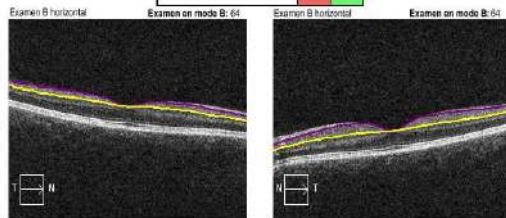
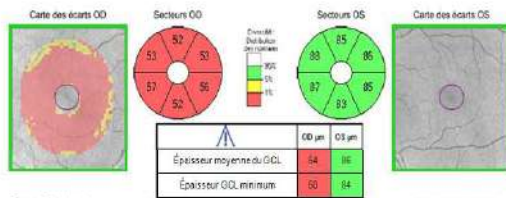
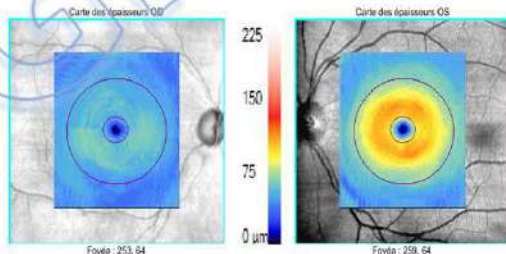
	OD	OG
LAF	3 <u>PRC granulomateux</u> non actifs <u>Emoussement des cryptes iriennes</u> et <u>hétérochromie</u> , pas de cataracte	RAS
PIO (mmHg)	12	13
FO	<u>c/d 0,8</u> , pas de hyalite	c/d 0,2
Echo UBM	AIC ouvert partout iris concave et corps ciliaires atrophiques. FC proche de 0	AIC ouvert partout, pas d'iris concave et corps ciliaires un peu atrophiques également. FC proche de 0
Flare	9	6
CV 24:2	<u>Ressaut nasal</u>	Normal

Fuchs ?

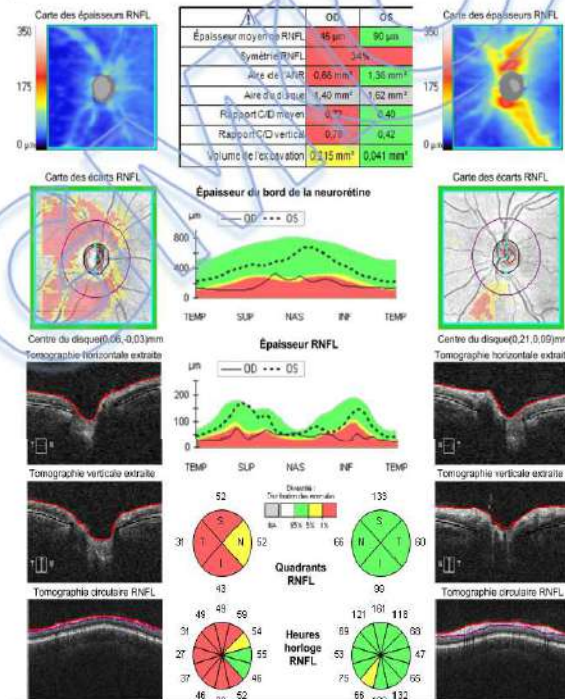


OCT + CV

Analyse des cellules ganglionnaires : Macular Cube OD ● ● OS



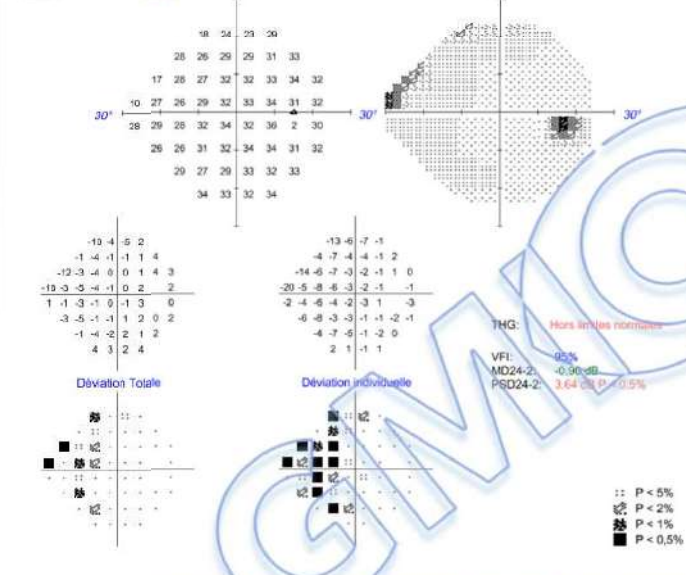
RNFL et ONH : Optic Disc Cube 200x200 OD ● ● OS



