

# **SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS**

Association reconnue d'utilité publique - FMC n° 11752573775

Hôpital Hôtel Dieu - Service de Médecine Interne  
1, place du Parvis Notre-Dame - 75181 PARIS Cedex 4

## **60<sup>e</sup> JOURNEE FRANÇAISE DE MEDECINE**

Sous la présidence du Professeur Daniel SERENI

### **L'ŒIL EN MÉDECINE INTERNE**

**Organisateur :**

Pr Antoine BREZIN

**Vendredi 16 Janvier 2009**

**9 h 00 – 17 h 30**

**Amphithéâtre Rouvillois  
Ecole d'Application du Service de Santé des Armées  
1, Place Alphonse Laveran – 75005 Paris**

## **MATINEE**

- 8 h 30 Accueil
- 9 h 00 Panorama des atteinte oculaires au cours des maladies générales**  
*Pr Antoine Brézin (Paris)*
- 9 h 30 Uvéites antérieures**  
*Dr Dominique Monnet (Paris)*
- 10 h 00 Uvéites postérieures**  
*Dr Mate Streho (Paris)*
- 10 h 30 PAUSE**
- 11 h 00 Sclérites**  
*Dr Eric Gabison (Paris)*
- 11 h 30 Œil et virus**  
*Pr Marc Labetoulle(Paris)*
- 12 h 00 Séance solennelle suivie du Cocktail déjeunatoire**  
*Introduction du Pr Daniel Sereni, Président*  
*Intervention de Monsieur Pierre Perret, auteur compositeur interprète ?*

## **APRES-MIDI**

- 14 h 00 Les maladies de la surface oculaire**  
*Dr Serge Doan (Paris)*
- 14 h 30 Œil et atteintes vasculaires**  
*Pr Pascale Massin (Paris)*
- 15 h 00 Maladies génétiques oculaires**  
*Dr Olivier Roche (Paris)*
- 15 h 30 Thérapeutique ophtalmologique ciblée**  
*Pr Francine Behar Cohen (Paris)*
- 16 h 00 Table ronde : la coopération ophtalmologiste-interniste**  
*Pr Antoine Brézin, Pr Claire Le Jeunne, Dr Dominique Monnet,*  
*Dr Christian Pagnoux, Pr Luc Mouthon, Dr Philippe Blanche*
- 16 h 30 Conclusions**

# **PANORAMA DES ATTEINTES OCULAIRES AU COURS DES MALADIES GENERALES**

*Antoine P. Brézin  
Université Paris Descartes  
Centre Cochin Ambulatoire d'Ophtalmologie & Hôtel-Dieu*

Un grand nombre de maladies générales sont susceptibles d'avoir un retentissement oculaire et l'examen ophtalmologique peut parfois révéler une maladie méconnue. De l'uvéite à hypopion de la maladie de Behçet à la cornée verticillée de la maladie de Fabry, nombreux sont les signes ophtalmologiques guidant vers un diagnostic.

Au delà de l'acuité visuelle, le retentissement fonctionnel et le pronostic d'une atteinte oculaire nécessitent une analyse comportant de multiples paramètres. Les méthodes modernes d'imagerie oculaire, en particulier la tomographie à cohérence optique (O.C.T.), permettent une visualisation non invasive de la macula, dont l'atteinte conditionne le pronostic visuel de la plupart des maladies oculaires.

Les maladies inflammatoires ou infectieuses systémiques ont pour manifestations ophtalmologiques fréquentes des uvéites et des sclérites. La diversité de la sémiologie de l'inflammation oculaire offre des éléments d'orientation très utiles pour le diagnostic. Les atteintes de la surface oculaire, vont des manifestations isolées les plus banales aux manifestations auto-immunes engageant le pronostic visuel. Le retentissement ophtalmologique des maladies vasculaires est fréquent, ainsi que celui de très nombreuses maladies génétiques.

Cette soixantième *Journée Française de Médecine* aura pour but de présenter diverses manifestations oculaires des maladies générales, mais aussi de contribuer à une optimisation du dialogue entre ophtalmologistes et médecins d'autres spécialités. L'expérience de méthodes de travail multidisciplinaire pour la prise en charge des maladies générales à retentissement oculaire sera discutée.

