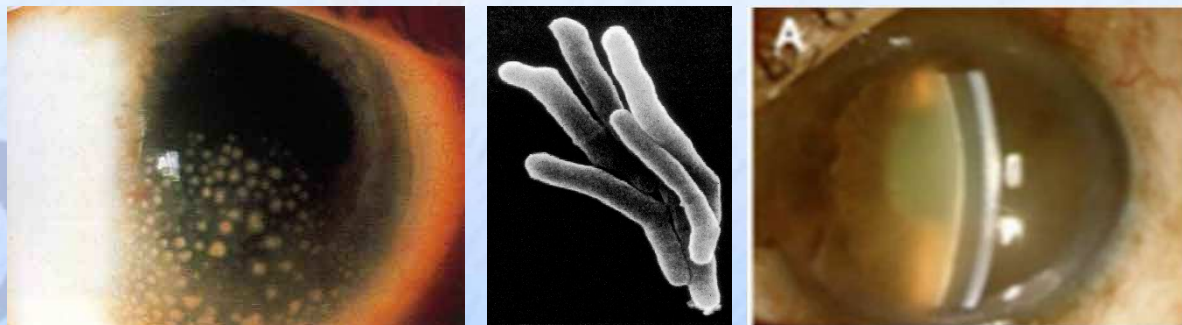


# Uvéites tuberculeuses



Journée C3  
25 novembre 2022

# Clinique : Une autre grande simulatrice,

## 3 présentations évocatrices en zone de forte endémie

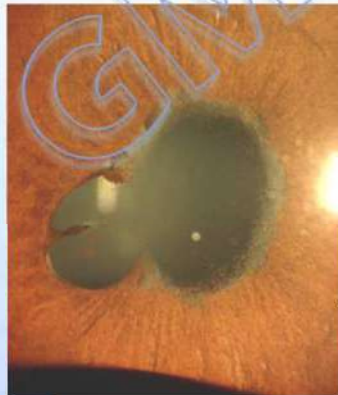
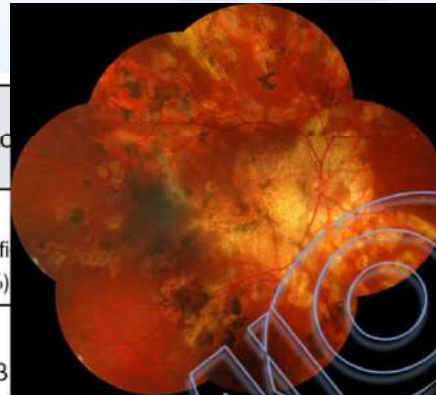
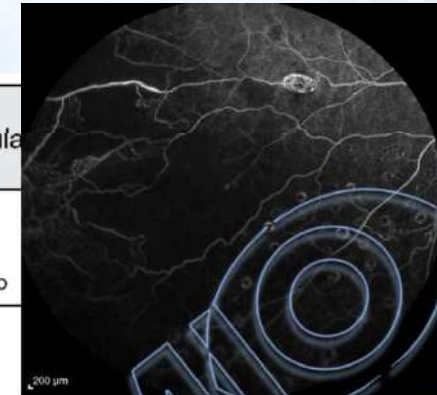


TABLE 6. Diagnostic Accuracy of Clinical Signs in Tubercular Uveitis



Clinical Signs in Tubercular Uveitis



	Sensitivity (%)	Specificity (%)	Sensitivity (%)		Pretest Probability	Positive Likelihood Ratio	Sensitivity (%)		Specificity (%)
			38% (28 to 49)	50% (45 to 56)			1.10	47%	
Fine keratic precipitates	18	74	38% (28 to 49)	50% (45 to 56)	47%	0.70	1.10	38%	47%
Broad-based posterior synechiae	32	93	79% (69 to 87)	60% (55 to 65)	47%	4.33	0.73	79%	64%
Filiform posterior synechiae	16	73	35% (26 to 46)	49% (44 to 55)	47%	0.61	1.14	35%	46%
Iris nodules	2	98	55% (27 to 81)	53% (48 to 58)	47%	1.40	0.99	55%	53%
Snowballs	33	67	47% (39 to 56)	54% (47 to 59)	47%	1.02	0.98	47%	51%
Snow banking	8	91	47% (31 to 63)	53% (48 to 58)	47%	1.01	0.99	47%	53%
Retinal vasculitis (all)	30	82	60% (50 to 70)	57% (51 to 62)	47%	1.69	0.84	60%	58%
Vasculitis without choroiditis <sup>a</sup>	25	97	93% (70 to 99)	46% (35 to 57)	47%	9.25	0.77	93%	54%
Vasculitis with choroiditis <sup>b</sup>	10	99	93% (70 to 99)	57% (51 to 62)	47%	16.80	0.90	93%	59%
Multifocal choroiditis	7	90	41% (26 to 57)	52% (47 to 57)	47%	0.78	1.02	41%	51%
Serpiginous-like choroiditis	14	98	90% (74 to 96)	56% (51 to 61)	47%	9.71	0.86	90%	59%
Logistic regression model	60	84	77% (70 to 83)	70% (64 to 70)	47%	3.82	0.47	77%	73%

Gupta Am J Ophthalmol 2010

1ère cause d'uvéites infectieuses en Inde Venkatesh 2016

# Zone de faible endémie

## Prévalence des TBO basé sur dépistage par QFT ?

The Association between QuantiFERON-TB  
Gold Test and Clinical Manifestations of  
Uveitis in the United States