OD Analyse de champ unique Central 24-2 Test de seuil

Contrôle de fixation: Centrale
 Cible de fixation: 1/15
 Partes de fixation: 1%
 Erreurs faux pos.: 0%
 Erreurs faux nég.: 0%
 Durée du test: 05:28
 Fovéa: 37 dB

Tâche aveugle
 Stimulus: III, Blanc
 Fond: 31,5 asb
 SRA: SITA Standard
 Diam. pupille:
 Acuité visuelle: R: +1,75 DS



EXAMENS BIOLOGIQUES

Sang

IgG Rubéole +
IgG CMV +
IgG HSV1 et 2 +

Humeur
aqueuse

PCR Rubéole -
PCR CMV -
Ig en cours

EXAMEN M+2

- Inchangé
 - Mais..a fait 2 poussées d'œil droit douloureux résolutives après AIS locaux
-
- Hétérochromie irienne en faveur du Fuchs malgré les PRC
 - Pas d'indication de corticothérapie (risque HTIO cortisonique)
 - Surveillance pressionnelle et campimétrique rapprochée + discussion sur une indication chirurgicale si poursuite de la dégradation

M+1



M+1

- PIO OD 6 mmHg sous trithérapie hypotonisante
- LAF OD : Nombreux PRC blanc granulomateux dont certains spiculés

Humeur
aqueuse

Synthèse IgG anti CMV +

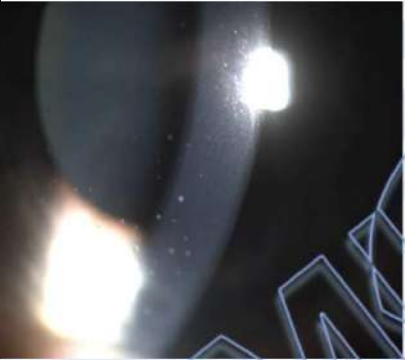
Syndrome de Posner-Schlossman à CMV

VALGANCICLOVIR per os
Arrêt Brimonidine

PEC THÉRAPEUTIQUE ET SUIVI

Contrôle M+3 (novembre 2022) :

- Diminution des poussées HTIO
- PIO normalisée, pas de signes d'uvéite active, nerf optique stable
- Bonne réponse au VALGANCICLOVIR per os
- Terminer le cycle de traitement en ajoutant du Ganciclovir gel
- Contrôle dans 4 mois



SYNDROME DE POSNER-SCHLOSSMAN

SIGNES POSITIFS

- **Uvéite antérieure aiguë UNILATERALE**
 - **récurrente** : normotone entre les poussées
 - BAV modérée
 - **Toujours Hypertensive +++** (> 40 mmHg) sans œdème de cornée
 - **PRC granulomateux** gris/blanc, centraux « en pièce de monnaie » avec des fins PRC satellites
 - Atteintes associées: parfois endothélite cornéenne

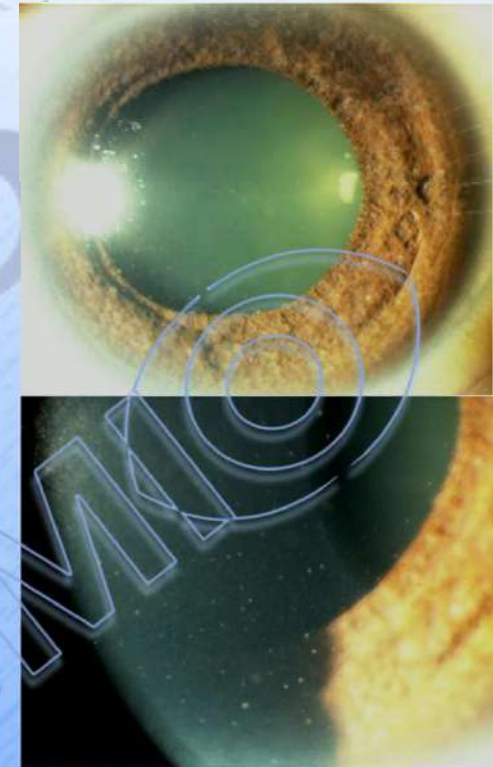
SIGNES NEGATIFS

- Peu inflammatoire
- Œil blanc ou rosé, pas de cercle péri-kératique
- Absence d'atrophie / atrophie irienne localisée au liseré pupillaire (30%)
- **Pas de SIC** typiquement , mais **gonio-synéchies !**
- Pas de rétinite chez IC
- Faible douleur
- Inefficacité du valaciclovir

H
20-50 a
(Eur/Asie)