## UVEITES ANTERIEURES

*Dr Dominique Monnet (Paris)  
Praticien Hospitalier Universitaire  
Centre Cochin Ambulatoire d'ophtalmologie - Université Paris Descartes*

Les uvéites antérieures sont définies par une inflammation intra oculaire développée en avant du corps ciliaires. Elles représentent la plus fréquente localisation des uvéites, avec une fréquence estimée variant de 50 % à 90 %, selon que l'estimation ait été réalisée dans un centre de référence tertiaire ou en ville (1,2).

Parmi les uvéites antérieures, la forme aiguë (UAA) est de loin la plus courante. Le diagnostic d'uvéite antérieure aiguë est clinique, suspecté par la **triade rougeur, douleur et photophobie** associée à une baisse d'acuité visuelle d'importance variable. L'examen au biomicroscope affirme le diagnostic en mettant en évidence **le phénomène de Tyndall** (présence de cellules et/ou de protéine dans la chambre antérieure), et élimine les autres causes d'œil rouge et douloureux (kératites, sclérites). Le laser flare meter permet une mesure objective du Tyndall protéique, ou Tyndall flare, avec un résultat exprimé en photons/ms (normal < 10).

La caractérisation du mode de l'uvéite (atteinte uni ou bilatérale, début brutal ou insidieux, le mode évolutif aigu ou chronique...), l'analyse sémiologique au biomicroscope et la présence de signes fonctionnels extra ophtalmologiques sont des éléments essentiels pour distinguer les différentes entités d'uvéite antérieure. La première cause d'UAA de type non granulomateuse, d'évolution brutale, souvent associé à un **hypopion** est l'uvéite liée à l'antigène HLA-B27 (3). L'association à une spondylarthropathie, parfois méconnue jusqu'à l'épisode d'uvéite, n'est pas rare, et représentait plus de 75% des cas d'uvéite B27 dans une série menée à l'Hôpital Cochin (4). Le principal diagnostic différentiel est représenté par l'uvéite compliquant la maladie de Behçet, mais où une atteinte des segments postérieurs de l'œil est souvent observée. (Cf Dr Strého). **L'uvéite « granulomateuse »** est définie par la présence de « précipités en graisse de mouton », et/ou de nodules de Koeppe et/ou Bussaca, et est souvent associée à un mode évolutif chronique. Cette caractéristique sémiologique permet de restreindre les étiologies à une liste définie, au premier rang desquels on trouve la sarcoïdose. L'uvéite antérieure peut rester idiopathique ou définir une entité oculaire pure. Ainsi, la présence d'une hétérochromie irienne orientera vers une cyclite hétérochromique de Fuch's.

Parallèlement aux causes inflammatoires d'uvéite, des agents infectieux (bactérien, viral ou parasitaire) peuvent être responsables d'uvéite, avec une atteinte isolée à l'œil (uvéite herpétique) ou associée à une infection systémique (BK, syphilis...).

Des causes médicamenteuses d'uvéite antérieure font également partie de la liste des étiologies à évoquer (cidofovir, biphosphonates...)

La **plus fréquente des complications** de l'uvéite antérieure est représentée par les **synéchies iridocristaliniennes**. L'œdème maculaire est une complication possible de l'uvéite antérieure qui met en jeu le pronostic fonctionnel et conditionne la prise en charge thérapeutique.

Le traitement de l'uvéite antérieure repose sur la prescription de collyres à base de dexaméthasone associée à des mydriatiques. On y associera le traitement de la cause, notamment dans les étiologies infectieuses. L'atteinte systémique vient parfois conditionner le traitement. Les biothérapies prescrites dans les spondylarthropathies ont montré un effet sur la diminution de la fréquence des uvéites chez ces patients avec un effet supérieur de l'infliximab comparé à l'enbrel (5).