MEHMET YAKIN, NATASHA KESAV, SHUK KEI CHENG, SONNY CAPLASH, SAPNA GANGAPUTRA, AND  
H. NIDA SEN

Yakin AJO 2021

**418 uvéites consécutives aux USA**

**Pas de tableau clinique d'IO prédictif de TBO**

**Prévalence de 1,19%**

**basée sur la réponse aux antituberculeux**



# Classification

Inflammation oculaire compatible avec une tuberculose

Diagnostic présomptif

**Et** absence  
d'autre  
Étiologie d'IO

**Présence** de *MT*  
sur les  
Prélèvements  
oculaires

Tuberculose  
prouvée\*  
(hors atteinte  
oculaire)

Radiologie  
évocatrice de TB latente  
Et/ou IDR/Quantiféron positif

**TBO certaine**

Traitement d'épreuve antiBK

**Guérison**

**Echec**

**TBO présumée**

Gupta 2007





# Classification

**Par la suite la réponse au TAT n'est plus en compte**

*Ocular Immunology & Inflammation*, 2015; 23(1): 7–13  
© Informa Healthcare USA, Inc.  
ISSN: 0927-3948 print / 1744-5078 online  
DOI: 10.3109/09273948.2014.967358

**2015**

**informa**  
healthcare

ORIGINAL ARTICLE

## Classification of Intraocular Tuberculosis

Amod Gupta<sup>1</sup>, Aman Sharma<sup>2</sup>, Reema Bansal<sup>3</sup>, and Kusum Sharma<sup>4</sup>

**Uvéite tuberculeuse**

**Certaine,  
Probable  
Possible +++**

**Gupta 2015**



## D'après Gupta 2015

<b>TB oculaires Classification</b>	<b>Critères cliniques Ophtalmologiques</b>	<b>Critères Bactériologiques</b>	<b>Critères Cliniques et Radiologiques</b>	<b>Critères Immunologique (IDR/IGRA)</b>	<b>Pays d'endémie</b>	<b>Pays non- endémique</b>
<b>Confirmée</b> => TAT ≥ 6 mois	IO compatible avec une TB oculaire	Confirmation Microbiologique de MT dans l'œil	-	Inutile	Rare	Exceptionnel
<b>Probable</b> => TAT ≥ 6 mois	IO compatible avec une TB oculaire Et Autres étiologies exclues	Confirmation Microbiologique de MT extra-oculaires (expectoration autre) ou	Anomalies radiologiques compatibles avec une TB active ou latente ou TB extra-oculaire symptomatique	Inutile	<b>Peu fréquent</b>	Très rare
	IO compatible avec une TB oculaire Et Autres étiologies exclues	Négative	Anomalies radiologiques compatibles avec une TB active ou latente ou TB extra-oculaire symptomatique	Tests positifs et/ou Contage tuberculeux certain	<b>Très Fréquent</b>	Rare
<b>Possible</b> => TAT d'épreuve ≥ 6 mois	IO compatible avec une TB oculaire Et Autres étiologies exclues	Négative	Anomalies radiologiques compatibles avec une TB active ou latente ou TB extra-oculaire symptomatique	Tests négatifs	Rare	Très rare
	IO compatible avec une TB oculaire Et Autres étiologies exclues	Négative	Radiographie thoracique normale et Absence d'éléments cliniques de TB extra-oculaire	Tests positifs et/ou Contage tuberculeux certain	Fréquent	<b>Le plus Fréquent</b>



# 3<sup>ème</sup> Classification

*Ocular Immunology & Inflammation*, 2019; 00(00): 1–11  
© 2019 Taylor & Francis Group, LLC  
ISSN: 0927-3948 print / 1744-5078 online  
DOI: 10.1080/09273948.2019.1653933



## 2019



ORIGINAL ARTICLE

## Standardization of Nomenclature for Ocular Tuberculosis – Results of Collaborative Ocular Tuberculosis Study (COTS) Workshop

Rupesh Agrawal, MD, FRCS<sup>1,2,3\*</sup>, Aniruddha Agarwal, MD<sup>4\*</sup>, Douglas A. Jabs, PhD<sup>5,6</sup>, Aera Kee, MMed<sup>1</sup>, Ilaria Testi, MD<sup>2</sup>, Sarakshi Mahajan, MBBS<sup>7</sup>, Peter J. McCluskey, PhD<sup>8</sup>, Amod Gupta, MS<sup>4</sup>,

### Déf. Uvéite tuberculeuse (COTS)

- Inflammation compatible avec origine BK
- IDR **ou** IGRA **ou** Anomalies radiologiques thorax

(± Preuve bactériologique (culture ou PCR) et/ou histologique)



# Durée de suivie

*Ocular Immunology & Inflammation*, 2020; 00(00): 1–9  
© 2020 Taylor & Francis Group, LLC  
ISSN: 0927-3948 print / 1744-5078 online  
DOI: 10.1080/09273948.2020.1761401

2020



ORIGINAL ARTICLE

## Twenty-four Month Outcomes in the Collaborative Ocular Tuberculosis Study (COTS)-I: Defining the “Cure” in Ocular Tuberculosis