DIFFERENTIEL : SD DE FUCHS

- Chronique, asymptomatique
- PRC stellaires, blancs, DIFFUS
- Peu d'inflammation
- HTO
- Hétérochromie irienne:
 - Atrophie diffuse du stroma irien (aspect mité) : hypochromie
 - si iris bleu: visibilité de l'épithélium irien, donc peut être + foncé
- Nodules de Koeppe
- **Cataracte** sous capsulaire postérieure précoce
- **Hyalite** antérieure , opacités vitréennes
- Signes négatifs: Pas de SIC, Pas d'œdème maculaire



DIFFERENTIEL : SD DE FUCHS

- Chronique, asym
- PRC stellaires, b
- Peu d'inflammati
- HTO
- Hétérochromie iri

Rubéole: SCP précoce, hétérochromie, PRC blancs

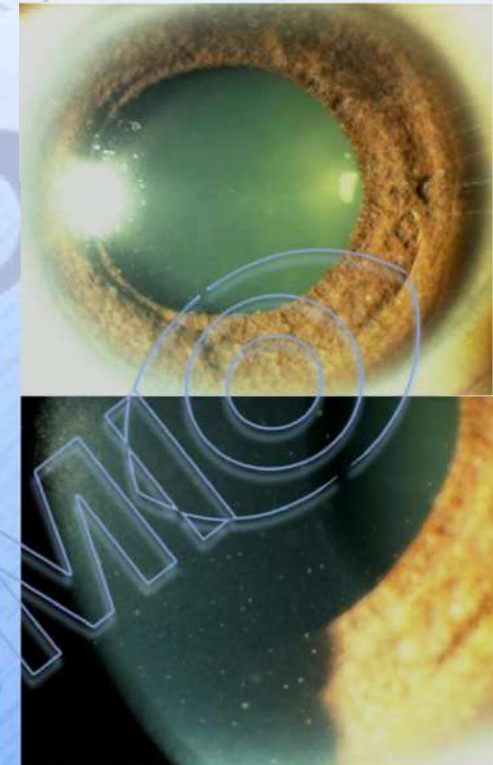
CMV: PRC pièce de monnaie, endothélite associée, HTO++

- Atrophie diffuse
- si iris bleu: visibi
- Nodules de Koeppe
- **Cataracte** sous capsu
- **Hyalite** antérieure , op
- Signes négatifs: Pas de

FDR évolution péjorative :

- Délai diagnostique
- Hommes (vs Femmes)
- Nodules iriens au diagnostic
- IgG anti rubéoles abaissées

Touhami S, Vanier A, Rosati A, Bojanova M, Benromdhane B, Lehoang P, Rozenberg F, Bodaghi B. Predictive Factors of Intraocular Pressure Level Evolution Over Time and Glaucoma Severity in Fuchs' Heterochromic Iridocyclitis. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2019



CAUSES

Syndrome de Posner-Schlossman

Causes

- CMV (Asie ++) > 50 %
- VZV
- HSV

(Chee SP, Bacsal K, Jap A, Se-Thoe SY, Cheng CL, Tan BH. Clinical features of cytomegalovirus anterior uveitis in immunocompetent patients. Am J Ophthalmol. 2008 May ; Uvéïtes, P. Le Hoang, B. Bodaghi)

- **Helicobacter pylori**
Choi CY, Kim MS, Kim JM, Park SH, Park KH, Hong C. Association between Helicobacter pylori infection and Posner-Schlossman syndrome. Eye (Lond). 2010 Jan

Syndrome de Fuchs

- HSV *(Barequet et al AJO 2000)*
- CMV *(Chee, AJO 2008) : Asie++ (16-42% Fuchs sont CMV+)*
- **Rubéole: pays occidentaux++**
 - sur 52 patients: *(Quentin, AJO 2004)*
 - PCA:** 100% de synthèse d'anticorps anti-rubéole (CCI)
 - 54% ont PCR + (<40 ans)
 - La synthèse d'AC anti-rubéole = **excellente sensibilité** mais faible spécificité
 - Depuis la vaccination obligatoire anti-rubéole en 1969 : baisse drastique du % de patients avec Fuchs entre avant/après *(Birnbaum, AJO 2007)*
 - **Hyalite** + importante si Rubéole que si CMV *(Quentin, AJO 2004)*

UVÉITES ANTÉRIEURES CMV+

- **22,8 à 28,6% des UA Hypertensives** (*Chee, AJO 2008*)
- ✓ **Syndrome Posner-Schlossman (50%)** = Forme aiguë récurrente
- ✓ **UA hypertensive chronique (21%)** = Forme chronique, population européenne (++++)
- ✓ **Endothélite cornéenne (18%)**
- ✓ **Iridocyclite hétérochromique de Fuchs (13%)** = population asiatique ++