1. McCannel CA, Holland GN, Helm CJ, Cornell PJ, Winston JV, Rimmer TG. Causes of uveitis in the general practice of ophthalmology. UCLA Community-Based Uveitis Study Group [see comments]. *Am J Ophthalmol.* 1996;121(1):35-46.
2. Smit RL, Baarsma GS, de Vries J. Classification of 750 consecutive uveitis patients in the Rotterdam Eye Hospital. *Int Ophthalmol.* 1993;17(2):71-6.
3. D'Alessandro LP, Forster DJ, Rao NA. Anterior uveitis and hypopyon. *Am J Ophthalmol.* 1991 Sep 15;112(3):317-21.
4. Monnet D, Breban M, Hudry C, Dougados M, Brezin AP. Ophthalmic findings and frequency of extraocular manifestations in patients with HLA-B27 uveitis: a study of 175 cases. *Ophthalmology.* 2004 Apr;111(4):802-9.
5. Braun J, Baraliakos X, Listing J, Sieper J. Decreased incidence of anterior uveitis in patients with ankylosing spondylitis treated with the anti-tumor necrosis factor agents infliximab and etanercept. *Arthritis Rheum.* 2005 Aug;52(8):2447-51.

# **UVEITES POSTERIEURES**

*Dr Mate Strehö (Paris)*

# **SCLERITES**

*Dr Eric Gabison (Paris)*

## **ŒIL ET VIRUS**

*Pr Marc Labetoulle, Paris*

Les infections oculaires virales peuvent toucher toutes les structures du système visuel, des paupières (blépharites herpétiques par exemple) à la rétine et même au nerf optique (rétinite avec neuropathie optique à VZV par exemple). Pour l'interniste ou le médecin généraliste, une atteinte oculaire peut orienter l'enquête étiologique devant un syndrome non-encore explicité. C'est par exemple le cas dans les encéphalites infectieuses, mais aussi dans le bilan thérapeutique de l'hépatite C. A l'inverse, certaines viroses oculaires nécessitent une prise en charge coordonnée entre l'ophtalmologiste et le médecin interniste, comme c'est par exemple le cas dans les nécroses rétiniennes ou les zones récidivants et dans les complications oculaires de l'infection par le VIH.



# LES MALADIES DE LA SURFACE OCULAIRE

*Dr Serge Doan*

*Hôpital Bichat et Fondation A de Rothschild, Paris*

Les atteintes de la surface oculaire au cours des maladies de système sont de plusieurs types.

- Une atteinte inflammatoire ou infiltrante des glandes lacrymales principales induit un syndrome sec, qui peut être particulièrement sévère dans le cadre d'un syndrome de Gougerot-Sjögren, mais également en cas de réaction du greffon contre l'hôte, de sarcoïdose, d'amylose... Les conséquences oculaires sont un retentissement fonctionnel qui peut être majeur avec une symptomatologie souvent invalidante ; la kératite sèche est source d'une baisse de la vision qui est en règle régressive sauf en cas de complications cornéennes qui restent rares. Le traitement est essentiellement local, les traitements de la maladie systémique n'étant en général que peu efficaces.
- Une vascularite systémique peut intéresser au niveau de la surface la cornée, sous forme d'ulcères périphériques, et la sclère ou l'épisclère sous forme de sclérite / épisclérite. Les étiologies les plus souvent en cause sont la polyarthrite rhumatoïde, la granulomatose de Wegener. Cette atteinte s'associe en général à des douleurs oculaires importantes, et le pronostic visuel et anatomique peut être engagé en cas de forme nécrosante ou rapidement évolutive. Le traitement est général et local.
- La conjonctive peut également être le siège de granulomes dans les granulomatoses. Il n'y a en règle pas de retentissement fonctionnel. La biopsie d'une lésion peut apporter le diagnostic de la maladie de système.
- Enfin, les dermatoses bulleuses auto-immunes comme la pemphigoïde cicatricielle peuvent comporter une atteinte conjonctivo-cornéenne à type de kératoconjonctivite fibrosante sévère. Le retentissement oculaire peut être sévère avec cécité cornéenne.