Aniruddha Agarwal, MD<sup>a</sup>, Rupesh Agrawal, MD, FRCS<sup>b,c,d,e</sup>, Dhananjay Raje, MSc<sup>f</sup>, Ilaria Testi, MD<sup>e</sup>, Sarakshi Mahajan, MBBS<sup>g</sup>, Dinesh Visva Gunasekeran, MBBS<sup>b,c</sup>, Kanika Aggarwal, MS<sup>f</sup>,

Durée de la rémission  
étendue à **24 mois** post TAT





Radiologiques

# Outils Diagnostiques

Contribution de l'imagerie selon l'endémie locale  
**très différente!**

Anomalies à la radiographie pulmonaire

**75%** pays à forte endémie

**Babu Ocul Immunol Inflamm 2015**

*versus*

**14% à 19%** pays à faible endémie

**Agrawal Oll 2015**

**Agrawal BMC Oph 2017**

**16%** étude sur 62 TBO/QFT+

**Sève BJO 2021**

## Radiologiques

# Outils Diagnostiques

Classification	Critères cliniques Ophthalmologiques	Critères Bactériologiques	Critères Cliniques et Radiologiques	Critères Immunologique (IDR/IGRA)	Pays d'endémie	Pays non-endémique
<b>Confirmée</b> => TAT ≥ 6 mois	IO compatible avec une TB oculaire	Confirmation Microbiologique de MT dans l'œil	-	Inutile	Rare	Exceptionnel
<b>Probable</b> => TAT ≥ 6 mois	IO compatible avec une TB oculaire Et Autres étiologies exclues	Confirmation Microbiologique de MT extra-oculaires (expectoration autre) ou	Anomalies radiologiques compatibles avec une TB active ou latente ou TB extra-oculaire symptomatique	Inutile	<b>Peu fréquent</b>	Très rare
	IO compatible avec une TB oculaire Et Autres étiologies exclues	Négative	Anomalies radiologiques compatibles avec une TB active ou latente ou TB extra-oculaire symptomatique	Tests positifs et/ou Contage tuberculeux certain	<b>Très Fréquent</b>	Rare
<b>Possible</b> => TAT d'épreuve ≥ 6 mois	IO compatible avec une TB oculaire Et Autres étiologies exclues	Négative	Anomalies radiologiques compatibles avec une TB active ou latente ou TB extra-oculaire symptomatique	Tests négatifs	Rare	Très rare
	IO compatible avec une TB oculaire Et Autres étiologies exclues	Négative	Radiographie thoracique normale et Absence d'éléments cliniques de TB extra-oculaire	Tests positifs et/ou Contage tuberculeux certain	Fréquent	<b>Le plus Fréquent</b>

## Bio Mol PCR ARN 16S

Choroïdite pseudo-serpigineuse : PCR + **>40%** Gupta 2003, Biswas 2016

*PCR sur PCA*

PCR+ souvent corrélé à une TB pulmonaire active dans pays à forte endémie

**Chawla 2022**

*PCR sur PCA ou vitré*

Etude COTS-1 (PCR, réalisée humeur aqueuse ou vitrée):  
Valeur prédictive négative médiocre si pays à faible endémie

**Agrawal Ocul Immunol Inflamm 2017**

**Au final, contribution exceptionnelle dans pays à faible endémie pour la tuberculose**

## Immunologique



QuantiFERON®  
TB Gold

### Sensibilité

- Même sensibilité que l'IDR  $\approx$  70-75%
- $>$  IDR si lymphopénie CD4

Agrawal Oll, 2015 Babu Oll, 2016

### Spécificité

- $\gg$  IDR (France)  $>$  95% *versus* 50% **Menzies 2007**
- Idem IDR si population non vaccinées par BCG

### Evolution taux QFT après anti-TB

- Réversion  $\approx$  20% **Babu 2016**  $\ll$  TB pulmonaire active (60%) **Komiya 2011**