Leleu I, Jhanji V, Touhami S, Westcott M, Angi M, Titah C, Rousseau A, Hamard P, Brasnu E, Manicom T, Blumen-Ohana E, Rozenberg F, Vauloup-Fellous C, Deback C, Labetoulle M, Sahel JA, Bodaghi B, Merabet L, Kobal A, Brignole-Baudouin F, Errera MH. Clinical Features and Diagnosis of Anterior Segment Inflammation Related to Cytomegalovirus in Immunocompetent African, Asian, and Caucasian Patients. Ocul Immunol Inflamm. 2021 Jan

Review for Disease of the Year: Clinic of Cytomegalovirus-Induced Anterior Uveitis. Chan NS-W, Chee S-P, Caspers L, Bodaghi B. Ocul Immunol Inflamm. 2017

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS HORS FUCHS

- **Uvéite antérieure hypertone:**
 - HSV 1-2
 - VZV
 - Toxoplasmose
 - BK
 - Sarcoïdose
 - Syphilis
- **Crise aiguë par fermeture de l'angle**

BILAN

Sérologies

CMV
HSV1-2
VZV

PCA

PCR CMV, HSV,
VZV
CCI CMV, HSV ,
VZV, rubéole
+/- toxoplasmose
**Demander CCI
rubéole et CMV**

Pré-thérapeutique +
différentiel

NFS-P,
ionogramme
sanguin
Bilan rénal +
Hépatique
ECA, quantiféron,
TPHA-VDRL

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE HTIO

1/ PIO
2/ Contrôle
infection
3/ Suivi

Médicamenteuse

1. **Timolol-Dorzolamide**
COSOPT® : 1 goutte
matin et soir pendant >1
mois
2. +/- **Brimonidine**
ALPHAGAN® : 1 goutte
matin et soir pendant >
1 mois
3. +/- **Latanoprost**
MONOPROST® : 1
goutte soir pendant >
1 mois

Chirurgicale

- Le **recours à une chirurgie filtrante** est nécessaire dans **un quart des cas**
- Cependant, **l'instauration précoce d'un traitement antiviral** (≤ 700 jours) semble **diminuer le recours à la chirurgie** du glaucome.
- Gold standard : **Trabéculectomie**
- Intérêt du **Preserflo MicroShunt** ou du **XEN** (**microscopie spéculaire pré-opératoire**)

Cytomegalovirus Anterior Uveitis: Clinical Characteristics and Longterm Outcomes in a French Series. Sara Touhami et al. 2018

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE ANTI-CMV

1/ PIO
2/ Contrôle
infection
3/ Suivi

Posner chronique avec
multiples récides

- CI générales à ttt PO ou IV
- Relai ttt PO si récides fréquentes

Intraveineux : GANCICLOVIR CYMEVAN®
5mg/kg/12h pendant 5-10 jours
puis relai par VALGANCICLOVIR ROVALCYTE® PO
450mgx2/j pendant 3-6 mois

Local : Gel ophtalmique GANCICLOVIR VIRGAN®
0.15% :
1 goutte/heure pendant 21 jours
Puis 5 gouttes/jour pendant 6 mois

Oral : VALGANCICLOVIR ROVALCYTE®
900mg x2/j pendant 3 semaines
puis 450mg x2/j pendant 3-6 mois

Surveillance hépatique

SLT ?

- Contre-indiqué en théorie

European Glaucoma Society Terminology and Guidelines for Glaucoma, 5th Edition, British Journal of Ophthalmology 2021;105:1-169.

- Serait efficace et bien toléré en cas d'uvéïte quiescente avec HTIO cortisonique

Xiao J, Zhao C, Liang A, Zhang M, Cheng G. Efficacy and Safety of High-Energy Selective Laser Trabeculoplasty for Steroid-Induced Glaucoma in Patients with Quiescent Uveitis. Ocul Immunol Inflamm. 2021

- De façon générale, pas de franche majoration de l'inflammation post SLT lorsque seulement 90° traités en l'absence d'inflammation préalable active

Ayala M, Landau Högbeck I, Chen E. Inflammation assessment after selective laser trabeculoplasty (SLT) treatment. Acta Ophthalmol. 2011

NON RECOMMANDE

TAKE HOME MESSAGE

- Penser au syndrome de Posner-Schlossman ou au Fuchs devant des épisodes d'hypertonie oculaire en poussées, a fortiori si signes d'UAA associées
- Hétérochromie irienne : non pathognomonique du Fuchs
- PCA +/- à réitérer si forte suspicion clinique
- Demander recherche de synthèse IgG CMV et rubéole (notamment en cas de PCR négative) si forte suspicion diagnostique
- Dépister le glaucome
- Contrôle de la PIO / contrôle de l'infection / suivi