## ŒIL ET ATTEINTES VASCULAIRES

*Pr Pascale MASSIN*

*Service d'Ophthalmologie , Hôpital Larboisière, Paris.*

Le réseau vasculaire rétinien peut être altéré au cours de nombreuses maladies générales. Il peut en être un cible directe comme au cours du diabète, soit être le marqueur d'une atteinte plus diffuse comme au cours de l'hypertension artérielle.

Le DIABETE . La rétinopathie diabétique (RD) reste une cause majeure de malvoyance et de cécité en France, et c'est la première cause de cécité avant l'âge de 50 ans. Elle est la conséquence des altérations par l'hyperglycémie chronique de la paroi du capillaire rétinien.. La baisse visuelle est tardive, causée par les complications de la RD. Le dépistage de la RD par un examen du fond d'œil annuel, tel qu'il est préconisé dans les Recommandations des Sociétés Savantes et de la HAS, est encore trop rarement réalisé. Nous présenterons brièvement le Réseau de Télémédecine OPHDIAT, développé en Ile de France, utilisant la photographie du fond d'œil prise par un technicien non médecin, et son interprétation à distance par un ophtalmologiste , pour améliorer le dépistage de la RD. Le traitement de la RD repose essentiellement sur l'équilibration des facteurs généraux tels que la glycémie et la tension artérielle, et la photocoagulation au laser. De nouveaux traitements tels que les injections intra oculaires d'anti VEGFs sont en cours d'évaluation pour traiter les complications de la RD

L'HYPERTENSION ARTERIELLE : Les manifestations rétiniennes liées à l'HTA peuvent être classées en 2 catégories, d'une part, l'artériosclérose, conséquence d'une HTA chronique, qui se manifeste par une accentuation du reflet artériolaire, et des signes du croisement, d'autre part, la rétinopathie hypertensive associant une vasoconstriction généralisée, des nodules cotonneux, des hémorragies rétiniennes, voire un œdème papillaire, témoignant d'une poussée hypertensive aiguë et très sévère, réversible avec le traitement de la poussée d'hypertension artérielle. L'intérêt de l'examen du fond d'œil comme bilan systématique de l'HTA est discutable ; néanmoins, des données épidémiologiques récentes, ont établi un lien entre les signes d'artériolosclérose (réduction du ratio : diamètre artériolaire/ diamètre veine) ou de rétinopathie modérée (hémorragies, nodules cotonneux, exsudats durs) et le risque d'accident vasculaire cérébral, ou de mortalité cardio vasculaire indépendamment de l' HTA.

Les occlusions artérielles réiniennes et les neuropathies optiques ischémiques antérieures aiguës (secondaires à l'occlusion des artères ciliaires postérieures courtes) sont dans la majorité des cas une complication de l'athérosclérose chez les patients âgés, mais elles doivent faire rechercher systématiquement une maladie de Horton. Enfin, les occlusions veineuses réiniennes, secondaires à un ralentissement circulatoire réinien, conduisant à un tableau de stase, ont pour principaux facteurs de risque, outre le glaucome, l'hypertension artérielle, et les autres facteurs de risque de l'athérosclérose.

# **MALADIES GENETIQUES OCULAIRES**

*Dr Olivier Roche, Paris*

# **THERAPEUTIQUE OPHTALMOLOGIQUE CIBLEE**

*Pr Francine Behar Cohen, Paris*

**TABLE RONDE :**  
**LA COOPERATION OPHTALMOLOGISTE-INTERNISTE**

*Pr Antoine Brézin, Pr Claire Le Jeune, Dr Dominique Monnet,  
Dr Christian Pagnoux, Pr Luc Mouthon, Dr Philippe Blanche*

**Nous vous informons que notre**

**61<sup>e</sup> SÉANCE**

**LES MALADIES AUTO-INFLAMMATOIRES**

*organisé par*

Professeur Gilles GRATEAU (Tenon)

*aura lieu le*

**Vendredi 13 mars 2009 à 9 h 00**

Ecole du Val de Grâce - Amphithéâtre Rouvillois - 1, Place Laveran 75005 Paris

*Programme en cours d'élaboration*