### QuantiPLUS (réponse CD4+CD8)

- Pas d'apport du dans le bilan d'une uvéite **Amara 2020**

QuantiFERON®

## Zone de forte endémie

Taux de TB active > 4%

Badu 2009, Ang 2009

VPP du QFT à 75%

Badu 2009, Ang 2012

VPN ≈ 80% si négativité des 2 tests

Ang Ophthalmology 2012  
Ang Eye 2012

### Etude Coût-Efficacité

Stratégie la plus rentable = les 2 tests combinés Ang BJO 2015

Discordance importante entre IGRA et IDR !  
de 25% à 50%

Ang Eye 2012, Ang Br J Oph 2014

QuantiferON®

## Zone de faible endémie

- **Etudes françaises :**

Significativement plus de réponse  
au TAT si QFT > 2 UI/ml

Étude sur 25 TBO

**Gineys 2011**

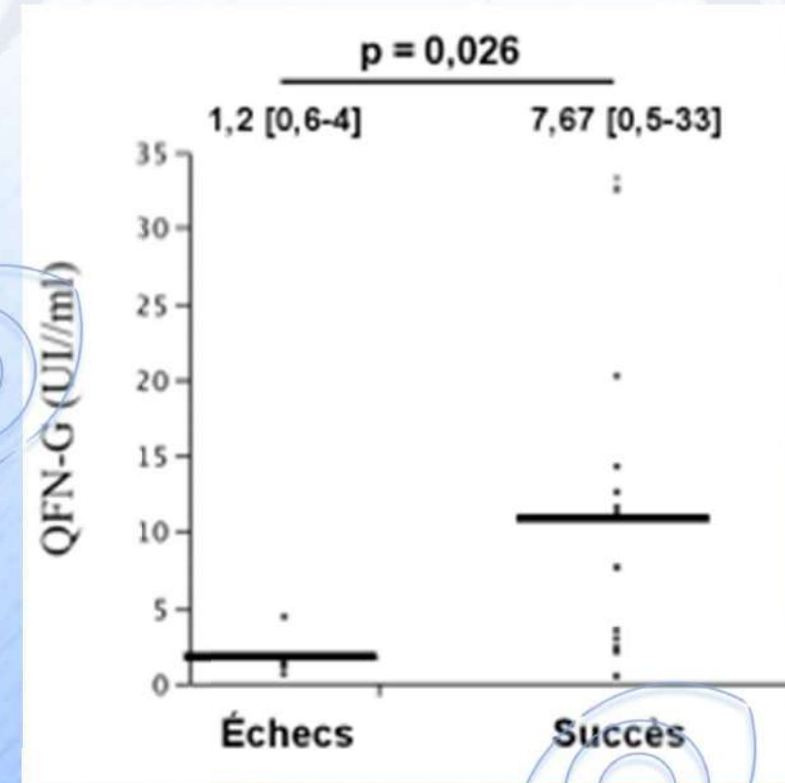
- **Etudes anglaises :**

Significativement plus de succès si QFT > 1,5 UI/ml

**Agrawal, Br J Ophthalmol 2016**

Taux d'échec du TAT d'épreuve : 26% vs 16% si QFT < 2 ou > 2 UI/ml

**Agrawal BMC Ophthalmol 2017**



QuantiFERON®

## Zone de faible endémie

**TB active rare**

1 cas sur 92 uvéites/QFT+ Groen-Hakan 2020

0 cas sur 62 uvéites/QFT+ Sève BJO 2021

**Prévalence élevée QFT positifs** parmi les uvéites

**23%** (343 uvéites, Allemagne) Jakob, OII 2014

**13%** (710 uvéites, Hollande) Groen-Hakan, AJO 2020

**18%** (223 uvéites, France) Amara, RMI 2020

**16,5%** (178 uvéites, France) Sève BJO 2021

**14,4%** (418 uvéites, USA) Yakin AJO 2021 (versus 5% pop. Générale)  
surtout si naissance, vécu ou voyage récent en pays d'endémie

QuantiFERON®

Zone de **faible** endémie

## Spécificité du QFT dans l'uvéite ?

UK : Cohorte de 175 patients considéré comme TBO  
(dont 95% QFT+)

**77% de réponse positive**  
**après TAT d'épreuve de 9 mois**

Agrawal OII 2014

**Équivaut à la Spécificité du QFT**  
**quant à faire le Dg de TBO**



QuantiFERON®

## Zone de faible endémie

**Si prévalence QFT forte et Prévalence TBO faible  
=> Association fortuite**

- *Etude anglaise*

Dg alterne pour 25% des 77 Uvéites/QFT+

La Distia Nora AJO 2014

- *Etude allemande*

Dg alterne pour 46% des 80 Uvéites/QFT+

Jakob Oll 2014

**surtout sarcoïdose +++**

QuantiFERON®

## Zone de faible endémie

Prevalence of Positive QuantiFERON-TB Gold In-Tube Test in Uveitis and its Clinical Implications in a Country Nonendemic for Tuberculosis

FAHRIYE GROEN-HAKAN, JAN A.M. VAN LAAR, MARLEEN BAKKER, P. MARTIN VAN HAGEN, HANNAH HARDJOSANTOSO, AND ANIKI ROTHOVA

Groen-Hakan, AJO 2020

- *Etude Hollandaise*

Dg alterne pour 36% des 92 Uvéites/QFT+  
dont 1 cas sur 5 de sarcoïdose

**un test IGRA positif ne doit pas faire surseoir  
à la recherche d'une sarcoïdose**

QuantiFERON®

# Zone de faible endémie

OCULAR IMMUNOLOGY AND INFLAMMATION  
<https://doi.org/10.1080/09273948.2022.2073238>



Taylor & Francis  
Taylor & Francis Group

RESEARCH ARTICLE

Check for updates

## Prevalence of Positive QuantiFERON-TB Test among Sarcoid Uveitis Patients and Its Clinical Implications in a Country Non-endemic for Tuberculosis

Etienne Garneret, MD<sup>a</sup>, Yvan Jamilloux, MD, PhD<sup>a,b</sup>, Mathieu Gerfaud-Valentin, MD<sup>a,b</sup>, Laurent Kodjikian, MD, PhD<sup>b,c</sup>, Salim Trad, MD<sup>d</sup>, and Pascal Sève, MD, PhD<sup>a,b,e</sup>

<sup>a</sup>Department of Internal Medicine, Hôpital de la Croix-Rousse, Hospices Civils de Lyon, Lyon, France; <sup>b</sup>Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, France; <sup>c</sup>Department of Ophthalmology, Hôpital de la Croix Rousse, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, France; <sup>d</sup>Department of Internal Medicine, Hôpital Ambroise Paré, AP-HP, Boulogne-Billancourt, France; <sup>e</sup>Research on Healthcare Performance (RESHAPE), INSERM U1290, Université Claude Bernard Lyon 1, Lyon, France

Sève OII, 2022

**Série de 234 sarcoïdoses avec uvéite associée**

**Prévalence du QFT était de 12%**

**Patients plus âgés, plus d'IO chronique et de panuvéite**



QuantiFERON®




Zone de **faible** endémie  
Seuil fabricant, 0,35 UI/ml

## Seuil du test à reconsidérer

Plusieurs études se sont basées sur des seuils plus élevés  
(1,5 à 2 UI/mL)

Gineys AJO 2011, Agrawal, BJO 2016, Agrawal BMC Oph 2017

Usefulness of the QuantiFERON test for the diagnosis of tubercular uveitis and the predictions of response to antituberculosis treatment

William Danjou <sup>1</sup>, Pierre Pradat,<sup>2</sup> Yvan Jamilloux,<sup>1</sup> Mathieu Gerfaud-Valentin,<sup>1</sup>  
Laurent Kodjikian <sup>3</sup>, Salim Trad,<sup>4</sup> Pascal Seve <sup>1,5</sup>

Sève, BJO 2021

Sur 178 uvéites/QFT+ le seuil de QFT  
pour discriminer les 62 TBO était à **2 UI/ml**



# Uvéite QFT+ et Traitement

- Pas de consensus sur durée
- Quadrithérapie **INH+RMP+PZN+EMB**  
Classiquement en France **2 mois**  
Certains auteurs indiens proposent 3 à 4 mois !  
**Bansal 2008 et 2012, Gupta 2011**
- Puis une Bi thérapie **INH+RMP**  
Classiquement en France **4 mois**  
Certains auteurs proposent 9 mois voire jusqu'à 18 mois !  
**Ang 2011, Cordero Coma 2010, Babu 2009, Gupta 2011**

# Uvéite Antérieure



Ocular Immunology and Inflammation

The Collaborative Ocular Tuberculosis Study  
(COTS)-1: A Multinational Review of 165 Patients  
with Tubercular Anterior Uveitis

**2020**

Rupesh Agrawal MD FCRS , Bjorn Betzler MBBS , Ilaria Testi MD , Sarakshi Mahajan MBBS , Aniruddha Agarwal MS , Dinesh Visva Gunasekeran MD ,

## Etude sur 165 UA

Échec après TAT 13/107 (12%)  
sans TAT 4/58 (7%)

Anomalies radiologiques ont  
favorisé l'initiation d'un TAT

# Uvéite Antérieure



Ocular Immunology and Inflammation

The Collaborative Ocular Tuberculosis Study (COTS)-1: A Multinational Review of 165 Patients with Tubercular Anterior Uveitis

2020

Rupesh Agrawal MD FCRS, Bjorn Betzler Mahajan MBBS, Aniruddha Agarwal MS,

Etude sur 165 UA

Échec après TAT 13/107 (12%)  
sans TAT 4/58 (7%)

Anomalies radiologiques ont favorisé l'initiation d'un TAT

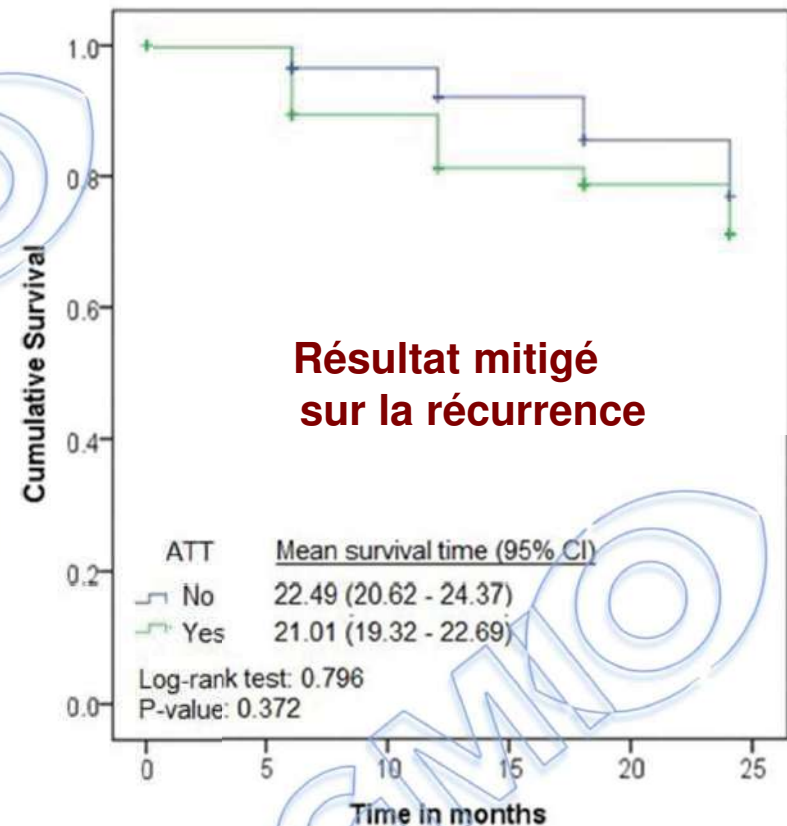


FIGURE 1. Kaplan-Meier plot contrasting recurrence-free survival patterns in TAU patients based on the use of anti-tubercular therapy (ATT).



# Collaborative Ocular Tuberculosis Study Consensus Guidelines on the Management of Tubercular Uveitis—Report 2

*Guidelines for Initiating Antitubercular Therapy in Anterior  
Uveitis, Intermediate Uveitis, Panuveitis, and Retinal  
Vasculitis*

**2021**

Rupesh Agrawal, MD,<sup>1,2,3</sup> Ilaria Testi, MS,<sup>2</sup> Baharam Bodaghi, MD,<sup>4</sup> Talin Barisani-Asenbauer, PhD,<sup>5</sup>

En zone de faible endémie

**Consensus très FORT**

si **UA récidivantes** + **IDR** et **IGRA positifs** + anomalies Rx

**Consensus FAIBLE**

si **1er épisode d'UA**

si **IGRA négatif**



# Atteinte postérieure et TBO possible

En général RCP ;-)

Ce qu'on voit dans la vraie vie....

Mais si rechute  
=>TAT conseillé

Soit TAT d'épreuve +/- CT

Soit Dg de TBO non retenu

- CT +/- IMS/BioT + ttt TBL
- CT +/- IMS/BioT sans ttt TBL



The value of an immune response to *Mycobacterium tuberculosis* in patients with chronic posterior uveitides revisited: utility of the new IGRAs

M Cordero-Coma<sup>1,2</sup>, S Calleja<sup>1,3,4</sup>, HE Torres<sup>2</sup>, I del Barrio<sup>2</sup>, M Franco<sup>1,2</sup>, T Yllmaz<sup>1,2</sup>, S Vivas<sup>4</sup> and JG Ruiz de Morales<sup>1,4,5</sup>

Cordero Coma 2010

#### Abstract

**Purpose** To explore the utility of a specific immune response to *Mycobacterium tuberculosis* in a population of immunosuppressed idiopathic chronic posterior uveitis patients, by means of a tuberculosis-specific interferon- $\gamma$  release assay.  
**Design** Prospective, interventional case series.

**Methods** A total of 31 referred patients with severe idiopathic chronic uveitis or panuveitis and 52 controls were screened for a specific immune response to tuberculosis. After ruling-out specific uveitis entities, presumed

immunosuppressors. After a 9-month tuberculostatic treatment, seven QuantiFERON-positive and one QuantiFERON-negative patients exhibited decreased intraocular inflammation, visual acuity improvement, and no relapses. Estimated QuantiFERON sensitivity and specificity were 82 and 100%, respectively, with a PPV=100% and an NPV=86%.  
**Conclusions** QuantiFERON was useful for antituberculous treatment decision-making in chronic posterior uveitis immunosuppressed patients from areas with an intermediate-high prevalence of tuberculosis.

# Atteintes choréïdiennes

## Collaborative Ocular Tuberculosis Study Consensus Guidelines on the Management of Tubercular Uveitis—Report 1

*Guidelines for Initiating Antitubercular Therapy in  
Tubercular Choroiditis*

**2021**

**Ophthalmology**

Rupesh Agrawal, MD,<sup>1,2,3,4</sup> Ilaria Testi, MD,<sup>2</sup> Sarakshi Mahajan, MBBS,<sup>5</sup> Yew Sen Yuen, FRCS,<sup>6</sup>  
Aniruddha Agarwal, MD,<sup>7</sup> Onn Min Kon, MD,<sup>8</sup> Talin Barisani-Aserbauer, MD,<sup>9</sup> John H. Kempen, PhD,<sup>10,11</sup>  
Amod Gupta, MD,<sup>7</sup> Douglas A. Jabs, MD,<sup>12,13</sup> Justine R. Smith, MD,<sup>14</sup> Quan Dong Nguyen, MD,<sup>15</sup>  
Carlos Pavesio, FRCOphth,<sup>2</sup> Vishali Gupta, MD,<sup>7</sup> for Collaborative Ocular Tuberculosis Study Consensus Group\*

**En zone de faible endémie**

# Atteintes choroiïdiennes

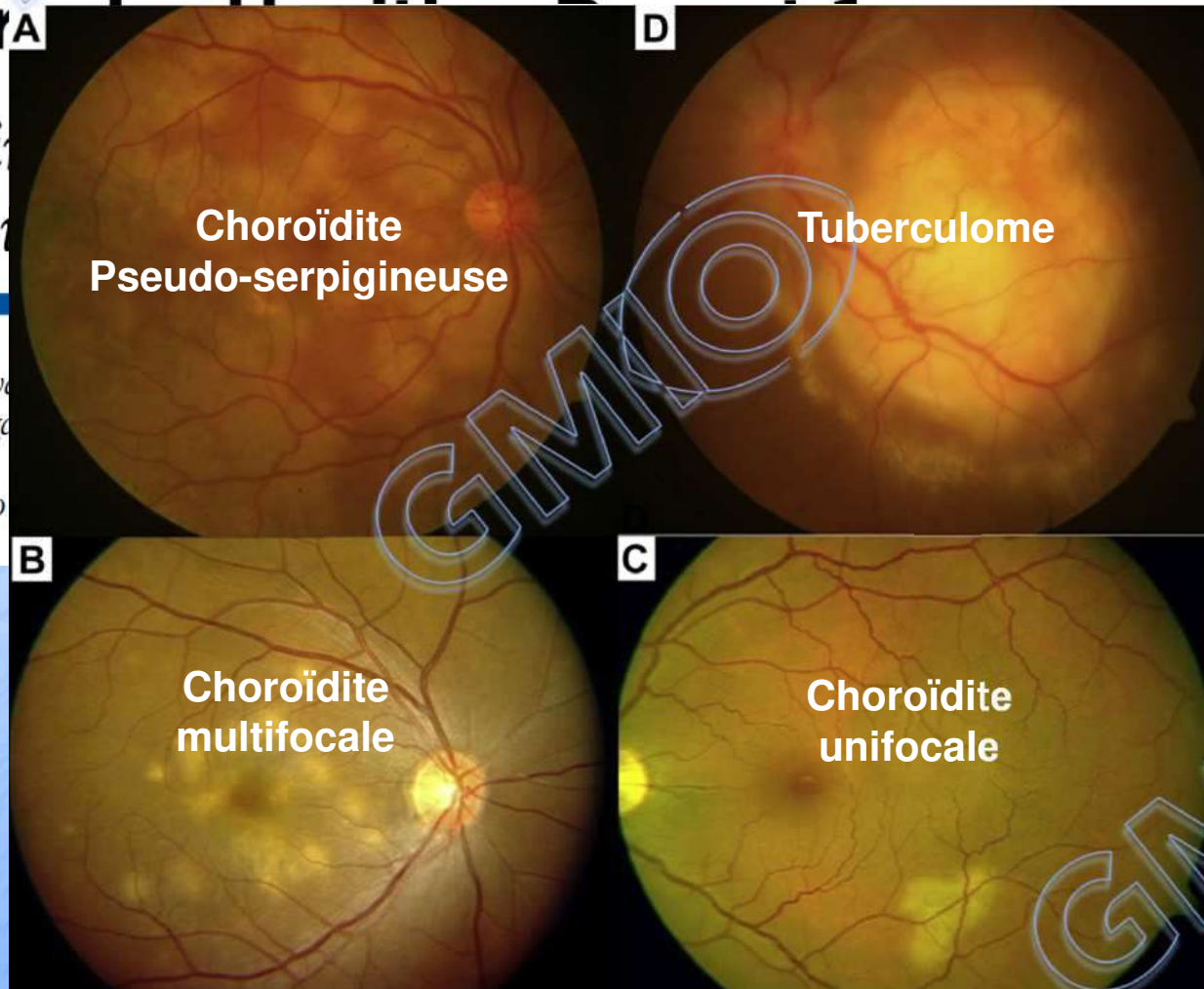
## Collaborative Ocular Tuberculosis Study Consensus Guidelines on the Management of Tubercular Ocular Infections

Guidelines  
Tubercular

Rupesh Agrawal,  
Aniruddha Aggarwal,  
Amod Gupta,  
Carlos Pavesio

Ophthalmology

6  
en, PhD,<sup>10,11</sup>  
D,<sup>15</sup>  
nsensus Group\*



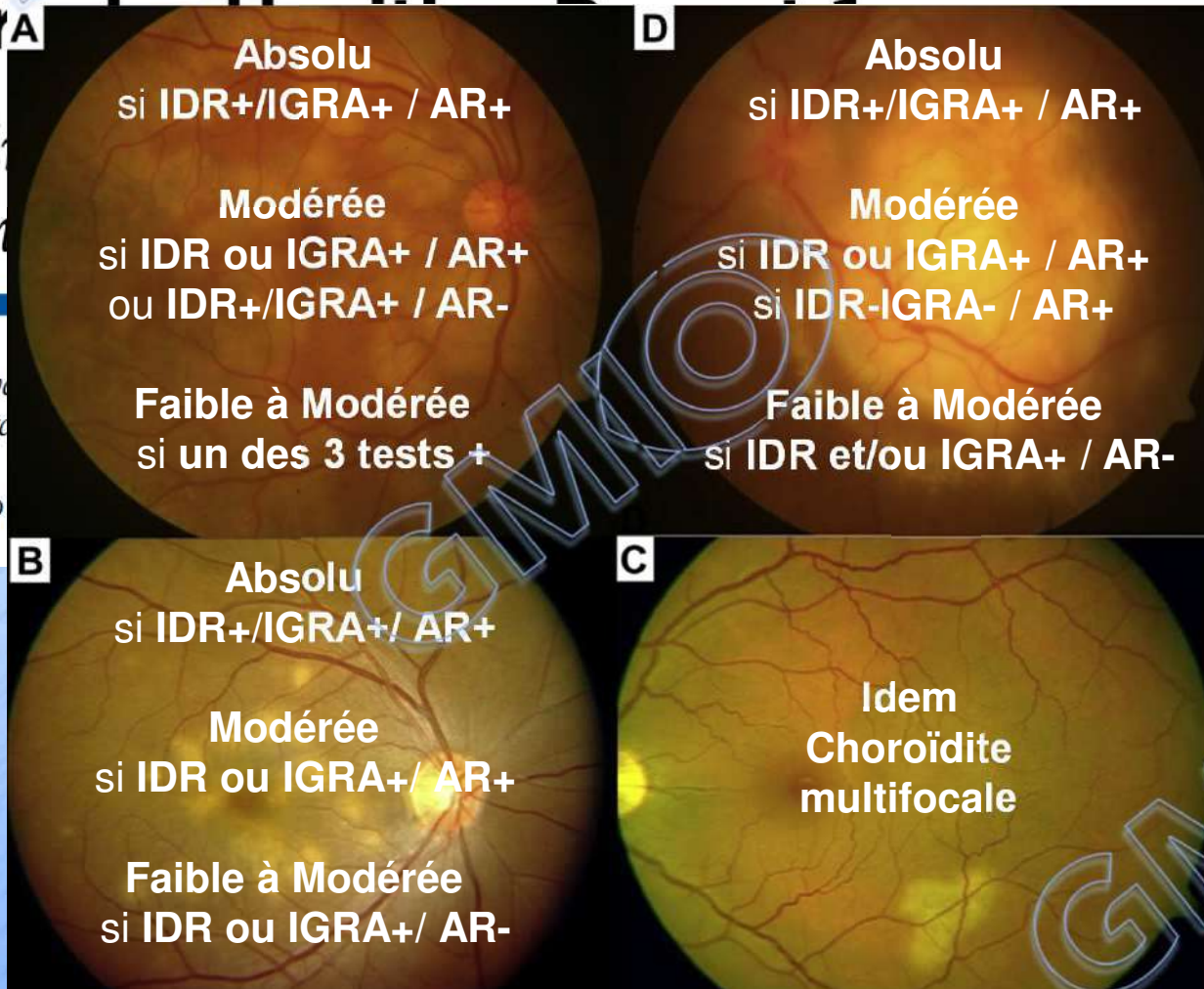
En zone de faible endémie

# Atteintes choroïdiennes

## Collaborative Ocular Tuberculosis Study Consensus Guidelines on the Management of Tubercular Chorioretinitis

Guidelines  
Tuberculosis

Rupesh Agrawal,  
Aniruddha Aggarwal,  
Amod Gupta,  
Carlos Pavesio



Ophthalmology

6  
en, PhD,<sup>10,11</sup>  
ID,<sup>15</sup>  
Consensus Group\*

En zone de faible endémie

# Atteintes choroïdiennes

## Collaborative Ocular Tuberculosis Study Consensus Guidelines on the Management of Tubercular Chorioretinitis

Guidelines  
Tubercular

Rupesh Agrawal,  
Aniruddha Aggarwal,  
Amod Gupta,  
Carlos Pavesio

**A** Absolu si IDR+/IGRA+ / AR+  
Corticoïdes Associées + IMS si IO récurrente

**B** Absolu si IDR+/IGRA+ / AR+  
Modérée si IDR ou IGRA+ / AR+  
Faible à Modérée si IDR ou IGRA+ / AR+  
Corticoïdes Associées + IMS si IO récurrente

**C** Idem choroïdite multifocale

**D** Absolu si IDR+/IGRA+ / AR+  
Faible à Modérée si IDR et/ou IGRA+ / AR-  
Corticoïdes Associées En l'absence de TB active

Ophthalmology

6  
en, PhD,<sup>10,11</sup>  
D,<sup>15</sup>  
nsensus Group\*

En zone de faible endémie

# Panuvéites

## Collaborative Ocular Tuberculosis Study Consensus Guidelines on the Management of Tubercular Uveitis—Report 2

*Guidelines for Initiating Antitubercular Therapy in Anterior  
Uveitis, Intermediate Uveitis, Panuveitis, and Retinal  
Vasculitis*

**2021**

Rupesh Agrawal, MD,<sup>1,2,3</sup> Ilaria Testi, MS,<sup>2</sup> Baharam Bodaghi, MD,<sup>4</sup> Talin Barisani-Asenbauer, PhD,<sup>5</sup>

**En zone de faible endémie**

**Consensus FORT**

si IDR et IGRA positifs + anomalies Rx

**Consensus MODÉRÉ**

si IDR **ou** IGRA positif + anomalies Rx

**Consensus FAIBLE**

si **IGRA négatif** (quelque soit IDR et Rx)

# Vascularite rétinienne

## Collaborative Ocular Tuberculosis Study Consensus Guidelines on the Management of Tubercular Uveitis—Report 2

*Guidelines for Initiating Antitubercular Therapy in Anterior  
Uveitis, Intermediate Uveitis, Panuveitis, and Retinal  
Vasculitis*

**2021**

Rupesh Agrawal, MD,<sup>1,2,3</sup> Ilaria Testi, MS,<sup>2</sup> Baharam Bodaghi, MD,<sup>4</sup> Talin Barisani-Asenbauer, PhD,<sup>5</sup>

### Vascularite active

si IDR et IGRA+ et anomalies Rx

si absence d'anomalie Rx

si IDR ou IGRA positif

**Forte endémie  
Consensus**

**Très FORT\***

**FAIBLE**

**FORT à MODÉRÉ**

**Faible endémie  
Consensus**

**FAIBLE**

**Très FAIBLE**

**Très FAIBLE**

# Conclusion

Pour les **Pays à faible endémie**

- Radiographie pulmonaire peu rentable (<20%)
- Forte prévalence de positivité du QFT (13-23%)
  - => Plus d'associations fortuites
  - => QFT+ n'exclut pas une Sarcoidose oculaire
- Seuil de pertinence du QFT probablement > 2 UI/mL
- Les incitations à initier un TAT devant une IO-QFT+ ?
  - Oui si contagé, vécu en zone d'endémie
  - Oui si anomalie radiologique et atteinte choroïdienne
  - Oui si atteinte postérieure résistante à IMS/BioT
  - Non si IGRA négatif (sauf tuberculome)



# Je vous remercie



[ACTUALITÉS](#) [RCP](#) [TOPOS](#) [PROJETS DE RECHERCHE](#) [FMC](#) [SNFMI](#) [BIBLIOGRAPHIE](#) [GRAND PUBLIC](#) [FAIRE UN DON](#) [✉](#)



Groupe français d'étude des Maladies  
Inflammatoires de l'Œil

S'INSCRIRE

